TRATAMENTO MUSICOTERAPÊUTICO PARA UMA CRIANÇA COM PARALISIA CEREBRAL. UM ESTUDO DE CASO.

O resumo apresentado é o resultado de um trabalho de conclusão de curso de pós-graduação em Musicoterapia de caráter qualitativo e experimental, trabalhado caso a caso onde se exploraram os diferentes resultados obtidos nas áreas de comunicação e socialização através do uso da Musicoterapia a uma criança com Paralisia Cerebral (PC) de três anos de idade e seis meses. O trabalho inclui um estágio fechado no Centro de Artes (CEART) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), entre os meses de maio e dezembro de 2016. Na bibliografia utilizada para sustentar este trabalho de investigação, utilizamos diferentes fundamentações embasadas na Neurologia e na Musica, ademais de tratamentos fisioterapêuticos e musicoterapêuticos para crianças com Paralisia Cerebral. Os objetivos apresentados nesta pesquisa são: Analisar e identificar as diferentes dificuldades que a criança apresenta em seu desenvolvimento. Elaborar um plano de trabalho de atendimentos musicoterapêuticos para conseguir colaborar com o desenvolvimento e socialização da criança em estudo, incluindo o tempo, a frequência e o sistema de trabalho a utilizar. Executar o plano de trabalho proposto e avaliar os resultados obtidos, para assim poder levantar futuras e diferentes bibliografias relacionadas ao tema. Para fazer esta avaliação e seguimento utilizamos o *Individualized Music Therapy Assessment Profile* (IMTAP). Finalmente, o trabalho demostrou uma melhora significativa no desenvolvimento da criança em estudo, obtendo-se uma melhor qualidade de vida e interação desta criança com os seus e seu entorno.

Palavras-chave:

Musicoterapia; Crianças com Paralisia Cerebral (PC); Comunicação e Socialização. Tratamento.

Alunos:

Davys Enrique Espíndola Moreno
Natascha Prujansky Hak
Orientador:

Gustavo Andrade de Araujo

Professor Estagio:

Gustavo Schutz Gattino

Teoria da localização das funções. Sistema Nervoso Central

"...A civilização consiste em aprendermos a fazer naturalmente tudo o que não é natural..."

Ana Hatherly (poetiza portuguesa)

O Sistema Nervoso Central reúne as estruturas situadas dentro do crânio e da coluna vertebral, enquanto o sistema nervoso periférico reúne as estruturas distribuídas pelo organismo sendo ambos constituídos de dois tipos celulares principais: neurônios e gliócitos.

Os neurônios são as unidades sinalizadoras do sistema nervoso. São células cuja morfologia está adaptada para funções de transmissão e processamento de sinais: tem muitos prolongamentos próximos ao corpo celular (os dendritos), que funcionam como antenas para os sinais de outros neurônios, sendo um prolongamento longo que leva as mensagens do Neurônio para sítios distantes (os axônios).

Ademais, estes neurônios tem a função de comunicar e transpassar informações através de estruturas chamadas sinapses, que consiste cada uma delas em uma zona de contato entre dois neurônios, ou entre um neurônio e uma célula muscular. Estas sinapses são o chip do sistema nervoso e são capazes não só de transmitir mensagens entre duas células, se não, também são capazes de bloqueá-las ou modifica-las inteiramente: realizando um verdadeiro processamento da informação.

O impulso nervoso é o principal sinal de comunicação do neurônio, um pulso elétrico gerado pela membrana, rápido e invariável, que se propaga com enorme velocidade ao longo do axônio. Ao chegar à extremidade do axônio, o impulso nervoso provoca a emissão de uma mensagem química que leva a informação – intacta ou modificada – para a célula seguinte.

No sistema nervoso, os neurônios são agrupados em grandes conjuntos com identidade funcional. Isso faz com que as diferentes funções sejam localizadas em regiões restritas. Cada região, no entanto faz a sua parte, contribuindo para a integração funcional do conjunto. Por isso podemos conversar ver, falar, ter postura e caminhar, tudo ao mesmo

tempo, com emoções, memórias, etc. cada uma dessas funções é executada por uma parte do sistema nervoso, mas todas as partes operam coordenadamente. Por este motivo, deve-se considerar que diferentes tipos de lesões podem causar paralisia cerebral, mas, habitualmente, a causa é desconhecida.

Paralisia Cerebral, definição.

"...Algo só é impossível até que alguém duvide
e acabe provando o contrário..." (Albert Einstein)

A Paralisia Cerebral (PC) é considerada um distúrbio da postura do movimento e é um estado caracterizado por fraco controle muscular, espasticidade, paralisia e outras deficiências neurológicas, como resultado de uma lesão cerebral produzida durante a gravidez, durante o parto, depois do nascimento, ou antes, dos cinco anos de idade.

> *"… La parálisis cerebral describe un grupo de trastornos del desarrollo psicomotor, que causan una limitación de la actividad de la persona, atribuida a problemas en el desarrollo cerebral del feto o del niño. Los desórdenes psicomotrices de la parálisis cerebral están a menudo acompañados de problemas sensitivos, cognitivos, de comunicación y percepción, y en algunas ocasiones, de trastornos del comportamiento…"* (E Bleck, 1992).

Esta patologia foi descrita pela primeira vez por Littlel no ano de 1843 (ROTTA, 2002.) quem a descreveu como Encefalopatia crônica da primeira infância, ligada a diferentes causas e caracterizada, principalmente, por uma notória rigidez muscular. Em 1862, estabeleceu-se a relação entre esse quadro e o parto anormal, e, em 1897, Freud sugeriu a expressão Paralisia Cerebral, que, mais tarde, foi adotada por Phelps, ao se referir a um grupo de crianças que apresentavam transtornos motores mais ou menos severos, devido à lesão do sistema nervoso.

A Paralisia Cerebral acontece antes, durante ou após o parto, acarretando uma incapacidade neurológica nos campos motores do cérebro devido à lesão do Sistema Nervoso Central (SNC) (LEITE E PRADO, 2004; ROTTA, 2002).

"... As causas podem ser: inflamatórias ou infecciosas, vasculares, enzimáticas, metabólicas, traumáticas, hormonais, genéticas, degenerativas, específicas de grupo sanguínea, de privação, e as sociais que devem ser mencionadas como importantes. (ESPÍNOLA, 2009)..."

Segundo a Organização Mundial de Saúde, em 1999 a paralisia cerebral foi definida como uma disfunção neuromotora não progressiva da infância, como decorrente duma lesão estática, que afeta o sistema nervoso central em fase de maturação estrutural e funcional. Sua incidência afeta 1 ou 2 crianças em cada 1000 bebés, mas é 10 vezes mais frequente nos bebés prematuros e, especialmente, nos de pouco peso[1]. Por outro lado, encontra-se nos países desenvolvidos uma prevalência entre 1,5-2,5 nascidos vivos, enquanto que nos países em desenvolvimento a incidência está estimada em uma criança por cada 7 crianças nascidas vivas (LEITE E PRADO, 2004; ROTTA, 2002). Sendo uma patologia multifatorial, podendo ocorrer tanto no pré, no peri ou no pós-natal. A paralisia cerebral não é uma doença e também não é progressiva. As partes do cérebro que controlam os movimentos musculares são particularmente vulneráveis à lesão nos bebés prematuros e nos muito pequenos.

As causas da Paralisia Cerebral no período pré-natal provêm de fatores genéticos ou maternos, tais como hemodinâmicos, metabólicos e tóxicos. No período perinatal, podem ocorrer devido a um parto distócico, asfixia ou até mesmo hemorragias peri e intraventriculares. Por último, no período pós-natal, as causas podem ser traumatismo cranioencefálico, meningoencefalias, ou síndromes epiléticas graves, entre outras.

As lesões produzidas durante o parto e o fraco fornecimento de oxigénio ao cérebro antes, durante e imediatamente depois do nascimento são a causa de 10 % a 15 % dos casos registrados. Os bebés prematuros são particularmente vulneráveis, possivelmente em parte porque os vasos sanguíneos do cérebro apresentam um desenvolvimento anormal e sangram facilmente ou porque não podem proporcionar oxigénio suficiente ao cérebro. No período neonatal as maiores incidências de Paralisia Cerebral é devido a hipoxemia e a isquemia, que são respectivamente a diminuição de O^2 no sangue e a diminuição de perfusão de sangue no cérebro. (LEITE E PRADO, 2004; ROTTA, 2002).

Também os valores elevados de bilirrubina no sangue, frequentes nos recém-nascidos,

---

[1] Texto extraído da Página web sobre Paralisia Cerebral **http://www.manuaismsd.pt/?id=296**

podem desembocar numa doença chamada querníctero, com lesão cerebral. Contudo, a icterícia resultante dos altos valores de bilirrubina no sangue pode ser hoje em dia tratada facilmente nos recém-nascidos, e a incidência do querníctero diminuiu notoriamente. Durante os primeiros anos de vida, doenças graves, como a meningite, a sepse, o trauma e a desidratação grave, podem causar lesão cerebral e desembocar em paralisia cerebral. Ademais, entre as principais etiologias, citam-se as perturbações motoras, distúrbio do tônus, do movimento e da postura. Mas também podem trazer distúrbios da inteligência, na linguagem e no sensorial (LEITE E PRADO, 2004; ROTTA, 2002).

A Paralisia Cerebral pode ser classificada de várias formas dependendo do aspecto ao qual se enfatize, mas partindo de aspectos anatômicos e clínicos estes podem ser classificados segundo QUAGLIATO (1997) como, estes são os principais:

- **Espásticos ou piramidais**; que atinge a maioria dos casos (em média de 75%). A lesão ocorre no córtex cerebral e resulta em uma diminuição da força muscular e em aumento do tônus (grau de tensão muscular), ocasionando uma resistência maior quanto à movimentação de uma parte do corpo, os músculos se tornam rígidos e fracos, a rigidez pode afetar os braços e as pernas (quadriplegia), sobretudo as pernas (paraplegia), ou apenas o braço e a perna de um lado (hemiplegia). As pernas e os braços afetados encontram-se pouco desenvolvidos, são rígidos e fracos, condição que se manifesta em aproximadamente 70 % das crianças com paralisia cerebral.
- **Atetóide**; ocorrem movimentos involuntários, instáveis e de grande amplitude.
- **Coreoatetóide**; em que os músculos espontaneamente se movem devagar e sem controlo, os movimentos dos braços, das pernas e do corpo são lentos, retorcem-se e são incontroláveis, mas também podem ser bruscos e esticões; as emoções fortes pioram os movimentos e o sono fá-los desaparecer. Esta condição se apresenta em aproximadamente 20 % das crianças com paralisia cerebral.
- **Atáxico**; está relacionado a lesões no cerebelo/vias cerebelares, resultando em deficiência no equilíbrio corporal, sem coordenação dos movimentos alternados rápidos e dificuldade de se atingir algum alvo; pouca coordenação e movimentos

inseguros, a coordenação muscular é pobre, e existem fraqueza e tremores musculares. As crianças que sofrem desta perturbação têm dificuldade em fazer movimentos rápidos e caminham com pouco equilíbrio, com as pernas amplamente separadas. Esta condição ocorre em aproximadamente 10 % das crianças com paralisia cerebral.

- **Hipotônico**; lesão primária muscular ou do neurônio motor inferior, que se caracteriza pela hipotonia, sendo que o indivíduo não consegue ficar em pé ou deambular; Misto quando o portador apresenta mais de um tipo ao mesmo tempo.

Dependendo das áreas cerebrais afetadas, os portadores da paralisia cerebral têm comprometimentos nos membros inferiores e/ou superiores. Os tipos são estes: Tetraparesia quando membros superiores e inferiores estão igualmente comprometidos.

- **Diplegia**; quando os membros inferiores são mais comprometidos do que os membros superiores.
- **Hemiplegia**; quando apenas um lado do corpo é afetado (por exemplo, apenas um membro superior e um inferior esquerdo são afetados).
- **Monoplegia**; quando apenas um membro é afetado.
- **Misto**; em que se misturam dois dos tipos antes mencionados, é raro encontrar casos puros espasticos, ou coreatetoides ou ataxicos, em geral se combinam situação que acontece com diversas crianças.

QUAGLIATO (1997) fala que ás disfunções motoras mais observadas na paralisia cerebral ocorrem em membros inferiores: quadril fletido, coxas em tesoura, joelho rígido, joelho recurvado, pé em equinovaro, com flexão ou garra dos artelhos, pé valgo e extensão no hálux. Por outro lado, ele explica que nos membros superiores podem ser observadas adução e rotação interna do ombro, cotovelo fletido, antebraço em pronação, punho fletido, dedos em garra e polegar empalpado. Além disso, QUAGLIATO (1997) coloca ênfases na descrição de que a fala pode ser difícil de entender porque a criança tem dificuldade em controlar os músculos que intervêm na pronúncia das palavras.

As crianças com paralisia cerebral podem ter outros problemas ou desordens associados, como inteligência inferior à normal ou atraso mental grave ou com retardo mental, epilepsias, alterações visuais, como exemplo podem encontrar estrabismo, catarata, glaucoma, deficiência auditiva, problemas na deglutição e constipação intestinal. Contudo, aproximadamente 40 % destas crianças têm uma inteligência normal ou quase normal e em 25 % destes casos de paralisia cerebral, que em geral são os de tipo espástico, podem se produzir ataques epilépticos. (LEITE E PRADO, 2004; ROTTA, 2002).

No Brasil, a diferença de outros países, a paralisia cerebral, habitualmente, não pode ser diagnosticada nas primeiras etapas da infância. Quando problemas musculares tais como o fraco desenvolvimento, a fraqueza, a espasticidade ou a falta de coordenação se tornam evidentes, o médico tenta controlar a criança para determinar se o problema se deve a uma paralisia cerebral ou a uma perturbação progressiva, particularmente alguma que tenha tratamento. Em geral não se pode precisar o tipo de paralisia cerebral antes de a criança completar os 18 meses.

Ademais disso, lamentavelmente as provas laboratoriais não podem identificar a paralisia cerebral. Contudo, para afastar outras perturbações, podem realizar-se análises de sangue, estudos musculares eléctricos, biopsia muscular e tomografia axial computadorizada (TAC) ou ressonância magnética (RM) do cérebro. Vale ressaltar a importância de o diagnóstico ser feito precocemente para que o paciente tenha um atendimento de reabilitação: quanto mais cedo se iniciar o tratamento, mais rápido e eficaz será seu processo de reabilitação.

Descrição do tratamento, música, Musicoterapia.

"... É apenas com o coração que se pode ver direito;
O essencial é invisível aos olhos..."
(Antoine de Saint Exupéry)

Apesar de que Paralisia Cerebral não ter cura, há diversos tratamentos disponíveis que podem trazer esperança e melhorar a qualidade de vida desses pacientes. Além do tratamento medicamentoso, que tem como foco a melhora de seus sintomas, tais como

as dores musculares e as convulsões, entre outros, há tratamentos terapêuticos cujo principal objetivo é reabilitar os movimentos musculares destes pacientes, promovendo a fala e a expressão assim como também sua melhora emocional através da procura por conseguir uma melhor qualidade de vida. De uma forma geral, não é de hoje que se fala em reabilitação de pacientes neurológicos.

A reabilitação dos pacientes com paralisia cerebral deve ser empreendida por uma equipe multidisciplinar, abrangendo todos os aspectos, sociais, culturais, o desenvolvimento psicomotor e a comunicação, em que cada profissional exerça sua função em prol de uma melhora da qualidade de vida do paciente. Tratamentos Neuropsicológicos, fisioterapêuticos neurológicos, terapias ocupacionais, educação compensatória, utilização de sistemas de posicionamento e fisioterapia, entre outros são muitos dos tratamentos indicados, e vem tendo grande progresso na reabilitação.
Porem existem outras terapias que vem sendo aplicadas também com grandes progressos para melhorar a plasticidade cerebral, entre estas, podemos encontrar, por exemplo Arteterapia, Equoterapia, Hidroterapia, Terapia com cachorros e a Musicoterapia.

A Música como Terapia e Reabilitação (MUSICOTERAPIA), além dos estudos sobre os efeitos terapêuticos na reabilitação neurológica, vem sendo utilizada como cura desde os primórdios da humanidade, mas se estabeleceu como ciências de estudo somente após a Segunda Guerra Mundial, sendo estudados os efeitos terapêuticos da música na reabilitação de pessoas (LORENZINI, 2007). Nessa época, médicos perceberam que os enfermos de guerra que escutavam os músicos tocando para eles, tinham uma melhora significativa, a ponto de ter alta mais cedo do que o previsto. Apesar de os efeitos terapêuticos da música em nível celular ainda não serem completamente esclarecidos, alguns pesquisadores acreditam que ouvir música facilita a neurogênese, a regeneração e a reparação de neurônios, ajustando a secreção de hormônios esteroides, que atuam na plasticidade cerebral (KANDEL. SCHWARTZ E JESSELL, 1999).

A Musicoterapia e seus objetivos podem variar de acordo com as características da criança, sua família e seu entorno social, ademais de suas necessidades e peculiaridades.

A Musicoterapia possui várias definições, por ser uma ciência considerada recente e estar em constante desenvolvimento. Dentre estas citaremos a da Musicoterapêuta Maristela Smith, segundo ela *"... A musicoterapia é a ciência que utiliza elementos sonoro-rítmico-musicais no tratamento, reeducação, reabilitação e recuperação de indivíduos portadores das mais diversas patologias ou ainda na área preventiva..."* Entre outras definições, podemos destacar a definição da Federação Mundial de Musicoterapia do ano de 1996:

> *"...Musicoterapia é a utilização da música e/ou seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) por um musicoterapêuta qualificado, com um cliente ou grupo, num processo para facilitar e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas.*
> *A Musicoterapia objetiva desenvolver potenciais e/ou restabelecer funções do indivíduo para que ele/ela possa alcançar uma melhor integração intra e/ou interpessoal e, em consequência, uma melhor qualidade de vida, pela prevenção, reabilitação ou tratamento..."*

Segundo DUCORNEAU (1988), as pesquisas têm revelado a existência de interações neurais que provocam reações humanas, diante de estímulo musical, mostrando que há uma diversidade de circuitos neuronais para se perceber a música, processá-la e tocá-la. A música é um meio sensório-motor facilitador de estímulos, pois, por meio da escuta sonoro-musical, as vias sensoriais conectam o receptor na periferia com a medula espinhal, tronco cerebral, tálamo e córtex cerebral. Essas vias recebem informações a partir do ambiente, por meio de células especializadas na periferia do corpo, e transmitem essas informações para o sistema nervoso central. A partir daí, as informações são usadas para quatro funções principais: a percepção, controle dos movimentos, a regulação das funções dos órgãos internos e a manutenção do estado de vigília (RIBEIRO, 2013).

Bruscia (2000) salienta que, para ativar as funções neurológicas e reabilitar o paciente, é necessário utilizar a música para estimular, influenciar comportamentos, estados de humor, atitudes que acelerem uma melhora significativa na movimentação do corpo e na cognição. Esse tipo de trabalho o autor denomina musicoterapia funcional, a qual trabalha com a intervenção da música no sistema sensório-motor, para estimular as ondas dos hemisférios cerebrais e reabilitar funções perdidas, através da utilização de diferentes timbres, materiais e temperaturas.

No trabalho de Musicoterapia na reabilitação neurológica, é indispensável que sejam trabalhados e evocados os sistemas sensoriais (visual, corporal e o auditivo), pois, para ARAUJO (2011), o ser humano usa esses três sistemas de representação para construir o modelo de mundo. LORENZINI (2007) completa apontando que cada um desses canais sensoriais nos dá informações que nós usamos para organizar nossas experiências. Um paciente que tem paralisia cerebral traz esses sistemas sensoriais afetados e, muitas vezes, apresenta mais de um sistema lesionado.

O foco a ser trabalhado, nesse sentido, é utilizar a música como intermediárias para reabilitar ás áreas afetadas, e é de grande valia que o musicoterapêuta utilize vários timbres e sons musicais para sensibilizar a audição, instrumentos musicais de cores de alto contraste, para estimular a visão, e materiais com texturas e temperaturas diversas para ampliar a sensibilidade corporal.

Algumas experiências musicais denominadas por Bruscia (2000) se fazem importantes para o processo terapêutico dos pacientes com Paralisia Cerebral com objetivo de evocar respostas corporais específicas, estimular e/ou relaxar, desenvolver habilidades audiomotoras, facilitar a memória, etc.

Nas experiências de nosso estágio em musicoterapia desenvolvido com Beatriz no CEART da UDESC, foi percebida a grande importância de se trabalhar com métodos de improvisações sonoro-musicais, recriações e escutas musicais. No método de improvisação, por exemplo, o objetivo principal foi estabelecer um canal de comunicação não verbal para, ao longo do processo, ser criada uma ponte para a estimulação da comunicação verbal de **Beatriz**[2], estimulando e desenvolvendo seus sentidos, além de se desenvolverem suas habilidades perceptivas e cognitivas, ao conseguir aceitar os diferentes sons e barulhos para que gradualmente perdesse o medo ao desconhecido. No método de recriação, o foco foi desenvolver habilidades sensório-motoras, melhorando a atenção e a orientação de Beatriz para conseguir desenvolver a memória da criança.

Além desses procedimentos, foi importante que o trabalho musicoterapêutico fosse realizado com todos os elementos musicais (altura, timbre, duração e intensidade), pois,

[2] O nome real e os registros da criança foram trocados para guardar a identidade e sigilo dela.

segundo DUCOURNEAU (1988), o trabalho sonoro-musical com esses elementos pode evocar significativas respostas sensoriais, sejam estas tanto auditivas, como corporais ou até mesmo visuais para nossos pacientes.

Segundo RUUD (1991) o musicoterapêuta deve compreender qual é a influência da música e de seus elementos na vida das personas, pois, dessa forma, ele poderá compreender as reações do paciente tanto para a música como para o som, observando detidamente seu comportamento musical, desta forma, o musicoterapêuta poderá utilizar as ferramentas corretas para aplicar adequadamente a musicoterapia em pacientes com diferentes distúrbios neurológicos, uma vez que, segundo BENENZON (1985), o objetivo da musicoterapia, seja melhorar a qualidade de vida do paciente, desenvolvendo-lhe potenciais e restabelecendo-lhe funções pela prevenção, reabilitação, recuperação ou tratamento das funções musicais, fazendo com que em definitiva o trabalho musicoterapêutico este conformado por um conjunto de atividades cognitivas e motoras envolvidas no processamento da música para com o paciente.

Para DUCOURNEAU (1988), a música é o agente facilitador das funções neuropsicomotoras, ao utilizar sons, harmonias, ruídos e vibrações, sendo ademais o desencadeador de diferentes efeitos, já que a partir de uma experiência musical, são diferentes os estímulos que ingressam em nosso sistema nervoso central e o impactam. Vale ressaltar que segundo BENENZON (1985) é de extrema importância a utilização de sons que fazem parte do histórico sonoro do paciente (ISO – Identidade Sonora), pois esse procedimento é o primeiro meio facilitador da comunicação e do vínculo terapeuta versus paciente.

Estudo de caso. Trabalhando com Beatriz

Neste projeto utilizamos a Musicoterapia aplicada a Paralisia Cerebral (PC), de forma mais específica com uma criança com Paralisia Cerebral chamada Beatriz que assiste aos diversos tratamentos musicoterapêuticos desenvolvidos no Projeto “Música para Todos.” Atendimentos que acontecem nas dependências do Centro das Artes (CEART) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Para desenvolver estes

atendimentos, criamos um Projeto de Estagio adjunto a este trabalho[3].

Beatriz é uma menina nascida o dia 4 de abril do ano 2013 com diagnostico de paralisia cerebral com fraco controle muscular, diferentes disfunções motoras, espasticidade, paralisia e outras deficiências neurológicas, como resultado de uma lesão cerebral produzida durante o período perinatal devido a um parto distócico, com asfixia intrauterina. Beatriz atualmente tem três anos e seis meses de idade com um alto nível de comprometimento e um aspecto anatômico e clínico de caráter misto.

Na entrevista feita aos pais em base a ficha Musicoterapêutica fornecida a eles[4], se percebe que a criança gosta de cantos e sons ligados as emoções, gotas do som da chuva e do vento, musica de piano para dormir, música Indiana e diferentes Mantras (gostos da mãe) e no carro gosta de escutar música com violão, gauchesca e sertaneja, ademais de assistir filmes com bastante movimentação (filmes de ação, Jakie Chan, por exemplo), devido aos gostos do pai.

Ademais, na entrevista se pode constatar que Beatriz sofre muito com sons supressivos, estridentes e metálicos, todo barulho surpreso faz com que ela se retorça e fique tesa. Beatriz não gera nem pronuncia nenhum tipo de sons, existindo uma fala comprometida, com pouca interação com os outros.

Outro antecedente a resgatar da entrevista aos pais é que a família tem sérios problemas para frequentar diferentes lugares, devido que Beatriz dependendo da situação se irrita, não aceitando nenhum tipo de barulhos produzidos no ambiente.

Depois de realizada esta entrevista, e logo de nossas observações, de nossos registros e vídeos que analisamos em conjunto com a Escala de Avaliação Musicoterapêutica *Individualized Music Therapy Assessment Profile* **(**IMTAP), fizemos uma Avaliação Inicial [5] e chegamos a três pontos a trabalhar com Sara durante o Estagio a desenvolver:

---

[3] Anexo número 1
[4] Anexo número 2
[5] Anexo número 3

1. Pretendemos estimular a vocalização de Beatriz, deixando-a cada vez mais a vontade, através de Improvisações e de repetições de músicas conhecidas e de brincadeiras com diferentes sons onomatopeicos (sons vocais e guturais).
2. Queremos estimular a movimentação de Beatriz, mas não temos a pretensão de fazer fisioterapia com ela, visto que ela já tem esse atendimento. Sara demostra muita vontade de tocar violão. Queremos aproveitar essa vontade para trabalhar a movimentação de seus braços e mãos, posicionando o instrumento perto dela e estimulando o alcançar e o pinçar das cordas.
3. Queremos diminuir o medo de Beatriz, através de diferentes jogos lúdicos com sons e barulhos esperados e não esperados, para que ela se acostume as diversidades sonoras. Faremos improvisações e muitas brincadeiras em diferentes tonalidades e em diferentes ritmos, com diferentes sons e acessórios.

CONCLUSÃO

Nosso trabalho Musicoterapêutico no Estagio desenvolvido no CEART da UDESC conseguiu atingir ás metas propostas.

Com respeito a estimular a vocalização de Beatriz, se conseguiu perceber os primeiros sons onomatopeicos, com sentimentos de alegria e jubilo, deixando expressar sentimentos através da voz, sendo o primeiro passo para conseguir pronunciamento de vocais com estimulação na fala da criança. Entregaram-se ademais alguns cartazes aos pais para que eles continuassem estimulando a Beatriz em base a explicações visuais para conseguir a produção de sons diferenciados como o conseguir fazer beijos, abrir a boca, sacar a língua, etc.

Com respeito a conseguir estimular a movimentação de Beatriz, conseguimos que ela se expressasse através do violão, esticasse a mão tanto neste instrumento como no piano e conseguisse fazer ás primeiras movimentações dos dedos. Sugeriu-se aos pais que continuassem estimulando a Beatriz para alcançar as cordas de violão, o pai começou

estudar musica para ajudar nesta tarefa e a família em geral esta participando na tarefa de estimulação motora de sara através dos instrumentos musicais de corda e teclado.

Com respeito à expressão dos sentimentos, diminuir o medo de Beatriz foi a tarefa primordial de nosso trabalho musicoterapêutico no estagio. Depois de um analises empírico musical, determinamos que a problemática de Beatriz não fosse os barulhos em se, se não, mas bem o medo aos barulhos inesperados. Por este motivo começamos trabalhar com os pais diferentes e diversos barulhos, com cores diferentes, tessituras diferentes, instrumentos diferentes, com abrir e fechar portas, etc. É dizer, fazer uma festa musical que Beatriz pudesse perceber no seu entorno e da qual pudesse participar.

Na atualidade depois de 8 meses de trabalho, tanto os pais de Beatriz como nos Musicoterapêutas em formação ficamos muito felizes com o resultado. Beatriz aceitava de melhor agrado os diferentes barulhos, sem ter grandes surpresas ou surtos que pudessem afetar negativamente sua saúde e bem estar.

REFERÊNCIAS

ANDION, Maria Teresa Messeder. *"Jogo de Areia: Intervenção psicopedagógica a luz da teoria piagetiana na caixa de areia*." Rio de Janeiro, Editora Wak. Ano 2010.

ARAUJO, Gustavo Andrade de. *"O tratamento musicoterapêutico aplicado a comunicação verbal e não verbal em crianças com deficiências múltiplas"* [dissertação]. Porto Alegre, 2011.

BARROS, M. R. M. A. "*Música como mediadora no desenvolvimento cognitivo em crianças com perturbações Autísticas: Intervenção junto de uma aluna com perturbações Autísticas*". Lisboa 2012.

BENENZON, Rolando. "*Manual de musicoterapia*." Editorial Enelivros. RJ. Ano 1985.

BRUSCIA, Kenneth E. "*Definindo Musicoterapia*." Editorial Enelivros, RJ. Ano 2000.

CAVACO, Nora. "*Minha Criança é diferente? Diagnostico prevenção e estratégias de intervenção e inclusão das crianças autistas e com necessidades educacionais especiais.*" Editora Wak. RJ. Ano 2014.

CAVACO, Nora. *"O Profissional e a Educação especial. Uma abordagem sobre o Autismo."* Editorial Novembro. Santo Tirso, Portugal. Ano 2014.

DE MORAGAS, Jerónimo. *"Psicología del Niño y del Adolescente".* Editorial Labor, S.A. Barcelona. España. 1970.

DIMITRIUS, Jo-Ellan. "*Decifrar pessoas: Como entender e prever o comportamento humano.*" São Paulo, Editor Alegra. Ano 2000.

DUCORNEAU, Gérard. "*Musicoterapia. La comunicación musical: Su función y sus métodos en terapia y reeducación.*" Editorial EDAF, S.A. Madrid. Espanha. Ano 1988 .

"*Educação Moral de Durkheim a Piaget"*, Agencia de fomento Capes/CNPq. http://periodicos.unespar.edu.br/index.php/luminaria/article/view/332/278

ESPÍNOLA, Leinig Clotilde. *"A música e a ciência se encontram: Um estudo integrado entre a música, a ciência e a musicoterapia"*. Ed. Juruá. Curitiba. 2009.

FACION, José Raimundo "*Transtornos invasivos do desenvolvimento associados a graves problemas do comportamento: reflexões sobre um modelo integrativo*" Brasília: Ministério de Justiça, Coordenadoria nacional para integração da pessoa portadora de deficiência. Ano 2002.

FERNANDEZ, Alicia. "*A inteligência aprisionada: Abordagem Psicopedagógica clinica da criança e sua família.*" Porto Alegre. Editora Artmed. Ano 1991.

FERNANDEZ, Alicia. "*Psicopedagogia em psicodrama, Morando no Brincar."* Editora Vozes. Petrópolis, RJ. Ano 2007.

GATTINO, Gustavo Schulz. "*Musicoterapia e Autismo, teoria e Pratica*." São Paulo. Editora Memnon, 2015.

GOMES, Caio Cesar. "*Avaliação psicológica da aprendizagem: psicologia e psicopedagogia.*" São Paulo: casa do psicólogo. Ano 2013.

GOLD, N. "*Depression and social adjustment in siblings of boys with autism. Journal of autism and development disorder*". Vol. 23, n 1. Ano 2005.

KANDEL, Eric. Schwartz, James. Jessell, Thomas. "*Neurociencia y Conducta".* Editorial Grafilles (Grupo Frupoin), España. 1999.

KRAMMAN, J. "*Der Einfluss verschiedenner Musikstucke auf das Verhalten von Kindern mit Autismus-Syndrom*". Inaug. Diss. Münster. 1982. Cit. Münzberg, C., "Musiktherapietagung" (17, 2009, München), & Freies Musikzentrum (München). (2010). Musiktherapie in der Psychosomatik. Wiesbaden: Reichert.

LEITE, J.M.R.S; PRADO. "*GF do Paralisia cerebral: aspectos fisioterapêuticos e clínicos.*

Revista Neurociências", v. 12, n. 1, p. 41-45. 2004.

LEVIN, Esteban. "*A clinica psicomotora, O corpo na linguagem*." Petrópolis, RJ. Ano 2009.

LEVIN, Esteban. "*Clinica e Educação com as crianças do outro espelho*." Editoriais Vozes. Petrópolis, RJ. Ano 2005.

LEVIN, Esteban. "*Rumo a uma infância virtual? A imagem corporal sem corpo."* Editora Vozes. Petrópolis, RJ. Ano 2007.

LORENZINI, Marlene V. "*Brincando a brincadeira com a criança deficient: Novos rumos terapêuticos*". Editora Manole. São Paulo. 2007.

MALBRAN, Silvia. "*El aprendizaje Musical de los Niños*". Editorial Actilibro S.A. Buenos Aires, Argentina. 1994.

Marcos Político-Legal da Educação Especial na perspectiva da educação Inclusiva no Brasil. Pág. 27. Decreto N° 6.571 da Secretaria de Educação Especial no Ministério da Educação, Brasília. Ano 2010.

MICHEL D, PINSON J. "*Music therapy in principle and practice".* Springfield: Charles C Thomas; 2005.

MOLL, Luis C. "*Vygotsky e a educação: implicações pedagógicas da psicologia sócio histórica*" /Luís C. Moll; trad. Fani A. Tesseler. Porto Alegre: artes médicas, 1996.

MOMENI, N.; BERGQUIST, J.; BRUDIN, L.; BEHNIA, F., SIVBERG, B.; JOGHATAEI, M.T.; PERSSON, B.L. "*A novel blood-based biomarker for detection of autism spectrum disorders".* Transl Psychiatry. 2012; 2;91.

NORDOFF, P. "*Music therapy and personality change in autistic children. J Am Inst Honicopayh*". 1964; 57:305-10.

NORDOFF, P.; ROBBINS, C. (1968). "*Improvised music as therapy for autistic children. In E. T. Gaston (Ed.) Music in therapy, (p.191-193)"*. New York: MacMillan Co.

PIAGET, J. "*Etudes Sociologiques*". Genebra – Paris, Droz, 1977, P.242 (em português "Estudos Sociológicos", Rio de Janeiro, Forense, 1973).

PIAGET, J. "*Biologie et Connaisance*". Paris, 1967, P. 314.(em português "Biologia e conhecimento: ensaio sobre as relações entre as regulações orgânicas e os processos cognoscitivos". Petrópolis, Vozes, 1973).

PIAGET, J. "*O Juízo Moral na Criança*" /Jean Piaget 1932. Tradução Elzon Lenardon. São Paulo. Summus, 1994.

PIAGET, VYGOTSKY, WALLON. "*Teorias psicogenéticas em discussão/Yves de la Taille,*

Marta Kohl de Oliveira, Heloysa Dantas". São Paulo. Editorial Summus, 1992.

QUAGLIATO, Elizabeth M. A. "*Toxina botulínica A no tratamento da espasticidade"*. In: SOUZA, A. M. C.; FERVARETTO, I. ed. "*Como tratamos a paralisia cerebral: reabilitação*". São Paulo: Escritório Editorial, 1997.

RAMALHO, Natália Migliari. Musicoterapia Para Pacientes Portadores de Paralisia Cerebral: Um Estudo de Caso [monografia]. São Paulo. 2010.

RIBEIRO, Emanuela Aurora Nunes. "*A importância da Musicoterapia na Paralisia Cerebral: perceção da equipa multiprofissional [dissertação]*". Lisboa. 2013.

ROTTA, Newra Tellechea. "*Paralisia Cerebral: novas perspectivas terapêuticas*". Jornal de pediatria. Vol. 78, suppl. 1 (2002), p. 548-554. 2002.

SKINNER, B.F. "*Sobre o Behaviorismo*". São Paulo, Editora Cultrix, 1974.

SKINNER, B.F. "*Ciência e comportamento humano*". 9° edição. Tradução de Joao Carlos Todorov e Rodolfo Azzi. São Paulo, Editora Martins Fontes, 1994.

ANEXOS

- ANEXO 1

PROJETO DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO

CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MUSICOTERAPIA

Coordenador de Estágio: Prof. Dr. Gustavo Gattino
Alunos: Davys Enrique Espíndola Moreno
Natascha Prujansky Hak.

ESTÁGIO EM MUSICOTERAPIA

LOCAL DO ESTÁGIO: Projeto O Tratamento Musicoterapêutico aplicado a crianças com paralisia Cerebral (PC) (Dependências do CEART da UDESC)
PERÍODO: Junho a Dezembro de 2016
SUPERVISÃO (Musicoterapeuta): Prof. Dr. Gustavo Gattino e Prof. MSc Igor Ortega
SUPERVISÃO (Presencial): Prof. Dr. Gustavo Gattino.
DURAÇÃO: 80 Horas
NÚMERO DE PACIENTES: 01 (Um)

INTRODUÇÃO

A paralisia Cerebral (PC) é considerada um distúrbio da postura do movimento. Esta patologia foi descrita pela primeira vez por Littlel (1843) que a descreveu como Encefalopatia crônica da primeira infância. A PC acontece antes, durante ou após o parto, acarretando uma incapacidade neurológica nos campos motores do cérebro devido à lesão do Sistema Nervoso Central (SNC) (LEITE E PRADO, 2004; ROTTA, 2002).

> As causas podem ser: inflamatórias ou infecciosas, vasculares, enzimáticas, metabólicas, traumáticas, hormonais, genéticas, degenerativas, específicas de grupo sanguínea, de privação, e as sociais que devem ser mencionadas como importantes. (LEINIG, 2009)

No período neo natal as maiores incidências de Paralisia Cerebral é devido a hipoxemia e a isquemia, que são respectivamente a diminuição de O^2 no sangue e a diminuição de perfusão de sangue no cérebro. (ROTTA, 2002)

Entre as principais etiologias cita-se as perturbações motoras, também podendo dizer que é uma distúrbio do tônus, do movimento e da postura. Mas também pode trazer distúrbios da inteligência, na linguagem, no sensorial. (LEINIG, 2009 e ROTTA 2002).

A PC pode ser classificada de várias formas dependendo do aspecto ao qual se enfatize, mas partindo de aspectos anatômicos e clínicos: 1) espásticas ou piramidais; 2) coreoatetósicas ou extrapiramidais; 3) atáxicas;4) mistas. (ROTTA, 2002)

Tratamentos como a fisioterapia são muito indicados, e vem tendo grande progresso na reabilitação. Porem outras terapias vem sedo aplicadas também com grandes progressos, como a Musicoterapia.

A Musicoterapia possui várias definições, por ser uma ciência considerada recente e estar em constante desenvolvimento. Dentre estas citaremos a de Maristela Smith, segundo a mesma a Musicoterapia *"...É a ciência que utiliza elementos sonoro-rítmico-musicais no tratamento, reeducação, reabilitação e recuperação de indivíduos portadores das mais diversas patologias ou ainda na área preventiva..."* Também podemos destacar a definição da Federação Mundial de Musicoterapia de 1996:

> Musicoterapia é a utilização da música e/ou seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) por um musicoterapeuta qualificado, com um cliente ou grupo, num processo para facilitar e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas.
> A Musicoterapia objetiva desenvolver potenciais e/ou restabelecer funções do indivíduo para que ele/ela possa alcançar uma melhor integração intra e/ou interpessoal e, em conseqüência, uma melhor qualidade de vida, pela prevenção, reabilitação ou tratamento.

Neste projeto utilizaremos a Musicoterapia aplicada a Paralisia Cerebral (PC), de

forma mais específica com uma criança com Paralisia Cerebral (PC) que assiste aos diversos tratamentos musicoterapêuticos desenvolvidos no Projeto “Música para Todos,” atendimentos que acontecem nas dependências do Centro das Artes (CEART) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

JUSTIFICATIVA

Cruickshank e Raus afirmam que o problema da paralisia cerebral também é psicológico, sociológico e econômico, devido ao paralítico cerebral geralmente ser isolado do contato social, dificultando o tratamento da criança. Em muitos casos isto ocorre por falta de informação dos familiares, que pode estar relacionado ao fator econômico. (LORENZINI, 2002).

A criança com paralisia cerebral pode ter seus movimentos afetados em diferentes graus. A comunicação também é afetada, visto que possuem dificuldades na linguagem verbal, dando origem a uma privação cultural, cognitiva, afetiva e sensório-motora. (LORENZINI, 2002; RAMALHO, 2010; RIBEIRO, 2013).

A música, quando utilizada por um musicoterapeuta qualificado proporciona uma melhora cognitiva, física, mental e social em pessoas com problemas psicológicos ou físicos e até mesmo como profilaxia. A musicoterapia mostrou-se eficaz no tratamento de pessoas que possuem o diagnóstico de paralisia cerebral. Promove o desenvolvimento cognitivo e motor, em diferentes níveis, dependendo de cada paciente, alguns desenvolvem mais rapidamente do que outros. Podemos inferir que indivíduos com paralisia cerebral que passam pelo tratamento musicoterapêutico podem desenvolver um melhor controle da motricidade, da organização espácio-temporal e da comunicação verbal, favorecendo a melhoria da qualidade de vida e inclusão social dos mesmos. (RAMALHO, 2010; RIBEIRO, 2013).

QUESTÃO DE PESQUISA

O tratamento musicoterapêutico para crianças com Paralisia Cerebral pode ajudar a desenvolver a socialização, a fala, a motricidade e uma melhor qualidade de vida?

OBJETIVO GERAL

Desenvolver na criança com Paralisia Cerebral a socialização, a fala, a motricidade e uma melhor qualidade de vida.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Criar diversas relações de interação e socialização entre todos os membros do grupo familiar, para trabalhar emocoes e interacao.
2. Promover o desenvolvimento da área motora e sensorial.
3. Estimular a vocalizacao e/o linguagem verbal.

RELEVÂNCIA

1) Estudos musicoterapêuticos sugerem que o trabalho por Musicoterapia aumenta as capacidades de coordenação motora, melhora a marcha, e ajuda na questão postural e de equilíbrio.

2) Também ajudam na fala, na dicção, e quando necessário, também pode ser trabalhado a cognição e o sensorial, como objetivo específico.
3) Estudos musicoterapêuticos sugerem que o trabalho por Musicoterapia colabora com a interação e integração social das pessoas com PC com os outros.

DELINEAMENTO

Estudo de corte

SUJEITOS

01 criança será contemplada com o tratamento musicoterapêutico.

CRITÉRIOS DE ENTRADA

Crianças com Paralisia Cerebral, com prejuízo na área motora. E que sejam parte do programa Musica para todos da FAED da UDESC.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Comprometimento severo da parte sensorial e cognitiva.

RECRUTAMENTO

Crianças atendidas no projeto "Musica para Todos" da FAED da UDESC que se enquadrem nos critérios de entrada**.**

FORMA DE ATENDIMENTO

Os atendimentos serão individuais.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DOS ATENDIMENTOS

Uma vez por semana, sessões individuais que durarão 30 minutos.

MATERIAIS

Instrumentos de percussão (ex: ganzá, caxixi, meia lua, tambor), violão, flauta doce soprano, teclado ou piano, violino, outros instrumentos afins que produzam todo tipo de sons e barulhos diferenciados. Câmera digital com tripé e gravador de áudio.

VARIÁVEIS

Preditora – Tratamento Musicoterapêutico.

Desfecho – Mudança na comunicação verbal e não verbal, comportamentos e capacidades motoras, mensurada pelo escala IMTAP.

INSTRUMENTOS E TÉCNICAS

Roteiro de Entrevista: Levanta informações sobre dados sociodemográficos, aspectos clínicos de saúde do paciente, e preferências e história de relação com sons e músicas.

***Individualized Music Therapy Assessment Profile* (IMTAP):** É um instrumento que avalia dez grupos de comportamentos, divididos em dez domínios que são musicalidade, comunicação expressiva, comunicação receptiva/percepção auditiva, interação social, motricidade ampla, motricidade fina, motricidade oral, cognição, habilidade emocional e habilidade sensorial. Cada domínio apresenta seus subdomínios. Os subdomínios possuem diversas habilidades totalizando 374 na escala completa. Será utilizado também a seção **Formulário de Admissão da IMTAP** que levanta informações clínicas e dificuldades apresentadas pelo paciente.

Métodos de musicoterapia segundo Bruscia (2000): O presente método envolve a audição; improvisação; re-criação; e execução musical. Na técnica da audição o paciente ouve a execução de sons ou músicas apresentadas pelo terapeuta; na improvisação, o paciente produz sons e/ou músicas com os intrumentos musicais de sua escolha ou com seu próprio corpo, como bater palmas, pés ou cantar conforme quiser se expressar; na re-criação, o terapeuta utiliza músicas já conhecidas pelo paciente e apresenta outra versão para o mesmo; e, na execução, o paciente executa a canção ou música que são apresentadas pelo terapeuta ou que ele próprio trouxer ao *setting* terapêutico.

O processo Musicoterapêutico é composto de cinco fases: 1) a avaliação, por meio de Anamnese e observação em um número de sessões específicos à definição das modificações alvo; 2) o planejamento das atividades que serão conduzidas nas sessões; 3) o início da terapia com o objetivo alvo sendo trabalhado; 4) A análise dos dados; e, 5) A alta, o alcance dos objetivos programados. O feedback terapêutico é fornecido em momentos pontuais conforme o processo e repostas do paciente ao tratamento.

ASPECTOS ÉTICOS DO PROJETO

- Os materiais audiovisuais decorrentes das sessões filmadas serão de uso exclusivo para a supervisão, não sendo divulgados a terceiros para quaisquer outras finalidades;
- Os relatórios parciais ou finais disponibilizados resguardarão o anonimato das crianças e seus familiares não sendo mencionadas nomes, informações ou identificações (descritas ou audiovisuais) que levem à identificação dos mesmos.

7.PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

As etapas do projeto serão:

I. Autorização da Instituição;
II. Levantamento dos pacientes cadastrados e seleção dos pacientes que contemplem o perfil desejado;
III. Contato com responsáveis da criança para explicação sobre o projeto e, se concordarem em participar, solicitação da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Consentimento de Autorização de filmagem;

IV. Preenchimento do Roteiro de entrevista com os responsáveis/cuidadores para informações gerais sobre a criança e sobre o próprio cuidador;

V. Realização das sessões de Musicoterapia, utilizando-se de instrumentos musicais, voz, e movimentos corporais para estimular as áreas de atraso de desenvolvimento, conforme a necessidade do paciente. As primeiras sessões serão com os responsáveis da criança para levantamento de informações através do Roteiro de entrevista e Formulário de Admissão da IMTAP, e as demais sessões serão com as crianças;

VI. Supervisões mensais das sessões de musicoterapia;

VII. Ao final de cada atendimento será preenchido um plano de ação onde constará informações objetivas do desempenho de cada indivíduo durante o atendimento, discriminando-se: *Nome da criança; Data; Horário (início e término); Objetivos serem alcançados; Aspectos trabalhados; Atividades Desenvolvidas; Recursos utilizados; Resumo da sessão (observações);*

VIII. Ao final de cada atendimento, deverá ainda se registrar na planilha geral a sessão correspondente, conforme quadro 1;

IX. Devolutiva com os pais sobre o quadro evolutivo da criança durante as sessões de musicoterapia;

X. Elaboração de relatórios de registro de cada sessão, e ao final, elaboração de um relatório geral do estágio;

XI. As sessões de Musicoterapia serão realizadas nas dependencias do Centro de Artes da Universidade do Estrado de Santa Catarina, as Quintas-feiras (13:30h as 14:00 h).

Criança Atendida:
Diagnóstico (Paralisia Cerebral):
Idade:
Nome do familiar Responsável:
Contatos:
Datas previstas:
Horário:

Equipe	**CONTROLE DE ATENDIMENTOS (Sessões/Datas)**																			
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**
Musicoterapeuta e Co-musicoterapeuta (ambos estagiários)																				

Quadro 1. Planilha geral de Frequência

8. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os resultados serão analisados conforme os dados da ficha musicoterapêutica e os escores gerados pela IMTAP a partir das observações das filmagens das sessões.

09. CRONOGRAMA DE REALIZAÇÃO DO PROJETO

ATIVIDADES	**MESES / 2016**			
	Junho	**Julho a novembro**		**Dez**
Escolha dos pacientes	x			
Apresentação do Projeto ao professor	x			
Leitura das referências bibliográficas	x	x	x	x
Realização dos Atendimentos Musicoterápicos	x	x	x	x

Elaboração do Relatório de Estágio		x	x	x
Entrega do Relatório de Estágio				x

10. ESTRUTURA DA EQUIPE DE ESTÁGIO

11. EQUIPE: Estágio em Musicoterapia

Supervisores-Musicoterapeutas

Nome	Prof. Dr. Gustavo Schulz Gattino
Formação	Musicoterapeuta
Função	Supervisor-Musicoterapeuta (Estágio em Musicoterapia)
Carga horária	80 h
Telefone	(51) 9648-6886
E-mail	gustavogattino@yahoo.com.br

Nome	Prof. MSc. Igor Ortega
Formação	Musicoterapeuta
Função	Supervisor-Musicoterapeuta (Estágio em Musicoterapia)
Carga horária	20 h
Telefone	(11) 98493-4588
E-mail	igororteg@msn.com

Pós-graduandos em Musicoterapia

Nome	Davys Enrique Espíndola Moreno
Formação	Bacharelado em Música
Função	Estagiário em Musicoterapia
Carga horária	80 h
Telefone	(48) 9605-4369
E-mail	davyse@gmail.com

Nome	Natasha Prujansky Hak
Formação	Licenciada em Música
Participação	Estagiário em Musicoterapia
Carga horária	80 h
Telefone	(48) 9968-3451
E-mail	natashahak@gmail.com

REFERÊNCIAS do Projeto Estagio

ARAUJO, Gustavo Andrade de. O tratamento musicoterapêutico aplicado a comunicação verbal e não verbal em crianças com deficiências múltiplas [dissertação]. Porto Alegre, 2011.

BARROS, M. R. M. A. Música como mediadora no desenvolvimento cognitivo em crianças com perturbações Autísticas: Intervenção junto de uma aluna com pertutbações Autísticas. Lisboa 2012.

ESPÍNOLA, Leinig Clotilde. A música e a ciência se encontram: Um estudo integrado entre a música, a ciência e a musicoterapia. Ed. Juruá. Curitiba. 2009.

LEITE, J.M.R.S; PRADO, GF do Paralisia cerebral: aspectos fisioterapêuticose clínicos. Revista Neurociências, v. 12, n. 1, p. 41-45. 2004.

LORENZINI, Marlene V. *Brincando a brincadeira com a criança deficient: Novos rumos*

terapêuticos. Editora Manole. São Paulo. 2007.

MICHEL D, PINSON J. *Music therapy in principle and practice*. Springfield: Charles C Thomas; 2005.

MOMENI, N.; BERGQUIST, J.; BRUDIN, L.; BEHNIA, F., SIVBERG, B.; JOGHATAEI, M.T.; PERSSON, B.L. *A novel blood-based biomarker for detection of autism spectrum disorders*. Transl Psychiatry. 2012; 2;91.

NORDOFF, P. *Music therapy and personality change in autistic children*. J Am Inst Honicopayh. 1964; 57:305-10.

NORDOFF, P.; ROBBINS, C. (1968). *Improvised music as therapy for autistic children.* In E. T. Gaston (Ed.) Music in therapy, (p.191-193). New York: MacMillan Co.

RAMALHO, Natália Migliari. Musicoterapia Para Pacientes Portadores de Paralisia Cerebral: Um Estudo de Caso [monografia]. São Paulo. 2010.

RIBEIRO, Emanuela Aurora Nunes. *A importância da Musicoterapia na Paralisia Cerebral: perceção da equipa multiprofissional* [dissertação]. Lisboa. 2013.

ROTTA, Newra Tellechea. Paralisia Cerebral: novas perspectivas terapêuticas. Jornal de pediatria. Vol. 78, suppl. 1 (2002), p. 548-554. 2002.

ANEXOS do Projeto Estagio

OFÍCIO PARA SOLICITAÇÃO DE PARCERIA (ESTÁGIO)

Ilmo(a). Sr.(a) Diretor(a) _____

A _____, através da implementação do curso de Pós-graduação em Musicoterapia, vem solicitar ao _____, da, um espaço para implementação de Estágio Curricular dos alunos _____com cronograma a ser seguido conforme instituído pelo professor responsável. Durante o estágio desenvolver-se-ão algumas atividades propostas pelo estudante/estagiário com o intuito de estar sensibilizando um novo olhar para novas possibilidades de intervenção dentro da instituição terapêutica.

Data para início: _____/_____/_____.

Agradecemos por toda atenção e aguardamos um breve retorno.

, _____, de _____, de 2016.

Formulário de admissão (IMTAP)

Data da admissão:_____ ano/mês/dia
Nome do paciente:_____ Sexo: (M) (F) Data de nascimento:_____ ano/mês/dia
Nome do Terapeuta:_____Idade Cronológica:_____ ano/mês/dia
Pessoa de referência:_____
Nome do entrevistado:_____ Relação com o paciente:_____

Por favor observe: as questões neste formulário são de natureza pessoal e confidencial. O terapeuta deve usar
de coerência ao completar as questões. Completar este formulário não é uma exigência para os atendimentos de
musicoterapia.

Informações gerais
A criança tem um diagnostico atual?
Quem forneceu este diagnostico? Sim Não
A criança esta tomando alguma medicação?
Medicação: Sim Não
A criança tem alguma alergia ou sensibilidade? Sim Não
Há alguma precaução que eu deveria tomar ao trabalhar com a criança?
(ex. convulsão, mordidas, comportamento auto-lesivo, etc.) Sim Não
A criança participa de alguma outra terapia?
Terapias: Sim Não
A criança teve alguma experiência ou exposição musical anterior? Sim Não
Você acredita que a criança tem alguma aptidão musical em particular? Sim Não
Existem músicos na família próxima da criança?
Quem? Sim Não
Você notou se a criança tem alguma preferência musical? Sim Não
Que benefícios você espera da musicoterapia?
Nota ao terapeuta: Quaisquer indicações na coluna da esquerda/sombreada indicam que esta área de funcionamento deve ser avaliada.

Motricidade ampla
Você observou se a criança tem dificuldades relacionadas à motricidade ampla? Sim Não
A criança é capaz de andar perfeitamente? Não Sim
A criança requer alguma assistência física? Sim Não
A criança utiliza plenamente todos os seus membros? Sim Não

Motricidade fina
Você observou se a criança possui dificuldades relacionadas à motricidade fina? Sim Não
A criança e capaz de executar tarefas motoras finas com ambas as mãos?
(ex. comer com talheres, abotoar um botão, segurar um lápis) Não Sim
A criança frequentemente deixa cair objetos ou possui dificuldade em segurá-los? Sim Não

Oral
A criança possui algum problema alimentar? Sim Não
A criança possui problemas respiratórios? Sim Não
Sensorial
Você observou se a criança possui problemas sensoriais? Sim Não
A criança oferece resistência a apoio físico? Sim Não
A criança engaja-se em comportamentos repetitivos? Sim Não
A criança possui deficiência auditiva, visual ou referente a outro sentido? Sim Não
A criança possui sensibilidade ou extrema preferência por sons específicos? Sim Não
A criança é super estimulada por sons, luzes ou multidões? Sim Não

Comunicação receptiva/percepcão auditiva
A criança foi diagnosticada com qualquer dificuldade de audição?
Em caso afirmativo, um audiograma foi feito? Quais foram os resultados? Sim Não
A criança possui dificuldade em ouvir sons ou compreender a fala? Sim Não
A criança possui histórico de infecções no ouvido? Sim Não
A criança compreende ou reage ao que esta sendo dito a ela? Não Sim

Comunicação expressiva
Você observou se a criança possui problemas de fala ou linguagem? Sim Não
A criança comunica-se verbalmente?
Em caso negativo, indique a forma de comunicação: Não Sim
As pessoas entendem a criança com facilidade? Não Sim
A criança apresenta alguma idiossincrasia na fala? Sim Não

Cognitivo
Você observou se a criança tem algum déficit ou dificuldade cognitiva? Sim Não
A criança tem alguma assistência educacional individual? Sim Não
A criança esta inserida em um ambiente escolar com colegas na mesma faixa de idade? Não Sim

Emocional
Você observou se a criança apresenta alguma dificuldade emocional? Sim Não
A criança demonstra emoções apropriadamente? Não Sim
A criança se descontrola ou fica brava com facilidade? Sim Não
A criança sofreu algum trauma emocional ou recentes mudanças em suas condições de vida? Sim Não

Social
Você observou se a criança apresenta dificuldades sociais? Sim Não
A criança apresenta dificuldades em se relacionar com membros da família? Sim Não
A criança faz parte de um grupo social na mesma faixa etária? Não Sim
A criança participa de conversas ou brincadeiras com os outros? Não Sim
A criança tem alguma dificuldade especifica na escola ou em outras situações sociais? Sim Não

Existe alguma outra questão que não tenhamos abordado, mas que você acha importante acrescentar?
_____

Observações do terapeuta:
_____

Resumo:
Marque as categorias relevantes com base nas informações acima:
☐ Motricidade Ampla
☐ Motricidade Fina
☐ Motricidade Oral
☐ Sensorial
☐ Comunicação receptiva/percepcão auditiva
☐ Comunicação expressiva
☐ Cognitivo
☐ Emocional
☐ Social
☐ Musicalidade

Assinatura_____ Data_____

- ANEXO 2

FICHA MUSICOTERAPEUTICA

NOME:_____

IDADE: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____ DATA: _____

Senhores pais,

Esta ficha musica - terapêutica tem por objetivo recolher dados sobre os contatos sonoros musicais que tenham rodeado o desenvolvimento de seu filho para seu tratamento.

Ao preencher esta informação, recordem que todo detalhe, por mínimo ou ridículo que a vocês pareça, pode ser de enorme importância.

HISTORIA DO PACIENTE

A.. Momento Atual.

1. - Descreva se existe algum momento específico para escutar música ou assistir a televisão e enuncie as músicas que seu filho prefere escutar e os programas de televisão que gosta assistir.

2. – Existem outros sons que lhe chamam a atenção? (agrado, desagrado). Seu filho tem alguma associação com sons que você tenha observado? (algum programa o musica em especial relacionado com comida, por exemplo) Por favor, descreva.

3. - Vocês o alguma pessoa adotam alguma forma em especial de comunicação com seu filho? (músicas, expressões corporais, etc.)

4. - Podem descrever o ambiente sonoro de sua casa, como é?:

a) durante o dia, exemplo de sons: bater de portas, gritos, choros, prantos, ruídos de mastigar, tiques com sons, murmúrios, audição, frequência musical, ruídos que incomodam, silencio, etc.

b) durante a noite, exemplo de sons: respirações, roncos, sons de grilos, gotas de agua, etc.

B.. Passado

1. – Descreva sobre o ambiente sonoro e musical que rodeou durante gravidez e nascimento de seu filho, alguma característica particular, lugar, som, espaço em especial?

2.- Lembram que canções de ninar cantavam a seu filho? Como o faziam dormir? Como foram os primeiros dias de vida? (primeiros sons, vozes ou canções que seu filho percebeu como foram os movimentos corporais).

3. - Recordam em especial, se existem alguns sons ou ruídos que seu filho recursava ou pelo contrario desfrutava durante seu nascimento e os primeiros anos de vida?

HISTORIA REFERENTE À VOCES

A.. Passado

1. - De que parte vocês são? De que estado ou região? Tem alguma afinidade folclórica com respeito a sua origem? E se tem, Qual é?

2. - Lembram que preferencias de programas de televisão, preferencias musicais e preferencias instrumentais tiveram durante a gravidez, nascimento e os primeiros dias de vida?

B.. Momento Atual

1. - Alguma pessoa em casa estuda música? Quem é? Por favor, descreva.

2. – Atualmente, quantas pessoas moram com vocês? Que música o que programa de televisão gostam cada uma de elas? Por favor, descreva.

3. - Existe alguma pessoa que seu filho goste? Ou que **NÃO GOSTE**? Quem é? Que programa de televisão assiste ou música gosta escutar?

Tem alguma sugestão ou inquietude que pensam possa ser de utilidade?

OBRIGADO.

➢ ANEXO 3

RESULTADO DA AVALIAÇÃO INICIAL DA MUSICOTERAPIA

No projeto Musica Para Todos da UDESC em colaboração com o curso de Pós-graduação em Musicoterapia da Faculdade de Candeias, trabalhamos com atendimentos Musicoterapêuticos regulares de 30 minutos de duração por semana, com a finalidade de ajudar na socialização e na comunicação verbal e não verbal das pessoas em atendimento, potenciando o desenvolvimento social do ser humano através de diferentes questões psicológicas, pedagógicas e educacionais, numa forma lúdica e prazerosa, utilizando a música e /ou seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) como um processo para facilitar e promover a comunicação, a relação, a aprendizagem, a mobilização, a expressão, a organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar diferentes necessidades, tanto físicas, como emocionais, mentais, sociais e cognitivas para uma melhor integração intra e/ou interpessoal e, consequentemente, uma melhor qualidade de vida, pela prevenção, reabilitação ou tratamento que possamos-lhes oferecer tanto as pessoas com que trabalhamos como as famílias que estas estão inseridas.

Paciente. BEATRIZ

BEATRIZ e uma criança de três anos de idade com paralisia cerebral com diferentes limitações. Ela ainda não consegue falar e nem ter movimentos independentes. Desde que começamos nossos atendimentos com Sara no dia 14 de abril de 2016, pudemos observar que Sara e uma menina que, apesar de suas limitações, consegue demostrar um grande interesse pela música através de seu olhar. Observamos que através desta paixão pela música podemos trabalhar alguns aspectos motores e psicológicos para que nossa Sara possa ter uma melhor qualidade de vida.

Observamos que BEATRIZ demostra vontade de fazer diferentes sons com a boca durante as sessões.

Também percebemos que Sara tem vontade de se mexer para que possa alcançar as cordas do violão, tamanha sua vontade de tocar este instrumento.

Outro ponto a considerar nas nossas observações e que BEATRIZ tem uma grande dificuldade de lidar com barulhos abruptos e não esperados, jogando seu corpo para trás com força cada vez que toma um susto desta maneira. Acreditamos que Sara não tem hiperacusia, e sim um grande medo provocado pelos barulhos inesperados.

Mediante estas observações, de nossos registros e vídeos que analisamos em conjunto com a escala de avaliação Musicoterapêutica IMTAP, chegamos a três pontos a trabalhar com Sara.

1. Pretendemos estimular a vocalização de Sara, deixando-a cada vez mais a vontade, através de Improvisações e de repetições de músicas conhecidas e de brincadeiras com diferentes sons onomatopeicos (sons vocais e guturais).
2. Queremos estimular a movimentação de Sara, mas não temos a pretensão de fazer fisioterapia com ela, visto que ela já tem esse atendimento. Sara demostra muita vontade de tocar violão. Queremos aproveitar essa vontade para trabalhar a movimentação de seus braços e mãos, posicionando o instrumento perto dela e estimulando o alcançar e o pinçar das cordas.
3. Queremos diminuir o medo de Sara, através de diferentes jogos lúdicos com sons e barulhos esperados e não esperados, para que ela se acostume as diversidades sonoras. Faremos improvisações e muitas brincadeiras em diferentes tonalidades e em diferentes ritmos, com diferentes sons e acessórios.

Esperamos contar com sua colaboração e agradecemos a confiança depositada em nossos atendimentos para trabalharmos com Sara.

Terapeuta
Davys Espíndola Moreno

Co - Terapeuta
Natascha Prujansky Hak