



Universidades Lusíada

Freitas, Célia Fernanda Batista, 1975-

A intervenção da musicoterapia na comunicação de jovens com deficiência mental

<http://hdl.handle.net/11067/3661>

Metadados

Data de Publicação	2013
Resumo	O presente trabalho consiste numa descrição e reflexão do estágio realizado de novembro de 2012 a Julho de 2013, no âmbito do curso do Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa. Esta intervenção musicoterapêutica desenvolveu-se no centro socioeducativo (CSE) da CERCIMA no Montijo, cooperativa para a educação e reabilitação do cidadão inadaptado, com carácter não residencial, frequentada por jovens e adultos com deficiência mental ligeira, moderada e grave, utentes com necessida...
Palavras Chave	Cooperativa de Educação e Reabilitação do Cidadão Inadaptado do Montijo e Alcochete. Centro Sócio-Educativo - Ensino e estudo (Estágio), Doenças mentais - Tratamento, Musicoterapia - Prática profissional
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-FCHS] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T12:17:23Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

A intervenção da musicoterapia na comunicação de jovens com deficiência mental

Realizado por:

Célia Fernanda Batista Freitas

Supervisionado por:

Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite

Orientado por:

Dr.^a Mónica Andreia Ferro Celho

Constituição do Júri:

Presidente:

Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Orientadora:

Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite

Arguente:

Prof. Doutor Ricardo Nuno Futre Pinheiro

Relatório aprovado em:

7 de Fevereiro de 2014

Lisboa

2013



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A D E L I S B O A

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

A Intervenção da Musicoterapia na Comunicação de Jovens com Deficiência Mental

Célia Fernanda Batista Freitas

Lisboa

julho 2013

U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A D E L I S B O A

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

**A Intervenção da Musicoterapia na Comunicação de
Jovens com Deficiência Mental**

Célia Fernanda Batista Freitas

Lisboa

Julho 2013

Célia Fernanda Batista Freitas

A Intervenção da Musicoterapia na Comunicação de Jovens com Deficiência Mental:

Relatório de estágio apresentado ao Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Lusíada de Lisboa para a obtenção do grau de Mestre em Musicoterapia.

Supervisora de estágio: Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite
Orientadora de estágio: Dr.^a Mónica Andreia Ferro Coelho

Lisboa

Julho 2013

Ficha Técnica

Autora	Célia Fernanda Batista Freitas
Supervisora de estágio	Prof. ^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite
Orientadora de estágio	Dr. ^a Mónica Andreia Ferro Coelho
Título	A intervenção da musicoterapia na comunicação de jovens com deficiência mental
Local	Lisboa
Ano	2013

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

FREITAS,Célia Fernanda Batista, 1975-

A intervenção da musicoterapia na comunicação de jovens com deficiência mental / Célia Fernanda Batista Freitas; orientado por Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite,Mónica Andreia Ferro Coelho. - Lisboa : [s.n.], 2013. - Relatório de estágio do Mestrado em Musicoterapia, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa.

I - LEITE, Teresa Paula Rodrigues de Oliveira, 1964-

II - COELHO,Mónica Andreia Ferro, 1976-

LCSH

1. Doenças mentais - Tratamento
2. Musicoterapia - Prática profissional
3. Cooperativa de Educação e Reabilitação do Cidadão Inadaptadodo Montijo e Alcochete. Centro Sócio-Educativo - Ensino e estudo (Estágio)
4. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
5. Teses - Portugal - Lisboa

1. Mental illness - Treatment

2. Music therapy - Practice

3. Cooperativa de Educação e Reabilitação do Cidadão Inadaptadodo Montijo e Alcochete. Centro Sócio-Educativo - Study and teaching (Internship)

4. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations

5. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. ML3920.F742013

Às pessoas mais importantes da minha vida,
aos meus pais por todo o apoio que sempre me deram,
aos meus avós pela experiência de vida partilhada
e à minha filha Lara Sofia que embora muito pequenina
é bastante compreensiva.

AGRADECIMENTOS

O meu agradecimento à prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite, a minha orientadora de estágio na Universidade Lusíada de Lisboa, a toda a equipa da Cercima do Montijo pelo acolhimento, simpatia e apoio que sempre me deram. À Dra. Mónica Coelho, psicóloga e minha orientadora de estágio na Cercima pela disponibilidade, profissionalismo e partilha prestada durante estes meses e também um obrigado à Dra. Sandra Mourinha, psicóloga do Centro de Atividades Ocupacionais (CAO) pela disponibilidade e amizade partilhada.

Um agradecimento especial a todos os utentes da instituição que viveram comigo esta experiência de partilha e aprendizagem. O meu apreço por todos aqueles que me ajudaram na realização deste projeto.

**«(...) escutei uma vez mais minhas pulsações
e as pulsações foram dando forma
ao meu ritmo
e o meu ritmo se transformou em movimento
e o movimento em possibilidade
de aproximar-se
tocar o outro
estar contigo
reconhecer o gesto da alegria
e a música da tristeza
voltar a encher de ar os pulmões
ser uma flor
uma canção
uma pessoa»**

(Fregtman, 1989)

RESUMO

A Intervenção da Musicoterapia na Comunicação de Jovens com Deficiência Mental

Célia Fernanda Batista Freitas

O presente trabalho consiste numa descrição e reflexão do estágio realizado de novembro de 2012 a Julho de 2013, no âmbito do curso do Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa. Esta intervenção musicoterapêutica desenvolveu-se no centro socioeducativo (CSE) da CERCIMA no Montijo, cooperativa para a educação e reabilitação do cidadão inadaptado, com carácter não residencial, frequentada por jovens e adultos com deficiência mental ligeira, moderada e grave, utentes com necessidades educativas especiais e portadores de deficiências de etiologias diversas do CSE e do centro de atividades ocupacionais (CAO).

Realizaram-se sessões individuais com 9 utentes de idades compreendidas entre os 13 e os 36 anos. As sessões em contexto grupal, foram realizadas com dois grupos (A e B), cada grupo era constituído por 6 utentes com idades compreendidas entre os 21 e os 36 anos. Relativamente à avaliação terapêutica, para a verificação da concretização dos objetivos traçados inicialmente, foram aplicadas duas grelhas, uma de observação clínica e outra de observação de comportamento, numa análise qualitativa e continuada dos resultados apresentados. Estes foram, de certa forma, positivos embora se tenham registado algumas alterações dentro do próprio contexto terapêutico.

Palavras-chave: Musicoterapia, Comunicação, Deficiência Mental.

ABSTRACT

The Intervention of the Music Therapy in the Communication of Young with Mentally Handicapped

Célia Fernanda Batista Freitas

The present work is made up of a traineeship description and reflection that was done from November 2012 until July 2013, in scope of the music therapy master's degree of the "Lusíada" University of Lisbon. This therapeutic music intervention was built up in the social educative center of Cercima in Montijo, education and rehabilitation cooperative of the unsuited citizen, with a nonresidential character, attended by young people and adults with mild, moderate and severe mental retardation, special needs users and users with diverse deficiencies of different etiologies of CSE and also of occupation activities center.

It was done individual sessions with nine users aged between 13 and 36 years old. The group sessions were made with two groups (A and B), each group was composed by six users aged between 21 and 36 years old. Concerning to the therapeutic evaluation, it were applied two grills, regarding the achieving of the initial goals set, one was related to the clinic observation and other to the behavior observation for a qualitative and continuous analysis of the presented results. These were, positive in spite of some changes in the within the therapeutic context itself.

Key Words: Music Therapy, Communication, Mentally Handicapped.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Classificação dos Níveis de Retardo Mental	24
Tabela 2 – Características Demográficas da Amostra – <i>Setting</i> Individual	38
Tabela 3 – Características Demográficas da Amostra – <i>Setting</i> Grupal	39
Tabela 4 – Agenda Semanal	44

LISTA DE ABREVIATURAS

CSE – Centro Socioeducativo

CAO – Centro de Atividades Ocupacionais

AVD – Atividades da Vida Diária

AAMR – Associação Americana de Deficiência Mental

TASH – The Association For Persons With Severe Handicaps

OMS – Organização Mundial de Saúde

ÍNDICE

Introdução.....	14
Caracterização da Instituição	15
Cercima	15
Caracterização do Espaço Físico.....	16
Centro Sócioeducativo	17
Centro de Atividades Ocupacionais	17
Caracterização da População Alvo	18
Utentes do Centro Sócioeducativo e do Centro Atividades Ocupacionais	18
Enquadramento Teórico	21
A Deficiência Mental	21
Definições e Conceitos	22
Classificação da Deficiência mental	23
A Musicoterapia	27
Musicoterapia e Comunicação	30
Musicoterapia e Deficiência Mental.....	33
Objetivos Propostos	37
Metodologia	38
Descrição da Amostra	38
Procedimentos.....	41
Técnicas Musicoterapêuticas	43

Recursos Utilizados	44
Agenda Semanal	44
Outras Atividades	45
Estudo de Caso I	46
Apresentação do P.F.	46
Intervenção Individual	48
Conclusão do Caso	52
Estudo de Caso II	54
Apresentação da R.M.	54
Intervenção Individual	56
Conclusão do Caso	61
Outras Intervenções Clínicas	62
Conclusão e Discussão	64
Reflexão	67
Referências	69
Anexos	

INTRODUÇÃO

A música esteve desde sempre presente na vida do homem. Há muito que esta desempenha um papel importante na vida do ser humano e em diferentes contextos. A musicoterapia utiliza a música e os seus elementos como ferramenta principal no processo terapêutico de forma a estabelecer uma relação de comunicação entre o terapeuta e o paciente. Segundo Benezon (1985):

A musicoterapia é uma disciplina paramédica que utiliza o som, a música e o movimento para produzir efeitos regressivos e abrir canais de comunicação, com o objetivo de empreender através deles o processo de treinamento e recuperação do paciente para a sociedade.

No caso das pessoas com deficiência mental leve, moderada, grave ou profunda, observam-se dificuldades no processo de comunicação devido às dificuldades na linguagem verbal, na compreensão, no manuseamento de objetos e até no relacionamento para com os outros.

Neste contexto, a musicoterapia proporciona a abertura de canais de comunicação que ampliarão as possibilidades de expressão da pessoa com necessidades especiais, seja qual for o seu comprometimento maior: mental, físico ou emocional. A pessoa com deficiência mental responde a estímulos musicais (Uricoechea, 1993, cit. Sousa, 2007).

Este relatório descreve o estágio que decorreu entre Novembro de 2012 e Julho de 2013 na CERCIMA do Montijo, uma instituição que recebe crianças, jovens e adultos com necessidades educativas especiais e pessoas com deficiência, tendo como principal objetivo a integração, valorização, socialização, educação e a reabilitação dos indivíduos permitindo o desenvolvimento das suas capacidades.

Realizaram-se 83 sessões individuais com 9 utentes e 18 sessões em grupo. Formaram-se dois grupos, cada grupo era constituído por 5 elementos. No grupo A realizaram-se 10 sessões e no grupo B realizaram-se 8 sessões, no âmbito do estágio profissional.

A intervenção concentrou-se essencialmente em sessões individuais e em grupo em que foram utilizadas atividades ativas/criativas através de métodos de improvisação livre e atividades recetivas.

Desta forma, serão apresentados os contornos do trabalho realizado neste estágio, bem como os casos que ilustram os assuntos pertinentes em discussão e o trabalho clínico levado a cabo durante o estágio.

CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

CERCIMA

A CERCIMA é uma cooperativa para a educação e reabilitação do cidadão inadaptado em regime não residencial de Montijo e Alcochete, sediada no Montijo que pretende ser reconhecida como referência no processo de inclusão. Éticamente a Cercima pretende ser uma mais valia na construção de uma sociedade solidária e inclusiva na promoção da qualidade de vida e na coesão social, nomeadamente através da confidencialidade, mantendo sigilo absoluto sobre todas as informações e factos relativos à vida da Cercima. Através da cooperação, contribuindo para a criação e manutenção de um bom ambiente de trabalho, pautar as relações recíprocas por um tratamento cordial, respeitoso e profissional. Pelo respeito, reconhecimento dos direitos e deveres dos clientes, suas famílias e colaboradores. Pela responsabilidade na prestação de serviços de elevada qualidade, adequados às necessidades e expectativas dos clientes e por último pelo compromisso em atuar numa lógica de parceria e corresponsabilidade.

«A Cercima presta serviços em diferentes domínios de intervenção para capacitar pessoas com diversidade funcional na defesa do direito da igualdade de oportunidades.» (Regulamento Interno, 2012)

A intervenção pode ser realizada através da articulação com os serviços de intervenção precoce, pelo centro sócioeducativo, pelo centro de recursos para a inclusão, pela formação profissional dos utentes, pelo centro de recursos, pelo centro de atividades ocupacionais e também pelo centro comunitário «Cais do Sal». O presente estágio desenvolveu-se no centro socioeducativo (CSE) e no centro de atividades ocupacionais (CAO), destinou-se a jovens com idades a partir dos 13 anos com necessidades especiais e/ou portadores de deficiência, que estavam impossibilitados de exercer uma atividade produtiva ou ainda para indivíduos que tenham dificuldades de integração socioprofissional, na medida em que estes possam desenvolver capacidades de integração e socialização.

Caracterização do Espaço Físico

A CERCIMA, local onde se desenvolveu este estágio, tem capacidade para mais de 100 clientes. A cercima integra dois pisos e uma cave, na cave encontra-se a oficina de carpintaria, onde alguns clientes aprendem a trabalhar a madeira, fazem arranjos e constroem materiais solicitados, no rés-do-chão funciona a receção, o CAO, sala para técnicos/funcionários, atividades de vida diária (AVD'S), refeitório, elevador, gabinetes, sala de motricidade, salas cercima, ginásio e gabinete de coordenação (Dra. Sandra Mourinha). No primeiro andar fica situado o CSE, a ludoteca, sala de Snoezelen, ginásio, gabinetes, sala de informática, sala de música, salas cercima, gabinete de coordenação (Dra. Mónica Coelho), escada e o elevador. O pátio fica no exterior, espaço que os utentes, técnicos e funcionários utilizam para conviver nos intervalos.

Centro Sócioeducativo

O Centro Sócioeducativo (CSE) tem como objetivo capacitar as crianças e jovens com o máximo de competências pessoais, sociais e funcionais, com vista a um futuro de inserção, autonomia e/ou qualidade de vida na comunidade.

O CSE destina-se a crianças e jovens com idades compreendidas entre os 6 e os 18 anos, com necessidades educativas especiais, depois de esgotadas todas as alternativas de integração na escola do ensino regular.

O centro presta apoio individualizado e personalizado, de acordo com as características e capacidades específicas de cada utente, proporcionando-lhes experiências diversificadas em todas as áreas do seu desenvolvimento (Regulamento Interno Centro Sócioeducativo, 2013).

Os utentes podem usufruir das seguintes pedagogias: linguagem/comunicação; matemática para a vida; mundo atual; expressão musical; expressão plástica. Relativamente às terapias, os utentes têm: apoio psicológico; dinâmica de grupo; terapia da fala; terapia ocupacional; psicomotricidade; fisioterapia; hipoterapia; estimulação sensorial em contexto snoezelen; hidroterapia em contexto SPA e/ou piscina e dança adaptada.

O CSE usufrui dos seguintes serviços: psicologia, terapia da fala, terapia ocupacional, psicomotricidade, docência, fisioterapia, auxiliares pedagógicos de ensino especial e auxiliares de ação educativa.

Em 2013 o centro integrou 19 utentes, dos quais 12 do sexo masculino e 7 do sexo feminino (Regulamento Interno Centro Sócioeducativo, 2013).

Centro de Atividades Ocupacionais

O Centro de Atividades Ocupacionais (CAO) enquadra-se nas normas definidas pelo Decreto Lei 18/89 de 11 de janeiro e também na portaria nº432/2006 de 3 de maio, tendo como objetivo criar condições que permitam o desenvolvimento da pessoa com deficiência quer a nível emocional, cognitivo e social, valorizando a autonomia e procurando o bem estar, respeitando as características especiais e necessidades de cada cliente, proporcionando uma melhor inserção sociocomunitária.

O CAO destina-se a jovens e adultos, com idade superior a 16 anos, portadores de deficiências de etiologias diversas e de graus severo a profundo, que não reúnam condições para a aplicabilidade de emprego protegido ou outra forma de integração socioprofissional.

A equipa do CAO é composta pela coordenadora técnica e psicóloga, assistente social, técnicas superiores de educação especial e reabilitação, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e monitores.

Este ano letivo estiveram no CAO 80 utentes. (Regulamento Interno CAO, 2013)

CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ALVO

«(...) *todo o ser humano tem direito à educação (...)*» (Declaração Universal de Direitos humanos, 1948)

A população é constituída por utentes com idades compreendidas entre os 13 e os 65 anos, com necessidades educativas especiais e/ou indivíduos portadores de deficiências, impossibilitados de exercer uma atividade produtiva ou ainda aqueles que têm dificuldades de integração socioprofissional. Para cada cliente, é elaborado um processo individual de carácter confidencial, onde consta toda a informação relativa ao mesmo durante a sua relação com a Cercima, desde a identificação pessoal, informação social, avaliação diagnóstica, historial clínico, entre outros dados considerados oportunos atendendo à especificidade de cada caso.

Utentes do Centro Sócioeducativo e do Centro Atividades Ocupacionais

Quando um cliente integra o CSE ou o CAO é delineado um plano de acolhimento personalizado e individualizado que visa promover a sua integração no grupo de clientes, técnicos, docentes e colaboradores, a adaptação ao novo espaço e ainda a interiorização das regras vigentes.

«A criança com deficiência mental ou física deverá usufruir de uma vida plena e estimulante em condições que lhe assegurem a dignidade, promova a sua autoconfiança, e facilite a sua participação ativa na comunidade.» (Correia, 2003).

As características clínicas da população baseiam-se essencialmente em determinados diagnósticos, nomeadamente deficiência mental; atraso global do desenvolvimento e paralisia cerebral ou encefalopatia crónica não progressiva, esta consiste numa desordem neurológica que afeta o tônus muscular, a movimentação e a coordenação motora. Esta condição pode provocar problemas na visão, linguagem verbal e audição, além de dificuldades de aprendizagem (Monteny, 2001).

A paralisia cerebral é geralmente causada por problemas antes ou durante o parto ou pode desenvolver-se até aos cinco anos de idade. Nesta fase, o cérebro das crianças é muito suscetível a lesões. As causas mais comuns são: infeções cerebrais, alteração na circulação cerebral, traumatismos, falta de oxigenação, deficiências na formação do sistema nervoso central, parto prematuro ou tardio, alergia a medicamentos, entre outros (Gleitman, 1993).

Existem dois casos de Perturbações do espectro do autismo; vários casos de Síndrome de Down; alguns casos de Microcefalia e macrocefalia; um caso de Síndrome de Rett; dois casos de Tetraparésia distónica; um caso de Doença Van Der Knaap, esta patologia é geneticamente determinada por uma Leucoencefalopatia, consiste num inchaço e esponjidade de grande parte da matéria branca cerebral e formação de quistos subcorticais, sempre na região temporal anterior e com frequência nas regiões frontal a parietal.

Todos os portadores desenvolvem uma macrocefalia durante o primeiro ano de vida, sendo que alguns já possuem essa macrocefalia ao nascer, no entanto o desenvolvimento da criança é tipicamente precoce sofrendo só um ligeiro atraso. A partir dos 8 ou 9 anos de vida, começa a notar-se na criança problemas de aprendizagem, apesar das capacidades cognitivas se manterem relativamente em melhor estado que as capacidades motoras. A microcefalia consiste na incapacidade do cérebro crescer em velocidade normal, esta pode ser congénita, adquirida ou pode desenvolver-se nos primeiros anos de vida, pode ser provocada pela exposição a substâncias nocivas durante o desenvolvimento fetal ou ainda estar associada a problemas ou síndromes genéticas hereditárias (Monteny, 2001).

Existem também um caso de Homocistinúria (doença metabólica relacionada com a ingestão de proteínas), diagnóstico apresentado neste relatório, no segundo estudo de caso.

A Síndrome de Rett é uma doença neurológica que afeta principalmente o sexo feminino. Clinicamente é caracterizada pela perda progressiva das funções neurológicas e motoras após um período de desenvolvimento aparentemente normal, que vai de 6 a 18 meses de idade. Após esta idade, as habilidades adquiridas (linguagem, capacidade de andar e o uso intencional das mãos) são perdidas gradualmente e surgem as estereotípias manuais, (movimentos repetitivos e involuntários das mãos) que é a característica marcante da doença. A Tetraparésia Distónica, consiste num tipo de paralisia cerebral em que a criança tem dificuldades em controlar os movimentos, perda parcial das funções motoras dos membros inferiores e superiores. (Monteny, 2001). Esta patologia é devidamente desenvolvida mais à frente neste relatório, uma vez que faz parte do diagnóstico do primeiro estudo de caso.

A população é constituída por um grande grupo bastante heterogéneo, relativamente aos diagnósticos, com diferenças bastante significativas ao nível da

autonomia, mas com uma patologia comum a quase todos – a deficiência mental. Seja ela leve, moderada ou severa.

Relativamente à situação académica dos clientes, situa-se entre o 1º e o 3º ciclo do ensino básico na educação especial. Alguns frequentam cursos de formação profissional acompanhados de estágio profissional, parcerias existentes entre a Cercima e as empresas empregadoras.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A Deficiência Mental

«Se pudéssemos perceber o mundo do deficiente mental, encontrá-lo-íamos vazio dos objetos que povoam o nosso» (Maistre,1981,cit. Fregtman, 1989).

A deficiência mental é uma das grandes áreas de intervenção deste estágio, desta forma, iremos abordar este tema que irá ser teoricamente enquadrado no contexto da própria instituição, através da patologia comum à grande maioria dos utentes, mas também no contexto clínico de intervenção da musicoterapia, associada ao tipo de comunicação utilizada pelos utentes. Alguns dos estudos realizados anteriormente sobre a deficiência mental referem que esta ao longo dos anos, tem vindo a ser vista com outros olhos pela própria sociedade, na medida em que surgiram alguns movimentos a favor da educação das pessoas com deficiência, nomeadamente os deficientes mentais. Os pais, amigos e familiares dos indivíduos que apresentam este diagnóstico organizaram-se e fundaram instituições especializadas com o intuito de oferecer um tratamento diferenciado e uma educação adequada (Ribeiro, 2009).

Mais tarde, surgem as escolas especiais, criadas por associações e cooperativas de pais sem fins lucrativos, estas surgiram diferenciando-se em função de etiologias diferentes, nomeadamente a deficiência mental, entre outros diagnósticos, à margem do ensino regular, com programas especiais, técnicos especialistas, de forma a construir e a manter-se até aos dias de hoje como um subsistema de educação especial diferenciado do sistema educativo geral (Correia, 2008).Nestas instituições os clientes com deficiência mental dispõem de um sistema que os inclui cada vez mais na sociedade, que lhes proporciona uma maior autonomia na sua própria vida a na sociedade onde estão inseridos.

Costa defende que a educação inclusiva percebe a heterogeneidade como possibilidade de enriquecimento do grupo. A autora afirma ainda que a heterogeneidade dos utentes não é um obstáculo, é uma oportunidade

que deve ser aproveitada como possibilidade de se construir uma nova sociedade que respeite as diferenças (Costa, 2004).

Definições e Conceitos

De acordo com a Associação Americana de Deficiência Mental (AAMR) (1992; citado por Vieira & Pereira, 2003) a deficiência mental refere-se a limitações substanciais no funcionamento atual. É caracterizada por um funcionamento intelectual significativamente abaixo da média, com limitações em duas ou mais das seguintes áreas do comportamento adaptativo: comunicação, independência pessoal, vida em casa, comportamento social, utilização dos recursos da comunidade, tomada de decisões, cuidados de saúde e segurança, aprendizagens escolares (funcionais), ocupação dos tempos livres e o trabalho. A deficiência mental manifesta-se antes da idade dos 18 anos.

«A deficiência mental refere-se a um funcionamento cognitivo geral inferior à média, independentemente da etiologia, manifestando-se durante o período de desenvolvimento, o qual é de uma severidade tal que marcadamente limita a capacidade do indivíduo para aprender e, conseqüentemente, tomar decisões lógicas, fazer escolhas e limita também a sua capacidade de auto-controle.» (Vieira & Pereira, 2003).

De acordo com Bautista (1997) os deficientes mentais, tal como os outros indivíduos, apresentam um comportamento a nível pessoal e social bastante variável, não se podendo falar em características semelhantes ou iguais. Não existem duas pessoas, com deficiência mental ou não, que tenham as mesmas experiências quer ambientais, quer sociais ou a mesma constituição biológica. Enquanto que alguns apresentam um atraso do desenvolvimento notável, outros apresentam um aspeto perfeitamente saudável.

Um deficiente mental apresenta dificuldades psicomotoras, ou sensoriais, ou nas relações sociais, ou na autonomia ou também na linguagem.

O Impacto da Deficiência Mental na Família

Quando nasce um bebê com uma deficiência, pode instalar-se uma crise familiar. É um impacto psicológico forte para qualquer família, por mais informada que esteja.

Os autores afirmam que a gravidade e a etiopatogenia da deficiência mental não são as únicas dimensões da componente biológica, envolvidas no comportamento dos pais, a vulnerabilidade biológica parental tem sido associada à depressão.

A presença de uma criança deficiente «*coloca um sistema de papéis da família em estado de tensão*» (Gomes & Santos, 2006).

Os autores referem ainda que a probabilidade dos pais sofrerem uma crise é maior imediatamente após a deteção ou no começo da deficiência e nos acontecimentos de vida mais importantes. O estudo do sistema familiar relativamente à vinculação e relacionamentos sugere que outras relações tais como a conjugal, as amizades, entre outras, enfrentem alguns problemas.

Pode desenvolver-se uma atitude psicopedagógica que otimize a função social e melhore a qualidade de vida da família e da criança deficiente permitindo, desta forma, uma intervenção mais adequada a uma conseqüente melhor reabilitação psicossocial (Gomez & Santos, 2006).

Amaral (1995; citado por Gomez & Santos, 2006) refere «*os sentimentos gerados pela ocorrência de (uma criança com deficiência) oscilam entre polaridades muito fortes: amor e ódio, alegria e sofrimento; uma vez que as reações concomitantes oscilam entre a aceitação e a rejeição, euforia e depressão*».

Pereira (2009) refere que os profissionais especialistas como psicólogos ou assistentes sociais assim como toda a equipa devem focalizar-se prioritariamente no atendimento familiar, para que o indivíduo seja integrado na sociedade, é necessário antes de mais, integrar a sua própria família.

O impacto da criança com deficiência mental nas famílias leva a um conjunto de problemas e crises, não só entre os casais, mas também no que respeita a toda a família. O atendimento psicológico às famílias é um passo bastante importante no sentido de as preparar, de lhes ensinar a viver com o diagnóstico do filho ou da filha.

Para a criança com deficiência mental também é importante sentir esse apoio, conforto e segurança por parte da sua família de forma a atingir com maior facilidade os seus objetivos e conseqüentemente uma melhor reabilitação.

Classificação da Deficiência Mental

Segundo a OMS (2007) e DSM-IV (2000; citado por Caballo & Simón, 2005) podem ser apresentados quatro graus de retardo mental¹ de acordo com o nível de limitação intelectual: leve, moderado, grave e profundo.

A deficiência mental leve apresenta um diagnóstico em que as pessoas desenvolvem habilidades sociais e de comunicação durante os anos pré-escolares

(0-5 anos), têm poucas limitações sensório-motoras e frequentemente não são detetáveis até que entrem na escola. É na escola que costumam aparecer dificuldades relacionadas com conteúdos académicos e problemas de comportamento. Com os apoios adequados, estes indivíduos costumam viver satisfatoriamente na comunidade.

A tabela 1 apresenta a classificação da deficiência mental estabelecida de acordo com os níveis de Q.I.

TABELA 1: Classificação dos níveis de retardo mental

Denominação	Categorias de QI (DSM-IV-TR)
Deficiência mental leve	Entre 50-55 e 70
Deficiência mental moderada	Entre 35-40 e 50-55
Deficiência mental grave	Entre 20-25 e 35-40
Deficiência mental profunda	Inferior a 20 ou 25

A OMS (2007) afirma que relativamente à deficiência mental moderada, estes indivíduos podem beneficiar de uma formação profissional e, com apoio, podem tratar do seu próprio cuidado pessoal. Beneficiam também de um treino em habilidades sociais e profissionais, mas não irão progredir além dos conteúdos básicos em matérias escolares. Podem aprender a deslocar-se independentemente para lugares que lhes sejam familiares. Durante a adolescência, as suas limitações em habilidades

¹ O DSM-IV-TR utiliza o termo retardo mental e não deficiência mental.

sociais podem interferir nas suas relações com os outros. Na etapa adulta, a maioria é capaz de realizar trabalhos não qualificados ou semi-qualificados, com apoio, em oficinas especiais ou no mercado geral de trabalho. Adaptam-se bem à vida em comunidade, embora possam requerer também apoio para a vida independente.

Quanto à deficiência mental grave, este grupo de pessoas necessitam de apoio extenso e generalizado, o seu nível de deficiência costuma estar, em muitos casos, relacionada com problemas de saúde ou problemas físicos. O risco de doenças médicas associadas, tais como problemas sensoriais, neuromusculares, cardiovasculares, neurológicos, etc...aumentam a gravidade da deficiência mental.

Entre as principais limitações que apresentam estão a baixa taxa de aquisição de novas habilidades, dificuldades na manutenção e generalização de habilidades aprendidas, défice em habilidades de comunicação, desenvolvimento físico e motor deficiente, défice em habilidades de auto-ajuda e frequência de comportamentos desadaptativos. Na escola, se a programação educativa for adequada permite a estas pessoas melhorar substancialmente as suas aprendizagens e habilidades adaptativas. Essa programação deve ser funcional, individualizada e adaptada à idade cronológica. A instrução é mais útil quando está inserida na comunidade e quando acontece em lugares onde a habilidade vai ser utilizada. Na vida adulta, o emprego com apoio é uma alternativa viável especialmente dirigida para esse tipo de população.

O grupo afetado por deficiência mental profunda, segundo Bautista (1997) o indivíduo apresenta um conjunto de limitações na área da saúde. É necessário para estas pessoas programas individualizados e bastante estruturados para atingirem um maior grau de desenvolvimento das suas potencialidades, quer ao nível da comunicação, quer ao nível das habilidades básicas.

A Associação para Pessoas com Deficiências Graves – *The Association for Persons with Severe Handicaps* (TASH), afirma que essas pessoas requerem apoios extensos e frequentes em mais de uma área da vida para poder participar em ambientes comunitários integrados e poder ter uma qualidade de vida como o resto dos cidadãos com menor ou nenhuma incapacidade (Lindley, 1990, cit. Caballo & Simón, 2005)

De acordo com a (OMS, 1968, cit. Caballo & Simón, 2005) a etiologia da deficiência mental, apesar de variável, pode ser subdividida através da seguinte classificação:

Causas pré-natais, que incluiriam fatores hereditários e alterações precoces do desenvolvimento embrionário, incluindo alterações cromossômicas (por exemplo, Síndrome de Down devido à trissomia 21) ou afetação pré-natal por toxinas (por

exemplo, consumo materno de álcool e infeções); causas perinatais que se referem a problemas da gravidez e perinatais. Esses fatores incluem a má nutrição fetal, prematuridade, hipoxia, infeções e traumatismos e as causas pós-natais que incluem segundo o manual DSM-IV-TR os transtornos mentais graves, como por exemplo, o transtorno autista, é possível distinguir entre doenças médicas adquiridas durante a infância, que incluem infeções, traumatismos, envenenamento, influências ambientais, entre outros transtornos mentais como a privação de criação e de estimulação social, linguística e de qualquer outra ordem.

A MUSICOTERAPIA

«A música traduz a intensidade da vida psíquica, o dinamismo interior e geral em todos os seus graus...» (Fregtman, 1989)

Por se tratar de uma área tão complexa, a musicoterapia não se pode definir apenas de uma só forma, existem várias definições.

De acordo com a World Federation of Music Therapy e referenciado por vários autores e musicoterapeutas como Bruscia, Benenzon, Ruud, Von Baranow, entre outros, a musicoterapia consiste:

«A musicoterapia é a utilização da música e/ou dos seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia), por um musicoterapeuta qualificado num processo sistematizado de forma a facilitar e a promover a comunicação, o relacionamento, a aprendizagem, a mobilização, a expressão e organização de processos psíquicos de um ou mais indivíduos para que ele(s) recupere(m) as suas funções, desenvolvendo o seu potencial e adquirir melhor qualidade de vida». (Bruscia, 2007).

Consideramos então que esta disciplina proporciona aos pacientes a abertura de canais de comunicação através dos próprios estímulos musicais utilizados no processo terapêutico. A musicoterapia promove o relacionamento entre utente(s) e terapeuta de forma a permitir um envolvimento dos indivíduos no processo facilitando a recuperação de funções e de potenciais necessários à aquisição de uma melhor qualidade de vida.

O processo musicoterapêutico promove ao utente com deficiência mental a abertura de canais de comunicação verbais ou não verbais através, por exemplo, da improvisação livre.

Segundo Benezon (1985) a musicoterapia é uma disciplina paramédica que utiliza o som, a música e o movimento para produzir efeitos regressivos e abrir canais de comunicação, com o objetivo de compreender através deles o processo de treinamento e recuperação do paciente para a sociedade.

De entre as várias definições de musicoterapia, existem em comum alguns conceitos, nomeadamente a música ou os elementos que a constituem e que dela fazem parte, a terapia que proporciona a recuperação do paciente, a sua integração, a sua relação e uma melhor qualidade de vida.

A música assume aqui um papel importantíssimo na medida em que ela por si só é uma arte que permite a expressão de sentimentos, sejam eles alegria ou tristeza, dor,

raiva, amor, ou qualquer outro sentimento. Uma janela que se abre de par a par soltando a voz da comunicação entre as pessoas.

De acordo com Barcellos (1992) o som é um dos elementos constitutivos e primordiais da música, juntamente com o ritmo, a melodia e a harmonia. Ele acompanha o homem desde a vida intra uterina até à morte.

Barreto afirma que as pessoas que tocam também se exprimem, que os mais expressivos são aqueles que improvisam, que pensam, que tocam, e às vezes, são os únicos que ouvem. As crianças e os jovens quando descarregam a sua emotividade sobre os instrumentos, tornam expressivos os objetos sonoros (Barreto, 1993).

Sob a perspectiva de (Chagas, 2002, cit. Sousa, 2007) a musicoterapia tem como instrumento de trabalho a música, que se reveste de uma especificidade muito importante que é a sua inserção na cultura, na vida quotidiana e na saúde do paciente. Sendo assim, a musicoterapia está intrinsecamente ligada a todas as questões relacionadas com a saúde, para além de contribuir com imensos benefícios ao indivíduo que dela usufruir.

A música com todo o seu poder une-se à terapia e ambas permitem a entrada num processo de intervenção sistematizado que utiliza as experiências musicais e as relações entre o terapeuta e o cliente proporcionando melhoria ou bem estar ao cliente.

Bruscia defende que na musicoterapia consideramos o cliente, o terapeuta e a música, que se podem combinar e interagir de diferentes modos. Entretanto o elemento chave é a música, e a interação cliente-música é o núcleo central da musicoterapia que molda as dinâmicas de todas as outras relações (Bruscia, 2000).

Na musicoterapia, a música não precisa de se vestir esteticamente de sons organizados, uma vez que é completamente indiferente se o som é afinado ou não, bonito, ou feio, de boa ou má qualidade, esteticamente não existem regras.

Como esclarece Benenzon (1987) o musicoterapeuta tem por objetivo primordial a terapia e não a música. O autor afirma ainda que as relações com a música sempre estiveram interligadas com a experiência do corpo, através da dança, levando a sentir e expressar a música através do corpo, sendo que na musicoterapia se procura a compreensão da relação música, corpo e terapia. O corpo humano deu origem a todos os instrumentos musicais, sendo considerados como um prolongamento do mesmo pelos seus inúmeros fenómenos sonoros naturais, como: cantar, bater palmas, gritar, chorar, inspirar, rir, bocejar, falar, sapatear entre outros.

Por isso o autor considera-o como o instrumento musical mais completo, por possuir várias alternativas de produções sonoras como a boca, as mãos, os dedos, os pés, etc.

Desta forma, podemos demonstrar através do corpo sentimentos, sensações, emoções e idéias que a música proporciona ao cantar, dançar ou tocar instrumentos musicais.

Von Baranow (1999) diz que a música atinge áreas da nossa psique que dificilmente são atingidas por outras fontes de estímulos, manifestando sensibilidade, emoção, diversos timbres, ritmos, melodias e harmonias, numa espécie de linguagem emocional, levando-nos a reagir em áreas e percepções somente vividas através dela. A musicoterapia permite a utilização desses efeitos que a música pode produzir nos seres humanos aos níveis físico, mental, emocional e também social, atuando como facilitador da expressão humana, dos movimentos e sentimentos, promovendo alterações que levam o indivíduo a evoluir. O musicoterapeuta deve ter consciência da expressão corporal da pessoa a ser ajudada, de como o seu corpo ocupa o espaço, se movimenta e como trabalhar terapeuticamente com esses elementos interligados aos sons e à música.

De acordo com Fregtman (1989) a música sendo expressão corporal por excelência possibilita a libertação de sensações, emoções, pensamentos, ideias, valores, etc, que são trabalhados na musicoterapia proporcionando ao cliente várias atividades e experiências sonoro-musico-corporal-vocal que têm por objetivos, mobilizar, libertar, expressar, reconhecer, elaborar, reestruturar e modificar os conteúdos internos envolvendo habilidades sensório-motoras, perceptivas e cognitivas, levando também a outras formas de expressão.

Sousa (2007) refere que a expressão corporal traduz através de movimentos corporais uma mensagem sonora, suscitando estados afetivos úteis à terapia procurada, oferecendo uma ajuda ao exteriorizar estados psicológicos e contribuir para uma maior comunicação entre os seres humanos.

Relativamente à população em estudo, em que a patologia eminente é a deficiência mental, uma das maiores dificuldades sentidas é a comunicação, sendo este um dos objetivos propostos para o estágio em geral.

Musicoterapia e Comunicação

«Os homens... não podem ser verdadeiramente humanos sem a comunicação, pois são criaturas essencialmente comunicativas....Somente através da comunicação é que a vida humana pode adquirir significado.» (Lima, 1981, cit. Sousa, 2007)

A música é também um meio de comunicação, nas cerimónias religiosas, nos rituais e nas festas tradicionais, na televisão ou no cinema, ontem, hoje e amanhã ela tem o poder de ser o interlúdio entre o emissor e o recetor, o emissor pode passar a recetor e vice versa, num diálogo que pode ser verbal ou não verbal.

De acordo com Vieira e Pereira (2003) a comunicação envolve trocas de interação que permitem ao ser humano expressar-se, relacionar-se com o outro, ensinar e aprender. Segundo os autores, comunicar é entrar em sintonia, aproximar-se, trocar, dialogar, expressar, influenciar, persuadir, convencer, solidarizar, tornar transparente. As pessoas comunicam para se inserirem, para serem aceites e poderem interagir em vários espaços e em vários tipos de comunidade, uma vez que a comunicação caminha no sentido da inclusão de pessoas diferentes, na aproximação de mais pessoas, mais grupos, ou seja, no estabelecimento de vínculos, a comunicação representa para o indivíduo um grande desafio, porque é só na relação com os outros que os problemas são resolvidos. Este processo de transmissão de informação e compreensão envolve pelo menos duas pessoas.

Como já foi referido anteriormente, a comunicação é um conceito bem evidente na musicoterapia, uma vez que esta proporciona a abertura de canais de comunicação.

Bruscia (2000) defende que a comunicação envolve a troca de ideias e de sentimentos com os outros.

Brandão & Millecco (2001, citado por Sousa, 2007) referem que a musicoterapia é uma terapia autoexpressiva, que estimula o potencial criativo e a ampliação da capacidade comunicativa, mobilizando aspetos biológicos, psicológicos e culturais. Os diálogos musicais entre terapeuta e cliente possibilitam momentos de intensidade expressiva e comunicativa.

No processo musicoterapêutico, enquanto a pessoa ouve, canta e toca, expressa aspetos da sua própria vivência, permitindo o progresso e a transformação, tomando consciência de si próprio (Ruud, 1991).

«Vivenciar algo em comum é a verdadeira base da comunicação»

(Ruud, 1991, p.107)

A comunicação, em musicoterapia pode ser verbal e não verbal.

Fregtman (1989) refere que, quer sejam corporais ou instrumentais, os sons na relação terapêutica permitem estabelecer uma ponte de comunicação pré verbal, relacionada com o “aqui e agora”, confrontando com o feito e o vivido.

Ainda de acordo com o autor, o homem é uma totalidade e, a sua forma de comunicar com o mundo é através de vários canais simultâneos. Esses canais emitem e recebem sinais e mensagens, de formas conscientes e inconscientes.

Weil e Tompakow (1999) defendem que a comunicação acompanhada da palavra falada por vezes contradiz o que o corpo comunica. As atitudes e os gestos podem levar a uma melhor compreensão da mensagem e a uma melhor comunicação entre emissor e recetor.

Bruscia (2000) defende que para abrir canais de comunicação não verbais, a musicoterapia oscila entre o verbal e o musical. O autor afirma ainda que a música tem a capacidade de proporcionar meios de comunicação não verbais ou servir de ponte para conectar canais de comunicação verbais e não verbais. A música pode ainda, quando utilizada na forma não verbal, substituir as palavras e permitir ao paciente uma forma segura de se expressar, o que seria difícil de o fazer de outra maneira. Quando ambos os canais (verbais e não verbais) são utilizados, a música serve para intensificar e estimular a comunicação verbal.

Oliveira (1996) refere que os instrumentos musicais podem ser utilizados como elo de ligação e comunicação entre terapeuta e cliente, para estabelecer um vínculo nos relacionamentos durante as intervenções.

Benenson (1988) diz que para podermos estabelecer um contacto com outra pessoa ou abrir algum canal de comunicação, surge a necessidade de imitá-la, o que o autor chama de princípio de Iso, ou seja, para existir um canal de comunicação entre o musicoterapeuta e o seu cliente, é necessário coincidir o tempo mental do cliente com o tempo sonoro-musical expresso pelo musicoterapeuta. Para que isso aconteça, é necessário que o musicoterapeuta conheça a identidade sonora (Iso) do seu cliente.

Qualquer indivíduo seja portador de deficiência mental, ou não, carrega consigo uma identidade sonora, uma herança sonora que recebeu desde a fase intrauterina até à idade adulta. As pessoas portadoras de deficiência mental poderão sentir algumas dificuldades na forma como comunicam, quer em grupo, quer individualmente com o terapeuta.

O autor ainda refere em *La nueva musicoterapia*, que a herança sonora de um indivíduo é formada pelas suas vivências sonoras desde o nascimento até à idade

adulta. O *Iso cultural* é formado por movimentos sonoro-musicais que se formam a partir do nascimento e quando o indivíduo recebe estímulos sonoros do ambiente que o rodeia. Assim como o *Iso grupal* que é a identidade sonora de um determinado grupo, sendo que cada indivíduo contribui para construir a identidade criativa e própria do grupo que o identifica (Benenzon, 2008).

Cada indivíduo tem uma identidade própria, o musicoterapeuta tem que conhecer o seu cliente o melhor possível, este tem que saber estar com todo o tipo de populações, sejam elas de fácil comunicação ou não.

Os portadores de deficiência mental enfrentam uma grande dificuldade inserida nas relações sociais – a comunicação. Bautista (1997) defende que é difícil comunicar com estas crianças porque o seu mundo de objetos e representações é muito diferente do mundo das pessoas saudáveis e estas vivem um campo de experiências que estão fora do alcance da criança deficiente. A tentativa de estabelecer comunicação proporciona a utilização de diferentes estratégias.

Ruud (1990) diz que a comunicação musical abrange numerosas emoções ou conceitos que são transmitidos ao paciente, é um meio que cria situações comunicativas onde se podem encontrar um número infinito de possíveis representações ao nível da consciência ou da própria percepção dos envolvidos no processo.

Já vimos que a música proporciona a comunicação e esta é um processo muito importante na deficiência mental.

Musicoterapia e Deficiência Mental

«(...) porque se há diferentes realidades deve haver diferentes formas de linguagem para as exprimir.» (Bautista,1997)

A musicoterapia é especialmente indicada para intervir em várias áreas, uma das áreas de intervenção é a deficiência mental.

Blasco (2002) afirma que a música pode ajudar as crianças com problemas físicos, nomeadamente retardo mental, atenuando a carência afetiva proveniente do meio familiar, quando a família tem dificuldades em aceitar o problema da criança. A música também pode criar uma atmosfera de aproximação e afetividade na integração da criança no centro ou na escola de educação especial. Pode ainda ajudar a criança a expressar-se, a resolver conflitos intragrupais e intergrupais, assim como ajudar na reabilitação física da mesma, através por exemplo, da dança de livre expressão. Na área intelectual, a música proporciona capacidade de atenção, estimula a imaginação, a criatividade e exercita a memória.

A utilização da musicoterapia em pacientes com deficiência mental foi referenciada na literatura por (Brewer,1995; Isern, 1959; Loven, 1957; Peterson, 1952; Wendelin, 1953), estes chegaram á conclusão que a música provocava respostas emocionais, que melhorava a memória dos pacientes, a comunicação, as relações sociais e também a sua condição motora, incluindo os indivíduos com funcionamento inferior (Davis, Gfeller and Thaut;1992).

Os autores referem ainda que entretanto foram realizados outros estudos sobre o tema e já na década de 60 foram registados grandes progressos nesta área, melhoraram os recursos económicos nas instituições, surgiram novos programas e a música deu um especial contributo na medida em que esta foi considerada um estímulo muito importante na melhoria de vários aspetos humanos.

A musicoterapia consiste numa terapia que utiliza a música como elemento essencial de trabalho, a musicoterapia tem chegado a várias áreas, nomeadamente no ensino especial, onde inclui as pessoas com deficiência mental. Estas pessoas têm muitas dificuldades na comunicação, sendo a musicoterapia um contributo importante, uma vez que permite e facilita a comunicação dos indivíduos através da música. O grande objetivo dos técnicos, professores e familiares das crianças e jovens com deficiência mental é integrá-los o mais possível na sociedade.

De acordo com Benenson (1985) o relacionamento interpessoal deve ser trabalhado na pessoa com deficiência mental a nível grupal, uma vez que a ação

terapêutica é mais positiva. O ideal é inserir o paciente num grupo, porque a pessoa com deficiência mental além de estabelecer canais de comunicação com o musicoterapeuta, deve também ser incluída em determinados grupos, ou seja, dar-lhes através dos canais de comunicação já existentes, outros novos meios para a sua integração grupal.

Segundo (Uricoechea, 1993, cit. Sousa, 2007) o som, o movimento e a música devem ser utilizados pelo musicoterapeuta como fontes de recursos na área da educação especial, pelo seu aspeto de comunicação não verbal, através da dinâmica dos aspetos sensoriais, afetivos e cognitivos.

As atividades musicoterapêuticas desenvolvidas numa sessão podem ajudar o portador de deficiência mental a relacionar-se melhor com os outros, através da criação ou recriação de canções, atividades rítmicas, entre outras. As sessões podem ser individuais ou em grupo, realçando a importância do progresso clínico das sessões em grupo.

Davis, Gfeller and Thaut (1992) referem que as sessões de musicoterapia em grupo proporcionam aos clientes experiências para promover cooperação, partilha e atenção. Os autores apontam também para o estímulo que a música proporciona aos portadores de deficiência mental na ajuda da coordenação da motricidade grossa e fina e na comunicação, uma vez que as experiências musicoterapêuticas podem facilitar no desenvolvimento das capacidades motoras e cognitivas, bem como no desenvolvimento da linguagem e melhorar a produção vocal.

Uma das principais funções da musicoterapia com indivíduos com deficiência mental é a estimulação através da abertura de canais de comunicação usando o som, a música e o movimento, proporcionando o desenvolvimento psicomotor, a melhoria da atenção, concentração, expressão corporal e verbal, o entendimento e o contacto com o mundo externo, com interesse e atenção por si mesmo e pelas pessoas e objetos que o rodeiam (Von Baranow, 1999).

Blasco (2002) refere que a música tem o poder de entrar na mente e no corpo, seja qual for o nível de inteligência ou seja qual for a condição do indivíduo com necessidades especiais, proporcionando a abertura de canais de comunicação que poderão favorecer as suas possibilidades de expressão. Seja qual for o comprometimento do cliente, mental, físico ou emocional, a pessoa com deficiência mental responde ao estímulo musical, mesmo na presença de comunicação não verbal, esta manifesta-se de várias formas, através da expressão facial, nas mudanças de postura, através dos gestos, etc.

A musicoterapia possibilita um enquadramento não verbal, através do qual as pequenas diferenças de comportamento são evidentes nos processos intra e inter pessoais, essas diferenças podem ser encontradas no comportamento musical do cliente (Wigram, 1998).

A musicoterapeuta Juliette Alvin (1984) refere que relativamente à música aplicada no tratamento da deficiência mental, a terapia recreativa proporciona resultados positivos nos clientes, principalmente na terapia de grupo. A musicoterapeuta atua fundamentalmente sobre os efeitos, respostas sonoras e também sobre tudo o que participa na experiência musical.

«Una experiencia musical integra a la totalidad del individuo,
y en una operación abarca su cuerpo, su mente y sus emociones.»

(J. Alvin, 1984,p.146)

As terapias criativa e recreativa, segundo Alvin (1984) podem-se completar uma na outra, uma vez que se aplicam sobre diferentes concepções. A comunicação é estabelecida através da percepção auditiva do cliente reforçada pelo tacto.

De acordo com Ruud (1990) a música é utilizada como auxílio no desenvolvimento da comunicação verbal de crianças institucionalizadas, portadoras de retardo profundo. Nestas sessões utilizaram-se as seguintes atividades: canto, ritmo, criatividade musical e estímulos verbais.

Os psicólogos humanistas passaram a preocupar-se com alguns aspetos, nomeadamente a centrar a atenção na pessoa, observando-a. A proporcionar criatividade, valorização e auto-realização do ser humano. Preocupação básica com a dignidade e o valor da pessoa, assim como o interesse no desenvolvimento do potencial de cada um. A “*terapia do relacionamento*” incutida através da introdução da musicoterapia dos dois musicoterapeutas Paul Nordoff e Clive Robbins é um exemplo da interação da criança deficiente com os elementos musicais numa improvisação partilhada, assim como a utilização da música como veículo de estruturação da criança num contexto relacional. O autor refere ainda que dois dos pioneiros da musicoterapia, Nordoff e Robbins afirmam que a música é uma linguagem estimulante e confortável para as crianças, porque ela pode encorajar, animar e encantar. A música pode fazer perguntas estimulantes e dar respostas satisfatórias (Ruud, 1990).

«Quando utiliza a improvisação, o musicoterapeuta tem a possibilidade de trabalhar com o paciente num plano de relacionamento que é ao mesmo tempo musical e simbólico, de forma que progride no tempo.»

(Gillian Stephens, Journal of Music Therapy)

Segundo Blasco (2002) o doutor Nordoff adaptava a sua improvisação musical às necessidades de cada um dos pacientes, enquanto que o doutor Robbins, atuava como coterapeuta e ambos aplicavam uma terapia individual a crianças com paralisia cerebral, crianças com comportamento autista, em casos com problemas de comunicação e especialmente nas relações interpessoais.

A intervenção musicoterapêutica, segundo Bruscia (2007) contribui para alterar a condição do paciente. Em terapia, as intervenções baseiam-se em três critérios:

O cliente requer ajuda para atingir os seus objetivos e melhorar a sua saúde; deve existir uma intervenção com objetivos definidos independentemente do resultado e a intervenção deve ser realizada por um terapeuta dentro de um contexto com relação terapeuta-cliente.

Depois da fase de observação, o musicoterapeuta deve traçar os objetivos que pretende atingir, de forma a responder às necessidades dos seus clientes.

OBJETIVOS PROPOSTOS

De acordo com as características da população, da própria instituição e também da recolha de literatura apresentada no enquadramento teórico foram traçados os objetivos delineados para este estágio. A estadia da estagiária na instituição, o contacto com toda a equipa de técnicos, utentes e colaboradores também foi uma mais valia, no sentido de poder observar as dificuldades e as problemáticas da população em estudo, mas também de melhor entender as regras e rotinas da instituição apresentadas no regulamento interno da mesma.

Desta forma, os objetivos delineados para este estágio foram os seguintes: promover a participação social dos pacientes; promover bem estar e qualidade de vida aos utentes; otimizar a relação/comunicação entre os pacientes e desenvolver atividades que promovam autonomia e criatividade nos utentes.

METODOLOGIA

Este estágio decorreu entre Novembro de 2012 a Julho de 2013, referiu-se à comunicação dos jovens com deficiência mental através da intervenção da musicoterapia, nesta abordagem metodológica será elaborada uma descrição da amostra, serão identificados os procedimentos desenvolvidos, assim como as técnicas utilizadas nas sessões musicoterapêuticas. Serão ainda apresentadas as grelhas utilizadas, a agenda semanal, as outras atividades desenvolvidas e os estudos de caso selecionados.

Descrição da Amostra

Os elementos da amostra são alguns utentes da CERCIMA inseridos no CSE e no CAO. As tabelas abaixo descrevem os dados dos clientes acompanhados em musicoterapia, assim como o número de sessões assistidas e o setting em que ocorreram as mesmas. Relativamente aos diagnósticos dos utentes desta amostra, estes são apresentados em anexo a este relatório. Os nomes dos clientes são fíctícios e abreviados propositadamente a fim de respeitar a confidencialidade de cada um.

TABELA 2: Características demográficas da amostra – Setting Individual

Utentes	Idade	Sexo	Nº Sessões Assistidas
R.M.	27 anos	Feminino	15 sessões
A.M.	36 anos	Feminino	13 sessões
P.F.	13 anos	Masculino	16 sessões
P.A.	14 anos	Masculino	8 sessões
S.C.	13 anos	Feminino	12 sessões
R.P.	14 anos	Feminino	8 sessões
A.C.	14 anos	Masculino	7 sessões
H.O.	13 anos	Masculino	7 sessões
T.T	14 anos	Masculino	10 sessões

TABELA 3: Características demográficas da amostra – Setting Grupal

Utentes	Idade	Sexo	Nº Sessões Assistidas	Setting
C.M. ^{a)}	23 anos	Masculino	8 sessões	Intervenção em grupo – grupo A
C. S.	25 anos	Masculino	10 sessões	Intervenção em grupo – grupo A
A.C.	36 anos	Feminino	10 sessões	Intervenção em grupo – grupo A
P.B.	21 anos	Masculino	10 sessões	Intervenção em grupo – grupo A
D.S.	32 anos	Masculino	10 sessões	Intervenção em grupo – grupo A
C.B.	25 anos	Feminino	8 sessões	Intervenção em grupo – grupo B
I.R.	32 anos	Masculino	8 sessões	Intervenção em grupo – grupo B
L. R.	21 anos	Feminino	8 sessões	Intervenção em grupo – grupo B
B.B.	25 anos	Masculino	8 sessões	Intervenção em grupo – grupo B
V.S.	33 anos	Feminino	8 sessões	Intervenção em grupo – grupo B

a) O utente não esteve presente em algumas sessões, uma vez que esteve a fazer um estágio profissional fora da Cercima.

De acordo com as tabelas, a amostra é constituída por 9 clientes em setting individual (tabela 2), dos quais 7 pertencem ao CSE e 2 pertencem ao CAO, 4 são do sexo feminino e 5 do sexo masculino. As idades dos utentes do CSE oscilam entre os 13 e os 14 anos, enquanto que duas clientes do CAO, uma tem 27 anos e a outra 36.

Relativamente à análise da tabela 3 em que os clientes estiveram em intervenções de grupo, dos 10 casos do CAO resultaram 2 grupos com 5 elementos cada (grupo A e grupo B), com idades compreendidas entre os 21 e os 36 anos, 6 são do sexo masculino e 4 do sexo feminino.

Quanto ao diagnóstico da amostra (Anexo A) existem 7 casos de deficiência mental grave, 8 casos de deficiência mental moderada, 1 caso de deficiência mental ligeira e 3 dos casos não estão identificados o tipo de deficiência.

De acordo com os estádios do desenvolvimento cognitivo de Piaget e considerando apenas a idade da criança como análise de inserção num dos estádios do desenvolvimento Piagetiano, a grande maioria dos elementos desta amostra enquadram-se no estádio das operações formais. Dos 19 utentes que constituem a amostra, 7 têm idades compreendidas entre os 13 e os 14 anos e pertencem ao CSE. Os restantes 12 pertencem ao CAO, têm mais de 25 anos de idade.

Segundo Piaget, neste estádio (operações formais) a criança sem deficiência mental desenvolve as capacidades lógicas e a representação simbólica tal como usam os adultos.

Tomar consciência do *eu*, dos outros e dos sistemas sociais é algo relativamente novo durante a adolescência. As relações com os colegas na adolescência proporcionam o desenvolvimento de características pessoais para a vida adulta (Sprinthall & Collins, 2003; Mesquita & Duarte, 2000).

Procedimentos

1ª Fase – Observação e Integração

Na fase inicial deste estágio, a orientadora fez uma visita guiada à estagiária de forma a apresentar todas as valências da instituição, bem como todos os técnicos, docentes, colaboradores e alguns utentes presentes na CERCIMA.

Foram realizadas algumas reuniões para que a estagiária toma-se conhecimento do regulamento interno da CERCIMA, nomeadamente as regras, a organização, os horários das respetivas salas e também o mapa das atividades que os utentes realizaram, quer os que pertenciam ao CSE, quer os que pertenciam ao CAO.

As tarefas desempenhadas pela estagiária, foram devidamente agendadas no decorrer dessas reuniões.

A estagiária observou, durante o primeiro mês de estadia na instituição, os utentes em cada uma das suas salas, as atividades que desenvolviam com os seus docentes, técnicos e colaboradores. Conversou com os responsáveis dessas atividades, tentando fazer uma caracterização visual da população em questão, esteve junto dos utentes de forma a observá-los individualmente e também inseridos no grupo a que pertenciam.

Realizaram-se alguns ensaios de danças que os utentes prepararam para apresentar no natal numa instituição situada na Moita, a estagiária teve oportunidade de assistir a alguns desses ensaios. A docente de dança, responsável por essa atividade colocou a estagiária ao corrente da atividade e das características dos utentes que nela participaram.

Depois da orientadora reunir com a equipa, decidiram quais os utentes que poderiam ser encaminhados para as sessões de musicoterapia. A estagiária reuniu com a orientadora e comunicou a proposta da equipa, relativamente à seleção de utentes que iriam usufruir das sessões de musicoterapia.

A estagiária passou então para a fase de observação direta destes utentes e começou a analisar os respetivos processos.

Na fase de integração da estagiária, o facto dos técnicos e colaboradores informarem e apresentarem algumas canções que habitualmente cantavam e passavam no rádio nas suas respetivas salas para os utentes, foi uma mais valia no sentido em que a estagiária teve oportunidade de conhecer a cultura musical dos clientes com quem iria trabalhar. Assim como também a participação da estagiária nos intervalos da hora do almoço dos utentes, no pátio da Cercima, onde os técnicos colocavam um rádio e os utentes ouviam as suas músicas preferidas e dançavam uns

com os outros e também com os técnicos e colaboradores que sempre demonstraram bastante interesse nestas atividades.

Estes momentos foram bastante importantes para a estagiária, uma vez que desta forma esteve em contato com os utentes em todas as situações, procedeu assim a uma observação direta do iso musical dos clientes.

Benenson (1988) refere que o Iso Universal é a identidade sonora que caracteriza todos os seres humanos, independentemente dos seus contextos sociais, culturais, históricos, etc.; o Iso Grupal é a identidade sonora de um grupo humano, que aponta diretamente ao conceito de identidade étnica.

A presença da estagiária nestes momentos, foram uma mais valia para a sua melhor integração na instituição, junto da população em estudo.

Relativamente à organização e estruturação do horário, a orientadora voltou a reunir com a estagiária e ambas organizaram um horário de sessões musicoterapêuticas de acordo com os dias de estadia da estagiária na instituição e também de acordo com o horário das atividades que os utentes selecionados já tinham, quer na Cercima, quer fora da instituição.

2º Fase – Intervenção

Foram realizadas intervenções de musicoterapia em sessões individuais em formato semi-estruturado (estagiária e utente), onde se desenvolveram essencialmente atividades ativas/criativas, através de métodos de improvisação livre, assim como algumas atividades recetivas.

O objetivo inicial das sessões consistiu no estabelecimento de uma relação terapêutica entre estagiária e utente e promover a abertura de canais de comunicação.

A grande maioria das sessões foram desenvolvidas por um método que consistia na improvisação livre, realizando-se quase sempre a canção de boas vindas, de seguida atividades de improvisação livre ou atividades recetivas, onde o utente propunha cantar e/ou tocar canções preferidas.

A estagiária iniciou as sessões musicoterapêuticas individuais e em grupo. Às segundas feiras das 9:30h às 15:00h eram realizadas 6 sessões individuais e uma sessão em grupo (grupo B). Às terças feiras das 9:30h às 12:00h eram realizadas 2 sessões individuais e uma sessão em grupo (grupo A). Destas sessões individuais, foi formado um pequeno “grupo” com dois elementos durante algumas sessões, devido ao comportamento de uma das utentes, passado o tempo de adaptação da utente, as sessões realizaram-se individualmente.

As sessões individuais tinham a duração de 30 a 45 minutos, as sessões em grupo tiveram a duração de 45 a 60 minutos.

No intervalo entre algumas sessões, a estagiária procedeu aos respetivos registos e anotações de cariz terapêutico, comportamental e musical.

Efetuaram-se 83 sessões individuais, 10 sessões com o grupo A e 8 sessões com o grupo B durante os 8 meses de estadia da estagiária na CERCIMA.

As sessões foram filmadas, com autorização dos respetivos familiares dos utentes (documento assinado no processo de cada utente) para que a estagiária pudesse proceder à respetiva observação das sessões, afim de preencher a grelha de observação (Anexo D) das mesmas e preencher também a grelha da descrição das sessões – Avaliação Clínica (Anexo E) descritiva. Ambas as grelhas encontram-se disponíveis em anexo a este relatório.

Técnicas Musicoterapêuticas

De acordo com as técnicas musicoterapêuticas indicadas neste relatório (p.34 e 35) no enquadramento teórico, as técnicas utilizadas durante o estágio foram as seguintes: Improvisação livre ou com tema selecionado pelos pacientes, sendo utilizada improvisação vocal e/ou instrumental Orff entre o utente e a estagiária e também em grupo; recriação de canções através da interpretação de canções escolhidas pelos utentes. Alguns utentes propunham no grupo (sessões em grupo) determinadas canções ou à estagiária (sessões individuais) que gostavam de tocar e cantar nas sessões; construção de canções através da criação de letras sobre músicas já existentes, ou sobre uma base harmónica construída especialmente para essa letra.

Bruscia (2000) refere que existe na música quatro tipos diferentes de experiências, nomeadamente a improvisação, a recriação, a composição e a audição. Estes são considerados também os quatro principais métodos utilizados na musicoterapia.

Recursos Utilizados

Os recursos utilizados durante estes oito meses de estágio na cercima, foram: computador para filmar as sessões, instrumentos musicais Orff (maracas; reco-reco; bloco de dois sons; guizeira; triângulo; tamborim; timbale; bongós; caixa chinesa; clavas; castanholas; pandeireta e metalofone soprano), outros instrumentos como boomwhakers e instrumentos artesanais construídos. Existiam ainda um teclado, uma guitarra, um cavaquinho e um acordeão (instrumentos harmónicos).

O setting era constituído por cadeiras, um armário onde se guardavam os instrumentos musicais, uma bancada tipo mesa encostada à parede e um espelho. As sessões decorriam no centro da sala onde ficavam os utentes e a estagiária.

Agenda Semanal

As tarefas desempenhadas pela estagiária no decorrer deste trabalho foram devidamente agendadas com a orientadora na instituição, a Dra. Mónica Coelho. À medida que as sessões foram decorrendo e mediante a necessidade de consultar os respetivos processos, foram-se delineando e traçando os objetivos terapêuticos para cada utente de musicoterapia.

Foi elaborado um horário para as sessões de musicoterapia e também para os grupos de trabalho musical – segundas feiras das 09:30h às 15:00h. Terças feiras das 09:30h às 12.00h.

TABELA 4: Agenda semanal do Tempo de Estadia na Instituição

Dia	Horas	Sessões/Utentes
Segundas feiras	9:30h-10:00h	P.F.
	10:15h-10:45h	P.A.
	11:00h- 11:30h	Registos
	11:45h- 12:15h	S.C.
	12:30h-13:30h	Almoço
	13:30h-14:00h	R.P.
	14:00h-14:30h	A.C./H.O.
Terças feiras	14:30h-15:15h	Grupo B
	9:30h-10:00h	R.M
	10:15h- 10:45h	A.M.
	11:00h- 11:30h	T.T.
	11:45h- 12:15h	Grupo A

Outras Atividades

No dia 25 de Maio foram desenvolvidas algumas atividades com os utentes e suas famílias, onde também foram apresentados alguns trabalhos elaborados pelos pacientes. Os utentes presentes neste encontro partilharam com as suas famílias e amigos uma das canções de boas vindas e uma pequena improvisação livre. Os familiares participaram e ajudaram os respetivos filhos/utentes na atividade musical.

Nas últimas semanas de estágio, foram também dinamizadas algumas atividades musicais, desportivas, de praia, cerâmica sensorial e também passeios com grupos mistos, estas atividades foram dinamizadas e desenvolvidas pelos docentes, técnicos e colaboradores da Cercima, a estagiária também participou nas mesmas.

ESTUDO DE CASO I

Apresentação do P.F.

O P.F. é do sexo masculino, tinha 13 anos, frequentava a unidade de multidificiência na escola onde estava inserido, por esta já não lhe dar resposta perante as suas dificuldades foi inserido no CSE da Cercima desde Outubro de 2012.

Vive no Montijo com a sua família, o pai era uma pessoa muito importante e presente na sua vida., era este que o acompanhava à instituição. O utente ficava sempre bastante ansioso até mesmo nas horas de regresso a casa.

O P.F.fazia medicação para a impulsividade, agitação, dificuldade de concentração e hiperatividade.

Relativamente à informação anamnésica, o processo do P.F. refere o seguinte diagnóstico: Tetraparésia distónica, coreotetose congénita e microcefalia. Tinha um atraso do desenvolvimento psicomotor e microcefalia (deficiência mental grave). Iniciou a marcha muito tarde, era pouco autónomo e bastante descoordenado. Não tinha controle dos esfínteres, usava fralda. Comunicava verbalmente.

Monteny (2001) refere que a tetraparésia distónica consiste num tipo de paralisia cerebral em que a criança tem dificuldades em controlar os movimentos, perda parcial das funções motoras dos membros inferiores e superiores.

No comportamento do P.F. era observado frequentemente as estereotipias verbais (repetia o que lhe era dito) e motoras (balançava-se constantemente, quer na cadeira de rodas, quer quando estava sentado noutra cadeira ou no chão). Deslocava-se com ajuda, levava tudo à boca, não controlava a ansiedade, reagia pela negativa quando era contrariado, era violento (puxava os cabelos às outras pessoas com violência). Interessava-se por algumas atividades propostas, mas não se conseguia concentrar o suficiente para realizar as tarefas e não se interessava pelos colegas.

Desde que o P.F. integrou a CERCIMA, entrou no processo de adaptação ao espaço, às pessoas que se relacionavam com ele, às regras estabelecidas pelo seu professor, técnicas e também aos colegas da sua sala e de toda a instituição.

O professor e a técnica que eram responsáveis pelo P.F. na instituição, que o acompanhavam diariamente nas suas atividades e rotinas também foram uma mais valia no sentido de lhe proporcionarem uma melhor adaptação, assim como a toda a equipa da CERCIMA.

Em observação direta, existem ainda situações com outros utentes, mas que de certa forma envolvem o utente e que são consideradas relevantes, que era a falta de confiança que os outros utentes tinham no P.F., não queriam desenvolver

atividades junto dele, devido ao seu comportamento violento (puxar os cabelos). Quer o professor, quer a técnica na sala, desenvolveram atividades com todos (para além do P.F., existiam mais três utentes) mas tiveram sempre o cuidado de proteger os outros da violência do mesmo. Os outros colegas com medo do comportamento do P.F., afastaram-se dele e este esteve nas atividades sozinho.

Uma outra característica do utente, não gostava de ser contrariado, quando tal se verificava, descompensava, saltava e gritava.

No processo do P.F. constou a aplicação da «Escala de Comportamento Adaptativo – Escolar (2ª edição)» (Nihira, Leland & Lambert, 2008) (Anexo C). A estagiária construiu uma grelha de observação de comportamento nas sessões (Anexo D) baseada em alguns itens desta escala.

Na análise da grelha, podemos observar em baixo um pequeno excerto da grelha preenchida (Anexo D1) salientando os aspetos mais significativos da fase inicial do tratamento, o P.F. não interagiu com a terapeuta, respondeu apenas à canção de *bom dia*, desde a primeira sessão. O utente não cantou/solicitou canções do seu reportório, apresentou esteriotipias vocais e motoras, repetia o que a estagiária lhe dizia e balançava-se constantemente para a frente e para trás, não tinha consciência do envolvimento, revelou descoordenação motora e não apresentou sugestões musicais. De uma forma geral, o utente apresentou um comportamento bastante ansioso.

Excerto da Grelha (Anexo D1)

Áreas	Atividades/Tarefas	Avaliação		
		R	R P	N R
1- Comunicação Verbal	Acena a cabeça ou sorri para expressar alegria			X
	Indica desejos através de ruídos vocais ou apontando			X
	Emite vocalizações			X
	Canta canções do seu reportório			X
	Vocaliza ou entoa canções, ajustando-se à pulsação da música			X
	Apresenta esteriotipias vocais	X		
2- Expressão Corporal	Revela coordenação motora			X
	Apresenta esteriotipias motoras	X		

Intervenção Individual

Mediante as características do P.F. referidas anteriormente, traçaram-se os seguintes objetivos no plano terapêutico.

Plano Terapêutico em Musicoterapia

Informações Prioritárias: O P.F. possui um atraso do desenvolvimento psicomotor. Iniciou a marcha muito tarde, é pouco autónomo e bastante descoordenado. Na comunicação faz esteriotipias verbais e motoras. Não controla a ansiedade, reage pela negativa quando é contrariado.		
Problema Nº1: Faz esteriotipias verbais.		
Objetivo: Fazer menos esteriotipias verbais.		
Sub-Ojetivos: Estabelecer relação/comunicação	Promover comunicação musical, utilizando as suas próprias estereotipias	Promover comunicação musical, abandonando as suas estereotipias.
Problema Nº2: Não controla a ansiedade		
Objetivo: Promover uma postura mais recetiva e calma		
Sub-Ojetivos: Aumentar a frequência da sua participação numa atividade musical.	Trocar de instrumento musical apenas uma vez durante uma atividade (recriação/ canção ou improvisação) musical.	

Foram realizadas 16 sessões individuais com o P.F., registaram-se períodos de progresso e de regressão, segundo as informações do professor/técnico do P.F. esta situação também se deve ao próprio diagnóstico e por vezes à redução da medicação.

Como já foi referido, nas primeiras sessões, o P.F. estava bastante ansioso e pouco comunicativo. Esta primeira fase consiste no processo de construção da relação terapeuta/paciente, como é referenciado neste enquadramento teórico (p.34).

Sob a perspectiva de (Chagas, 2002, cit. Sousa, 2007) a música com todo o seu poder une-se à terapia e ambas permitem a entrada num processo de intervenção sistematizado que utiliza as experiências musicais e as relações entre o terapeuta e o cliente proporcionando melhoria ou bem estar ao cliente.

A partir da quinta sessão continuou a ignorar os instrumentos Orff disponíveis, passou a intercalar a guitarra com o cavaquinho, com extrema mudança de instrumento, num comportamento bastante ansiogénico. Quando a estagiária tentou manter o utente na interação apenas com um dos instrumentos selecionados, este descompensou e apresentou algumas dificuldades para se acalmar (gritava, saltava e agredia-se).

Em musicoterapia, o terapeuta pode utilizar um conteúdo musical com canções em terapia individual ou de grupo para ajudar a explorar emoções produzidas por um pensamento desordenado (Davis, Gfeller and Thaut; 1992).

Á que referir que o conteúdo das sessões apenas se resumia à canção de «*bom dia*», umas vezes com períodos bastante curtos de interação do utente, outras vezes completamente ausente, evidenciando sempre um comportamento bastante ansioso, apenas retirava os instrumentos ou baquetas para voltar a arruma-los da mesma forma que estavam, revelando um interesse em especial com a guitarra e o cavaquinho.

Numa segunda fase do processo de intervenção, a meio do percurso terapêutico (a partir da 8ª sessão), na canção de «*bom dia*», a estagiária envolveu as estereotipias verbais que o utente apresentava naquele momento e num processo extremamente lúdico o P.F. interagiu numa comunicação musical para além do que era habitual, sendo este um dos objetivos delineados no plano terapêutico.

A estagiária sentiu necessidade de adicionar algo na sessão que permitisse maior proximidade ao utente, o facto de o imitar, talvez proporciona-se um maior envolvimento entre ambos.

Durante as primeiras 8 sessões o utente não apresentou sugestões musicais, nem revelou interesse em interagir com a estagiária nas suas canções preferidas – «*quinta do tio Manel*» e «*papagaio louro*» (informação revelada pelo seu professor), apenas gostava de escutar. Neste processo de escuta, revelou algumas vezes sorriso de alegria. Ainda nesta segunda fase, as sessões ficaram um pouco mais preenchidas: canção de «*bom dia*» e improvisação musical com curtos momentos de interação entre terapeuta e paciente, este continuava a demonstrar comportamento ansioso na extrema troca de instrumento (guitarra/cavaquinho) e ainda audição das

suas canções preferidas. O P.F. solicitava à estagiária para esta tocar no acordeão a «*quinta do tio Manel*» e o «*papagio louro*».

Relativamente ao primeiro objetivo delineado no plano terapêutico (fazer menos estereotípias verbais), este foi sendo cumprido e superado, registaram-se algumas estereotípias verbais no seu discurso fora do *setting* terapêutico, mas estas foram diminuindo dentro do mesmo à medida que o utente se foi envolvendo no processo musicoterapêutico.

Blasco (2002) refere através da terapia de comportamento que se deve proporcionar ao utente relaxamento a todos os músculos do corpo mediante uma respiração profunda, que se deve concentrar a atenção do utente em algo que tenha um significado especial para ele, permitindo descentralizar o pensamento em algo que o preocupe. A autora defende ainda que o tipo de música adequada ao paciente deve estar de acordo com o princípio de iso, sendo esta mesma música a escolhida para acalmar a ansiedade do utente.

A partir da 10^a/11^a sessão o utente interagiu em curtos momentos, durante a canção de «*bom dia*», na improvisação instrumental e também na recriação das suas canções preferidas (referidas anteriormente) mas continuou a manifestar ainda um comportamento ansioso.

Nas últimas sessões, o utente voltou a fazer alguns progressos, registaram-se momentos de baixa ansiedade, momentos de tranquilidade, durante a improvisação instrumental o P.F. apresentou um comportamento diferente do habitual, encostava a cabeça ao cavaquinho, passava os dedos pelas cordas e passado algum tempo, ficava sereno, como se estivesse a pensar em qualquer coisa. A estagiária continuava a facultar-lhe essa base musical (no acordeão) de conforto e relaxamento ao utente. Neste curto momento, o utente «*acordava*», respirava fundo e ficava sereno. Seguiu-se alguns minutos de silêncio. Esta situação é referenciada no enquadramento teórico através da afirmação de Von Baranow (1999) diz que a música atinge áreas da nossa psique que dificilmente são atingidas por outras fontes de estímulos, manifestando sensibilidade, emoção, diversos timbres, ritmos, melodias e harmonias, numa espécie de linguagem emocional, levando-nos a reagir em áreas e perceções somente vividas através dela.

O registo das últimas sessões apresentado na grelha (Anexo D) demonstra a evolução do P.F. como podemos observar no excerto da grelha abaixo.

Excerto da Grelha (Anexo D2)

Áreas	Atividades/Tarefas	Avaliação		
		R	R P	N R
1- Socialização	Interage com a terapeuta nas atividades		X	
	Interage com a terapeuta pelo menos num curto período de tempo	X		
	Responde		X	
2- Ajustamento Social	Tem consciência do envolvimento	X		
	Corresponde	X		
	Tem uma expressão fixa		X	
3- Comunicação Verbal	Acena a cabeça ou sorri para expressar alegria	X		
	Indica desejos através de ruídos vocais ou apontando	X		
	Emite vocalizações	X		
	Canta canções do seu repertório		X	
	Vocaliza ou entoa canções, ajustando-se à pulsação da música		X	
	Apresenta esteriotipias vocais			X
4- Expressão Corporal	Revela coordenação motora		X	
	Apresenta esteriotipias motoras		X	

A interação e a comunicação estabelecidas nesta relação musicoterapêutica entre a estagiária e o utente no final deste processo, consistiu numa experiência vivida o que Fregtman (1989) refere que, quer sejam corporais ou instrumentais, os sons na relação terapêutica permitem estabelecer uma ponte de comunicação pré verbal, relacionada com o “aqui e agora”, confrontando com o feito e o vivido (enquadramento teórico, p.31).

Assim como a importância que a intervenção musicoterapêutica assume na comunicação de jovens com deficiência mental grave, como refere este estudo de caso e como refere também Von Baranow (1999) uma das principais funções da musicoterapia com indivíduos com deficiência mental é a estimulação através da abertura de canais de comunicação usando o som, a música e o movimento, proporcionando o desenvolvimento psicomotor, a melhoria da atenção, concentração, expressão corporal e verbal, o entendimento e o contacto com o mundo externo, com interesse e atenção por si mesmo e pelas pessoas e objetos que o rodeiam (p.32)

Conclusão do Caso

O P.F. foi um dos casos selecionados pela estagiária para ser desenvolvido um estudo mais detalhado neste relatório durante o estágio porque foi um caso que apresentou bastante interesse pelas próprias características do utente.

Na fase inicial do estágio, momento de observação, adaptação e integração na Cercima, este foi um dos casos que mais despertou interesse na estagiária, através da forma como o P.F. se relacionava com os outros utentes, da ansiedade que ele evidenciava e pela própria ansiedade que ele provocava nos seus colegas e até nos técnicos que trabalhavam na instituição.

Segundo Ruud (1980) a música funciona como uma forma não verbal de expressão que se pode utilizar para explorar materiais inconscientes. O autor refere ainda que através da participação em atividades musicais, o paciente pode viver um sentimento de domínio e control que contribuem para melhorar a sua ansiedade e reforçar o ego.

As primeiras sessões corresponderam ao tempo na construção de uma relação entre a terapeuta e o utente, surgiram algumas dificuldades e decorreram algumas sessões sem qualquer progresso.

A estagiária não mudou o setting e continuou a desenvolver as sessões dentro das solicitações do paciente, tentando ir ao encontro da construção da relação e colocando como linha orientadora os objetivos delineados no plano terapêutico (promover a comunicação de forma a que o utente abandonasse as suas estereotipias verbais; promover uma postura recetiva e calma, aumentando no paciente a frequência da sua participação numa atividade musical de forma a trocar de instrumento apenas uma vez).

Mais tarde o P.F. solicitou as suas canções preferidas e através da recriação de canções, da improvisação e da canção de «*bom dia*», interagiu em curtos momentos, baixou significativamente a frequência de momentos de grande ansiedade, registando-se alguns momentos de serenidade.

De acordo com Bruscia (2000) uns dos principais objetivos da improvisação são: estabelecer um canal de comunicação não verbal e uma ponte para a comunicação verbal; desenvolver a capacidade de relacionamento interpessoal e explorar os vários aspetos do eu na relação com o outro. O autor refere ainda que um dos principais objetivos da recriação musical é promover a identificação e empatia com os outros e desenvolver comunicação de ideias e de sentimentos.

Analisando o plano terapêutico do P.F. pormenorizadamente, relativamente aos objetivos delineados, o primeiro problema do P.F. estava relacionado com as esteriotipias verbais, no final do tratamento foi estabelecida uma relação, comunicação verbal e não verbal e relativamente às sessões de musicoterpia, as esteriotipias verbais foram sendo extintas gradualmente nas recriações musicais. No entanto ainda se registavam esteriotipias motoras (embora estas não estivessem incluídas no plano terapêutico).

Problema Nº1: Faz esteriotipias verbais.		
Objetivo: Fazer menos esteriotipias verbais.		
Sub-Ojetivos: Estabelecer relação/comunicação	Promover comunicação musical, utilizando as suas próprias estereotipias	Promover comunicação musical, abandonando as suas estereotipias.

Quanto ao segundo problema do utente, controlo de ansiedade.

Problema Nº2: Não controla a ansiedade		
Objetivo: Promover uma postura mais recetiva e calma		
Sub-Ojetivos: Aumentar a frequência da sua participação numa atividade musical.	Trocar de instrumento musical apenas uma vez durante uma atividade (recriação/ canção ou improvisação) musical.	

O P.F registou curtos momentos de interação e participação nas atividades, nomeadamente na canção de *bom dia*, improvisação instrumental e recriação das canções «*papagaio louro*» e «*quinta do tio Manel*».

Quanto ao último sub-objetivo, este não foi atingido, uma vez que o P.F. sempre trocou de instrumento (guitarra/cavaquinho) algumas vezes em qualquer uma das atividades já referidas e inclusive pedia sempre à estagiária para tocar acordeão, rejeitando a ideia desta tocar em qualquer outro instrumento presente no *setting*.

ESTUDO DE CASO II

Apresentação da R.M.

A R.M. é do sexo feminino, nasceu no Brasil em 25/07/1986, tem 27 anos e há um ano que vive em Portugal apenas com a sua mãe (família monoparental), uma vez que os pais se separaram.

A R.M. apresenta o seguinte diagnóstico: Homocistinúria (doença metabólica relacionada com a ingestão de proteínas) com deficiência mental moderada associada a distúrbio do comportamento e epilepsia.

A utente integrou o CAO na CERCIMA em Dezembro de 2012. Era bastante tímida, não falava com os colegas da sua sala, recusava-se participar nas atividades propostas e não demonstrava interesse por qualquer tipo de atividade. Quando era contrariada, chorava e era violenta (arranhava e beliscava).

Desde que integrou a CERCIMA, a R.M. apresentou muitas dificuldades de adaptação. Não se adaptou aos colegas da sua sala, nem às técnicas e colaboradoras. Assim como também mostrou desinteresse pelos restantes utentes da instituição e pelas atividades de grupo, nomeadamente os convívios nos intervalos de lazer na instituição, onde a maioria dos utentes, estavam em convívio, ouvindo música, a dançar e conversar. A R.M. manteve sempre um comportamento isolado.

No processo da utente consta a aplicação da «*Escala de Comportamento Adaptativo – Escolar (2ª edição)*» (Nihira, Leland & Lambert, 2008) (Anexo C). A estagiária construiu uma grelha de observação de comportamento das sessões (Anexo D) baseada em alguns itens desta escala.

A coordenadora do CAO (Dra. Sandra Mourinha) solicitou o encaminhamento da utente para a musicoterapia para proporcionar á R.M. uma oportunidade de adaptação e inserção na instituição e reduzir-lhe o isolamento.

No início do tratamento foi aplicada a grelha referida anteriormente à utente e os resultados foram os seguintes: A R.M. não revelou qualquer interesse pelas atividades e tarefas referidas, à exceção dos objetivos gerais da grelha (socialização e ajustamento social), a utente respondia a algumas questões da estagiária, nomeadamente para dizer que não queria ir à musicoterapia, apresentando uma expressão e uma postura fixa (Anexo D).

Exceto da Grelha (Anexo D3)

Áreas	Atividades/Tarefas	Avaliação		
		R	R P	N R
1- Comunicação Verbal	Acena a cabeça ou sorri para expressar alegria			X
	Indica desejos através de ruídos vocais ou apontando			X
	Emite vocalizações			X
	Canta canções do seu repertório			X
	Vocaliza ou entoa canções, ajustando-se à pulsação da música			X
	Apresenta estereotípias vocais			X
2- Expressão Corporal	Revela coordenação motora			X
	Apresenta estereotípias motoras			X

Em observação direta, a R.M. inicialmente apresentou um comportamento bastante fechado, o seu tempo de adaptação na instituição foi de certa forma longo e difícil. A cliente fechava-se na sua “conchinha” e não deixava ninguém entrar no seu mundo. A sua postura era a seguinte: sentada à mesa na sua sala, junto dos seus colegas e das técnicas, todos participavam nas atividades habituais e a R.M. de cabeça baixa, mãos sobre as pernas, olhar triste, desconfiado e amedrontado.

Segundo a sua técnica e colaboradora, este comportamento também era o resultado da separação dos seus pais, motivo pelo qual a R.M. veio para Portugal.

As implicações psicosociais do seu diagnóstico poderiam ter causado o seu isolamento, depressão e recusa ao país e conseqüentemente à instituição.

Intervenção Individual

Mediante as características da R.M. referidas anteriormente traçaram-se os seguintes objetivos no plano terapêutico

Plano Terapêutico

<p>Informações Prioritárias: Homocistinúria (doença metabólica relacionada com a ingestão de proteínas). A utente apresenta muitas dificuldades na adaptação à instituição e principalmente nas relações interpessoais.</p>		
<p>Problema Nº1: Apresenta extrema resistência na participação de atividades na instituição</p>		
<p>Objetivo: Promover a participação em atividades e estabelecer relação com a paciente.</p>		
<p>Sub-Ojetivos: A R.M. aceita ir à sessão de musicoterapia.</p>	<p>A R.M. vai às sessões sem apresentar resistência.</p>	<p>A R.M. mantém-se na sessão até ao fim.</p>
<p>Problema Nº2: A R.M. apresenta uma postura fechada nas sessões.</p>		
<p>Objetivo: Promover uma postura recetiva durante a sessão.</p>		
<p>Sub-Ojetivos: Promover o contacto visual entre a utente e a estagiária.</p>	<p>Intervir pelo menos uma vez na sessão.</p>	<p>Aumentar o grau de intervenção/iniciativa nas sessões.</p>

Foram realizadas 15 sessões individuais com a R.M., registou-se um longo período de insucesso terapêutico e depois um período de progresso. A utente apresentou grandes dificuldades de adaptação e foi bastante resistente ao esforço e empenho de toda a equipa envolvida no processo.

A R.M. recusava-se ir para as sessões, na sua sala, junto dos seus colegas, técnica e colaboradora, na tentativa de comunicação verbal as suas respostas foram sempre negativas, o seu comportamento verbal e corporal foi sempre negativo, aliás muitas vezes respondia com violência (um beliscão, uma palmada, um arranhão).

Ainda na sua sala, começou a evidenciar alguns sinais de mudança de comportamento, uma vez que passou a comunicar verbalmente para dizer que não queria ouvir música e não queria tocar, mas a sua expressão facial, bem como os seus membros superiores contrariavam o que a utente verbalizava.

No enquadramento teórico (p.30) podemos constatar a importância que os instrumentos musicais podem ter na comunicação entre o terapeuta e o cliente.

Oliveira (1996) refere que os instrumentos musicais podem ser utilizados como elo de ligação e comunicação entre terapeuta e cliente, para estabelecer um vínculo nos relacionamentos durante as intervenções.

Passados alguns dias, a técnica obrigou a utente a ir à sessão de musicoterapia, esta ficou tão nervosa que tal situação não teve sucesso.

Mais tarde a estagiária constatou que a R.M. se relacionava razoavelmente com outra utente (A.M.) daquela sala, sugeriu o encaminhamento das duas amigas para a sessão de musicoterapia.

A A.M. era invisual, mas muito expressiva e bastante participativa, adaptou-se muito bem ao setting, escolhia um instrumento para tocar, a R.M. entregava o instrumento à colega, mas não retirava nenhum para si. A A.M. interagiu com a estagiária, solicitou várias canções do repertório popular português, foram então recriadas algumas canções («*oliveira da serra*», «*já passei a roupa a ferro*», «*ribeira vai cheia*»). A R.M. não interagiu musicalmente, mas sorria e movimentava o corpo mesmo sentada na cadeira. Foi então criado este “mini grupo” de duas pacientes. A R.M. interagiu muito pouco, mas ia para as sessões bastante satisfeita com a colega.

A partir da 5ª sessão, estas passaram a ter a seguinte rotina: canção de «*bom dia*»; recriação da canção da R.M. «*A honça e o filhotinho*» (Anexo G); recriação da canção da A.M. «*Alecrim*»; improvisação; «*canção do adeus*» (Anexo H)

As sessões ganharam uma determinada dinâmica, devido à presença da A.M., com o passar do tempo, a R.M. foi adquirindo confiança nela própria e no pequeno grupo que se formou. Foi interagindo em curtos momentos, sessão a sessão. Na 7ª sessão logo a seguir à canção de «*bom dia*», a R.M. solicitou à estagiária para esta tocar no acordeão a canção da «*honça*». A utente explicou à estagiária através de comunicação verbal como era essa canção «*A honça acabou de nascer, a sua mãe tem que cuidar dela, porque ela é muito pequenininha*». E explicou que as mães têm sempre de cuidar dos filhotes.

A estagiária criou uma base harmónica (C;G;A), a R.M. ia verbalizando sobre o tema. A A.M acompanhava a colega vocalmente e com o instrumento selecionado (maracas). A R.M. não selecionava qualquer instrumento.

A quando da improvisação instrumental, a R.M. expressou-se através do movimento do seu corpo (batia palmas e batia o pé), no momento de terminar a improvisação, a A.M. continuou num ritmo regular com as maracas e a estagiária encaminhou essa pulsação para voltarmos à composição anterior («A honça e o filhotinho») da R.M., proporcionando assim uma excelente interação no grupo, a R.M. recuperou a sua energia vital numa expressão corporal e vocal impressionante.

Numa outra sessão, a utente ainda inseriu no seu repertório a canção brasileira «Aló galera», passando esta a fazer parte de mais uma recriação musical das sessões.

A utente adquiriu confiança no próprio *setting*, nos outros elementos do pequeno grupo e também nela própria, a música foi aqui, sem qualquer dúvida, uma excelente abertura neste canal que parecia interrompido, mas que afinal proporcionou uma comunicação verbal e não verbal dos sentimentos vividos numa experiência anterior da vida da paciente.

A grelha em anexo (Anexo D4) apresenta a evolução da paciente, como se pode verificar neste excerto da grelha.

Excerto da Grelha Anexo D4

Áreas	Atividades/Tarefas	Avaliação		
		R	R P	N R
1- Socialização	Interage com a terapeuta nas atividades	X		
	Interage com a terapeuta pelo menos num curto período de tempo	X		
	Responde	X		
2- Ajustamento Social	Tem consciência do envolvimento	X		
	Corresponde	X		

No processo musicoterapêutico, enquanto a pessoa ouve, canta e toca, expressa aspetos da sua própria vivência, permitindo o progresso e a transformação, tomando consciência de si próprio (Ruud, 1991).

Relativamente ao primeiro objetivo delineado no plano terapêutico da R.M., este foi superado e com sucesso segundo os indicadores referidos anteriormente.

Plano Terapêutico

Problema Nº1: Apresenta extrema resistência na participação de atividades na instituição		
Objetivo: Promover a participação em atividades e estabelecer relação com a paciente.		
Sub-Ojetivos: A R.M. aceita ir à sessão de musicoterapia.	A R.M. vai às sessões sem apresentar resistência.	A R.M. mantém-se na sessão até ao fim.

A R.M. participou e interagiu nas sessões e estabeleceu relação com o pequeno grupo.

Quanto ao segundo objetivo delineado no plano terapêutico, também foi superado com sucesso. A R.M. adquiriu uma postura recetiva durante as últimas sessões, estabelenco contacto visual com a estagiária, intervindo nas sessões pela sua própria iniciativa.

Plano Terapêutico

Problema Nº2: A R.M. apresenta uma postura fechada nas sessões.		
Objetivo: Promover uma postura recetiva durante a sessão.		
Sub-Ojetivos: Promover o contacto visual entre a utente e a estagiária.	Intervir pelo menos uma vez na sessão.	Aumentar o grau de intervenção/iniciativa nas sessões.

A partir da 10ª sessão a estagiária procedeu à “separação do processo” deste pequeno grupo, uma vez que seria benéfico para a R.M. inserir-se num grupo (acompanhada ou não da A.M.) de forma a proporcionar-lhe resultados significativos em relação ao isolamento da utente dentro da instituição, tal como já foi referido no

enquadramento teórico deste relatório (p.32). De acordo com Benenson (1985) o relacionamento interpessoal deve ser trabalhado na pessoa com deficiência mental a nível grupal, uma vez que a ação terapêutica é mais positiva. O ideal é inserir o paciente num grupo, porque a pessoa com deficiência mental além de estabelecer canais de comunicação com o musicoterapeuta, deve também ser incluída em determinados grupos, ou seja, dar-lhes através dos canais de comunicação já existentes, outros novos meios para a sua integração grupal.

Por uma questão de incompatibilidade dos horários, a R.M. não foi inserida naquela fase num grupo, tendo-se registado essa situação mais tarde na dinamização de grupos organizadas pela equipa da CERCIMA. A utente apresentou uma postura recetiva, mas não interagiu no grupo (registaram-se duas sessões). Enquanto esta situação decorreu, a R.M e a A.M usufruíram de sessões individuais. Registou-se uma regressão na penúltima sessão porque a utente ingeriu derivados do leite em sua casa, alterando completamente o seu estado emocional e físico, sendo esta uma problemática relacionada com o seu diagnóstico.

Conclusão do Caso

A R.M. foi selecionada para ser um estudo de caso pela sua dificuldade de inserção num novo país e numa nova instituição. Pelo isolamento da utente, pela sua expressão facial, pela dificuldade de interação, pelas sessões sem interação, pelo seu silêncio, posteriormente pela sua interação, pela sua adaptação à instituição, pelas suas partilhas musicais, pela sua comunicação verbal e não verbal.

Na fase inicial, foi a recusa completa da utente a tudo e a todos. A musicoterapia através da música proporcionou-lhe uma abertura na sua interação e comunicação dentro do *setting* terapêutico que se desenvolveu à relação da utente com os elementos da instituição.

Winnicott (1975) refere que a personalidade criativa torna-se parte da personalidade individual organizada e, no conjunto, acaba por fazer o indivíduo ser encontrado, acabando por permitir a existência do eu (*self*). Isto dá-nos a indicação para o procedimento terapêutico: proporcionar oportunidade para a experiência e para os impulsos criativos. É com a base do brincar, que se pode construir a totalidade da existência experiencial do homem.

Mesmo nos dias em que a paciente descompensava cognitivamente e o seu discurso apresentava uma extrema desorganização, a utente participava nas sessões e mantinha uma postura recetiva.

Relativamente á sua presença nas duas sessões em grupo, a utente também apresentou uma postura recetiva, embora a sua interação com o grupo não se registasse significativa. Evidenciou-se um pouco ansiosa e demasiado preocupada com situações banais.

«A música pode fornecer meios de comunicação não verbais ou pode servir de ponte para Conectar canais de comunicação verbais e não verbais. Quando utiliza como forma não verbal, Ela pode substituir a necessidade de palavras e desse modo fornecer uma forma segura E aceitável de expressão de conflitos e sentimentos que seriam difíceis de expressar de outro modo.

(Bruscia, 2000)

OUTRAS INTERVENÇÕES CLÍNICAS

Relativamente a outras intervenções, o grupo A era constituído por 5 elementos: C.M.; C.S.; P.B.; A.C. e D.S.

Os diagnósticos consistiam em mutismo seletivo; mal formação congénita, atrofia do globo ocular esquerdo; deficiência mental ligeira; craniofaringeoma; paralisia cerebral. Estes utentes realizaram 10 sessões de musicoterapia. O processo inicial de construção e estabelecimento de relação grupal foi um pouco difícil, mas a partilha discurso verbal, onde todos tiveram oportunidade de opinar sobre o que pretendiam fazer no grupo e como queriam estar no grupo foi uma mais valia, no sentido do grupo procurar num ambiente musical o objetivo final.

Cada elemento teve oportunidade de recriar em grupo algumas das suas músicas preferidas, respeitando a identidade de cada um.

No final de cada sessão, os utentes também tiveram oportunidade de se expressar sobre a experiência vivida, a partilha de ideias e os objetivos a atingir nas próximas sessões.

Dois dos elementos do grupo (C.S. e P.B.) foram elementos bastante importantes na dinâmica musical do grupo, uma vez que estes ofereciam uma expressão rítmica (C.S.) e melódica (P.B.) bastante importante ao progresso do grupo, quer na vertente musical, quer na vertente terapêutica.

Relativamente ao outro grupo (B) os seus elementos (C.B; I.R; L.R.; B.B.e V.S.), os seus diagnósticos consistiam em: Síndrome de Down; Paralisia cerebral; Microcefalia e obesidade; Tetraparésia Espástica e Atraso do Desenvolvimento Cognitivo. Este grupo realizou 8 sessões de musicoterapia.

Os elementos do grupo apresentaram sempre dificuldades na interação individual, evidenciando dificuldades ao nível da cultura musical de cada um, mas também na própria dinâmica de grupo, inicialmente porque existia um casal de namorados no grupo e estes apresentaram dificuldades na interação grupal, mais tarde porque a relação amorosa terminou e surgiu uma extrema dificuldade nas relações interpessoais entre o ex-casal, causando dificuldades na própria dinâmica do grupo.

Os restantes elementos esforçaram-se para proporcionar algum dinamismo ao grupo, mesmo nos momentos em que o grupo discutia o que era realmente importante, registou-se sempre alguma incompatibilidade.

No entanto foram discutidos alguns temas, nomeadamente o amor entre as pessoas, as diferentes formas de amar, tendo o grupo levado o tema à música e na improvisação cada elemento representar musicalmente como sente o amor.

CONCLUSÃO E DISCUSSÃO

Este relatório descreve o estágio profissional de oito meses na CERCIMA do Montijo, uma instituição que recebe crianças, jovens e adultos com necessidades educativas especiais e pessoas com deficiência, tendo como principal objetivo a integração, valorização, socialização, educação e a reabilitação dos indivíduos permitindo o desenvolvimento das suas capacidades.

Realizaram-se 83 sessões individuais com 9 utentes e 18 sessões em grupo. Formaram-se dois grupos, cada grupo era constituído por 5 elementos. Um dos grupos realizou 10 sessões e o outro grupo 8 sessões.

A experiência vivida durante estes oito meses de estadia na CERCIMA foi sem sombra de dúvida uma aprendizagem e um crescimento a nível pessoal e profissional. O trabalho de equipa, assim como o interesse, a receptividade, o empenho, o esforço e o investimento que é extremamente notório não só pela equipa técnica e colaboradores, mas também pelos próprios utentes.

Esta população de utentes demonstram uma extrema vontade de fazer, de crescer e de viver como se não existesse qualquer dificuldade.

A musicoterapia foi deste sempre bem aceite na instituição e procurada pela grande maioria da população, inclusive aqueles que não faziam parte da amostra, devido à ferramenta que utiliza – a música. Esta área tão interessante e ambicionada por todos.

Apesar de existirem determinadas características específicas na música de diferentes culturas, é indiscutível que esta, como arte que é, transcende os limites da cultura do seu criador, muito mais do que a língua (Oliveira, 1996).

A música não só ultrapassa os limites das diferentes culturas, como também possui todo um carácter lúdico facilitador em qualquer geração e cultura.

A musicoterapia ao intervir nesta população, une todas as características e qualidades da música à terapia ajudando e facilitando o bem estar dos utentes.

A deficiência gera incapacidade nos desempenhos funcionais do indivíduo. A incapacidade leva a consequências e desvantagens na vida de uma pessoa, impedindo-o de desempenhar atividades consideradas normais. (Routh, 1973).

Neste processo terapêutico foi aplicada uma grelha de observação do comportamento aos utentes referenciados na amostra em diferentes fases do processo, numa fase inicial, a meio do processo e no final do mesmo de forma a poder comparar os resultados deste estudo qualitativo.

Numa fase inicial, a maioria dos utentes e principalmente os dois casos analisados pormenorizadamente no estágio e referenciados neste relatório apresentam uma frequência significativa de índices não revelados nas áreas da comunicação verbal, da socialização, da expressão corporal e rítmica e também na área da imitação. A meio do processo musicoterapêutico, alguns indicadores da grelha sofreram alterações para índices revelados e outros para índices revelados parcialmente. Registando-se maior evidência na área da comunicação verbal, onde a maioria dos utentes sorria para expressar alegria, apontavam para indicar desejos, cantavam ou solicitam canções do seu repertório. Na área da socialização também se registaram alterações significativas em comparação com o início e o fim do processo, nomeadamente na interação com a terapeuta nas atividades, tal situação deve-se ao estabelecimento/construção da relação interpessoal e musical.

À luz da perspetiva de Caballo e Simón (2005) a deficiência mental é um diagnóstico que se refere a um funcionamento cognitivo geral inferior à média, independentemente da etiologia, assim como Bautista (1997), Vieira e Pereira (2003) também referem as causas e a respetiva classificação (ligeira, moderada, grave e profunda).

A utilização da musicoterapia em pacientes com este diagnóstico foi mencionada na literatura sob a perspetiva de Blasco (2002) que refere a aplicação científica da música e da dança com a finalidade terapêutica e preventiva, através da relação que se estabelece entre o terapeuta e o paciente.

Davis, Gfeller and Thaut (1992) e Bruscia (2007) apresentaram a perspetiva de alguns musicoterapeutas relativamente à musicoterapia com pessoas com retardo mental, nomeadamente as estratégias e experiência de Paul Nordoff e Clive Robbins. Assim como Benezon (2008) que refere as suas metodologias e técnicas no processo terapêutico relativamente ao princípio de Iso e às associações *corpo-sonoro-musical*.

A intervenção da musicoterapia na comunicação de indivíduos com deficiência mental e outras etiologias, como por exemplo em tetraparésia distónica, microcefalia e Homocistinúria associada a distúrbio do comportamento (diagnósticos e patologias identificados nos dois estudos de caso) segundo alguns autores como Uricoechea (1993), Blasco (2002), Ruud (1990) entre outros apontam o estímulo que a música proporciona aos portadores de deficiência mental na ajuda da coordenação da motricidade grossa e fina e na comunicação, uma vez que as experiências musicoterapêuticas podem facilitar no desenvolvimento das capacidades motoras e cognitivas, bem como no desenvolvimento da linguagem e melhorar a produção vocal.

Uma das principais funções da musicoterapia com indivíduos com deficiência mental é a estimulação através da abertura de canais de comunicação usando o som, a música e o movimento, proporcionando o desenvolvimento psicomotor, a melhoria da atenção, concentração, expressão corporal e verbal, o entendimento e o contacto com o mundo externo, com interesse e atenção por si mesmo e pelas pessoas e objetos que o rodeiam (Baranow, 1999).

O caso específico do P.F. que apresentava esteriotipias verbais e motoras, com graves episódios de ansiedade, a musicoterapia foi um excelente contributo na utilização das mesmas esteriotipias na estratégia de imitação numa relação musical e interpessoal que proporcionou a um determinado ritmo a abandono das esteriotipias verbais em *setting* terapêutico e a diminuição das mesmas no exterior deste *setting*. A diminuição das crises ansiogénicas e os curtos momentos de serenidade e tranquilidade evidenciadas no utente nas últimas sessões também foram uma indicação de que a intervenção musicoterapêutica pode contribuir para a estimulação da abertura de canais de comunicação em patologias motoras e cognitivas.

O caso da R.M. que inicialmente apresentava extrema dificuldade no relacionamento com a equipa e os utentes da instituição, que pouco comunica e não era recetiva às atividades propostas na instituição. A *teoria do relacionamento* apresentada por Nordoff e Robbins, assim como Brandão & Millecco (2001) e Ruud (1991) que referem que a musicoterapia é uma terapia autoexpressiva, que estimula o potencial criativo e a ampliação da capacidade comunicativa, mobilizando aspetos biológicos, psicológicos e culturais. Os diálogos musicais entre terapeuta e cliente possibilitam momentos de intensidade expressiva e comunicativa.

No processo musicoterapêutico, enquanto a pessoa ouve, canta e toca, expressa aspetos da sua própria vivência, permitindo o progresso e a transformação, tomando consciência de si próprio (Ruud, 1991).

Os objetivos delineados no início deste estágio (promover a participação social dos pacientes; promover bem estar e qualidade de vida aos utentes; otimizar a relação/comunicação entre os pacientes e desenvolver atividades que promovam autonomia e criatividade) funcionaram como interlúdio entre os objetivos traçados nos planos terapêuticos dos estudos de caso abordados, na medida em que os primeiros funcionaram como objetivos gerais durante este estágio e os outros como objetivos específicos. Foram trabalhadas relações interpessoais e relações musicais na base de uma comunicação musical verbal e não verbal que deu origem a diferentes estados de espíritos, evidenciando sentimentos e impressões, umas verbalizadas outras não.

REFLEXÃO

A experiência vivida durante estes oito meses de estadia na CERCIMA foi sem sombra de dúvida uma aprendizagem e um crescimento a nível pessoal e profissional. O trabalho de equipa, assim como o interesse, a receptividade, o empenho, o esforço e o investimento que é extremamente notório não só pela equipa técnica e colaboradores, mas também pelos próprios utentes.

Inicialmente pensei que esta população me permitia entrar no processo de uma forma simples e rápida sem qualquer problema sentimental, emocional e psicológico, uma vez que já tinha vivido outras experiências com outras populações às quais me adaptei sem qualquer reticência, mas enganei-me e nesta fase da minha vida ao deparar-me com a realidade, com as patologias e a fragilidade das crianças, jovens e adultos da CERCIMA senti-me pequenina e frágil, com poucas capacidades emocionais para estar com eles e lhes oferecer uma experiência e uma vivência diferente.

Mas a equipa que encontrei, quer de técnicos, colaboradores, coordenadoras e os próprios utentes mostraram-me a forma de olhar com outros olhos. As relações interpessoais que se constroem mesmo fora do *setting* terapêutico é uma vivência e uma experiência que ensina, fortalece, ajuda, encaminha e acima de tudo que nos ensina a crescer.

Aos técnicos e colaboradores do CAO por todo o apoio e á Dra. Sandra Mourinha que mesmo já não fazendo parte da equipa, lhe agradeço por todo o apoio e profissionalismo.

Aos professores e técnicos do CSE por todas as ajudas, conselhos e informações. Á Dra. Mónica Coelho, a minha orientadora na instituição pala paciência, apoio e profissionalismo.

A todos os utentes, agradeço pela amizade e carinho que sempre disponibilizaram para mim.

A todos os meus pacientes pela partilha, pela relação musical e interpessoal que juntos construímos.

Aos familiares e amigos que tive oportunidade de conhecer numa atividade que me aproximou ainda mais da equipa e que também me ajudou a entender algumas realidades desconhecidas.

Á Dra. Teresa Leite pela super paciência, disponibilidade, profissionalismo e partilha de experiência profissional.

Sem todas estas pessoas não teria coragem de olhar a diferença com olhos sem diferença, colocar sentimentos e emoções noutra vertente e agir profissionalmente, deixando-me levar pela paixão da música, que aliada à terapia nos proporciona um estar em bem estar, mesmo que antes se tenha que chorar, se tenha que reviver as feridas, o final é um respirar fundo de alívio.

Para além destas dificuldades, senti também algumas dificuldades na escolha dos estudos de caso, uma vez que quase todos tinham, para mim, boas características para serem um caso a estudar ao pormenor.

Senti dificuldades ao longo do estágio do pouco tempo de permanência na instituição devido à articulação que tinha de fazer em relação ao meu trabalho e a distância geográfica que fica a instituição. Senti também dificuldades em relação à quantidade de utentes que me foram encaminhados, uma vez que foi muito difícil dar resposta a todos.

Este é um processo que irá ter continuidade a partir de Setembro, esta é uma mais valia, no sentido de poder dar continuidade ao mesmo e assim adotar a mesma metodologia, num espaço de tempo mais extenso, delinear outros objetivos e continuar a articulação com toda a equipa.

No final deste processo também tive oportunidade de fazer parte da equipa de dinamização de grupos, esta foi mais uma experiência de aprendizagem, na medida em que durante apenas quatro sessões constatei que alguns utentes do *setting* individual também apresentam boas características para *setting* grupal.

Como sugestões apresento a possibilidade deste estágio poder ser realizado em dois anos, uma vez que seria benéfico, segundo o meu ponto de vista, quer para os utentes, quer para os estagiários, que beneficiariam de mais tempo para a estadia na instituição, análise de literatura e realização do relatório.

*«A música, vencendo barreiras e bloqueios, penetra facilmente nas profundezas do ser.
Em todas as culturas, ela desempenha um papel importantíssimo no equilíbrio psíquico,
Nas ligações dos homens entre si e com o meio.»*

(Oliveira, 1996)

REFERÊNCIAS

- Alvin, J. (1984). *Musicoterapia*. Barcelona: Mundo Moderno Paidós.
- Baranow, V. (1999). *Musicoterapia: uma visão geral*. Rio de Janeiro: Enelivros.
- Barcellos, L. (1992) *Música e Terapia*. Rio de Janeiro: Enelivros.
- Bautista, R. (1997). *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Dinalivro.
- Benenzon, R. (2008). *La Nueva Musicoterapia*. Barcelona: Lumen.
- Benenzon, R. (1985). *O Manual de Musicoterapia*. Rio de Janeiro: Enelivros.
- Benenzon, R. (1988). Teoria da musicoterapia: contribuição ao conhecimento do contexto não verbal. São Paulo: Summus.
- Blasco, S. (2002). *Compendio de Musicoterapia*. Barcelona: Herder.
- Bruscia, K. (1997). *Definiendo Musicoterapia*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- Bruscia, K. (2000). *Definiendo Musicoterapia.2ª ed.* Rio de Janeiro: Enelivros.
- Bruscia, K. (2007). *Musicoterapia: métodos y prácticas*. Barcelona: Editorial Pax México.
- Caballo, V. & Simón, M. (2005). *Manual de Psicología Clínica Infantil e do Adolescente Transtornos Gerais*. São Paulo: Livraria Santos Editora.
- Cercima. (2012). *Regulamento Interno*. Montijo.
- Changeux, P. (2003). *A Verdade e o Cérebro*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Chion, M. (1994). *Músicas, Média e Tecnologias*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Correia, L. (2008). *A Escola Contemporânea e a Inclusão de Alunos com Necessidades Educativas Especiais*. Porto: Porto Editora.
- Correia, L. (2003). *Inclusão e Necessidades educativas Especiais: Um guia para educadores e professores*. Porto: Porto Editora.
- Costa, A. (2004). *Educação e Transição para a Vida Pós-Escolar de Alunos com Deficiência Intelectual Acentuada*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.
- Davis, W.; Gfeller, K. & Thaut, M. (1992). *Introducción a la Musicoterapia: teoría y práctica*. Barcelona: Editorial de Música Boileau.
- Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948). *Declaração Universal dos Direitos do Homem*. Web site. Acedido Julho 15, 2013, em <http://www.infopedia.pt/declaração-universal-dos-direitos-do-homem,2>.
- Dubar, C. (2006). *A Crise das Identidades – A Interpretação de uma Mutação*. Porto: Edições Afrontamento.
- Fontaine, O. (1987). *Introdução às Terapias Comportamentais*. Lisboa: Verbo.
- Fregtman, C. (1989). *Corpo, Música e Terapia*. São Paulo: Editora cultrix.

Gispert, C. & Monreal, J. (1993). *Enciclopédia da Psicologia Infantil e Juvenil: Perturbações do Desenvolvimento*. Barcelona: Edição Lusodidacta.

Gomez, J. & Santos, F. (2006). *Reabilitação Neuropsicológica. Da teoria à prática*. São Paulo: Artes Médicas.

Gleitman, H. (1993). *Psicologia: 2ª edição*. Lisboa: Edição da Fundação Calouste Gulbenkian.

Guiraud, P. (1991). *A Linguagem do Corpo*. São Paulo: Editora Ática.

Mesquita, R. (2000). *Psicologia Geral e Aplicada*. Lisboa: Plátano Editora.

Monteny, R. (2001). *Dicionário de Saúde Mental*. Lisboa: Plátano Edições Técnicas.

Oliveira, R. (1996). *Música, Saúde e Magia*. Rio de Janeiro: Editora Nova Era.

Organização Mundial de Saúde (2007). *Organização Mundial de Saúde (ICD) – 10*. Web site. Acedido em Julho 17, 2013, em <http://www.who.int/classifications/icd/en/>.

Pereira, A. (2009). *Crescer em Relação. Estilos parentais educativos, apoio social e ajustamento*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Rector, M. & Trinta, A. (2003). *Comunicação do Corpo*. São Paulo: Editora Ática.

Rett, A. & Seidler, H. (1996). *A Criança com Lesão Cerebral*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Rideau, A. (1977). *Psicologia Moderna: 400 dificuldades e problemas das crianças*. Lisboa: Verbo.

Routh, D. (1973). *The Experimental Psychology of Mental Retardation*. London: Granada Publishing

Ruud, E. (1990). *Caminhos da Musicoterapia*. São Paulo: Summus Editorial.

Sousa, M. (1999). *Metodologias do Ensino da Música para Crianças*. Porto: Gailivro

Sousa, T. (2007). *A Musicoterapia como Auxílio na Comunicação e Pessoas com Deficiência Mental*. Universidade Federal de Goiás.

Sprinthall, N. & Collins, W. (2003). *Psicologia do Adolescente, (3ª ed.)*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

Sprovieri, M. & Assumpção, J. (2005). *Deficiência Mental*. São Paulo: Manole.

Textos de Musicoterapia I (1998). Lisboa: Edição Associação Portuguesa de Musicoterapia.

Weil, P. & Tompakon, R. (1999). *O Corpo Fala a linguagem silenciosa da comunicação não-verbal, (48ª ed.)*. Petrópolis: Editora Vozes.

Winnicott, D. (1975). *O Brincar & a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora LTDA.

Vieira, F. & Pereira, M. (2003). «*Se Houvera Quem me Ensinara...*» *A Educação de Pessoas com Deficiência Mental (2ª ed.)*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Weiner, I. (1995). *Perturbações Psicológicas na Adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

ANEXOS

ANEXO A

TABELAS – Descrição da Amostra

Características demográficas da amostra – Referência dos diagnósticos

Utentes	Idade	Diagnóstico	Nº Sessões Assistidas	Setting
P.F.	13 anos	Deficiência mental grave acompanhada de Tetraparésia distónica, coreotetose congénita e microcefalia.	16 sessões	Intervenção Individual
P.A.	14 anos	Deficiência mental grave acompanhada de hidrocefalia e macrocefalia.	8 sessões	Intervenção Individual
S.C.	13 anos	Deficiência mental grave acompanhada de Síndrome Pitt Hopkins e características de síndrome de Rett.	12 sessões	Intervenção Individual
R. P.	14 anos	Deficiência mental grave acompanhada de atraso do desenvolvimento psicomotor e cognitivo.	8 sessões	Intervenção Individual
A.C.	14 anos	Deficiência mental grave acompanhada de paralisia cerebral	7 sessões	Intervenção Individual
H.O.	13 anos	Deficiência mental grave acompanhada de tetraparésia distónica com atraso grave do desenvolvimento psicomotor.	7 sessões	Intervenção Individual
T.T	14 anos	Deficiência mental grave acompanhada	10 sessões	Intervenção

		de doença Van der Knaap		Individual
--	--	----------------------------	--	------------

ANEXO B- Tabela Descrição Amostra - Continuação

- a) O utente C.M. não esteve presente em duas sessões, uma vez que esteve a realizar um estágio profissional fora da instituição.

Utentes	Idade	Diagnóstico	Nº Sessões Assistidas	Setting
R.M.	27 anos	Deficiência mental moderada associada a Homocistinúria e distúrbio do comportamento.	15 sessões	Intervenção Individual
A.M.	36 anos	Deficiência mental moderada associada a doença invisual	13 sessões	Intervenção Individual
C.M. ^{a)}	23 anos	Deficiência mental moderada associada a mutismo seletivo.	8 sessões	Intervenção em grupo – grupo A
C. S.	25 anos	Deficiência mental moderada associada a atrofia do globo ocular esquerdo.	10 sessões	Intervenção em grupo – grupo A
A.C.	36 anos	Deficiência mental moderada associada a Craniofaringeoma.	10 sessões	Intervenção em grupo – grupo A
P.B.	21 anos	Deficiência mental ligeira associada a dificuldades ao nível da motricidade fina	9 sessões	Intervenção em grupo – grupo A
D.S.	32 anos	Paralisia Cerebral	10 sessões	Intervenção em grupo – grupo A
C.B.	26 anos	Trissomia 21	8 sessões	Intervenção em grupo – grupo B
I.R.	32 anos	Paralisia cerebral	8 sessões	Intervenção em grupo – grupo B
L.R.	21 anos	Deficiência mental moderada associada a Microcefalia e obesidade	8 sessões	Intervenção em grupo – grupo B
B.B	25 anos	Deficiência mental moderada associada a tetraparésia espástica	8 sessões	Intervenção em grupo - grupoB
V.S.	33 anos	Deficiência mental moderada	8 sessões	Intervenção em grupo – grupo B

ANEXO C
ESCALA DE COMPORTAMENTO ADAPTATIVO – ESCOLAR
(2ª EDIÇÃO)

ANEXO D

Grelha de Observação do Comportamento nas Sessões

Grelha de Observação do Comportamento

Nome do Utente: _____ (Nº sessão)

Data: ___/___/___

Objetivo Geral	Atividades/Tarefas	Avaliação		
		R	R P	N R
1- Socialização	Interage com a terapeuta nas atividades			
	Interage com a terapeuta pelo menos num curto período de tempo			
	Responde			
2- Ajustamento Social	Tem consciência do envolvimento			
	Corresponde			
	Tem uma expressão fixa			
3- Comunicação Verbal	Acena a cabeça ou sorri para expressar alegria			
	Indica desejos através de ruídos vocais ou apontando			
	Emite vocalizações			
	Canta canções do seu repertório			
	Vocaliza ou entoa canções, ajustando-se à pulsação da música			
	Apresenta estereotipias vocais			
4- Expressão Corporal	Revela coordenação motora			
	Apresenta estereotipias motoras			
5- Expressão Rítmica	Inicia o ritmo			
	Toca instrumentos de acordo com o andamento			
	Acompanha mudanças de andamento			
6- Imitação	Repete frases rítmicas			
	Repete frases ou células melódicas			
7- Criatividade	Apresenta sugestões musicais			

R- Revela/ RP- Revela Parcialmente/ NR- Não Revela

ANEXO E

Descrição das Sessões

Avaliação Clínica

Nome Paciente: Data:
Observação rápida do paciente:
Temas/Atividades:
Sumário:
Processamento:

ANEXO F

Canção «Bom Dia»

Um bom dia ao _____

Um bom dia ao _____

Um bom dia ao _____

Olá bom dia _____

Nós vamos cantar

Nós vamos tocar

Nós vamos cantar

Vamos tocar

Um bom dia pr'a todos

Um bom dia pr'a todos

Olá bom dia!

ANEXO D1

Grelhas de Observação do Comportamento

Nome do Utente: P.F. (4ª sessão)

Data: 14/01/2013

Objetivo Geral	Atividades/Tarefas	Avaliação		
		R	R P	NR
1- Socialização	Interage com a terapeuta nas atividades			X
	Interage com a terapeuta pelo menos num curto período de tempo			X
	Responde		X	
2- Ajustamento Social	Tem consciência do envolvimento			X
	Corresponde			X
	Tem uma expressão fixa			X
3- Comunicação Verbal	Acena a cabeça ou sorri para expressar alegria			X
	Indica desejos através de ruídos vocais ou apontando			X
	Emite vocalizações			X
	Canta canções do seu repertório			X
	Vocaliza ou entoia canções, ajustando-se à pulsação da música			X
	Apresenta esteriotipias vocais	X		
4- Expressão Corporal	Revela coordenação motora			X
	Apresenta esteriotipias motoras	X		
5- Expressão Rítmica	Inicia o ritmo			X
	Toca instrumentos de acordo com o andamento			X
	Acompanha mudanças de andamento			X
6- Imitação	Repete frases rítmicas			X
	Repete frases ou células melódicas			X
7- Criatividade	Apresenta sugestões musicais			X

R- Revela/ RP- Revela Parcialmente/ NR- Não Revela

ANEXO D2

Grelhas de Observação do Comportamento

Nome do Utente: P.F. (7ª sessão)

Data: 18/02/2013

Objetivo Geral	Atividades/Tarefas	Avaliação		
		R	R P	N R
1- Socialização	Interage com a terapeuta nas atividades			X
	Interage com a terapeuta pelo menos num curto período de tempo		X	
	Responde		X	
2- Ajustamento Social	Tem consciência do envolvimento		X	
	Corresponde		X	
	Tem uma expressão fixa		X	
3- Comunicação Verbal	Acena a cabeça ou sorri para expressar alegria	X		
	Indica desejos através de ruídos vocais ou apontando		X	
	Emite vocalizações			X
	Canta canções do seu repertório			X
	Vocaliza ou entoa canções, ajustando-se à pulsação da música			X
	Apresenta estereotipias vocais		X	
4- Expressão Corporal	Revela coordenação motora			X
	Apresenta estereotipias motoras		X	
5- Expressão Rítmica	Inicia o ritmo			X
	Toca instrumentos de acordo com o andamento			X
	Acompanha mudanças de andamento			X
6- Imitação	Repete frases rítmicas		X	
	Repete frases ou células melódicas		X	
7- Criatividade	Apresenta sugestões musicais		X	

R- Revela/ RP- Revela Parcialmente/ NR- Não Revela

ANEXO D3

Grelhas de Observação do Comportamento

Nome do Utente: P.F. (15ª sessão)

Data: 04/06/2013

Objetivo Geral	Atividades/Tarefas	Avaliação		
		R	R P	N R
1- Socialização	Interage com a terapeuta nas atividades		X	
	Interage com a terapeuta pelo menos num curto período de tempo	X		
	Responde		X	
2- Ajustamento Social	Tem consciência do envolvimento	X		
	Corresponde	X		
	Tem uma expressão fixa		X	
3- Comunicação Verbal	Acena a cabeça ou sorri para expressar alegria	X		
	Indica desejos através de ruídos vocais ou apontando	X		
	Emite vocalizações	X		
	Canta canções do seu repertório		X	
	Vocaliza ou entoa canções, ajustando-se à pulsação da música		X	
	Apresenta estereotipias vocais			X
4- Expressão Corporal	Revela coordenação motora		X	
	Apresenta estereotipias motoras		X	
5- Expressão Rítmica	Inicia o ritmo			X
	Toca instrumentos de acordo com o andamento		X	
	Acompanha mudanças de andamento			X
6- Imitação	Repete frases rítmicas		X	
	Repete frases ou células melódicas		X	
7- Criatividade	Apresenta sugestões musicais	X		

R- Revela/ RP- Revela Parcialmente/ NR- Não Revela

ANEXO D4

Grelhas de Observação do Comportamento

Nome do Utente: R.M. (2ª sessão)

Data: 15/01/2013

Objetivo Geral	Atividades/Tarefas	Avaliação		
		R	R P	N R
1- Socialização	Interage com a terapeuta nas atividades			X
	Interage com a terapeuta pelo menos num curto período de tempo			X
	Responde		X	
2- Ajustamento Social	Tem consciência do envolvimento			X
	Corresponde			X
	Tem uma expressão fixa		X	
3- Comunicação Verbal	Acena a cabeça ou sorri para expressar alegria			X
	Indica desejos através de ruídos vocais ou apontando			X
	Emite vocalizações			X
	Canta canções do seu repertório			X
	Vocaliza ou entoia canções, ajustando-se à pulsação da música			X
	Apresenta estereotipias vocais			X
4- Expressão Corporal	Revela coordenação motora			X
	Apresenta estereotipias motoras			X
5- Expressão Rítmica	Inicia o ritmo			X
	Toca instrumentos de acordo com o andamento			X
	Acompanha mudanças de andamento			X
6- Imitação	Repete frases rítmicas			X
	Repete frases ou células melódicas			X
7- Criatividade	Apresenta sugestões musicais			X

R- Revela/ RP- Revela Parcialmente/ NR- Não Revela

ANEXO D5

Grelhas de Observação do Comportamento

Nome do Utente: R.M. (7ª sessão)

Data: 19/03/2013

Objetivo Geral	Atividades/Tarefas	Avaliação		
		R	R P	N R
3- Socialização	Interage com a terapeuta nas atividades	X		
	Interage com a terapeuta pelo menos num curto período de tempo	X		
	Responde	X		
4- Ajustamento Social	Tem consciência do envolvimento	X		
	Corresponde	X		
	Tem uma expressão fixa		X	
5- Comunicação Verbal	Acena a cabeça ou sorri para expressar alegria	X		
	Indica desejos através de ruídos vocais ou apontando	X		
	Emite vocalizações	X		
	Canta canções do seu repertório	X		
	Vocaliza ou entoa canções, ajustando-se à pulsação da música	X		
	Apresenta estereotipias vocais			X
6- Expressão Corporal	Revela coordenação motora	X		
	Apresenta estereotipias motoras			X
7- Expressão Rítmica	Inicia o ritmo		X	
	Toca instrumentos de acordo com o andamento			X
	Acompanha mudanças de andamento		X	
8- Imitação	Repete frases rítmicas	X		
	Repete frases ou células melódicas	X		
9- Criatividade	Apresenta sugestões musicais	X		

R- Revela/ RP- Revela Parcialmente/ NR- Não Revela

ANEXO G

Canção «A honça e o filhotinho» - R.M.

O filhotinho da honça já nasceu

Agora a honça tem que cuidar

Do seu filhotinho

Do seu filhotinho

Ele é muito pequenino

E não sabe comer

A sua mamãe vai cuidar dele

Vai cuidar dele

A honça está no mato

Ele tem medo

Mas mamãe vai cuidar

Vai cuidar dele.

Vai cuidar dele.

ANEXO H

Canção «Adeus» - R.M. e A.M.

Está na hora de ir embora
E de ir embora
E de ir embora lá pra baixo

Cá cantamos, já tocamos
Está na hora de ir embora
E de ir embora
De ir embora
Lá pra baixo.

Prá semana há mais
E Há mais

Está na hora de ir embora
E de ir embora.

Descrição das Sessões

Avaliação Clínica

Nome Paciente: R.M.
Data: 15.01.2013 (2ª sessão)
Observação rápida do paciente: A R.M. estava na sua sala, acompanhada pelas técnicas e pelos seus colegas. A utente estava triste, calma e muito pouco à vontade. Apresentava um olhar desconfiado.
Temas/Atividades: Levar a R.M. para a sessão.
Sumário: Conversa com a R.M. na sua sala.
Processamento: A R.M. não queria conversar com a estagiária. Olhava com um ar bastante desconfiado. A estagiária ficou com ela, junto dela, na mesa de trabalho onde estavam todos os pacientes a fazer trabalhos manuais, mas a R.M. não estava a fazer nada, tinha um puzzle à sua frente em cima da mesa, tinha as mãos sobre as suas pernas e muito tímida, com um olhar bastante tímido dizia. - «Não quero conversar com você. Não quero não» A estagiária perguntou-lhe se gostava de música. Ela respondeu que não. A estagiária ficou ainda durante algum tempo na sala. Mais tarde, esta foi buscar um tambor e um par de maracas. Aproximou-se da R.M. com os instrumentos e colocou-os em cima da mesa, junto a ela. Ela olhou para a estagiária e não mudou a sua atitude. Quando a estagiária lhe disse que podia tocar, mexer nos instrumentos, ela bateu-lhe na mão. Os instrumentos continuaram em cima da mesa durante mais algum tempo. A estagiária referiu que voltava no dia seguinte.

Avaliação Clínica

Nome Paciente: R.M.
Data: 04.02.2013 (5ª sessão)
Observação rápida do paciente: A R.M. estava na sua sala, acompanhada pelas técnicas e pelos seus colegas. Estava calma e muito pouco à vontade, envergonhada. Passou a ir para as sessões de musicoterapia acompanhada pela sua colega A.M., nas sessões estava calma e mais à vontade.
Temas/Atividades: Levar a R.M. para a sessão. Estabelecer uma relação. Seleção de reportório.
Sumário: Reprodução de canções.
Processamento: A R.M. estava na sua sala, no mesmo lugar, com os colegas e com as técnicas. Quando a estagiária entrou na sala, ela colocou a cabeça «entre os ombros», «encolheu os ombros» sentada na sua cadeira e mesmo sem qualquer pergunta, ela disse: - «Não vou embora, não» A A.M., outra utente que estava na mesa de trabalho, perguntou se era o dia da musicoterapia. A estagiária confirmou. A A.M. levantou-se e convidou a R.M. para irem para a musicoterapia. A R.M. levantou-se, aproximou-se da estagiária, colocou a mão na boca e disse: - «Ela é minha amiga, não é?» A estagiária confirmou e solicitou à R.M. para ajudar a A.M. no percurso, para darem as mãos e assim foi. A R.M. deu a mão à A.M. e ajudou-a no percurso até ao elevador e depois até á sala de música. Na sala, depois de cada uma se sentar. A estagiária apresentou-lhes os instrumentos disponíveis e colocou as maracas (instrumento solicitado pela A.M.) nas suas mãos, uma vez que ela tem problemas visuais. Ela ficou com as maracas e começou a tocar e cantar a canção «Alecrim». A terapeuta acompanhou no acordeão. Quando terminou esta canção, começou imediatamente outra «Já passei a roupa a ferro». A R.M. ouviu, sorriu e não participou. Mesmo a ouvir o nome dela nas canções, ficou sempre a observar, embora com outra expressão facial e corporal que não tinha anteriormente. Balançava o corpo, sorria, estava mais à vontade, mas não o suficiente para participar. Esta situação manteve-se durante algumas sessões.

Avaliação Clínica

Nome Paciente: R.M.
Data: 23.04.2013 (9ª sessão)
Observação rápida do paciente: A R.M. estava na sua sala, acompanhada pelas técnicas e pelos seus colegas. A A.M. não estava presente na sala. A R.M. reagiu muito bem ao convite da estagiária para ir para a sessão de musicoterapia. Levantou-se muito bem disposta (com um grande sorriso) e aproximou-se de outra colega da sala para se despedir com um beijinho. E foi para a sessão de livre vontade e bastante bem disposta.
Temas/Atividades: Levar a R.M. para uma sessão individual de musicoterapia.
Sumário: Reprodução de canções.
Processamento: A R.M. passou a estar mais recetiva à presença da estagiária e reagiu muito bem ao facto de vir para a sessão sem a A.M. Ao sair da sala despediu-se da amiga e colega da sala: - «Tchau, beijinho, beijinho. Vamos para a música. Tchau, beijinho. Ela é minha amiga.» Ao chegar à sala, a R.M. sentou-se na sua cadeira, como de costume e ficou à espera. Recusou-se escolher qualquer instrumento musical, utilizou a sua própria expressão corporal para comunicar, batendo palmas, batendo os pés e cantando/recitando canções e histórias como começou a fazer nas sessões anteriores na presença da A.M.. Cantou numa das canções em que a terapeuta tocava no acordeão, o beijinho que deu à Diana e que a Luzia (a sua mãe) não quer que ela dê beijinho à Diana. Depois ainda cantou/recitou numa improvisação rítmica a história da onça que quer fazer mal à filha, mas a mãe protege a filha. Repete esta pequena história várias vezes, não avançando nem explicando onde é que a mesma se enquadra na sua vida (a professora, técnica e terapeutas que acompanham a R.M. conversaram com a sua mãe e são da opinião de que a R.M. relata através da música vivências passadas no Brasil e também a proteção que esta sente por parte da mãe). No final da sessão pediu papel e lápis e desenhou um sol.

Avaliação Clínica

Nome Paciente: P.F.
Data: 07.01.2013 (3ª sessão)
Observação rápida do paciente: O P.F. está na sua sala com os colegas, o professor e a técnica. O P.F. trabalha no computador, nos livros e nas atividades em horário de rotina.
Temas/Atividades: Estabelecer uma relação entre terapeuta e paciente
Sumário: Improvisação livre
Processamento: O P.F. estava na sua sala. À chegada da estagiária ele foi para a sessão sem saber ao que ía, mas não se mostrou incomodado. O professor levou-o e sentou-o na cadeira. Na canção de boas vindas, o P.F. mostrou-se bastante satisfeito por cantarmos o seu nome, foi sempre interagindo muito bem, respondeu sempre às pausas na própria canção, que eram feitas propositadamente para ele responder. A sessão acabou por ficar na canção de boas vindas, uma vez que o utente reagiu muito bem. Nesta primeira sessão parecia que a relação entre terapeuta e paciente já existia há muito tempo. No jogo de pergunta-resposta musical da canção de boas vindas, houve comunicação musical e bastante interação quer musical, quer na construção da própria relação.

Avaliação Clínica

Nome Paciente: P.F.
Data: 20.03.2013 (8ª sessão)
Observação rápida do paciente: O P.F. estava na sua sala com os colegas, o professor e a técnica. Quando a estagiária entra na sala para o ir buscar para a sessão, o P.F. cumprimenta-a cantando a canção do bom dia.
Temas/Atividades: Reprodução de canções no acordeão (estagiária), cavaquinho e guitarra. Atividades para controlar a ansiedade.
Sumário: Improvisação livre e reprodução de canções.
Processamento: O P.F. estava na sua sala. Quando a estagiária entra na sua sala para o levar para a sessão de musicoterapia, ele cumprimenta-a cantando a canção do bom dia. Na sessão, pede o cavaquinho. Iniciamos com a canção do bom dia, ele interage e vai levando o cavaquinho à boca. Depois pede para a estagiária arrumar o cavaquinho e pede a guitarra, acontece a mesma coisa, interage na música, vai passando os dedos pelas cordas da guitarra, leva-a à boca e pede para arrumar e trocar pelo cavaquinho. Depois pede para a terapeuta tocar a canção «A Quinta do tio Manel». Acontece o mesmo, pede o cavaquinho, passa-lhe os dedos nas cordas, interage um pouco na canção, leva-o à boca e pede para trocar pela guitarra. Quando a terapeuta continua a tocar e a propor a resposta musical ao paciente, este descompensa e fica completamente transtornado. Começa a saltar e a gritar na cadeira. A terapeuta faz-lhe então a vontade, troca o instrumento e arruma o outro. O P.F. acalmou, cantou-se e tocou-se a canção «A Quinta do Tio Manel» e termina a sessão.

Avaliação Clínica

Nome Paciente: P.F.
Data: 06.05.2013 (12ª sessão)
Observação rápida do paciente: O P.F. está na sua sala com os colegas, o professor e a técnica. Quando a estagiária entrou na sala para levar o P.F. para a sessão de musicoterapia, ele diz: «Olha a Célia, da música. Vamos para a música.» Se não sair imediatamente com ele, descompensa e começa a saltar na cadeira de rodas, grita e morde-se.
Temas/Atividades: Reprodução de canções no acordeão (terapeuta), cavaquinho e guitarra. Controlar a ansiedade no paciente.
Sumário: Reprodução de canções.
Processamento: O P.F. estava na sua sala. Quando a estagiária entrou na sala para levar o P.F. para a sessão de musicoterapia, ele diz: «Olha a Célia, da música. Vamos para a música.» Na sessão o P.F. pede o cavaquinho e iniciamos com a canção do bom dia. Quando terminamos a canção do bom dia, ele pede para arrumar o cavaquinho e pede a guitarra. A terapeuta, canta na própria canção que lhe vai dar a guitarra e que vai arrumar o cavaquinho, ele continua a passar os dedos no cavaquinho, leva-o à boca e marca a pulsação da canção, batendo com o cavaquinho na sua própria cabeça, um ritmo regular. Depois pede a canção «Papagaio louro». Tocamos e cantamos o papagaio louro, ele pede para arrumar o cavaquinho, a estagiária continua a cantar a canção, embora com a letra improvisada, canta que vai arrumar o cavaquinho do P. passados alguns minutos, o P.F. fica quieto, com o cavaquinho sobre as suas pernas, fica como se estivesse a pensar em alguma coisa... a estagiária continua a tocar, passando de uma intensidade mf para p, continua a canção do papagaio louro. De repente, o P.F. volta outra vez a solicitar que a estagiária arrume o cavaquinho. Esta arrum o cavaquinho e ele pede a guitarra. Depois pede para esta tocar a «Quinta do Tio Manel», durante a canção, passa os dedos pelas cordas durante muito pouco tempo, leva-a à boca. A estagiária continuou a cantar, deixou de tocar no acordeão e começou a bater no corpo da guitarra para marcar o ritmo da música. Ele ainda bateu algumas vezes no corpo da guitarra com a sua mão em interação com a estagiária, mas rapidamente abandonou este registo. Cantamos a canção do adeus e terminou a sessão.

