



Universidades Lusíada

Bolito, Joana Oliveira, 1988-

Intervenção musicoterapêutica com adultos portadores de deficiência intelectual

<http://hdl.handle.net/11067/2276>

Metadados

Data de Publicação	2015
Resumo	O trabalho consiste num relatório de estágio onde será abordada a temática da intervenção musicoterapêutica aplicada a adultos portadores da deficiência intelectual, inseridos num centro de atividades ocupacionais. No corpo textual são descritas características típicas da deficiência intelectual e suas implicações em diversas vertentes, tais como a sexualidade, a psique, o potencial de autonomia, e a capacidade de interação/socialização em ambientes familiares e não-familiares. Posteriormente abor...
Palavras Chave	Musicoterapia - Portugal - Lisboa, Pessoas com deficiência mental - Portugal - Lisboa, Cerci (Lisboa, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-28T21:54:06Z 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

**Intervenção musicoterapêutica com adultos
portadores de deficiência intelectual**

Realizado por:

Joana Oliveira Bolito

Supervisionado por:

Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer

Orientado por:

Dr.^a Mónica de Jesus Santos

Constituição do Júri:

Presidente:

Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Orientadora:

Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer

Arguente:

Prof.^a Doutora Maria Eduarda Salgado Carvalho

Vogal:

Prof. Doutor Ricardo Nuno Futre Pinheiro

Relatório aprovado em: 16 de Junho de 2015

Lisboa

2014



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

Intervenção musicoterapêutica com adultos portadores de deficiência intelectual

Joana Oliveira Bolito

Lisboa

Julho 2014



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

Intervenção musicoterapêutica com adultos portadores de deficiência intelectual

Joana Oliveira Bolito

Lisboa

Julho 2014

Joana Oliveira Bolito

Intervenção musicoterapêutica com adultos portadores de deficiência intelectual

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 Maurer

Orientadora de estágio: Dr.^a Mónica de Jesus Santos

Lisboa
Julho 2014

Ficha Técnica

Autora	Joana Oliveira Bolito
Supervisora de estágio	Prof. ^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer
Orientadora de estágio	Dr. ^a Mónica de Jesus Santos
Título	Intervenção musicoterapêutica com adultos portadores de deficiência intelectual
Local	Lisboa
Ano	2014

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

BOLITO, Joana Oliveira, 1988-

Intervenção musicoterapêutica com adultos portadores de deficiência intelectual / Joana Oliveira Bolito ; supervisionado por Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer ; orientado por Mónica de Jesus Santos. - Lisboa : [s.n.], 2014. - 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 - SANTOS, Mónica de Jesus, 1975-

LCSH

Musicoterapia - Portugal - Lisboa

Deficientes mentais - Portugal - Lisboa

Cerci (Lisboa, Portugal) - Ensino e Estudo (Estágio)

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

Teses - Portugal - Lisboa

Music therapy - Portugal - Lisbon

People with mental disabilities - Portugal - Lisbon

Cerci (Lisboa, Portugal) - Study and Teaching (Internship)

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

Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

ML3920.B65 2014

Agradecimentos

Gostaria de agradecer, primeiramente, à Doutora Mónica Santos, supervisora de estágio, pelo seu muito apoio, conhecimento, disponibilidade, e pela paciência com que sempre me acompanhou neste processo.

Agradeço igualmente à CERCIS Lisboa, CAO Espaço da Luz, pelo acolhimento do meu estágio e pelo apoio dado enquanto o mesmo decorria (seja esse apoio relativo aos espaços a ocupar e respetivas logísticas, seja ao acesso a informações pertinentes e transversais a outras atividades mais relativas aos clientes participantes nas sessões).

Agradeço à Doutora Teresa Leite, pela sua orientação de estágio e pela transmissão de conhecimentos de modo entusiasmante e esclarecedor.

Gostaria, ainda, de agradecer à Universidade Lusíada de Lisboa por proporcionar o acesso a um Mestrado em Musicoterapia.

Por fim, quero agradecer às minhas colegas de mestrado, que se encontram igualmente em estágios de mestrado, pela sua partilha de desejos, medos, desafios, conhecimentos e pequenas vitórias.

Resumo

O trabalho consiste num relatório de estágio onde será abordada a temática da intervenção musicoterapêutica aplicada a adultos portadores da deficiência intelectual, inseridos num centro de atividades ocupacionais. No corpo textual são descritas características típicas da deficiência intelectual e suas implicações em diversas vertentes, tais como a sexualidade, a psique, o potencial de autonomia, e a capacidade de interação/socialização em ambientes familiares e não-familiares. Posteriormente abordaram-se técnicas musicoterapêuticas indicadas para aplicar a esta população: estratégias de coping, improvisação, escuta ativa de canções, e modificação de canções pré-existentes. Procurou-se, com este relatório, compreender a importância de resguardar um espaço musicoterapêutico individual, em oposição ao setting grupal habitual nas restantes atividades. Segue-se a descrição de dois estudos de caso de duas mulheres portuguesas com cerca de 40 anos, onde é possível verificar os efeitos da musicoterapia e a evolução/caminho que cada uma tomou.

Palavras-chave: Deficiência intelectual, Musicoterapia na deficiência, Musicoterapia com adultos.

Abstract

This is an internship report (with literature review and two study cases) that is focused in the application of music therapy to adults with intellectual disabilities, while being in institution. Throughout this review, the typical characteristics of intellectual disability and their implications in other areas of life (like sexuality, psyche, potential for autonomy, and capacity for interaction/socialization in familiar or non-familiar contexts) are described. Afterwards, were mentioned the music therapeutic techniques indicated to this population: Improvisation, coping strategies, modification of pre-existent music and an active music listening. This report pretends to understand the relevance of using an individual music therapy setting in institutions that usually have group activities. At last, two study cases with Portuguese woman in the age of 40's are described.

Key-words: Intellectual disability, Music therapy and disability, Music therapy with adults.

Índice

Introdução	1
Descrição da Instituição	2
A CERCI	2
O Espaço da Luz.....	4
Descrição da População	6
Enquadramento Teórico	7
Deficiência Intelectual e Suas Implicações	7
Aplicação da Musicoterapia	9
Objetivos Gerais da Intervenção	14
Metodologia	15
Amostra	15
Procedimentos	16
Agenda Semanal.....	17
Recursos Materiais	18
Instrumentos de Avaliação	18
Observação.....	18
Técnicas musicoterapêuticas	19
Outras atividades e intervenções	20
Estudos de Caso	22
Estudo de Caso 1: Carolina	22
Estudo de Caso 2: Amanda.....	28
Discussão	37
Conclusão.....	42
Reflexão	46
Referências Bibliográficas	47
Apêndices.....	49

Índice de Tabelas

Tabela 1: Horário de sessões musicoterapêuticas	17
---	----

Índice de apêndices

Apêndice 1: Planos Terapêuticos Individuais	50
Apêndice 2: Plano Terapêutico Individual.....	57
Apêndice 3: Plano Terapêutico Individual.....	58
Apêndice 4: Exemplos de Grelhas de Observação	59
Apêndice 5: Registos de Sessão.....	68
Apêndice 6: História Anamnésica da Carolina	79
Apêndice 7: História Anamnésica da Amanda	80

Índice de Anexos

Anexo 1: Consentimento Informado.....	81
---------------------------------------	----

Introdução

O presente relatório de estágio visa apresentar a intervenção de estágio inserida no segundo ano de Mestrado em Musicoterapia na Universidade Lusíada de Lisboa, decorrida no Centro de Atividades Ocupacionais “Espaço da Luz” da CERIC Lisboa.

Esta intervenção foi supervisionada, no local de estágio, pela Psicóloga Doutora Mónica Santos, e orientada pela Professora Doutora Teresa Leite.

O Espaço da Luz é caracterizado pela promoção da qualidade de vida da população a que se dedica: a deficiência intelectual e a doença mental (duplo diagnóstico).

As linhas que guiaram esta intervenção radicam num trabalho recorrente ao insight e à exploração num setting de formato individual, de modo a que os clientes¹ pudessem usufruir de um espaço com enfoque no seu “eu” (tendo em vista uma compreensão e expressão de suas emoções, sentimentos e pensamentos).

A intervenção musicoterapêutica, decorreu em forma de sessões semanais, recorrendo a técnicas de escuta ativa de canções, improvisação, coping e composição/modificação de canções (estas atividades foram geridas de acordo com as metas estabelecidas para cada cliente. Uma vez que os clientes se podem dividir em dois grupos diferentes, de acordo com as problemáticas e características apresentadas, observaram-se igualmente pontos comuns na elaboração das suas metas).

A possibilidade de realizar o estágio curricular com a população referida, na CERIC Lisboa (CAO, Espaço da Luz), revestiu-se de máxima importância, tendo em conta o trabalho de equipa multidisciplinar e a preocupação com o bem-estar global dos clientes (dando igualmente resposta à minha vontade de aprofundar as problemáticas referentes a esta população, de modo devidamente inclusivo).

¹ Esta é a nomenclatura utilizada pela organização onde foi realizado o estágio para se referir aos indivíduos que usufruem dos serviços prestados.

Descrição da Instituição

Para fundamentar a intervenção musicoterapêutica, foi necessário reunir algumas informações sobre a instituição na qual as mesmas vão ser realizadas. Seguem, portanto, os dados referentes à CERCI, Espaço da Luz.

A CERCI

A CERCI (Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos com Incapacidades) é uma organização que nasceu, no Verão de 1975, como um movimento espontâneo por parte de diversos cidadãos (principalmente técnicos e familiares de pessoas com incapacidades). O mote para este movimento social foi, e é, a melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência intelectual, funcionando sob os pilares dos princípios da igualdade e da solidariedade.

A sua missão consiste numa contribuição para a melhoria de qualidade de vida para pessoas com deficiência intelectual, através de dois modos: a prevenção, sensibilização, promoção de competências e capacidades, e desenvolvimento de atividades; bem como orientando a comunidade para uma atitude mais otimista, motivada e sem discriminação.

Assim sendo, os valores representativos desta organização são o otimismo (encarar objetivos positivamente), a dedicação (com interesse e empenho), a ética (ação baseada em princípios éticos), a flexibilidade (adaptação de atitudes conforme as situações), determinação (atitude persistente na perseguição de objetivos), ousadia (procura de formas inovadoras do agir), e democracia (proteção dos direitos humanos fundamentais).

A primeira CERCI, surgiu em Lisboa, sendo que esta iniciativa se expandiu um pouco por todo o país, existindo atualmente, a nível nacional, de norte a sul.

A CERCI Lisboa iniciou com a construção do Centro Educacional dos Olivais, tendo posteriormente sido criadas novas valências, de forma a responder às problemáticas que este tipo de população vai apresentando ao longo da sua vida:

— IPI (Intervenção Precoce na Infância), dedicada às crianças (e suas famílias), dos 0 aos 6 anos de idade;

— CRI (Centro de Recursos para a Inclusão), participando com intervenção especializada ao nível da escola inclusiva, em parceria com diferentes agrupamentos escolares;

— CAO (Centro de Atividades Ocupacionais), para jovens adultos a partir dos 16 anos de idade em Marvila (Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa/Chelas), Santa Maria dos Olivais (C.A.O. dos Olivais) e em Carnide (C.A.O "Espaço da Luz");

— CFP (Centro de Formação Profissional), através de cursos profissionais, com duração específica, para clientes e seu acompanhamento em estágios / inclusão no mercado de trabalho;

— L-R (Lar Residencial), enquanto resposta residencial, temporária ou definitiva, do cliente;

— CAAAPD (Centro de Atendimento, Acompanhamento e Animação para Pessoas com Deficiência), apoio técnico personalizado relativo aos serviços comunitários (jurídico; ajudas técnicas; encaminhamento institucional, de acordo com as necessidades; etc).

A FENACERCI, Federação Nacional de Cooperativas de Solidariedade Social, é a estrutura representativa das CERCIS de todo o país e promove a criação de condições de modo a defender os cidadãos com deficiência intelectual. São realizados anualmente diversos encontros, onde CERCIS de diferentes regiões se reúnem, e nos quais se assiste a um convívio e intercâmbio de vivências.

A CERCI Lisboa, a primeira do país e impulsionadora do surgimento de outras organizações congéneres, cedo obteve o reconhecimento como sendo uma instituição pertinente e idónea, obtendo assim o apoio de outras entidades. A campanha anual do “Pirilampo Mágico”, uma parceria entre a FENACERCI (Federação Nacional das CERCIS) e a RDP/Antena 1 (Rádio Difusão Portuguesa), veio trazer uma grande visibilidade à instituição e às problemáticas associadas aos seus clientes, tendo havido sempre a preocupação de divulgar, em cada campanha ou ação pública, algumas das questões e sugestões recorrentes e relevantes para as pessoas portadoras de deficiência intelectual. A organização tem vindo a apresentar, igualmente, a preocupação em revelar a forma como o trabalho solidário dos cidadãos conseguiu criar esta estrutura de apoio, bem como dar a conhecer as atividades/projetos desenvolvidos, ao longo do tempo.

Nas suas diferentes respostas sociais, a CERCI Lisboa denota uma preocupação com o bem-estar global dos seus clientes: o apoio físico de estruturas, o apoio técnico especializado para lidar com situações possivelmente complexas, a promoção e manutenção de aprendizagens e competências, o ingresso no mundo do trabalho, e o acesso à vertente cultural e artística.

O Espaço da Luz

O Espaço da Luz situa-se no Largo da Luz, freguesia de Carnide, em Lisboa. Trata-se de um edifício térreo relativamente pequeno, com um jardim. O espaço físico é constituído por uma receção (para auxiliar administrativa), um gabinete de psicologia (para a Psicóloga Dra. Mónica Santos), uma sala de artes plásticas (de expressão plástica e para a realização de reuniões), uma casa de banho (técnicos), dois balneários com duche, duas casas de banho (clientes), uma sala de informática (professor de informática e clientes), uma sala polivalente (para convívio e atividades como as estritamente ocupacionais (A.E.O.), de desenvolvimento pessoal e social e a expressão dramática), um gabinete da Diretora Técnica (Doutora Cristina Rodrigues), uma cozinha (preparação de almoço e lanche, sendo a confeção das refeições da responsabilidade da empresa Eurest), um refeitório (espaço de lazer ou para as reuniões de dinâmica de grupo, de manhã e ao final do dia), e um jardim (jardinagem e lazer).

Outros recursos e espaços externos ao edifício descrito são igualmente utilizados, de modo a que os clientes possam experienciar outras atividades. Assim sendo, e através da disponibilização da carrinha da CERCI, os clientes têm acesso a uma piscina (Piscina Municipal do Rego) e a um ginásio (no CTVAA de Chelas, da CERCI Lisboa). Neste âmbito, existe uma técnica de reabilitação e psicomotricidade, orientando as atividades físicas e potenciando ou mantendo o desenvolvimento psicomotor. Alguns dos clientes têm sessões de música, também no CTVAA, com um professor de música responsável pela banda “Lê Chapô” constituída, neste momento, apenas por quatro clientes do Espaço da Luz. Existem ainda três monitores de atividades ocupacionais, e diversos voluntários nas diferentes áreas.

Os técnicos acima referidos asseguram o funcionamento de atividades, diárias ou semanais, que visam o desenvolvimento de:

— Atividades Estritamente Ocupacionais, onde se elaboram artigos para exposição e/ou venda futura, visando o desenvolvimento funcional do cliente;

— Atividades Socialmente Úteis (ao abrigo da portaria 432/2006, de 3 de maio), onde o foco é a realização, por parte dos clientes, de tarefas e de desenvolvimento de capacidades ligadas à área do trabalho, na comunidade ou no Espaço da Luz, procurando uma maior valorização pessoal;

— Atividades de Desenvolvimento Pessoal e Social, com a finalidade de desenvolver competências cognitivas, sociais e pessoais;

— Atividades Lúdico-Terapêuticas (tais como a Atividade Motora, a Expressão Dramática, a Informática, as Artes Plásticas, as Atividades em Meio Aquático) para uma

manutenção de capacidades, a diferentes níveis funcionais, de acordo com o plano de intervenção individual de cada cliente;

— Atividades Socioculturais, promovendo, assim, a inclusão social através de saídas culturais, recreativas e desportivas, na comunidade.

Estas atividades são proporcionadas aos clientes que frequentam o centro todos os dias das 9 horas às 17 horas, de modo a que os mesmos se possam desenvolver de diferentes maneiras.

Para que tal aconteça, é necessária a intervenção dos vários elementos que compõem a equipa multidisciplinar do centro Espaço da Luz: a tempo inteiro, a equipa conta com a Diretora Técnica/Assistente Social, a Psicóloga, três Monitores de Atividades Ocupacionais, uma auxiliar administrativa; a tempo parcial, as atividades lúdico-terapêuticas contam com os restantes técnicos de intervenção específica (um Terapeuta Ocupacional, responsável pela Expressão Dramática; uma Técnica de Reabilitação e Psicomotricidade, responsável pelas atividades motoras e em meio-aquático; um professor de Informática; uma professora de Artes Plásticas; uma Fisioterapeuta; um professor de Música (Grupo "LêChapô") e uma Professora de Dança/Projeto "Bombarte").

Descrição da População

O centro "Espaço da Luz" conta com um total de 30 clientes adultos, entre os 20 e os 45 anos (podendo ser admitidos com idade igual ou superior a 18 anos).

A população atendida caracteriza-se por apresentar um diagnóstico de deficiência intelectual com limitações ao nível da participação social e por afetações ao nível da saúde mental (duplo diagnóstico) – estas afetações assumem diferentes proporções (perturbação da ansiedade, traços do espectro autista, sentimentos persecutórios), originando um grupo bastante heterogéneo.

Para serem admitidos no Espaço da luz, os candidatos precisam de ter um quadro de limitação ao nível da atividade e participação social, bem como a necessidade de um enquadramento ocupacional e local geográfico da residência. Qualquer candidato é, então, submetido aos critérios de admissão explícitos no regulamento interno. O novo cliente passa, inicialmente, por uma fase de acolhimento e integração (após devida análise do pedido de admissão, de uma avaliação psicológica e da realização de uma ficha anamnésica). Posteriormente é realizado um plano de intervenção individual, tendo em conta as potenciais capacidades, dificuldades e expectativas do cliente e respetivos familiares. Com este plano pretende-se delinear objetivos gerais e específicos que estejam de acordo com as características do cliente. O plano é sujeito a uma monitorização e avaliação contínuas, podendo o mesmo ser alterado conforme as respostas então presentes.

A maior parte dos clientes terá frequentado a escola até ao 4º ou 9º ano, tendo posteriormente realizado, com ou sem aproveitamento, um curso de Formação Profissional, embora sem sucesso ao nível da integração do mercado de trabalho.

Enquadramento Teórico

Deficiência Intelectual e Suas Implicações

Na história da deficiência intelectual encontram-se diversas definições e abordagens, tendo-se assistido a uma mudança na forma como a sociedade aceita e compreende esta população. Inicialmente existia uma atitude social ambivalente de rejeição e segregação relativamente a assuntos como a seleção e nascimento, esterilização e eutanásia e, institucionalização e prisão. Existe, ainda, alguma resistência na aceitação e compreensão da diferença (Morato, 1998).

As entidades nosológicas distinguem três períodos históricos fulcrais.

No primeiro período, decorrido no século XIX, assiste-se a um crescimento da visão humanista para com a pessoa portadora da deficiência, podendo este progresso se dividir igualmente, em três fases:

- a primeiro, onde é utilizada a classificação de retardado, deficiente mental e estado de estupor (Morato, 1998);

- a segundo, que já define a deficiência em diferentes tipos (retardo/atraso, idiotice e imbecilidade) (Ajuriaguerra & Marcelli, 1991);

- a terceiro, com o surgimento de uma preocupação de carácter educacional e terapêutico, e aceitando que na lentidão (estado mais ligeiro da deficiência) existe possibilidade de reabilitação (educando inteligência e estimulando precocemente a atividade sensorial).

No segundo período, no final do século XIX e início do século XX, existe uma preocupação em definir e classificar a deficiência mental para aplicação académica. Assim, é induzida a psicométrica de modo a identificar estudantes com dificuldades para formação de classes especiais (Morato, 1998).

O terceiro período prolonga-se do século XX até a atualidade e é caracterizado pelos avanços científicos e pelo reforço do movimento humanista, bem como pelos movimentos associativos de pais e crianças portadoras da deficiência (Ajuriaguerra & Marcelli, 1991).

Assim sendo, prevalecem diversas formas de definir a deficiência mental, podendo esta ser definida através da medição da inteligência ou tendo como base o comportamento (Morato, 1998). Esta última hipótese pretendia que um acompanhamento médico e educativo podia potenciar o desenvolvimento das capacidades de pessoas portadoras da deficiência intelectual. Posteriormente, surge Piaget que defende um estudo do raciocínio e da estrutura

lógica, realçando a afetividade como sendo essencial para a cognição e a influência mútua que ambas possuem. Autores mais recentes mostraram uma preocupação com uma definição mais global da pessoa com deficiência intelectual, abordando-se, então, o meio sociocultural, afetivo e educativo.

A deficiência pode ainda ser encarada como a presença de uma funcionalidade intelectual abaixo da média, déficit no comportamento adaptativo, e manifestação destas dificuldades em período de desenvolvimento (Amiralian, 1986).

Relativamente à definição quantitativa da deficiência, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998) diferencia os cinco graus de Deficiência Intelectual em profunda (com um Q.I. inferior a 25), severa (com um Q.I. entre 26 e 40), moderada (com um Q.I. entre 41 e 55), leve (com um Q.I. entre 56 e 70), e limítrofe (com um Q.I. entre 71 e 85).

A deficiência intelectual profunda, caracteriza-se por um atraso grave de todas as aquisições, falta de autonomia no quotidiano (higiene pessoal, alimentação), linguagem muito deficitária ou inexistente, podendo ainda existir distúrbios neurológicos associados ou crises epiléticas.

A deficiência mental severa e moderada caracteriza-se por um atraso psicomotor, autonomia frágil, linguagem funcional, e um desempenho escolar muito limitado.

Na deficiência mental ligeira ou limítrofe (grau de deficiência encontrado no Espaço da Luz), é frequente o relato de insucesso escolar em setting educativo regular (sendo a escolaridade um fator importante para esta população). Geralmente, assiste-se a um desenvolvimento psicomotor normal, e a linguagem desenvolve-se com as aquisições normais e algumas raras anomalias somáticas. Neste grupo de pessoas, é comum a dificuldade em se enquadrarem, sendo muito relevante o apoio socioeconómico, cultural, pessoal e afetivo.

É possível encontrar perturbações relacionais como o isolamento e afastamento afetivo, bem como as estereotípias na deficiência mental profunda e severa. Já a instabilidade emocional, a reação negativa à frustração, os distúrbios de comportamento (normalmente associados à sexualidade), a inibição e passividade, são comuns nas deficiências mentais moderadas e ligeiras. Quanto à deficiência mental leve ou limítrofe, a linguagem apresenta um nível inferior à linguagem não-verbal, e o desenvolvimento psicomotor apresenta frequentes distúrbios do esquema corporal (Ajuriaguerra & Marcelli, 1991).

A etiologia da deficiência pode advir de uma lesão pré-natal, perinatal (prematividade), ou pós natal (causada por meningite, trauma crânico-encefálico, etc.) (Sousa, 2007). Alguns dos fatores de risco podem ser infeções ou intoxicações, trauma ou agente

físico, metabolismo ou nutrição, mal formação congénita, influência pré-natal, anomalias cromossómicas, distúrbios da gestação e influências ambientais.

A substituição do termo mental por intelectual prende-se com um conceito mais objetivo que abrange fatores como a interação pessoal – ambiente, diversidade contextual e validade ecológica (Morato, 1998).

Aplicação da Musicoterapia

“Music therapy is the professional use of music and its elements as an intervention in medical, educational, and everyday environments with individuals, groups, families, or communities who seek to optimize their quality of life and improve their physical, social, communicative, emotional, intellectual, and spiritual health and wellbeing. Research, practice, education, and clinical training in music therapy are based on professional standards according to cultural, social, and political contexts” (sic) (WFMT, 2011).

Na musicoterapia não importa se o som é belo ou inestético, afinado ou desafinado ou qualquer outro juízo de valor que deverá permanecer fora da sessão. Independentemente destas características, a sua produção sonora é parte da sua identidade e material a ser trabalhado na intervenção, num contexto não-verbal (Wigram, 2004). Assim, é passível de ser aplicada a todo e qualquer indivíduo, independentemente de suas capacidades e dificuldades.

A musicoterapia tem vindo a ser considerada por diversos autores como sendo benéfica a nível mental, emocional e social, mesmo em clientes com um défice cognitivo profundo (Bunt & Hoskyns, 2002); (Oldfield & Adams, 1990). A vantagem do uso da música como ferramenta deve-se ao facto de a mesma abrir canais de comunicação e possibilitar a expressão, pois qualquer pessoa (independentemente do comprometimento ou não comprometimento mental, físico e emocional) reage aos estímulos musicais (Uricoechea, 1993). Sousa (2007) reforça a pertinência da musicoterapia nesta população, devido a uma das principais problemáticas da população: a comunicação não-verbal.

O musicoterapeuta, perante as pessoas portadoras de deficiência intelectual, pode focar-se ou nas limitações cognitivas e/ou no estabelecimento de uma linguagem primária. Outro foco que se pode estabelecer é o relacionamento interpessoal, sendo que este trabalho será mais produtivo quando trabalhado em grupo (e idealmente, após uma intervenção terapêutica individual de modo a estabelecer uma relação terapêutica primeiro) (Benenzon, 1985). Benenzon (1985), refere-se ainda ao ISO (identidade sonoro-musical), conjunto de sons, fenómenos acústicos e movimentos internos que individualizam o ser humano.

Inicialmente, identifica-se este conceito de ISO de modo a contactar o outro (estabelece-se um padrão de imitação que pretende coincidir o tempo mental do cliente com o tempo sonoro-musical do terapeuta).

Peters (2000), descreve uma abordagem musicoterapêutica com enfoque nas capacidades, necessidades, forças e fraquezas, e personalidade do cliente (criança, adulto ou idoso). Sendo que cada cliente é diferente, a sua intervenção tem de ser personalizada. Na aplicação da musicoterapia ao cliente, a música pode surgir como veículo de libertação emocional e expressão, comunicação verbal e não-verbal, ocasionando possibilidades de socialização e interação.

Winnicott (1975) descreve o processo terapêutico como sendo um jogo, arte, livre criação, espontaneidade e relação. Define como objetivos da musicoterapia a aquisição de capacidade de Insight sobre si e o mundo em redor (Wigram, 2004), e a procura da revelação do self (através da resolução de conflitos inconscientes e, portanto de uma abordagem psicodinâmica).

Von Baranow (1999), descreve a musicoterapia como sendo uma ferramenta de estimulação sensorial e criativa através do som e do movimento, promovendo o desenvolvimento psicomotor, cognitivo, a expressão corporal e verbal, o contacto com o mundo externo, e um despertar da atenção para si e para o outro. Para conseguir esta noção do eu e do outro, o instrumento é uma opção, podendo funcionar como uma extensão do corpo. Esta noção do eu e do outro pode ser associada ao trabalho do autoconceito, que é geralmente ténue (Uricoechea, 1993); (Peters, 2000).

Nordoff e Robbins (1997) referem nos seus escritos a musicalidade e a criatividade musical inata a todas as pessoas, a “criança-música”, sendo que as propriedades inerentes aos elementos musicais (melodia, ritmo, harmonia, dinâmicas e timbre) são encarados como agentes de mudança, exponenciando uma resposta normal e natural na expressão pessoal e na comunicação. Neste conceito, parte-se do pressuposto que todas as pessoas, com ou sem limitações, têm a capacidade de se expressarem musicalmente de modo único, mostrando a sua identidade sonoro musical (ISO), encerrando um potencial criativo. (Benenson, 1985). Inicialmente, tentam atrair a atenção através da experimentação de instrumentos, ritmos e diferentes tipos de músicas.

Bruscia (1991) refere que o indivíduo com deficiência intelectual mantém todo este potencial criativo fechado em si, o que limita o desenvolvimento e expressão da sua personalidade e singularidade. Assim, o musicoterapeuta deve assumir como objetivo primordial a exposição do “músico-criança” do cliente.

Após esta fase de estabelecimento de empatia, devem-se estruturar as experiências musicais de modo a suportar e desenvolver as respostas do cliente, facilitando o aumento da consciência e da percepção, e desenvolvendo interações e capacidades adequadas (Nordoff & Robbins, 1997); (Peters, 2000). Segundo estes autores, também todas as pessoas têm potencial de resposta aos estímulos musicais do musicoterapeuta (Benenzon, 1985).

Moran (1998) defende a comunicação mais autêntica que englobe todas as linguagens verbais ou não-verbais, desde que genuínas. Assim sendo, na leitura de uma sessão, ter-se-ão em atenção o conjunto de expressões musicais e não musicais (sons interiores e exteriores, silêncio e movimento) que atuam como articuladores de emoções (Sousa, 2007).

Oldfield e Adams (1990) declaram que o déficit intelectual está diretamente relacionado com o déficit na comunicação devido a um desenvolvimento tardio da linguagem ou de uma incapacidade em criar um discurso. Assim, encara-se a musicoterapia como uma mais-valia nesta população, funcionando como linguagem não-verbal e criando pontes de abertura para a comunicação verbal.

Nas experiências musicoterapêuticas, o terapeuta pode utilizar técnicas como o espelhar, a improvisação, e os jogos para corresponder ao aqui e agora do cliente. A música surge então como identificação e símbolo da relação emergente entre cliente e terapeuta. Este veículo de comunicação e expressão permite o contacto e a interação de modo mais imediato, devido ao seu carácter lúdico e protetor (Rogers, 2000); (Peters, 2000).

É muito importante estabelecer objetivos realísticos e adaptar as técnicas às necessidades do cliente e ambiente que o rodeia. A compreensão de que as respostas do cliente poderão ser muito subtis e lentas, é importante para que o terapeuta saiba guiar/manter as sessões com fluidez, podendo introduzir pequenas variações nos exercícios habitualmente realizados. Considera-se positivo que as atividades realizadas nas sessões tenham uma progressão geral idêntica e rotineira, de modo a permitir a exploração confiante por parte do cliente (e principalmente, num setting grupal). O ambiente seguro da terapia providencia experiências que preparam o cliente para uma socialização adequada: pode-se assistir a um crescimento de tolerância relativamente ao contacto físico e visual, bem como a um aumento de cooperação e tentativas de imitação (Peters, 2000).

A existência de limitações, não só físicas como cognitivas, pode afetar o processo criativo, sendo aconselhadas atividades mais simples de forma a possibilitar uma maior liberdade de expressão e de sensação de controlo por parte do cliente (Bunt & Hoskyns, 2002).

É ainda referido na literatura o sentimento de solidão presente em jovens adultos com deficiência intelectual. Esta propensão para a solidão justifica-se com o comprometimento da quantidade e da qualidade da relação com o outro. Novamente, as dificuldades sentidas por esta população no processo de comunicação são um reflexo das suas capacidades de estabelecer e manter contato com o mundo exterior (nomeadamente, o contato visual) (Koscielak, 1996).

Relativamente às atividades musicais possíveis de serem aplicadas no contexto musicoterapêutico, existe a improvisação musical, a recriação musical, a composição musical e a escuta musical. Na improvisação, pretende-se iniciar um processo entre terapeuta e cliente em que ambos improvisem em conjunto. Esta improvisação não se rege pela estética musical, procurando obter resultados musicais com relevância interpessoal. Neste caso, a função do terapeuta consiste em ajudar o cliente (tocando, cantando ou escutando) de modo a estimulá-lo e às suas ideias musicais, podendo ainda fornecer ideias musicais para que o cliente as retrate na sua improvisação (Bruscia, 2000).

A improvisação serve como base de apoio para estimular os clientes a saírem da sua zona de conforto e a explorarem terreno desconhecido. Isto porque, neste contexto, o cliente desenvolve uma forte ligação com o terapeuta, o qual estará a apoiar estas viagens, podendo o primeiro abandonar as regras e estruturas pré-estabelecidas para se arriscar em novo território, sabendo que poderá voltar à sensação musical de segurança mantida pelo terapeuta. A improvisação aparece, então, como um elemento musical de carácter regulador e estruturante (Ruud, 1990).

Já a recriação musical consiste na aprendizagem e execução de instrumentos e voz, podendo igualmente se focar na reprodução, transformação ou interpretação de um modelo musical pré-existente. Esta técnica pretende desenvolver capacidades sensoriomotoras e de adaptação, procurando uma melhoria ao nível dos processos cognitivos como a atenção, a memória e a orientação (Bruscia, 2000).

A composição musical consiste na criação de uma letra, música ou peças instrumentais com o cliente, ou para o cliente. Na primeira hipótese, pretende-se facilitar o processo de criatividade de modo a fomentar a sensação de pertença e a autenticidade da autoria. Já na segunda hipótese formulada, procuram-se satisfazer necessidades psicológicas, emocionais, sociais, físicas, espirituais e de comunicação (Baker & Wigram, 2005).

Finalmente, na audição musical de material variado (músicas comerciais, improvisações, e composições do terapeuta ou do cliente) pretende-se observar a reação do cliente à atividade. O terapeuta procura promover a recetividade, induzir respostas corporais

específicas, e explorar ideias, sentimentos, fantasias e expressões afetivas. Esta última técnica apresentada requer capacidade de Insight, sendo portanto, pouco utilizada nos indivíduos portadores de deficiência intelectual (Bruscia, 2000).

Num contexto de sessão musicoterapêutica, o cliente pode também utilizar outras formas de expressão criativas como a poesia, a expressão corporal e a dramatização, sendo a música um agente criativo catalisador (Cunha & Volpi, 2008)

Assim sendo, a aplicação da musicoterapia deverá focar o desenvolvimento da maturidade e a participação ativa do cliente de forma a ativar os vários domínios do seu funcionamento psicológico e potenciar a sua integração social, sendo de extrema importância uma postura flexível por parte do terapeuta.

Objetivos Gerais da Intervenção

Os objetivos gerais foram estabelecidos de modo a ir ao encontro das necessidades do Espaço da Luz e dos clientes que nele se encontram. Assim sendo, surgiram quatro objetivos possíveis de serem aplicados à generalidade da população com que foi realizado o estágio:

- Promoção da criatividade e da expressividade na relação, visando a construção da identidade;

- Desenvolvimento e/ou manutenção de capacidades cognitivas, nomeadamente a consciência, a concentração e a memória;

- Desenvolvimento de respostas adaptativas, procurando que o cliente saiba reagir a estímulos externos diferentes;

- Promoção de equilíbrio e insight para uma melhor estruturação da personalidade.

Metodologia

As sessões musicoterapêuticas decorridas durante o estágio curricular foram realizadas na CERCI Lisboa, CAO Espaço da Luz, mediante alguns parâmetros como a sua duração, o horário, o espaço físico, o tipo de atividades e sessões e os materiais necessários à sua realização.

Amostra

Foram escolhidos nove clientes para a realização das sessões inseridas no estágio curricular de musicoterapia. Esta escolha foi realizada mediante os seguintes parâmetros: capacidade de insight, maior regressão psíquica e maior necessidade de acompanhamento individual. Durante este processo, realizado no período de observação, teve-se em consideração a opinião dos técnicos, sendo estes nove clientes resultado de um trabalho multidisciplinar. Foram excluídos da amostra inicial os clientes que se encontravam, no momento, a atravessar uma crise psicótica.

Apesar de a intervenção ser individual, para efeitos de planificação e devido a algumas semelhanças encontradas, os clientes dividiram-se em dois grupos. Um primeiro, composto pelos clientes do género masculino, e o segundo, composto maioritariamente por clientes do género feminino (com exceção de um cliente do género masculino).

Foi observado um diagnóstico comum de deficiência intelectual ligeira, combinado com perturbações ao nível da saúde mental (aspecto presumivelmente resultante de um crescimento e vivências inadequadas de acordo com os moldes ditos normais). Tais características foram as responsáveis por esta divisão em dois grupos.

No primeiro grupo (constituído por quatro), os clientes apresentavam fortes traços autistas, sendo o trabalho direcionado para o estabelecimento de relação na música e a consciência do eu e do outro. Apesar destas características convergentes, cada um se relacionava de modo único e apresentava especificidades muito próprias, pelo que cada intervenção individual se imbuíu de contornos muito particulares.

No segundo grupo (constituído por cinco), predominavam os clientes que sofriam de perturbações de ansiedade, fraca auto estima, atitudes de oposição, e pouco controlo de impulsos (este último traço é muito característico da população presente no CAO).

Cada um destes clientes usufruiu de uma intervenção musicoterapêutica devidamente planeada e acompanhada (ver apêndices 1, 2 e 3), sendo observáveis algumas alterações

convergentes com os objetivos propostos (estes pontos serão abordados com maior detalhe no capítulo “Outras atividades e intervenções”).

Procedimentos

O estágio curricular foi iniciado em Outubro de 2013.

Inicialmente foi realizada uma reunião com a Doutora Mónica Santos, supervisora no local, na qual foi brevemente apresentada a instituição, bem como, a sua missão, valores e normas de funcionamento.

O contacto e o convívio com os clientes do centro foi imediato e empático, tendo sido dada a oportunidade de participar e observar o grupo em atividades como: atividade motora adaptada, atividade expressão plástica e de expressão dramática, atividades da vida diária (A.V.D.) ou jardinagem.

Acedeu-se, após autorização do Conselho Técnico, aos processos dos clientes, de modo a que se pudesse ter uma visão geral das problemáticas e características dos clientes do centro.

Esta integração inicial, tendo por base a observação, o convívio e a seleção dos clientes para participarem nas sessões de musicoterapia, foi um processo que foi realizado com o acompanhamento da Doutora Mónica Santos (psicóloga no centro, e portanto, técnica com conhecimento interno dos clientes).

Este período de observação direta prolongou-se até ao final de Dezembro de 2013, altura em que foi revisto o projeto de intervenção, entregue em Janeiro de 2014, contendo as características da organização, da população atendida, assim como, os planos de intervenção musicoterapêutica e seus objetivos gerais.

Foram, então, elaborados e enviados os consentimentos informados aos clientes e respetivas famílias, para obtenção da autorização consciente das sessões e da gravação das mesmas (ver Anexo 1 e 2).

Posteriormente iniciaram as sessões de musicoterapia, com os nove clientes selecionados, as quais decorreram, como anteriormente referido, em formato individual.

Apesar da relevância, sugerida pela literatura, relativamente à questão da intervenção orientada para a socialização e para atividades de grupo, com este tipo de população, optou-se, antes, pela realização da intervenção musicoterapêutica individual.

Tal decisão prende-se com o facto de os clientes do Espaço da Luz usufruírem já, nesta resposta social, de diferentes atividades terapêuticas e ocupacionais, em grupo. Deste modo, pareceu-me importante que os clientes tivessem um espaço terapêutico privilegiado.

As sessões decorreram durante 6 meses, entre Janeiro e Junho de 2014. Ao longo deste período, através das gravações das sessões, das grelhas de observação e dos registos escritos de cada sessão, sempre com o acompanhamento por parte da Doutora Mónica e da Professora Teresa Leite, as sessões desenvolveram-se e tomaram, cada uma, o seu próprio rumo.

As intervenções foram realizadas na sala polivalente, onde foi criado um espaço mais pequeno e acolhedor através da colocação dos sofás num quadrado. As janelas de comunicação com a sala de informática foram tapadas com papel de cenário de modo a garantir a privacidade necessária ao desenrolar da sessão.

No início da intervenção foi administrada uma grelha de observação (ECA – Escala de Comportamento adaptativo), tendo como objetivo a confirmação de alguns dos dados observados pela terapeuta. Foram igualmente registadas as sessões de cada cliente, bem como preenchidas as grelhas de observação criadas especificamente para cada cliente a partir dos objetivos e sub-objetivos pré-definidos. Este registo era realizado semanalmente, como forma de descrição e análise da sessão realizada.

Agenda Semanal

As intervenções, junto de nove clientes do CAO Espaço da Luz, tiveram uma durabilidade de 6 meses, de Janeiro a Junho de 2014. Cada sessão teve a duração aproximadamente de 45 minutos.

As sessões musicoterapêuticas foram realizadas entre segunda e sexta de manhã, conforme o horário (tabela 1) apresentado abaixo. Os nomes constantes na tabela referida são fictícios de modo a preservar a privacidade dos indivíduos.

Tabela 1: Horário de sessões musicoterapêuticas

Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
10h30 Paulo	9h Rui		10h Joaquim	9h Tatiana
11h30 Roberto	10h Eva		11h Ricardo	10h Carolina
				11h Amanda

Recursos Materiais

As sessões desenrolaram-se com recurso aos instrumentos de percussão (djembé, clavas, pandeireta, tamborim, jogo de sinos, maracas, reco-reco e ovo), um teclado, uma guitarra, à voz, a um leitor de cds, a um gravador de áudio e vídeo, e a uma aparelhagem/computador para reprodução de material gravado.

Instrumentos de Avaliação

Foi elaborada uma grelha de observação das sessões, tendo como base os objetivos propostos para cada cliente. Assim sendo, cada grelha é individualizada, adaptando os parâmetros de observação aos objetivos pré-estabelecidos. Através do preenchimento e análise da grelha, é possível ver quais os parâmetros mais presentes nas sessões e em quais é observável uma maior alteração.

De modo a manter uma memória o mais fidedigna possível do ocorrido nas sessões (e para além das gravações), foram escritos e revistos registos de todas as sessões. Estes registos, onde são descritos os fatos observáveis e onde já existe uma interpretação das ocorrências, revelam muita informação pertinente que permite não só planear a sessão seguinte, como fazer uma observação do caminho percorrido.

Além destes dois instrumentos, foi utilizada ainda uma escala, preenchida no início e no fim do estágio pela Doutora Mónica Santos (Psicóloga do Serviço). Esta escala permite-nos observar, num médio período de tempo, as alterações visíveis nos clientes.

Foi, também, aplicado um questionário rotineiro da CERCI, pela terapeuta (ECA) contribuindo estes últimos dados para complementar a informação retirada através da observação.

Observação

Observar é diferente de ver (o que vemos é influenciável por inúmeros fatores, tais como a nossa experiência, a nossa visão do mundo, e o que esperávamos ver), podendo a observação se transformar numa técnica de investigação. Para tal, é necessário registar sistematicamente a informação anteriormente especificada, analisá-la e interpretá-la, bem como, decidir exatamente o que queremos e vamos recolher, e o que irá demonstrar (Simpson & Tuson, 1997).

A técnica de observação encontra-se assente num campo de trabalho no qual é necessária a descrição de atividades, ações, comportamentos, conversas, interações

interpessoais e processos organizacionais (Patton, 2001), permitindo ao investigador uma compreensão de determinado contexto, favorecendo a abordagem indutiva e possibilitando a descoberta de determinados aspetos que não seriam referidos habitualmente em contexto de entrevista. Esta técnica, facultada, então um conhecimento pessoal direto (Cohen, Manion, & Morrison, 2000). A Observação pode ser encarada como estruturada ou naturalista, sendo que na primeira, deverá se encontrar logo definido o objeto de estudo e respetivas hipóteses, enquanto na segunda, são focados os acontecimentos para posteriormente se decidir a sua relevância (Cohen, Manion, & Morrison, 2000)

O investigador pode, igualmente, optar por uma observação participante ou não participante. Nesta última, o envolvimento entre o investigador e os sujeitos a serem observados tem de ser reduzido ao máximo, minimizando a interferência do observador nos resultados observados e permitindo o uso de instrumentos de registo com menor nível de influência no sujeito observado. Já na observação participante, o investigador encontra-se em contacto direto com os sujeitos em observação, sendo necessário algum envolvimento no meio em que, então, se encontra. Este contacto permite ao observador a aquisição de informações inacessíveis a um observador externo, através de uma postura natural, não intrusiva ou ameaçadora (Bogdan & Biklen, 1994)

Quando o investigador se torna totalmente participante, corre-se o risco de um comprometimento dos dados observáveis, o que torna os dados obtidos refutáveis (Borg & Gall, 1989). Na intervenção inserida no estágio curricular optou-se pela observação estruturada participante, sendo os objetivos e as hipóteses colocadas logo no início da intervenção (bem como respetivo guião de intervenção). Visto que o objeto observável se prende com uma terapia através da música onde se pretende observar reações e alterações, esta observação é definitivamente participante.

Técnicas musicoterapêuticas

As atividades tiveram como foco base a improvisação. Foi através desta técnica que se desenrolaram alguns processos, definidos mais especificamente nos objetivos terapêuticos. Dentro da improvisação, diversas abordagens foram concretizadas: recorreu-se a uma forma de tocar reflexiva e espelhada (podendo ser uma imitação direta ou uma interpretação do que o cliente expôs, procurando estabelecer empatia entre terapeuta e cliente e, posteriormente, refletir este último de modo a que este pudesse se rever), e a jogos musicais (sendo a maioria

destes à base de pergunta-resposta, e tendo como objetivo a criação de diálogo lúdico e de respostas explorativas por parte do cliente) (Wigram, 2004).

A sessão foi, geralmente, iniciada e finalizada com algum diálogo refletivo. No caso de clientes que se sentiam mais confortáveis com outro tipo de expressão que não a palavra (situação expectável), recorreram ao desenho ou a outra forma de expressão mais conveniente ao cliente. Apesar do foco base ter sido a improvisação, tal não invalidou que, no decorrer da terapia e conforme sua pertinência, outras técnicas musicoterapêuticas tenham sido aplicadas, tais como, escuta de canções e, modificação/construção/reprodução de canções.

A escuta de canções ativa é particularmente eficaz no estabelecimento de empatia (e, conseqüentemente, mais recorrente nas primeiras sessões). Funciona como ponto de partida para uma habituação ao espaço terapêutico e permite realizar uma aproximação pouco invasiva até o cliente estar confortável para experimentar novas vivências. A modificação/construção/reprodução de canções pretende/permite ao cliente uma identificação com um estímulo externo e uma exploração deste, podendo ser realizadas alterações de uma canção pré-existente com o intuito de tornar esta canção mais sua (do cliente).

Foram utilizadas, ainda, técnicas de coping. Estas surgem como um mecanismo de defesa e consistem na aplicação de um conjunto de atos e pensamentos conscientes com o objetivo de reduzir situações potencialmente stressantes. Neste estágio, foi utilizado o coping de controlo primário. Este consiste numa influência direta do coping sobre eventos e condições, através da utilização de estratégias concretas (Arteche, 2003).

Também outras formas de expressão (como já referido) tiveram lugar, sendo que o cliente tinha liberdade para utilizar, além da música, o desenho, a escultura, a palavra e o gesto (ou mesmo combinar algumas destas expressões). Em alguns momentos da intervenção, foi também necessário realizar alguns exercícios de alongamento/relaxamento, estando o cliente muito tenso e demonstrando vontade em realizar esta atividade.

Estas atividades foram desenvolvidas em sessões individuais de modo a exponenciar um desenvolvimento mais focado no eu e criando um espaço único para cada cliente.

Outras atividades e intervenções

Inseridas no estágio curricular, foram realizadas mais sete intervenções musicoterapêuticas em setting individual, para além dos dois estudos de caso. O trabalho realizado baseou-se, igualmente, nas técnicas da improvisação, modificação de canções pré-

existentes, e criação de canções. Para realizar uma intervenção ponderada e devidamente acompanhada, foram realizados planos terapêuticos individuais e reflexões apoiadas pelas grelhas de observação e registos de sessão (ver apêndices 4 e 5). Nestes casos foram atingidas algumas das metas com sucesso.

Para além das intervenções acima mencionadas, registaram-se ainda outras participações em eventos de cariz diverso. Estes eventos ocorreram durante o período de observação integrado no estágio curricular, de forma a providenciar um seio adequado a um primeiro contacto com a população existente. Assim, foram frequentadas as aulas de motricidade, de expressão plástica, de desenvolvimento psicossocial e de expressão dramática. Nesta última, surgiu mesmo a oportunidade de complementar a aula com alguns exercícios rítmicos e melódicos, criando alguma sensibilização e consciencialização da existência de um membro novo (ainda que temporário) na equipa.

Aquando da campanha “Pirilampo Mágico”, dividiram-se igualmente tarefas entre todos (criação de itens para venda ou disponibilização para estar nos postos de venda). Esta última atividade (em conjunto com todas as outras atividades referidas e com uma atitude disponível e empenhada) teve como objetivo criar uma boa relação com os técnicos presentes na CERCI. Este ponto reveste-se de máxima importância, dado o espírito e trabalho de equipa multidisciplinar que é realizado na organização.

Estudos de Caso

Um estudo de caso necessita ser específico, retirando como hipótese de objeto de estudo um tema geral como musicoterapia, deficiência intelectual, e dando enfoque a temas mais afunilados, tais como uma pessoa, a relação entre terapeuta e cliente, e/ou as técnicas musicoterapêuticas aplicadas a indivíduos com déficit intelectual (Stake, 1995). A pretensão é que o foco seja apenas a realidade próxima da investigadora (sem procurar generalizar), sendo esta realidade única. Contudo, esta unicidade, ainda que não generalizável, pode servir como referência de informação para elaboração de uma futura investigação, podendo um estudo de caso conter semelhanças com outras investigações (Ponte, 1994).

Os dois estudos de caso presentes no relatório pretendem dar a conhecer uma realidade única através de uma contextualização, de uma descrição e análise das sessões, e de uma reflexão posterior e exterior às sessões.

Para realizar a intervenção musicoterapêutica com adultos portadores de deficiência intelectual, foi feita uma pesquisa e respetiva revisão de literatura. Foi com o cruzamento de dados entre a literatura disponível e o observado no Espaço da luz, que se foram definindo os contornos da intervenção, a qual será descrita nos estudos de caso. Assim sendo, a justificação das técnicas e outras posturas adotadas encontrar-se-á nas linhas que se seguem.

Estudo de Caso 1: Carolina

Carolina (C.) é uma mulher com cerca de 40 anos diagnosticada com deficiência intelectual moderada (Q.I. entre 35 e 49). Está na CERCÍ desde a abertura do centro em 1998 e, desde essa altura, frequenta o mesmo. Este CAO responsabiliza-se pela elaboração de um Plano Individual de Intervenção que se adequa às capacidades e expectativas da cliente, sendo esta apoiada no cumprimento do seu plano, pelos vários técnicos.

Da sua história anamnésica (ver apêndice 6), recolhemos algumas informações relevantes para a descrição do caso e que passamos a relatar. A gravidez de sua mãe, de acordo com a própria foi “nervosa” e no parto foram usados fórceps. É a irmã mais velha de uma família de quatro irmãos.

Na sua primeira infância, a Carolina apresentou um atraso na fala, bem como um comportamento estereotipado e hiperativo.

Posteriormente começou a apresentar tremores, que se têm vindo a acentuar com a idade. Revela com frequência atitudes de oposição e agressividade no seu dia-a-dia (para com

colegas) e aparenta necessitar de deter controlo sobre o que a rodeia e que a poderá afetar e/ou aos seus objetivos.

Integrada na CERCI Lisboa, desde 1998, a Carolina frequenta atividades tais como: atividades motoras adaptadas, ginástica, natação, expressão dramática e artes plásticas no CAO do Espaço da Luz. No entanto, tem historial de isolamento e resistência a terapias e atividades lúdicas, apesar de frequentar com entusiasmo as aulas de Expressão Dramática.

A Carolina conta, ainda, com o apoio familiar (à exceção do pai, que faleceu há dois anos): apresenta uma boa relação com a sua família, passando regularmente fins-de-semana numa casa do campo, e regressando visivelmente mais tranquila.

A cliente tem boa apresentação pessoal e um contacto sintónico. Sabe ler e escrever. Nos seus tempos livres, gosta de música, de ver televisão e de conversar.

Aquando do término do período de observação inicial contemplado neste estágio e um estabelecimento informal com todos os clientes, a Carolina mostrou-se interessada em realizar as sessões de intervenção musicoterapêuticas.

A Carolina foi considerada como estando indicada para uma intervenção musicoterapêutica no sentido de procurar uma abordagem alternativa que permitisse trabalhar características tais como o isolamento e a atitude de oposição. Apesar destas características constituírem um obstáculo significativo à expressão e à relação com o outro, o enfoque musicoterapêutico surge como uma possibilidade de se criar relação (onde há comunicação, expressão e interação) através de uma atividade de carácter lúdico que promova o investimento estético e criativo por parte da Carolina (ver planificação terapêutica individual em apêndice 3).

Deste modo, foram iniciadas as sessões em Janeiro de 2014, que decorreram em regime semanal até Junho de 2014.

Na primeira sessão, ouvimos músicas que a Carolina afirmou gostar, de modo a poder conhecer a estética musical da sua preferência (neste caso, referiu os nomes de Mickael e David Carreira, e de Michel Telo), como forma de criar empatia. Carolina disse, então, gostar de ouvir estes cantores quando estava alegre.

Visto que todas as canções escolhidas se imbuíam de sentimentos de alegria e festa, e tendo em conta o carácter preponderante ao isolamento da Carolina, foi pedido que a mesma indicasse uma canção que representasse a tristeza, e com a qual se identificasse. Quando questionada sobre o que costumava ouvir, quando estava triste, disse preferir o silêncio.

Durante toda esta primeira sessão permaneceu encostada ao sofá numa atitude de desinteresse, sem reações tangíveis, mantendo contacto visual e aparentando estar algo distante e passiva.

Nas sessões que se seguiram, a Carolina manteve esta postura de aparente resistência ao espaço terapêutico, sem reação a estímulos musicais e realizando movimentos estereotipados com as mãos, cruzando e descruzando as pernas.

A atividade realizada, ao longo das primeiras sessões, foi essencialmente a improvisação em instrumentos percussivos e Orff. A Carolina demonstrava, com frequência, atitudes de desistência e de falta de confiança, que se podiam dever ao pouco controlo que a cliente detém sobre os seus movimentos. Os seus tremores (involuntários) impediam que conseguisse tocar todos os instrumentos com a mesma destreza. Assim, quando experimentou o jogo de sinos, sentiu-se alguma frustração, por parte da Carolina, a qual desistiu de tocar este instrumento ao fim de poucas tentativas. Contudo, e também com outros instrumentos de fácil manuseamento (tais como as clavas e o djembé), a cliente denotou pouca iniciativa e à-vontade: tocava durante alguns segundos, parava, e depois continuava mais uns segundos.

Uma vez que, para haver uma relação na música entre terapeuta e cliente, é necessário que haja interação musical (rítmica ou melódica, minimamente continuada ou relacionada), as suas tentativas de improvisação constantemente interrompidas, bem como os momentos em que a cliente tocava (demasiado curtos e descontrolados), tornavam difícil a aquisição desta relação entre cliente e terapeuta, através da música. Assim, a Carolina ia recomeçando sempre em pulsações diferentes das que eram mantidas, e acelerava ou ralentava quando era tentada uma aproximação da nova pulsação instituída. Esta ação, parece demonstrar que a Carolina não se estava a sentir confortável com a proximidade e a partilha na relação terapêutica.

De início, a Carolina não apresentava qualquer sinal de progresso e recusava-se a escolher uma música (e partilhar a sua escolha) do seu agrado. Sentia-se até, pelo contrário, um aumento de resistência.

No entanto, com a continuação das sessões, foram-se observando algumas pequenas alterações no seu comportamento: a cliente começa, assim, a manter a mesma pulsação, juntamente com a terapeuta, durante alguns segundos e, no final de cada sessão, passou a questionar se haveria ou não, nova sessão na semana seguinte (o que poderia ser indicador de que a mesma queria confirmar e tinha vontade que aqueles momentos tivessem continuidade, ou simplesmente, que agora começara a compreender o carácter continuado das sessões).

A Carolina começava, então, a encarar as sessões com um misto desta atitude de desconfiança, e também já de alguma curiosidade. Era comum tocar um pouco, parar, e ficar a olhar para a terapeuta enquanto esta tocava, naquele que aparentava ser um estado de inércia. Foi nesta fase da intervenção que a Carolina começou, após observação da terapeuta, a querer imitar os ritmos que esta fazia (embora, normalmente, desistisse ao final de alguns segundos). Utilizava habitualmente as clavas, sendo este o instrumento com o qual se sentia mais confortável, vista a simplicidade do seu manuseamento.

Foi nesta fase, igualmente, que a cliente quis partilhar/ouvir uma canção (Paulo Gonzo). Pela primeira vez, a cliente, falou um pouco sobre a família (os primos e as férias) e cantarolou algumas partes da canção, o que demonstra que a sua confiança no espaço terapêutico parecia estar a aumentar. Tal conforto só se revelou no contexto não-verbal. Quando solicitado, no final da sessão nº7, que procurasse e verbalizasse uma palavra que descrevesse aquele momento, a cliente recusou dar uma resposta. A sua cooperação não-verbal era, aqui, visivelmente maior que a verbal (praticamente inexistente).

Assistiu-se, posteriormente, a um período de maior estabilidade: a Carolina começava já a tocar clavas durante um curto período de tempo (que ia aumentando de sessão para sessão), ainda que com uma pulsação muito flutuante e com paragens regulares. Contudo, começaram igualmente a aparecer sorrisos durante estas improvisações, sendo o contacto visual cada vez maior e mais prolongado.

Começou a ser introduzida a voz na sessão, tentando criar letras onde surgisse o nome da cliente de modo a criar e fomentar maior interação. A reação foi muito positiva: a Carolina estabeleceu e ia mantendo maior contacto visual, sorria e ria, e adaptou uma postura física mais correta e mais próxima. Como resultado desta evolução, foi capaz de tocar durante períodos de tempo mais longos e com uma pulsação mais estável. Foi também, nesta altura, que a cliente começou a querer utilizar uma palavra para descrever a sessão, ainda que recorrendo a adjetivos muito latos, tais como “a sessão foi boa” ou “gostei de tocar” (sic).

Apesar das evoluções observadas, a Carolina ainda apresentava, nesta altura, uma improvisação muito padronizada, pouco fluida e pouco regular no que respeita à pulsação. Carolina ia recorrendo a instrumentos de fácil manuseamento (clavas e djembé), e estava sempre atenta, observando o que a terapeuta fazia. Parecia ainda estar muito contida, e ter a necessidade de se controlar e aos estímulos externos. Esta questão de ansiedade relacionada com a necessidade de manter o controlo foi visível, ao longo das sessões, através de sinais, tais como a sua impaciência, presente num nível puramente físico e musical - constantes

desistências e recomeços, suspiros, o mexer constante das mãos e pernas, a mudança constante de postura, bem como, a mudança constante da pulsação.

Esta ansiedade parecia manifestar-se como inquietação dentro do espaço terapêutico (à semelhança do que ocorria fora da sessão). No entanto, num contexto exterior à sessão, a Carolina demonstra uma maior agressividade para com os colegas. Tal acontece quando C. se sente contrariada ou quando tem de esperar pela sua vez: por exemplo, quando os clientes se encontram na sala de convívio e querem ver televisão, a Carolina reage com alguma agressividade se não a deixarem escolher o programa a ser visto no momento.

Numa das sessões, foi realizada uma experiência verbal, juntando depois a música, procurando deste modo, compreender a adesão da Carolina às duas atividades, respetivas reações, e tendo como objetivo a exploração das suas emoções e sentimentos. Assim, com o apoio da terapeuta e partindo de sugestões e premissas, foi nascendo uma história imaginada pela cliente. A história deveria começar com alguém desconhecido a bater à porta, para falar com a cliente; a partir daqui, C. iria imaginar um enredo.

A Carolina começou por dizer que a pessoa à porta era professora de educação física, e a razão pela qual se encontrava ali era para a convidar a ter aulas particulares consigo, dada a facilidade motora e as capacidades físicas da Carolina. Este ponto pode remeter-nos para uma autoimagem pouco realista, ou um desejo seu de que algumas coisas fossem diferentes da atualidade. A dita professora teria descoberto os dotes motores da Carolina através da psicóloga do CAO que a cliente frequenta. Esta história termina com a recusa da Carolina em ter aulas particulares, atitude bastante típica da cliente. O contraste entre o princípio e o fim da história pode ser visto como uma expressão de um conflito interno entre o desejo de estar próximo e ser especial, e a tendência habitual para a defesa e o afastamento.

Quando, em simultâneo teve início a improvisação sobre a história, foi introduzida a história cantada, colocando perguntas à Carolina para que a mesma fosse interagindo. A cliente foi dando respostas faladas. Foi neste preciso momento que a Carolina resolveu mudar um aspeto da história, decidindo, afinal, aceitar as aulas e modificando esta postura de resistência/desistência perante algo novo. Uma vez mais, foi através de um contexto musical que a Carolina se sentiu confortável para arriscar e adotar uma postura mais recetiva a estímulos exteriores - neste caso, imaginários, sendo este o primeiro passo para uma mudança observável do seu comportamento em setting terapêutico. Durante a improvisação, C. adotou também uma postura mais relaxada, chegando-se mais à frente no sofá (e, conseqüentemente, mais próxima da terapeuta) e rindo muito enquanto era recriada a história. Este contexto sentido como seguro e divertido permitia a existência/tentativa de experimentação.

Observando que a cliente reagia muito bem à voz cantada adaptada à sua pessoa, começou-se a introduzir, cada vez mais, a voz na improvisação. O resultado era uma pulsação mais estável e uma participação mais ativa, descontraída e bem-disposta.

Na antepenúltima sessão, foram cantadas frases com rimas simples como “ A Carolina toca no djembé, pois é, quem é”. Esta simples “canção” teve um grande impacto junto de C., tendo a cliente rido muito e começado a cantar, interagindo pela primeira vez de forma mais intencional e direta, e em contraste marcante com as sessões iniciais, em que a mesma não suportava sequer o contato através da pulsação.

Esta dinâmica veio a estender-se pela penúltima sessão e levou a que se procedesse à gravação de uma destas improvisações em formato de canção, de modo a que a Carolina tivesse uma recordação que pudesse rever após o término da intervenção.

Ainda na última sessão, e após pedido da Carolina para ouvir uma canção, a terapeuta terá saído da sala de modo a ir buscar o computador portátil. Durante este período, a Carolina começou a tocar sozinha (demonstrando vontade e iniciativa), tendo-se este percutir tornado mais intenso conforme o tempo passava. Parecia que a C., ao aumentar a intensidade do som, terminando com um baque forte e um “então?” (sic) enquanto olhava para a porta, estava a chamar a terapeuta e a mostrar a sua impaciência/vontade. Para tal demonstração utilizou, primeiramente, a música, acrescentando depois a palavra falada. Pode-se considerar este momento como tendo grande importância, tendo em conta a evolução de atitude de Carolina: ao princípio, a sua participação era muito parca e pouco entusiástica, enquanto nesta última sessão, já a cliente sabia utilizar a música para se expressar, e demonstrava vontade de estar em relação, partilhando e tomando iniciativas nesse sentido.

É importante referir que, com o evoluir das sessões, a Carolina começou a procurar a terapeuta fora do espaço terapêutico para confirmar sempre o dia e hora da intervenção seguinte, demonstrando vontade de estar no espaço terapêutico e revelando que este se revestia de importância para si.

A intervenção terapêutica junto da Carolina centrou-se no trabalho da sua postura de oposição/resistência, na sua libertação/expressão face à experimentação e contenção por ela vivida. Assim sendo, e refletindo sobre a intervenção realizada, parte desses objetivos foram cumpridos, nomeadamente uma grande melhoria ao nível do transpor a barreira e a recusa de Carolina em se envolver numa terapia lúdica e numa relação mais íntima. Criou-se, de facto, uma empatia significativa que estaria a permitir, nas últimas sessões, uma maior procura e consequente exposição da cliente.

Ao final de 6 meses de intervenção, a cliente começou a ser capaz de se expressar, de dar sinais de poder aceitar ou desejar uma mudança de comportamento (por exemplo, através da história imaginária). Por outro lado, a sua atitude de resistência e oposição desapareceu praticamente na totalidade das restantes sessões. Tal mudança na sua atitude, só agora começava a permitir que a cliente se abrisse ao espaço terapêutico, à experimentação e à sua expressão. Seria este o momento de mudança na terapia que poderia permitir realizar um trabalho mais significativo para a Carolina.

Com o término das sessões, e após alguma reflexão, parece pertinente indicar que a Carolina beneficiaria da frequência das sessões durante mais tempo, tendo como enfoque o estar em relação na música, e trabalhando as competências de adequação a uma socialização saudável. Talvez após mais algumas sessões individuais preparatórias, fosse importante inserir a Carolina numa sessão musicoterapêutica em setting grupal, conforme evolução da terapia. Neste contexto agora sugerido, a cliente poderia entrar em confronto com diferentes estímulos externos e suas respetivas reações. Encontrando-se num ambiente controlado e gerido pelo musicoterapeuta, poderá começar a desenvolver respostas mais adaptativas. Tal pode ter algum impacto, sendo que as suas atitudes de oposição se revelam principalmente na socialização com os colegas. Por outro lado, e dado o carácter desconfiado de C., poderá ser contraindicado que a mesma frequente sessões de grupo, podendo estas terem o efeito contrário ao pretendido, tornando a cliente mais introvertida.

O percurso terapêutico realizado em parceria entre cliente e terapeuta foi sentido como uma descoberta. Foi com bastante surpresa e aspiração que se viram e sentiram pequenas mudanças ao longo da evolução da intervenção. O suporte técnico que envolvia a cliente permitiu uma base de aceitação do espaço das sessões por todos e um respetivo respeito pelo mesmo, conferindo às sessões o seu carácter privilegiado e íntimo que se pretendia.

Estudo de Caso 2: Amanda

A Amanda (A.) é uma mulher com cerca de 40 anos diagnosticada com deficiência intelectual congénita e permanente. Está no centro desde 2009. Anteriormente esteve integrada em instituições direcionadas para a doença mental.

Da sua história anamnésica (ver apêndice 7), recolhemos algumas informações relevantes para a descrição do caso e que passamos a relatar. O seu parto foi descrito pela mãe

como normal, apesar da gravidez gemelar e de se encontrar nos 8 meses. Apresenta dificuldades de aprendizagem desde os 3 anos e apresenta uma lentificação ao nível da fala e do andar. A Amanda começou por frequentar o CLARAPED dos 5 aos 7 anos, percorrendo posteriormente diversas instituições até aos 10 anos. Dos 10 aos 18 anos esteve inserida na CRINABEL (Cooperativa de Educação de Crianças Inadaptadas de Santa Isabel), sendo depois encaminhada para a AEIPS (Associação para o Estudo e Integração Psicossocial), onde permaneceu até aos seus 23 anos. Faz contas pequenas e sabe ler textos simples. Teve um episódio de crise epilética aos 16 anos que não se voltou a repetir. Realizou uma laqueação das trompas, devido à sua incapacidade para ter filhos ou de ter um comportamento de proteção sexual adequado. Frequenta consultas de psicologia e psiquiatria e encontra-se, de momento, medicada (antiepilética, estabilizadores de humor, antidepressivos, ansiolíticos e neurolépticos) de modo a fazer face aos seus traços psicóticos (dos quais houve conhecimento após assistir a duas consultas de psiquiatria de modo a poder compreender o tipo de acompanhamento dado).

A cliente sofre de ansiedade relacionada com os seus medos: de estar só, de estar com pessoas estranhas e de ruídos. O medo de estar só parece ser bastante comum nesta população (facto igualmente observado nas sessões).

São, normalmente, os pais ou outros familiares mais próximos quem está encarregue do apoio a estas pessoas portadoras de deficiência intelectual, e, existe uma consciência e preocupação, por parte tanto dos clientes como filhos, com o que irá acontecer quando os responsáveis falecerem.

Por outro lado, estes medos podem dever-se a experiências de vida negativas a que a cliente esteve sujeita, relacionadas com abuso por parte de pessoas desconhecidas que possam ter-se aproveitado da sua incapacidade de avaliação de riscos e de reação para uma aproximação sexual indevida (por exemplo, “Ele gosta de abusar de mim: apalpa-me as maminhas na rua, ali no bairro, sic). Tal foi visível, igualmente, na realização da sua ECA onde são avaliados diversos itens/áreas. A cliente A. denota ter propensão para se expor a abusos ou perigos e a desejar a aprovação do outro a qualquer custo.

A Amanda apresenta, ainda, fraco auto controlo, observando-se mudanças de humor repentinas devido à sua baixa resiliência à frustração e uma vincada atitude de oposição para com todos os que a rodeiam, podendo causar distúrbios e até mesmo ofender os outros, utilizando ofensas verbais e ameaças de agressão física: recusa “em cumprir horários, regras e tarefas. Grita violentamente com calão e asneiras, agrediu uma técnica com um estalo e empurrou duas técnicas (sic, 2010). É habitualmente difícil fazer com que a Amanda adira ao

plano de intervenção individual (participação nas atividades) elaborada pelo CAO, resposta social da CERCI Lisboa em que se encontra, seja para realização de atividades lúdicas ou de atividades que visam o desenvolvimento psicomotor, pessoal e social.

O seu auto conceito encontra-se algo desfasado do real: a cliente acha-se lindíssima (afirmação que foi proferida pela mesma quando em conversa com colegas ou técnicos no corredor). A cliente tem algum cuidado com a sua aparência, indo ao cabeleireiro e à manicura com regularidade, e utilizando bijutaria para se enfeitar. Contudo, tem uma constituição consideravelmente forte e anda com as saias ou calças constantemente sujas devido a vários descuidos. Para além desta questão visual, a Amanda demonstra ter pouca consciência da responsabilidade das suas ações ou das consequências que estas originam, não conseguindo, em muitas ocasiões, compreender e identificar-se com atitudes que lhe são frequentes.

Tem pouca noção do espaço temporal, sendo-lhe muito difícil reconstituir eventos e colocá-los na ordem original.

Para que este plano de intervenção seja cumprido são necessários os esforços da equipa do Espaço da Luz, em sintonia com os dos pais. Estes esforços consistiam numa interação diária, vigiando reações no Espaço da Luz e em casa, e compreendendo quais reações se prendem com a medicação e quais estão relacionadas com ajustes nas atividades, potenciando e respeitando as capacidades da Amanda (e tornando a sua integração mais fluida).

No contexto familiar, contudo, por vezes falha a comunicação (estas informações foram recebidas através da leitura de registos de reunião). Pensa-se que a família da Amanda, por parte da mãe, tem historial de doença mental (distúrbio bipolar); Esta contacta diversas vezes a equipa técnica do Espaço da Luz, referindo com frequência um receio em que as problemáticas da Amanda estejam relacionadas com antecedentes familiares (nomeadamente da avó materna). Além disto, a mãe sofre de fibromialgia e culpabiliza-se por não poder prestar maior auxílio à filha. Recentemente, o pai tem estado mais presente e sintónico com a equipa do Espaço da Luz, o que a beneficia a vários níveis. Este contexto familiar pouco estável afeta, ocasionalmente, a Amanda: aquando da entrada da cliente para a CERCI, os técnicos notavam alterações de humor, comportamentos desajustados e agressividade (com passagem ao ato) relacionadas com um seguimento psiquiátrico desadequado.

Após uma alteração da medicação e uma cooperação entre os vários responsáveis, a Amanda começou a adaptar posturas mais adequadas e a ser capaz de conviver com colegas e técnicos.

A Amanda gosta muito de ler revistas, fazer recortes e colagens. No início, era esta a sua única atividade, o que fez com que a cliente se isolasse muito. A sua relação com os colegas e namorados é, geralmente, conflituosa: a Amanda considera que os outros não gostam dela e queixa-se por vezes de sentimentos persecutórios. Por outro lado, a Amanda gosta muito de natação, tendo sido campeã para-olímpica (quando ainda muito jovem, em 1997).

Passado algum tempo a frequentar o Espaço da Luz, observaram-se diversas alterações no comportamento da Amanda: começou a estar mais motivada e envolvida nas tarefas (tanto ocupacionais como lúdico-terapêuticas) e menos exaltada e repetitiva, resultando numa forma de estar mais bem-disposta. Também principiou a saber sorrir e rir contextualizadamente, ao contrário do passado, sendo esta uma das características que comprometiam a capacidade de interação social e de uma participação equilibrada nas atividades que o Espaço da Luz oferece. A alteração da medicação e o acompanhamento recebido por Amanda no Espaço da Luz, expôs igualmente os seus medos e carências, sendo isso sentido pelos seus pais de forma mais intensa: “A A. está muito dependente de nós – os pais – nunca quer estar sozinha e queixa-se de tristeza. Passa o tempo todo a pedir beijos, coisa que nunca fazia” (sic).

Após um processo de observação inserido no estágio curricular e um estabelecimento informal com todos os clientes, a Amanda mostrou-se interessada em realizar as sessões de musicoterapia durante os 6 meses seguintes. A Amanda pareceu reagir com muita alegria ao perceber que teria um espaço só para ela (os seus olhos brilharam) e foram imediatamente assinados os consentimentos informados.

Deu-se início, assim, à intervenção musicoterapêutica, que teve por base a improvisação, audição ativa de canções e, mais tarde, o uso de estratégias de coping, após realização do plano terapêutico individual (ver apêndice 2).

Na primeira sessão, a cliente entrou com um sorriso enorme e permaneceu sorridente durante toda a conversa inicial, estabelecendo e mantendo contacto visual.

A Amanda é facialmente muito expressiva, tendo realçado bastante a forma como abriu os olhos quando referi que aquele espaço seria somente para ela, e que o importante neste espaço terapêutico seria ela, pelo que se deduz que a cliente sente uma forte necessidade de atenção. Como forma de procurar criar empatia, sugeri que a Amanda partilhasse comigo algumas das canções e cantores de sua preferência (exemplos: Tony Carreira, Fáfá de Belém, André Sardet e Quim Barreiros).

O facto de a cliente cantar e balançar o corpo na pulsação da música, fez crer que a Amanda se sentiu confortável na sessão (nomeadamente, devido ao carácter expositivo da voz).

A Amanda manteve o sorriso durante praticamente toda a sessão, e enquanto cantava, ia mantendo constante contacto visual direto (o que, ao nível da exposição, me parece revelador de confiança no espaço terapêutico).

Quando a sessão terminou, a cliente demonstrou surpresa, denotando vontade de continuar, pelo que foi reforçada a ideia de que a sessão teria continuação (noutro dia e regularmente, ao longo de 6 meses).

Quando questionada acerca das canções que costuma ouvir quando estava triste ou zangada (questão que surgiu visto as canções escolhidas terem todas um carácter alegre), concluiu que ouvia as mesmas canções que quando estava alegre. Esta verbalização final coloca-nos perante a organização intelectual de A., a qual surgiu como pouco estruturada ou complexa.

As primeiras sessões foram muito idênticas, pelo que só são descritos alguns exemplos representativos do geral ocorrido ou pormenores mais significativos.

Ao longo das seis sessões iniciais, a Amanda pareceu denotar grande confiança no espaço terapêutico, falando por sua iniciativa dos problemas semanais, descrevendo discussões com o ex-namorado e situações desagradáveis ocorridas com colegas que frequentam as mesmas atividades que a cliente. Ao longo das sessões, a cliente pareceu conseguir sair um pouco dos padrões rítmicos, apesar de a eles voltar como base segura (e mantendo sempre a pulsação, o que indica, à semelhança do contexto verbal, que procurava a proximidade da terapeuta e que reconhece a presença do outro na interação, sendo que o ritmo da terapeuta padronizado serviria como base para a sua exploração). Estas capacidades parecem ser indicadoras de alguma organização mental.

A improvisação decorreu com constante contacto visual e um grande sorriso, podendo, no entanto, ocorrerem períodos de alheamento total. Esta desinibição e conforto no espaço terapêutico foi uma observação reforçada algumas sessões mais tarde (7ª sessão), com o início do uso da voz em improvisação livre, alternada com a improvisação instrumental. Também durante as improvisações instrumentais, a Amanda ia verbalizando “Fantástico!”, enquanto tocava um instrumento Orff.

Toda esta atitude de exposição reforça a sensação de que a cliente se sentiria segura no setting terapêutico. Quando questionada acerca de uma palavra, imagem ou gesto que

descrevessem a sessão, a cliente disse que era “difícil” de o fazer, mas acabou por utilizar um gesto (linguagem não-verbal) que indicaria algo a sair dela, como um alívio ou descarga.

Nas sessões seguintes, passou então a haver uma maior procura de interação por parte da Amanda: os seus padrões rítmicos e pulsação ficaram mais irregulares nesta procura de interação consciente e espontânea com a terapeuta.

A 8ª sessão caracterizou-se igualmente pelo descrito no anterior parágrafo, sendo importante referir que a cliente quis partilhar uma nova canção para descrever o seu estado atual. Assim, escolheu “A vida que escolhi” de Tony Carreira.

A letra desta canção descreve um conforto e felicidade com a vida que se tem e que seria um resultado da vontade da pessoa em questão. À semelhança dos seus colegas, a Amanda, devido às características relacionadas com a sua deficiência e incapacidade, encontra-se muito limitada relativamente às escolhas, experiências e desejos que pretende realizar.

Com a escolha desta canção parece que a cliente procurava manifestar que, apesar de tudo, se encontra muito satisfeita com a sua atual situação, ou por outro lado, indica que a mesma terá uma noção da sua atual situação pouco fidedigna, o que iria de encontro a outros dados em que parece possível que a sua visão dos acontecimentos se encontre distante da real.

Esta observação prende-se com o facto de a Amanda ter dificuldade em refletir e avaliar a sua situação diária, descrevendo a sua semana no geral como boa, e recordando posteriormente situações desagradáveis.

No final da sessão, e após algum diálogo sobre este assunto em que foram refletidas as descrições qualitativas opostas da Amanda, a mesma já modificou a sua opinião inicial (considerando que, talvez, a sua satisfação pessoal não fosse idêntica à descrita na canção). Ao conseguir identificar que aquele não era claramente o seu sentimento, demonstrou conseguir elaborar um pensamento comparativo em que discrimina o eu do outro (ou outros estímulos externos), assim como suas diferenças e semelhanças.

Esta observação relativa a um afastamento da realidade não é, contudo, respeitante apenas à incapacidade intelectual, mas prende-se sim com decisões e situações sobre as quais a Amanda detém algum controlo – situações e decisões do dia-a-dia, mais rotineiras e igualmente importantes.

Na 8ª sessão, a Amanda realizou improvisações similares às sessões anteriores e verbalizou a sua rotina semanal. Parecemos, então, ter chegado a uma fase de consistência e sedimentação do trabalho realizado até então, encontrando-se o desenvolvimento verbal e não-verbal sensivelmente no mesmo patamar.

Contudo, foi esta a primeira sessão em que a Amanda começou a abordar o tema dos seus medos, através da descrição de um episódio ocorrido no ginásio que frequenta: após uma alteração entre duas senhoras, que terá acabado em agressão física, a cliente descreve que se sentiu ameaçada, que terá bloqueado e começado a chorar, dizendo “não sei o que fazer nestas situações”(sic).

As sessões seguintes foram dedicadas à exploração deste acontecimento. Foi neste momento da intervenção que se tornou mais evidente que a cliente tinha uma compreensão clara de como usar o espaço terapêutico para seu proveito.

Nesta fase, a terapia desenvolveu-se num formato mais verbal, dada a necessidade de partilha através da palavra por parte da Amanda, e a sua capacidade para o fazer.

Já na 10ª sessão, a Amanda revela que tem muito medo de estar sozinha, dizendo que nunca tinha conversado sobre o assunto, a não ser com o pai. A cliente descreve estes momentos de solidão como sendo muito angustiantes, revestidos de muita ansiedade, sendo a sua única reação, chorar.

Durante estes longos períodos de verbalização, a terapeuta esteve presente através da realização de música ambiente muito suave e numa dinâmica pianíssimo. Nestas sessões em que a cliente mais fez uso da palavra, notou-se que a Amanda estava mais descritiva na sua forma de verbalizar.

Denotou-se ainda uma melhoria ao nível da consciência e da memória. Tal foi visível na sua capacidade de conseguir reconstituir mais facilmente uma linha temporal relativamente curta, e de conseguir fazer uma observação mais assertiva sobre os acontecimentos sucedidos, associando-os a sentimentos: “a semana foi mais ou menos” (sic) “eu gostei de estar aqui (espaço da luz)” (sic) e “estou muito triste porque ele (ex-namorado) não quer estar comigo e, prontos, não gosto de ir ao café sozinha” (sic).

Na 12ª sessão, a cliente descreveu uma situação sucedida na aula de expressão dramática, que a teria deixado melindrada: o professor não a teria deixado participar na apresentação final do teatro, num evento da comunidade devido às suas faltas constantes à atividade em questão. A Amanda demonstrou imaturidade e dificuldade em compreender a consequência das suas ações, entrando facilmente em conflito, deixando entrever incapacidade em lidar com situações relacionadas com o auto controlo e auto responsabilização.

Após abordar este assunto, referiu novamente a questão do medo de estar só. De modo a poder ajudar a cliente a lidar com este medo, decidi aplicar uma estratégia de coping,

que foi trabalhada posteriormente nas sessões seguintes (devidamente intercalada com improvisações livres instrumentais).

Esta técnica de coping consistiu em realizar improvisações recorrendo à percussão corporal e vocal, de modo a que a Amanda pudesse utilizar estas ferramentas em qualquer local, e para que a mesma pudesse começar a ter, noutros contextos, reações mais adaptativas aos seus medos.

Após 6 sessões, a Amanda revelou que havia começado a utilizar este meio para controlar as suas crises quando sentia a aproximação das mesmas. Admitiu que esta estratégia a ajudava, mas apenas temporariamente, visto que mal parava de improvisar, a sensação voltava. Continuámos, assim, a improvisar procurando fortalecer a técnica de coping mencionada.

De forma a poder prolongar a sensação de companhia através da música, sugeri que a cliente, após realização da improvisação, permanecesse de olhos fechados como se estivesse a “absorver” aquele momento. O resultado foi a Amanda ter revivido a sensação de solidão e medo, como que “transportada” para um desses momentos em que se sente só, o que aumentou a sua ansiedade.

Após a observação desta reação, sugeri que abrisse os olhos, e confirmasse que estávamos ambas naquele espaço contentor, e que portanto, não se encontrava só. Tal revestiu-se de enorme relevância, pois, a Amanda permitiu partilhar aquele espaço em que se sente sozinha, com a terapeuta.

Esta descoberta da cliente deixou-a aparentemente surpresa e confusa, podendo vir a obter efeitos mais duradouros se transposta para outros contextos fora da sessão.

Algumas sessões mais tarde, mais concretamente na 21ª sessão, a cliente abordou, receosa, um novo assunto: a sexualidade. A Amanda considera que este tema é um tabu e, portanto, começa espontaneamente a descrever os seus comportamentos/relações sexuais com muito embaraço, deixando entrever a sua carência e necessidade de manter relações afetivas e também sexuais.

Deste diálogo, ressaltou a capacidade de A. em estabelecer uma ligação entre o que é do domínio sexual e do domínio afetivo, sendo esta interligação de assuntos pouco habitual nesta população.

A cliente referiu ainda o seu enorme desejo de conhecer um homem que gostasse e cuidasse dela quando os pais viessem a falecer. A capacidade de interligação de assuntos relacionados mas de áreas diferentes é muito representativo, tendo em conta o suposto

comprometimento das capacidades cognitivas da Amanda (área de interesse motiva cognição (Peters, 2000).

Toda esta verbalização foi acompanhada por música ambiente suave e numa dinâmica pianíssimo, tendo em vista o relaxamento que, habitualmente, a música proporciona. Após a improvisação instrumental, a Amanda revelou sentir-se aliviada, aproveitando ainda para realizar uma outra utilizando técnicas de coping.

Na última sessão, e após preparação prévia para o término da intervenção contemplada no presente estágio académico, gravámos uma improvisação que facultei à Amanda, posteriormente, em formato de cd, de modo a que a mesma pudesse conservar uma recordação material daquelas sessões.

Após algum período de reflexão sobre a intervenção realizada com a Amanda, concluiu-se que os resultados relacionados com as metas estabelecidas foram parcialmente positivos.

Discussão

Sentiu-se que o facto de a intervenção ter apenas a duração de 6 meses fez com que a evolução e o caminho a percorrer nas sessões com os clientes tenha sido algo limitado.

O final do estágio veio interromper o progresso terapêutico, sendo que poderia ter tido um maior impacto se pudesse ser desenvolvido a longo prazo. De facto, foram necessários 6 meses para que a atividade musical e a improvisação viessem a permitir uma expressão de formas alternativas de estar por parte da Carolina e da Amanda.

Por outro lado, a irregularidade das sessões pode ter atrasado um pouco um processo que, já de si, iria ter um tempo relativamente curto. Esta irregularidade devia-se a ocasionais deslocções da Carolina para a casa de férias da família, bem como à realização de uma operação cirúrgica por parte da Amanda.

A pouca formação prática da terapeuta pode ter levado a que a exploração e identificação de potenciais caminhos, surgidos em sessão, tenham sido mais contidos e vagarosos.

Relativamente aos objetivos gerais estabelecidos observaram-se diferentes resultados conforme o cliente e o objetivo em questão.

A promoção de expressividade e criatividade foi um dos principais objetivos a ser visados, tendo os clientes aderido de forma positiva. Contudo, a ação de expressão e criação na música esteve dependente, por um lado, da duração necessária ao estabelecimento de empatia entre terapeuta e cliente e, por outro lado, pela resistência ou adesão do cliente ao espaço terapêutico e à terapeuta. Esta diferença na rapidez desta aquisição poderá estar relacionada com:

- Anterior exposição a terapias (e mais especificamente, à musicoterapia), sendo que os clientes que já tinham frequentado sessões de musicoterapia poderiam estar mais recetivos e familiarizados com o processo;

- Maior dificuldade em estabelecer relações interpessoais, aumentando o período de estabelecimento de empatia;

- O historial de resistência ou adesão a terapias de carácter lúdico.

O desenvolvimento e/ou manutenção de capacidades cognitivas (consciência, concentração e memória) foi outro objetivo inserido nas intervenções realizadas. Com alguns clientes este foi parcialmente desenvolvido, podendo não abordar todas as componentes. As dificuldades encontradas no estabelecimento deste objetivo podem se prender com o

comprometimento das capacidades cognitivas dos clientes ou, pode simplesmente dever-se ao facto da intervenção ter-se focado noutros temas mais presentes no setting terapêutico.

Outro dos objetivos pretendidos era o desenvolvimento de respostas adaptativas face a estímulos externos. Foi notória a facilidade e dificuldade sentidas pelos clientes na sua resposta a estímulos externos em forma de ritmos e melodias. Tal pode relacionar-se com a capacidade de resposta e de flexibilidade do cliente, com a não cooperação do cliente em querer se adaptar, ou ainda, com a intensidade dos estímulos externos que poderia não ser suficientemente forte para suscitar um desconforto que necessitasse de uma resposta adaptativa.

Por fim, procurou-se introduzir a promoção de equilíbrio e insight, visando uma estruturação da personalidade. Relativamente a este último objetivo obteve-se respostas muito variadas. Alguns dos clientes desenvolveram este ponto muito positivamente, enquanto outros não o desenvolveram de todo. Estas diferentes respostas podem estar relacionadas, mais uma vez, com o comprometimento das capacidades cognitivas dos clientes que não permitiram que estes fossem capazes de exteriorizarem e refletirem sobre as suas vivências, sentimentos e/ou emoções, seja devido à deficiência intelectual ou ao embotamento afetivo. Por outro lado, determinados clientes só nas últimas sessões terapêuticas permitiram a abertura de canais de comunicação e expressão que permitissem a realização de insight. Assim sendo, este objetivo talvez pudesse ter surgido no contexto terapêutico caso a intervenção se prolongasse.

Relativamente aos objetivos específicos serão abordados aqueles respeitantes apenas aos dois estudos de caso, começando por nos referir ao da Carolina.

Identificou-se como primeiro problema a questão da falta de autocontrolo da ansiedade. Assim sendo, estabeleceu-se como objetivo um trabalho focado no controlo da frustração e da motivação da cliente. Dentro deste objetivo, e de modo a alcançá-lo, foram definidos três sub-objetivos:

- Exploração da expressividade e da criatividade, tendo em vista a motivação;
- Promoção da expressão de sentimentos e diálogo musical;
- Desenvolvimento de técnicas de coping em situações de stress e de frustração.

O problema acima referido foi o foco principal de toda a intervenção terapêutica da Carolina. O trabalho centrado na motivação encontrou um grande impasse por parte da cliente. Este poderá estar relacionado com o facto de a Carolina ser habitualmente muito resistente a terapias lúdicas, ou por a mesma poder ser muito insegura, especialmente no que diz respeito ao manuseamento dos instrumentos musicais – esta última observação está diretamente relacionada com a questão da frustração devido aos tremores da cliente que a

dificultam na sua ação musical. Ou ainda, a ambas as hipóteses sugeridas. Esta situação em que a frustração emergiu demonstrou que a Carolina teria dificuldade em lidar com as suas dificuldades motoras. Nesta fase do processo, poderiam ter sido introduzidas as técnicas de coping. Contudo, estando a terapia numa fase tão inicial do estabelecimento de empatia, considerou-se ser prematura a aplicação desta abordagem. Todos estes acontecimentos poderão ter estado na base do atraso na promoção da expressão de sentimentos e diálogo musical, que terá surgido somente nas sessões finais. Por outro lado, o embotamento afetivo, segundo problema a abordar de seguida, poderá ter sido um bloqueio dos canais de comunicação, atrasando o desenvolvimento deste sub-objetivo.

Relativamente ao embotamento afetivo da cliente, fora estabelecido como objetivo a promoção da autoestima da mesma (que estará diretamente relacionado com a insegurança anteriormente referida) e a expressão afetivo-emocional. De modo a introduzir estes, explorou-se não só a expressão de emoções/sentimentos/vivências internas, como a experiência musical como terreno de aprendizagem, reconhecendo e modificando padrões de comportamento. O facto de estes sub-objetivos terem surgido tão tarde na terapia, influenciou igualmente a duração dedicada a estes, sendo que a intervenção estaria destinada a terminar dentro de um mês. Assim, esta limitação poderá ter sido a justificação para que os resultados relativos a este ponto tenham sido tão diminutos em quantidade, embora significativos.

Quanto ao fraco autoconceito, também apresentado como segundo problema da cliente, não foi abordado porque o mesmo não surgiu em sessão. Assim sendo, o sub-objetivo do desenvolvimento de autoconceito e insight não foi explorado. Relativamente ao desenvolvimento do insight, a razão pela qual poderá não ter sido explorado, pode se encontrar estreitamente relacionado com a demora presenciada em fases do processo anteriores.

Focando, agora, os objetivos específicos relativos à Amanda, começaremos por apresentar a problemática do comportamento de oposição e os impulsos. Assim, foi estabelecido como objetivo a promoção da sua participação e a melhoria do seu controlo de impulsos. Sendo que este comportamento de oposição não emergiu em setting terapêutico, a maioria dos sub-objetivos delineados ficaram sem efeito (ver apêndice 2). Ainda assim, alguns deles foram atingidos com peso significativo, nomeadamente:

- Promoção da expressividade e da criatividade;
- Aceitação de críticas e/ou sugestões.

Relativamente ao primeiro, pode-se questionar se esta expressividade e criatividade será resultado da confiança da cliente no espaço terapêutico e na terapeuta, ou se estas se

devem ao facto da Amanda se sentir muito alegre após tomar conhecimento de que aquele espaço seria dedicado exclusivamente à mesma. Ambas poderão ter contribuído igualmente para este resultado.

Ainda referente ao comportamento de oposição, é pertinente questionar porque é que este comportamento não emergiu em terapia e, se seria benéfico que emergisse. Se sim, de que forma poderia ter-se trazido este comportamento para o seio das sessões.

A segunda problemática abordada foi o embotamento afetivo, tomando-se como objetivo o desenvolvimento da expressão afetiva. Este objetivo foi atingido com resultados significativos, havendo desenvolvimento em todos os sub-objetivos delineados.

A exploração da expressão de emoções, sentimentos e vivências internas foi vivida pela cliente, tanto através da palavra como da música. Notou-se uma grande facilidade por parte da Amanda na comunicação verbal e não-verbal, sendo que qualquer uma das duas poderia influenciar a evolução da outra. Num contexto puramente musical, a cliente conseguiu, até, viver um sentimento, o medo de estar só, que outrora sentira apenas quando sozinha. Esta situação da comunicação verbal e não-verbal pode levantar a questão de qual a expressão é que levou ao envolvimento da Amanda no processo terapêutico (a música ou a palavra). Por outro lado, a sua vontade de envolvimento parecia tão grande, que esta razão poderia ser suficiente para justificar um abraçar de ambas as abordagens pela Amanda.

O seguinte sub-objetivo foca-se no Insight para promover o autoconceito da cliente, acabando por se tornar no foco do trabalho terapêutico desenvolvido ao longo da intervenção. A cliente foi adquirindo maior capacidade de tomar consciência de si mesma, falando e sentindo. Tal pode ter sucedido devido à aparente capacidade e/ou vontade da cliente em se partilhar e, conseqüentemente, em se descobrir (ou vice-versa). Contudo, o facto da terapia se desenrolar em formato individual, em vez de grupal, poderá ter exponenciado a exploração de algumas temáticas que poderiam causar, de outra forma, algum embaraço.

Por fim, surge como sub-objetivo a experiência musical como terreno de exploração e aprendizagem, de modo a reconhecer e/ou alterar comportamentos padrão. A Amanda pareceu aproveitar a experiência, e reconhecer comportamentos padrão, começando posteriormente a modificá-los. Tal acontecimento pode estar relacionado com a sua aparente confiança no espaço terapêutico e na terapeuta, sentindo então alguma independência e segurança para sair da sua zona de conforto e explorar/experimentar. Por outro lado, a aparente necessidade sentida pela Amanda em ter um espaço focado em si, pode ter sido motivo suficiente para, aquando do aparecimento deste, a cliente ter imediatamente aproveitado o espaço de forma adequada para se estruturar.

Embora não contempladas nos sub-objetivos, as técnicas de coping surgiram na terapia com elevado impacto. Estas foram desenvolvidas com a cliente de forma a dar resposta a um comportamento de bloqueio característico da Amanda em determinadas circunstâncias. Estes momentos marcaram uma mudança na intervenção, iniciando-se, então, uma alteração subtil de uma resposta adaptada a estímulos externos e internos concretos (a questão do medo da solidão). Acredita-se que o positivismo destas respostas poderá estar relacionado com uma associação da atividade (técnica de coping), a ser utilizada fora da sessão, com o sentimento de segurança e pertença vivido na sessão. Ou seja, a transposição de uma atividade, habitualmente explorada em sessão, para outros contextos exteriores à mesma, pode simular as sensações do estar em sessão, podendo transmitir segurança e refúgio.

É, ainda, importante referir o facto de as sessões terem-se desenvolvido num setting terapêutico individual e questionar se esta escolha é benéfica comparativamente a um setting terapêutico grupal. Como já foi anteriormente referido, o setting terapêutico individual foi seleccionado pela terapeuta e teve resultados positivos, verbalizados pelos clientes. Contudo, a dúvida permanece se não deveria ter surgido, caso houvesse mais tempo, também, momentos de terapia grupal.

Conclusão

Após a realização de um ano de estágio na instituição CERIC – Espaço da Luz, esta intervenção parece revestir-se de grande relevância. Os clientes têm acesso, através da musicoterapia, a um espaço lúdico-terapêutico onde lhes é permitido explorar a sua identidade e as suas capacidades de interação, melhorando a sua expressão e identificação/diferenciação. Tal, reflete-se, posteriormente, numa melhor forma de estar com o outro, podendo esta boa relação se extrapolar ao dia-a-dia e às mais diversas atividades que frequentam. O facto de a música ser usada como linguagem e como forma de expressão numa população que tanta dificuldade demonstra em fazê-lo através da via verbal, é o principal fator que elege a musicoterapia como uma mais-valia para a instituição.

Relativamente à duração da intervenção e o facto de tal ter surgido como uma limitação, conclui-se que o tempo foi um fator relevante. Contudo, a pouca experiência prática da terapeuta, exponenciou este sentimento de que o tempo seria limitado. Considera-se que a irregularidade das sessões não interrompeu o fluxo terapêutico. A acrescentar ao apresentado, surge a variável (cliente) que, conforme adesão ou resistência à terapia, tornou possível um maior ou menor aproveitamento do espaço, respetivamente.

Segue-se uma descrição das hipóteses que se consideram mais acertadas para justificar cada um dos objetivos gerais:

- Promoção da expressividade e da criatividade – Este ponto encontra-se diretamente relacionado com a resistência ou adesão do cliente ao espaço terapêutico. Tal deve-se principalmente a uma anterior exposição dos clientes à musicoterapia. Também a dificuldade ou facilidade em estabelecer relações interpessoais foi relevante para o desenvolver deste objetivo;

- Desenvolvimento e/ou manutenção de capacidades cognitivas – o comprometimento ou não das capacidades cognitivas surge como o principal fator para o sucesso/insucesso da aplicação deste objetivo. No caso da Amanda, em que este processo foi bastante desenvolvido, a abordagem foi realizada através da introdução de variados temas, tendo a cliente capacidades cognitivas suficientes para se realizar este trabalho. No caso da Carolina, e apesar de a mesma ter capacidades cognitivas significativas, houve uma lentificação do processo que só foi aplicado através de jogos musicais. Assim, não foi sentido como um entrave, a existência de outros temas em sessão, nem terá sido a capacidade cognitiva do cliente a razão pela qual este objetivo não terá sido desenvolvido;

- Desenvolvimento de respostas adaptativas face a estímulos externos – Considerou-se que o fator mais relevante para que este ponto fosse desenvolvido, seria a capacidade de resposta e flexibilidade do cliente. As outras hipóteses elaboradas no capítulo da discussão consideram-se pertinentes, contudo, não aparentam ter modificado significativamente os resultados. A Amanda demonstrou ter capacidade de resposta aos estímulos musicais, sendo cooperante, e obtendo resultados muito positivos. A Carolina demonstrou ser cooperante. A intensidade dos estímulos seria média e a sua flexibilidade encontrava-se algo diminuída, dificultando a adaptação a estímulos externos;

- Promoção de equilíbrio e insight – Neste objetivo, o comprometimento das capacidades cognitivas representou um papel muito importante. Quanto menores as capacidades cognitivas, menor o êxito em realizar trabalho de insight. Tal está fortemente relacionado com a problemática da deficiência intelectual. Também o embotamento afetivo tem um papel, menos significativo, na aplicação deste ponto, lentificando a abertura de canais de comunicação e expressão. A Amanda aparentou ter facilidade em todas as componentes deste objetivo. Já a Carolina, tendo demorado mais no processo de abertura de canais devido a um embotamento afetivo, conseguiu igualmente realizar em parte este trabalho.

Irão ser abordadas de seguida as conclusões referentes aos objetivos específicos da Amanda e da Carolina, iniciando-se com esta última.

O objetivo de controlar a frustração e trabalhar a motivação surgiu em sessão com a dificuldade motora da Carolina. Considera-se que a dificuldade em lidar com este problema levou a um sentimento de frustração, que por sua vez criou insegurança, criando uma barreira de resistência à terapia, o que resultou num processo mais vagaroso.

Quanto ao embotamento afetivo, também relacionado com as questões referidas no parágrafo anterior, procurou-se promover a autoestima e a exploração afetiva. Sentiu-se que os sub-objetivos tiveram um desenvolvimento tardio, devido a um prolongamento necessário e relevante do primeiro objetivo referido. Contudo, e caso a intervenção tivesse continuado, não se prevê que surgisse algum motivo diferente dos referidos que incapacitasse a cliente de se envolver neste processo terapêutico.

O problema do autoconceito não foi abordado pois não chegou a emergir nas sessões. Prevê-se que o insight, inserido nesta categoria, fosse possível de ser abordado com maior profundidade caso a intervenção tivesse continuidade.

A Amanda teve como primeiro objetivo a ser desenvolvido, a promoção da sua participação e a melhoria de controlo de impulsos. Contudo, a problemática referente a este objetivo não emergiu em sessão. Assim, foi ainda trabalhada a expressividade e a criatividade

com bons resultados, sendo a razão apontada para justificar esta situação, a da confiança da cliente no espaço terapêutico e na terapeuta, bem como a sua enorme vontade de se expressar.

Considera-se que o comportamento de oposição da Amanda não surgiu em sessão devido ao modo como a cliente encarou o espaço desde o início da intervenção. Este espaço era exclusivamente dedicado à cliente, não existindo confronto entre duas vontades, fator este sentido pela Amanda com muita felicidade. Pensa-se que a abordagem desta característica da Amanda numa fase mais adiantada e consistente da relação terapêutica e da intervenção teria sido benéfica. Esta abordagem seria feita recorrendo ou a um confronto musical, em que a terapeuta direcionaria a atividade musical de modo a criar desconforto e fricção, ou utilizando a palavra através de uma crítica mais assertiva de alguns dos seus comportamentos.

O objetivo da exploração afetiva foi recorrente nas sessões, tanto verbalmente como musicalmente. Respondendo à questão de qual das duas abordagens (musical ou falada) teria causado mais envolvimento da cliente no processo terapêutico, conclui-se que ambas tiveram muita importância. A música, surgiu inicialmente como forma de abertura de canais de comunicação e expressão, sendo que esta expressão e comunicação foi posteriormente mais desenvolvida na palavra falada. Contudo, e de modo a desenvolver respostas adaptativas a estímulos externos e internos, aplicou-se então uma técnica musicoterapêutica de coping. Este último passo no processo foi de grande relevância, marcando uma mudança na consciência da cliente de como utilizar o espaço. Para além disto, a abordagem dinâmica da musicoterapia permitiu uma vivência presente de alguns problemas já expostos verbalmente.

O trabalho do autoconceito através do insight teve como maior instigador a própria vontade da Amanda, que logo que se apercebeu de como utilizar o espaço terapêutico e dada a sua ânsia em realizar esta descoberta de si mesma, potenciou naturalmente o desenvolvimento deste ponto.

De facto, no caso da Amanda, o processo terapêutico foi sentido como muito fluido e bem recebido, principalmente devido à necessidade sentida pela cliente em ter um espaço único em que pudesse, com ajuda, se descobrir e explorar. A segurança e a sensação de refúgio transmitida à cliente, juntamente com a sua abertura, permitiu que a Amanda pudesse mesmo utilizar a experiência musical para começar a modificar um padrão de comportamento/reação. Foi neste ponto que as técnicas de coping tiveram grande relevância, sendo esta verbalizada pela própria Amanda.

Considera-se ainda que o formato individual das sessões foi benéfico para as sessões realizadas no estágio curricular, sendo verbalizado por praticamente todos os clientes que a existência de um espaço dedicado somente a eles próprios era agradável, permitindo a

exposição de sentimentos, emoções e vivências que os clientes não queriam partilhar com os técnicos e colegas com quem se encontram todo o dia. Contudo, seria de considerar uma abordagem grupal numa fase posterior e mais madura da intervenção em que os clientes já soubessem utilizar e transpor ferramentas adquiridas num setting individual.

Reflexão

A oportunidade que tive ao realizar o estágio através de uma intervenção musicoterapêutica, foi experienciada, ao início, com alguma insegurança. Pela primeira vez, iria realizar o que foi aprendido e estudado durante o primeiro ano de mestrado. Não sabia se iria ter a capacidade para “ler” as reações dos clientes, e posteriormente, de guiar o cliente naquela viagem de descoberta e potencial evolução.

Com a ajuda da minha supervisora, fui aprendendo a encontrar e melhorar as abordagens que fazia, bem como as interpretações, educando, assim, a minha capacidade de observação e resposta adequada.

No final da intervenção, foi com tristeza que as sessões foram terminadas. Senti que os desenvolvimentos atingidos no final da intervenção, só agora sugeriam abertura para um trabalho benéfico para os clientes. Alguns dos clientes, no entanto, iniciaram então esse trabalho. Nestes casos, o término das sessões foi sentido por mim de forma ainda mais penosa. Os caminhos que estavam já a ser percorridos revestiam-se de tanta importância para os clientes e para mim, o que me tornou difícil um afastamento, sabendo que este último iria deixar um trabalho bem encaminhado, por acabar.

Referências Bibliográficas

- Ajuriaguerra, J., & Marcelli, D. (1991). *Psicopatologia Infantil*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Amiralian, R. (1986). *Psicologia do Excepcional*. São Paulo: EPU.
- Arteche, A. (2003). *O Impacto do Trabalho nas Variáveis Coping e Bem-Estar*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Psicologia, Rio Grande do Sul.
- Baker, F., & Wigram, T. (2005). *Songwriting: methods, techniques and clinical applications for music therapy clinicians, educators and students*. London: Jessica Publishers.
- Benenzon, R. (1985). *Manual de Musicoterapia*. Rio de Janeiro, Brasil: Enelivros.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação*. Porto: Porto Editora.
- Borg, W., & Gall, M. (1989). *Educational Research: An Introduction*. New York: Longman.
- Bruscia, K. (1991). *Case Studies in Music Therapy*. Gilsum NH: Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. (2000). *Definindo Musicoterapia* (2ª edição ed.). Rio de Janeiro: Enelivros.
- Bunt, L., & Hoskyns, S. (2002). *The Handbook of Music Therapy*. Hove: Brunner-Routledge.
- Cohen, M., Manion, L., & Morrison, K. (2000). *Research Methods in Education*. New York: Routledge.
- Cunha, R., & Volpi, S. (2008). Prática da Musicoterapia em Diferentes Áreas de Atuação. 85-97.
- Koscielak, R. (1996). Feeling of Loneliness in young adults with mild mental retardation. *European Journal on Mental Disability, 3* (12), 31-43.
- Moran, J. (1998). *Mudanças na comunicação pessoal*. São Paulo: Paulinas.
- Morato, P. (1998). Deficiência Mental e Aprendizagem. Um estudo sobre a cognição espacial de crianças com trissomia 21.
- Nordoff, P., & Robbins, C. (1997). *Creative Music Therapy: Individualized Treatment for the Handicapped Child*. New York: The John Day Company.
- Oldfield, A., & Adams, M. (1990). The effects of music Therapy on a group of profoundly mentally handicapped adults. *Journal of Intellectual Disability Research, 34*, 107-125.
- OMS. (1998). *Organização Mundial de Saúde*. Obtido em 11 de Outubro de 2013, de <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol4.html#6>.
- Patton, M. (2001). *Qualitative Research & Evaluation Methods* (3ª Edição ed.). London: Sage Publication.
- Peters, J. (2000). Music Therapy For Individuals Who have Severe, Multiple Disabilities. In *Music Therapy: An Introduction*. Springfield: Charles C. Thomas.

- Ponte, J. (1994). [http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/jponte/docs-pt/94-Ponte\(Quadrante-Estudo%20caso\).pdf](http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/jponte/docs-pt/94-Ponte(Quadrante-Estudo%20caso).pdf). Obtido em 20 de Dezembro de 2013, de educ.fc.ul.pt: [http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/jponte/docs-pt/94-Ponte\(Quadrante-Estudo%20caso\).pdf](http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/jponte/docs-pt/94-Ponte(Quadrante-Estudo%20caso).pdf)
- Rogers, C. (2000). *Tornar-se Pessoa*. Brasil: Padrões Culturais.
- Ruud, E. (1990). *Caminhos da Musicoterapia*. São Paulo: Summus.
- Simpson, M., & Tuson, J. (1997). *Using Observations in Small-Scale Research*. Glasgow: SCRRE.
- Sousa, T. (2007). Obtido em 23 de Janeiro de 2014
- Stake, R. (1995). *The art of Case Study Research*. California, USA: Sage Publications.
- Uricoechea, A. (1993). *A Pessoa Portadora de Necessidades Especiais: A Música e a Musicoterapia*. Trabalho elaborado para o 1º curso de Especialização – Musicoterapia na Educação Especial, Universidade Federal de Góias, Goiânia.
- Von Baranow, A. L. (1999). *Musicoterapia: Uma Visão Geral*. Rio de Janeiro: Enelivros.
- WFMT. (2011). <http://www.wfmt.info/wfmt-new-home/about-wfmt/>. Obtido em 23 de Janeiro de 2014
- Wigram, T. (2004). *Improvisation - Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators, and Students*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Winnicott, D. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora.

Apêndices

Apêndice 1: Planos Terapêuticos Individuais

NOME DO CLIENTE: Eva

IDADE: 40

INÍCIO DA INTERVENÇÃO: Janeiro de 2014

DIAGNÓSTICO

Deficiência Intelectual ligeira

INFORMAÇÕES PRIORITÁRIAS

PROBLEMA Nº 1

Embotamento afetivo

OBJETIVO

Promover a expressão sentimentos e emoções

SUB-OBJETIVOS

Expressar emoções e sentimentos de forma adequada

Reduzir comportamentos incorretos e impulsivos

Explorar emoções e vivências afetivas

PROBLEMA Nº 2

Frágil auto-conceito

OBJETIVO

Desenvolver expressão e auto-estima

SUB-OBJETIVOS

Explorar a expressividade e criatividade

Desenvolver o auto-conceito

Utilizar a experiência musical enquanto terreno de expressão e aprendizagem, reconhecendo padrões de comportamento e a situações que a criação musical partilha com a vida.

Nome do cliente: Joaquim

IDADE: 30

INÍCIO DA INTERVENÇÃO: Janeiro de 2014

DIAGNÓSTICO

Deficiência Intelectual ligeira

Informações Prioritárias

Apresenta alguns traços do espectro autista

Problema nº 1

Embotamento afetivo

Objetivo

Promover a expressão afetivo-emocional

Sub-objetivos

Explorar a expressividade e a criatividade	Expressão e exploração de emoções, sentimentos e vivências	Utilizar a experiência musical enquanto terreno de expressão e aprendizagem, reconhecendo padrões de comportamento e a situações que a criação musical partilha com a vida.
--	--	---

Problema nº 2

Dependência e isolamento social

Objetivo

Desenvolver auto-confiança e promover o relacionamento com os outros

Sub-objetivos

Adotar uma postura mais adaptativa	Promover iniciativa de socialização	Desenvolver a iniciativa e estratégias de adaptação a ambientes diferentes
------------------------------------	-------------------------------------	--

Nome do cliente: Paulo

IDADE: 35

INÍCIO DA INTERVENÇÃO: Janeiro de 2014

DIAGNÓSTICO

Deficiência Intelectual ligeira

Informações Prioritárias

Apresenta alguns traços do espectro autista

Problema nº 1

Fraco controle de impulsos

Objetivo

Controle e gestão de impulsos

Sub-objetivos

Aprender a dominar e a redirigir a agressividade para atividades prazerosas e satisfatórias	Aceitação da crítica como mudança de comportamento	Desenvolver técnicas de coping, e situações de stress e frustração
---	--	--

Problema nº 2

Embotamento afetivo

Objetivo

Promover a expressividade de sentimentos e emoções

Sub-objetivos

Explorar a expressividade e a criatividade	Explorar e expressar emoções e vivências internas	Desenvolver o seu auto-conceito através de insight
--	---	--

Nome do cliente: Roberto

IDADE: 35

INÍCIO DA INTERVENÇÃO: Janeiro de 2014

DIAGNÓSTICO

Deficiência Intelectual ligeira

Informações Prioritárias

Apresenta alguns traços do espectro autista

Problema nº 1

Comunicação pouco sofisticada

Objetivo

Promover comunicação verbal e não verbal
--

Sub-objetivos

Explorar a expressividade e criatividade (motivação)	Consciencializar o espaço de si e do outro	Facilitar estratégias de coping (diálogo musical)
--	--	---

Problema nº 2

Dependência

Objetivo

Desenvolver a independência

Sub-objetivos

Desenvolver a iniciativa e estratégias de adaptação a ambientes diferentes	Gerir e saber resolver problemas autonomamente	Promover a autonomia na comunidade
--	--	------------------------------------

Nome do cliente: Rui

IDADE: 35

INÍCIO DA INTERVENÇÃO: Janeiro de 2014

DIAGNÓSTICO

Deficiência Intelectual ligeira

Informações Prioritárias

Problema nº 1

Comunicação pouco sofisticada/Embotamento afetivo

Objetivo

Promover a expressão de sentimentos e emoções/Comunicação verbal e não verbal

Sub-objetivos

Explorar a expressividade e criatividade	Utilizar a experiência musical enquanto terreno de expressão e aprendizagem, reconhecendo padrões de comportamento e a situações que a criação musical partilha com a vida.	Expressão de emoções e sentimentos (diálogo musical)
--	---	--

Problema nº 2

Auto-conceito

Objetivo

Desenvolver auto-conceito/autonomia

Sub-objetivos

Explorar emoções e vivências internas	Consciência do espaço de si e do outro	Desenvolver o auto-conceito através de insight
---------------------------------------	--	--

Nome do cliente: Tatiana

IDADE: 40

INÍCIO DA INTERVENÇÃO: Janeiro de 2014

DIAGNÓSTICO

Deficiência Intelectual ligeira

Informações Prioritárias

Problema nº 1

Auto-conceito

Objetivo

Melhorar a auto-imagem

Sub-objetivos

Explorar a expressividade e criatividade	Explorar e expressar emoções e sentimentos e emoções	Desenvolver um auto-conceito através do insight
--	--	---

Nome do cliente: Ricardo

IDADE: 30

INÍCIO DA INTERVENÇÃO: Janeiro de 2014

DIAGNÓSTICO

Deficiência Intelectual ligeira

Informações Prioritárias

Apresenta alguns traços do espectro autista

Problema nº 1

Frágil auto-conceito

Objetivo

Desenvolver expressão e auto-estima

Sub-objetivos

Explorar a expressividade e criatividade	Desenvolver o auto-conceito	Explorar emoções e vivências
--	-----------------------------	------------------------------

Problema nº 2

Fraca sociabilidade

Objetivo

Promover o relacionamento com o outro

Sub-objetivos

Promover a iniciativa	Promover diálogo e interação musical	Facilitar estratégias de adaptação a ambientes diferentes
-----------------------	--------------------------------------	---

Apêndice 2: Plano Terapêutico Individual

Nome do cliente: Amanda

IDADE: 42	INÍCIO DA INTERVENÇÃO: Janeiro de 2014
-----------	--

DIAGNÓSTICO
Doença mental congénita e permanente, dependente de terceiros; Incapacidade de Grau III superior a 60% do Artigo 341/93 de 30 de Setembro.

Informações Prioritárias
Inserida na CERCIS Lisboa, CAO Espaço da Luz

Problema nº 1
Comportamento de oposição/impulsos

Objetivo
Participar e controlar impulsos

Sub-objetivos		
Explorar a expressividade e criatividade	Saber aceitar críticas e sugestões/reduzir comportamentos desadequados.	Respeitar a propriedade e privacidade do outro

Problema nº 2
Embotamento afetivo

Objetivo
Desenvolver a expressão afetivo-emocional

Sub-objetivos		
Explorar e expressar emoções, sentimentos e vivências internas	Promover o autoconceito através do desenvolvimento de capacidade de insight	Utilizar a experiência musical enquanto terreno de expressão e aprendizagem, reconhecendo e alterando padrões de comportamento em situações que a criação musical partilha com a vida.

Apêndice 3: Plano Terapêutico Individual

Nome do cliente: Carolina

IDADE: 44	INÍCIO DA INTERVENÇÃO: Janeiro de 2014
-----------	--

DIAGNÓSTICO
Atraso intelectual moderado (Q.I. entre 35 e 49). Angioma e mal comicial.

Informações Prioritárias
Inserida na CERCIS Lisboa, CAO Espaço da Luz

Problema nº 1
Autocontrolo da ansiedade

Objetivo
Controlar a frustração e motivação

Sub-objetivos		
Explorar a expressividade e criatividade (motivação)	Promover a expressão de sentimento e o diálogo musical	Desenvolver técnicas de coping em situações de stress e frustração

Problema nº 2
Embotamento afetivo/Fraco autoconceito

Objetivo
Promover a auto - estima e expressão afetivo-emocional

Sub-objetivos		
Explorar e expressar emoções, sentimentos e vivências internas	Desenvolver o autoconceito através de insight	Utilizar a experiência musical enquanto terreno de expressão e aprendizagem, reconhecendo e modificando padrões de comportamento e a situações que a criação musical partilha com a vida.

Apêndice 4: Exemplos de Grelhas de Observação

Cliente: Amanda

Data:

Itens a observar	Observações
Expressividade e Criatividade	
Aceitação de críticas/ adequar comportamentos	
Respeitar propriedade privacidade	
Expressar emoções, sentimentos e vivências	
Autoconceito e insight	
Reconhecer e alterar padrões	

Cliente: Carolina

Data:

Itens a observar	Observações
Expressividade e Criatividade	
Diálogo musical, expressão de afetos	
Coping em situações de stress e frustração	
Emoções, sentimentos e vivências internas	
Autoconceito e Insight	
Reconhecer e reformar padrões de comportamento	

Cliente: Eva

Data:

Itens a observar	Observação
Expressão de emoções e sentimentos adequadamente	
Comportamentos impulsivos/controle	
Emoções e vivências afetivas	
Expressividade e Criatividade	
Autoconceito	
Reconhecer padrões e alteração dos mesmos	

Cliente: Joaquim

Data:

Itens a observar	Observações
Expressividade e Criatividade	
Emoções, sentimentos e vivências	
Reconhecer e alterar padrões	
Postura adaptativa	
Iniciativa de socialização	
Adaptação a ambientes diferentes	

Cliente: Paulo

Data:

Itens a observar	Observação
Dominar e redirecionar a agressividade	
Aceitação da crítica	
Coping em situações de stress e frustração	
Expressividade e Criatividade	
Emoções e vivências internas	
Autoconceito e Insight	

Cliente: Roberto

Data:

Itens a observar	Observações
Expressividade e Criatividade	
Consciência do espaço do si e do outro	
Diálogo musical (coping)	
Iniciativa e adaptação a ambientes diferentes	
Autonomia em resolução de problemas	
Autonomia na interação e comunidade	

Cliente: Ricardo

Data:

Itens a Observar	Observações
Expressividade e Criatividade	
Reconhecer padrões e alterá-los	
Diálogo musical (emoções e sentimentos)	
Emoções e vivências internas	
Consciência do espaço do si e do outro	
Autoconceito e insight	

Cliente: Rui

Data:

Itens a observar	Observações
Expressividade e Criatividade	
Autoconceito	
Emoções e Vivências	
Iniciativa	
Diálogo e interação musical	
Adaptação a ambientes diferentes	

Cliente: Tatiana

Data:

Itens a observar	Observações
Expressividade e Criatividade	
Sentimentos e emoções	
Autoconceito e insight	
Autonomia na resolução de problemas	
Adaptação a ambientes diferentes	
Coping em situações de stress e frustração	

Apêndice 5: Registos de Sessão

Amanda

Registo de sessão

28 de Março

Descrição:

A Amanda descreveu a sua semana e uma situação em que ficou sozinha e utilizou a técnica de coping treinada durante a sessão na semana passada. Diz que funcionou durante um curto momento mas, no entanto, após ter parado, começou a chorar tal como anteriormente acontecia. Falamos sobre o facto de esta técnica poder demorar algum tempo a trazer resultados de modo eficaz.

Continuámos a treinar estas técnicas de coping durante a sessão, utilizando a improvisação vocal e corporal (meios que a cliente terá à disposição quando estiver sozinha). No final da improvisação, a Amanda fechou os olhos de modo a sentir e absorver o momento. Aquando desta ocasião, a Amanda sentiu que estava sozinha e começou a sentir o mesmo que quando está nesta situação, medo. Descreveu que estava num quarto muito escuro sozinha e que tinha muito medo.

Posteriormente, disse para a cliente abrir lentamente os olhos. Observei então que estávamos ambas numa sala com muita luz. A cliente disse então que já se estava a sentir melhor.

A Amanda falou um pouco ainda sobre este medo e sobre a frequência destes medos e reações respetivas.

Amanda

Registro de Sessão

30 de Maio

Descrição:

A cliente começou por descrever a sua semana, falando dos seus problemas habituais: relação com amigos, separação do ex-namorado, medo de estar só, e não facilitação de relações sexuais com um amigo exterior ao centro.

A Amanda descreveu que nos momentos em que estava sozinha e tinha medo, as técnicas musicoterapêuticas de coping estavam a funcionar, mas de modo temporário, pelo que será algo provisório.

Fizemos uma pequena improvisação musical no final da sessão, que a Amanda descreveu como tendo sido boa, e como se tendo sentido aliviada.

Dados Relevantes:

A cliente demonstra capacidades para ingressar numa terapia verbal de modo continuado, e aparenta ter necessidade disso, sendo a expressão verbal muito natural para a mesma. Durante as improvisações musicais, a mesma comenta (diversas vezes) que é "fantástico!" e demonstra sentir-se aliviada. Os problemas descritos pela Amanda, convergem na mesma direção, que é o medo de estar sozinha. Assim sendo, tem dificuldade em lidar com o afastamento ou término de relações, centrando-se nela próprio e revelando, por vezes, uma incapacidade para compreender/aceitar (a presença/atitudes) do outro.

Há ainda, algum receio em abordar o tema da sexualidade, que lhe surge como tabu, mas tal tem vindo a ser ultrapassado nas sessões, e a mesma já começa a usar os termos adequados ("fizemos sexo" em vez de "fizemos aquilo, você sabe").

Carolina

Registro de Sessão

21 de Fevereiro

Descrição:

A Carolina sentou-se de costas para as janelas.

Quis tocar metalofone, mas sentiu dificuldade e desistiu por causa dos tremores, passando então a tocar o djembé e o tambor (foi neste último que a cliente tocou mais tempo).

Muitas vezes, a cliente saía da pulsação, e parava mesmo de tocar durante alguns segundos.

Aspetos Relevantes:

Pareceu-me que havia alguma frustração quando se confrontou com a impossibilidade de tocar metalofone devido às tremuras (resmungou entre dentes).

No início, a Carolina adotou uma postura de aluna, pelo que reforcei que a dinâmica do espaço terapêutico.

A sua incapacidade para manter uma pulsação e para tocar comigo, parece-me demonstrar falta de confiança da cliente.

No final da sessão, e intercalada com atitudes de desistência (parar de tocar e abanar a cabeça "não"), creio que a Carolina mostrou algum entusiasmo, mantendo um ritmo e pulsação durante cerca de 30 segundos (sorrindo no mesmo tempo). Tal parece-me ser revelador de um ganhar de confiança no espaço.

Quis acabar a sessão assim que acabámos a improvisação, mas não saiu até perguntar se iríamos ter sessão na sexta-feira seguinte.

Carolina

Registo de Sessão

28 de Maio

Descrição:

A cliente elaborou (com muita ajuda da minha parte) uma história imaginada: Apareceu uma senhora à porta da CERCI, estava um dia de sol, que era professora de educação física. Esta senhora era amiga da Doutora Mónica, que teria falado das capacidades avançadas da Carolina durante as aulas de ginástica. A presença desta professora na CERCI dever-se-ia ao facto da mesma querer propor à Carolina dar-lhe aulas particulares, o que a cliente teria recusado. Assim sendo, a senhora ter-se-ia ido embora muito triste.

Posteriormente, foi feita uma improvisação onde cantei partes da história, tentando que a Carolina participasse; a mesma ia dizendo respostas às minhas perguntas. Durante a improvisação e nas suas respostas, a cliente alterou a história e decidiu aceitar as aulas particulares. Ainda nesta improvisação, a cliente riu-se muito.

No final da sessão, disse ter gostado da sessão.

Aspetos Relevantes:

Considero relevante o fato da Carolina ter conseguido contar uma história imaginada, devido à sua dificuldade de pensamento abstrato, à sua introversão (insegurança, desconfiança), e à sua dificuldade de expressão.

Parece-me que a Carolina, durante a improvisação ficou muito descontraída, algo que é muito importante para a cliente visto que a mesma está constantemente muito tensa.

A sua história também me parece ser importante. A cliente apresenta dificuldades a nível motor consideráveis, o que dificulta a realização de exercícios em ginástica. Assim sendo, esta história distancia-se em muito da realidade embora foque uma questão importante para a cliente.

Eva

Registo de Sessão
11 de Fevereiro

Descrição:

A cliente começou por se referir às suas faltas das sessões anteriores devido a doença. De seguida, continuámos com a atividade da 1ª sessão, modificar a letra da canção "Postal dos Correios" dos Rio Grande.

Aqui, a mesma adaptou (com a minha assistência) a letra para a sua realidade.

No final, fizemos duas pequenas improvisações, numa tocou metalofone e noutra tocou ovo. Nesta segunda, realizámos (durante cerca de 10 segundos) um jogo de pergunta-resposta.

Aspetos Relevantes:

A Eva conversou com aparente à vontade, falando das suas semanas e do novo estagiário de psicologia (que seria muito simpático). Manteve contacto visual e um sorriso na cara, demonstrando, assim, confiança no espaço terapêutico. Na modificação da letra, a cliente mencionou novamente o querer uma modificação para algo mais moderno, fazendo também referência aos estudos e trabalho (assunto que é focado diversas vezes, tal como o facto de ser solteira e viver com os pais).

Nas improvisações manteve um padrão rítmico. Quando fizemos um pequeno jogo de pergunta-resposta, a mesma começou a sorrir muito, aparentando gostar da atividade.

Na última improvisação, quando tentei mudar a pulsação, a cliente pareceu ter algumas dificuldades, acabando por parar de tocar, retomando depois sozinha, no tempo em que havia começado inicialmente. Numa segunda tentativa de aceleração da pulsação, a mesma já acompanhou e sorriu enquanto tocou, mantendo contacto visual. Tal aparenta que a Eva sentiu ultrapassar uma "meta", fazendo-a sentir-se bem.

Joaquim

Registro de Sessão

24 de Abril

Descrição:

A sessão começou com uma breve conversa, de modo a recordar a última sessão. O cliente referiu não se lembrar da história criada, mas quando comecei a fazer perguntas sobre a história e a inventar partes da história, o mesmo corrigia-me ou continuava (demonstrando que, afinal, se lembrava, muito embora não tenha sido capaz de o demonstrar sem ajuda). Durante este momento verbal, toquei alguns acordes no piano.

Posteriormente, começámos a improvisar (piano e percussão), sendo que eu cantava partes da história. O Joaquim ora sorria, ora começava a murmurar palavras e sons mas de modo quase inaudível, balançando o seu corpo.

No final da sessão, disse se sentir feliz.

Aspetos Relevantes:

Joaquim quis começar a tocar logo que entrou na sessão. Na maior parte do tempo, eu permaneci no piano. Ao longo das improvisações, introduzi voz cantada. Primeiramente, cantei a história criada pelo cliente na sessão anterior. Depois, o Joaquim lembrou-se da história (verbalizada, sem canto) com a minha assistência. Mais tarde, comecei a improvisar melodias com palavras inventadas. Nos momentos cantados, o cliente balançava-se com mais entusiasmo, e falava ou cantava, embora ainda que numa dinâmica muito piano (impossibilitando uma compreensão/audição do que o cliente estaria a fazer de modo exato).

Considero esta procura do João (em querer participar com a voz) de extrema importância, dada a sua dificuldade ao nível da expressão pessoal, e sendo a voz uma forma de expressão tão íntima. Os seus movimentos corporais e a ausência das estereotípias durante estes momentos, parecem revelar um grande conforto no espaço terapêutico. Os seus esporádicos sorrisos parecem indicar satisfação pela realização das atividades realizadas.

Paulo

Registo de Sessão

30 de Maio

Descrição:

O cliente iniciou a sessão com uma breve descrição da sua semana, referindo não ter tido a sessão de psicoterapia na quarta-feira. Disse sentir-se bem. Contudo, pela segunda vez, o Paulo diz querer tocar mas permanece muito tempo a contemplar os instrumentos. Não conseguiu escolher um, e começou a mostrar-se um pouco "chateado". Fizemos alguns alongamentos e exercícios de respiração. Posteriormente, e sendo que o cliente ainda estava relutante em tocar, comecei a tocar a piano e a cantar com observações do que via no cliente (improvisação tipo Juliette Alvin). O cliente reagiu com sorrisos e comentários, confirmando as minhas observações e acrescentando o próprio, mais comentários.

No final, mostrou-se pouco receptivo a escolher uma palavra para descrever a sessão, acabando por escolher as cores "vermelho, verde e azul" (as cores que se encontravam na sala). Disse que estas cores eram calmas e suaves.

Aspetos Relevantes:

De há cerca de 3 sessões, que o Paulo apresenta sinais de inquietação e de demora na entrega à sessão. Aparenta ter vontade de falar sobre o que sente, mas nem fala muito nem toca muito. Nesta sessão, o cliente não tocou nenhum instrumento, apesar de aparentar querer fazê-lo e estar naquele ambiente de setting de musicoterapia. Pareceu reagir bem à minha tentativa de comunicação e de "espelho" do seu estado de espírito.

Esta última associação das cores verbalizadas à sensação de calma e suavidade, pode estar relacionado com estas serem as cores da sala. Sendo isto verdade, o Paulo pode também ter associado as cores à sensação de estar em sessão.

Roberto

Registo de Sessão

30 de Maio

Descrição:

A sessão teve início com uma breve inquirição sobre como o cliente tinha vivenciado a semana. O cliente respondeu que tinha sido boa sem se alongar em mais detalhes. Começámos então a improvisar, indo o cliente (como tem sido habitual) para o piano, enquanto eu o acompanhava com instrumentos percussivos e voz. Posteriormente, comecei a ensinar o Roberto a tocar a melodia do tema "Maria" no piano (início da preparação de projeto musical). Entretanto, suspendemos esta atividade para voltarmos a improvisar, agora com ambos no piano. O cliente encontrava-se a tocar na parte dos graves do piano, e eu nos agudos, sendo que o Roberto realizava incursões aos agudos, quase tocando nas mesmas teclas que eu ao mesmo tempo.

Esta interação deu imediatamente lugar a uma outra, de conversa musical, envolvendo ritmo, notas e alternância. O cliente tocava uma nota com um ritmo e eu respondia com outra com o mesmo ritmo. Depois, acrescentávamos ritmos diferentes, ou tocávamos exatamente a mesma nota que o outro tinha tocado. Durante este momento, houve algum contacto visual. A conversa teve uma duração breve e retornou, posteriormente, à improvisação livre.

Para terminar a sessão, foi necessário cantar (enquanto o Roberto tocava, agora sozinho) que a sessão estava a chegar ao fim. No final, quando questionado sobre uma palavra representativa da sessão, o cliente respondeu que tinha gostado.

Aspetos Relevantes:

O cliente continua a demonstrar uma conversação ao nível concreto ("gostei da sessão", "gostei do piano"). Apresentou uma postura corporal relaxada e descontraída em toda a sessão em contraste com a sua postura habitual. Na improvisação inicial, apesar de aparentar estar concentrado e à procura de algo (o seu semblante dava essa sensação, e o cliente franzia o sobrolho quando iniciava uma ideia para de seguida a largar), reagia às minhas intervenções cantadas e tocadas, reconhecendo a minha presença.

Após a aprendizagem da melodia do tema "Maria", retornámos à improvisação livre, com ambos ao piano (o Roberto nos graves e eu nos agúdos). Nesta última improvisação, o cliente pareceu querer provocar uma conversação/reacção ao tocar quase ao mesmo tempo nas mesmas teclas que eu (o que parece revelar um conforto por parte do cliente, tendo em conta os seus traços autistas a nível relacional). Isto deu, de facto, origem a uma conversa musical, em que ora um tocava, ora outro respondia, imitando ritmo, nota ou intensidade. Esta conversa demonstra que o cliente tem capacidades para manter uma conversação, respeitando a vez do outro e reconhecendo o momento da sua vez de intervir, de modo relacionado.

Nesta conversa, o contacto visual ocorria com relativa frequência.

Ricardo

Registo de Sessão

25 de Março

Descrição:

O cliente experimentou improvisar com todos os instrumentos disponíveis na sala.

Os seus ritmos eram muito padronizados. Relembrando a semelhança de um ritmo que o cliente fazia e uma música dos Queen (grupo de eleição do Ricardo), comecei a cantar o refrão da canção. Quando disse não saber mais, o cliente cantou a canção, ao mesmo tempo que percutia uma percussão. Manifestou satisfação.

No final da sessão, referiu que a sessão tinha sido muito boa, que gostava muito dos Queen, e que se sentia muito bem. Continuou, então, a verbalizar por sua iniciativa: disse que tinha saudades do pai que está na Austrália, descreveu a situação e demonstrou vontade de ir para lá viver quando tudo estivesse mais regularizado. Referiu que a mãe trabalhava muito e mostrou insatisfação para com o estado atual do país e do governo (esta parte do discurso, pareceu-me ser mimetizada). Falou ainda da sua amizade com a Dr. Cristina, referindo a sua ida ao aeroporto para se despedir do seu pai e comparando esta atitude com a dos restantes clientes (que não compareceram). Disse que às vezes se chateava com a Dr. Cristina, e que no outro dia tinham discutido pois a mesma lhe teria faltado ao respeito. Contudo, reconhecia a sua relação com muita amizade e respeito por parte da Dr. Cristina. O Ricardo referiu-se ainda ao colega Ruben (que está no Brasil) e à sua preocupação em ter um colega de novo no seu trabalho caso o Ruben não volte.

Aspetos Relevantes:

O cliente demonstrou muita vontade em realizar a sessão, esteve sorridente e descontraído no espaço terapêutico (visível na sua postura relaxada).

Experimentou todos os instrumentos, o que me parece ser demonstrativo de uma vontade de exploração (ainda que controlada, sendo que não saiu dos seus padrões, a não ser por breves momentos).

A sua iniciativa de verbalização parece-me relevante, tendo em consideração a dificuldade de comunicação demonstrada. A referência ao pai e à sua ausência parecem-me muito relevantes pois, assim, se demonstra a confiança depositada no espaço, bem como o reconhecimento e o uso do espaço por parte do cliente como o espaço terapêutico que é. Pensa-se que a música terá despoletado a vontade de verbalizar.

Rui

Registo de Sessão
27 de Março

Descrição:

O Rui iniciou a sessão com a elaboração de uma história em que descreve, novamente, um encontro com uma mulher onde existe atração mútua.

A improvisação continua a ser muito irregular, tanto ritmicamente como ao nível da pulsação. O cliente encontra dificuldade em manter, até, uma improvisação continuada e fluída (acrescentando a estas irregularidades).

No final da sessão, pedi ao cliente que descrevesse a sessão com uma palavra. Ao perceber que o Rui ia recapitular a sessão toda (como é habitual) e que a descrevia (novamente!) como sendo boa e sentindo-se leve (como habitualmente), pedi ao mesmo que escolhesse antes uma cor para descrever a sessão. O Rui escolheu a cor vermelha, e quando questionado sobre o porquê, respondeu que era a cor do Benfica e que lhe lembrava de sangue. Após esta dispersão, a sessão terminou.

Aspetos Relevantes:

Novamente, o cliente verbaliza situações de encontros entre ele e outras mulheres, descrevendo envolvimentos físicos. Tal situação não me parece muito relevante para a sessão. Parece-me que as verbalizações realizadas pelo Rui na sessão são todas muito superficiais, ou então, previamente trabalhadas (algo bastante comum nesta população em que o cliente se insere). O seu défice cognitivo parece-me ter sido um facto decisivo para o fracasso da descrição da sessão de um modo mais abstrato (parecendo-me que o cliente apenas escolheu uma cor que gostava, e que associou coisas a essa cor depois; talvez, numa próxima abordagem, seja possível jogar com estas associações!).

As suas improvisações continuam a ser totalmente caóticas e irregulares em todos os sentidos, permanecendo o cliente (durante as mesmas) com um sorriso e com aparente entusiasmo. Parece-me que a capacidade do cliente para discernir os acontecimentos presentes também será deficitária (observando o descrito neste parágrafo).

A longo termo, penso que qualquer meta que se alcance ao nível da expressão de sentimentos, emoções e pensamentos (por mínima que seja), é considerável.

Tatiana

Registo de Sessão

7 de Fevereiro

Descrição:

A cliente sentou-se e pegou logo no tamborim. Perguntei como tinha sido a semana, ao que me respondeu falando da sua ida ao médico, pois esteve doente. Fizemos quatro improvisações: tocou tamborim, tambor, pandeireta sem pele e reco-reco. Na segunda improvisação a Tatiana escolheu o meu instrumento por sua iniciativa.

Na terceira improvisação introduzi a voz e na quarta improvisação, cantei o seu nome. Tanto numa como noutra, a cliente participou.

Em todas as improvisações, e apesar de a cliente começar primeiro a tocar, a mesma mimetiza o que eu esteja a fazer musicalmente, não saindo dos ritmos padronizados com que inicia, ou dos meus. Quando mudei drasticamente a pulsação da improvisação no tambor, a mesma manteve a sua pulsação. Ficámos durante algum tempo a tocar separadas, até que eu voltei à pulsação da Tatiana.

Durante as improvisações manteve algum contacto visual e sorria, principalmente se eu sorrisse. No final da improvisação cantada com o seu nome, a cliente tinha um sorriso muito grande.

Quando pedi uma imagem para descrever a sessão, a Tatiana disse-me, mais uma vez, que se sentia muito calma e que a música lhe trazia muita paz (algo que diz todas as sessões). Depois de alguma ênfase para a cliente encontrar uma imagem, a mesma descreve a música de convívio com a mãe e diz que se recorda disso nas sessões.

Aspetos Relevantes:

As improvisações da Tatiana têm uma duração razoável, mas não se desenvolvem, mantendo-se padronizadas ou mimetizadas todo o seu tempo. A cliente pode estar com ar absorto ou olhar fixamente para mim (esta última é comum nos períodos de mimetização). Tal me parece transparecer que a cliente não se liberta nas sessões, agarrando-se ao que eu faço e mantendo aquilo que poderá estar "certo" durante toda a sessão. A sua verbalização foca-se igualmente na beleza da música. A cliente parece muito focada na música e no fazer as coisas "bem", apesar de reforçar todas as sessões que este é um espaço em que o que se toca não tem de soar bem. Parece-me que a Tatiana ainda não terá compreendido bem como pode utilizar este espaço para si própria.

Aquando da improvisação cantada com o seu nome, a cliente aparentou ficar muito contente no final, mostrando um grande sorriso, e não sendo capaz de verbalizar, apenas olhando fixamente.

As suas verbalizações continuam iguais desde a primeira sessão: fala das limpezas em casa dos pais, que gosta de ouvir música calma, que é boa para a cabeça e que traz paz à alma. Creio que a cliente ainda não utilizou/sentiu as sessões com o carácter terapêutico que estas deveriam ter.

Considero que o momento em que se cantou o nome da Tatiana foi relevante, pois tornou-se muito mais pessoal para a cliente (o seu rosto parecia expressar surpresa) e creio ter criado maior empatia entre ambas.

Apêndice 6: História Anamnésica da Carolina

Nome: Carolina

Idade: 44

Sexo: Feminino

Nacionalidade: Portuguesa

Estado Civil: Solteira

Grau de Instrução: Frequentou a 4ª classe do 1º ciclo do ensino básico.

Profissão: Não trabalha.

Diagnóstico: Atraso intelectual moderado (Q.I. entre 35 e 49). Angioma e mal comicial.

História Pessoal: Gravidez nervosa desde os quatro meses e parto com fórceps. Atraso na fala e tendência para a hiperatividade e estereotipia. Tem tremores. Revela atitudes de oposicionismo e de agressividade quando contrariada. Tem boa apresentação, gosta de conversar e ver televisão apesar de tender ao isolamento. É autónoma, lê e escreve e tem boa higiene. Resiste a atividades lúdico terapêuticas.

História Familiar: Vive com a mãe, tem saudades do pai (que faleceu). Tem uma boa relação familiar.

Antecedentes: Historial familiar de nervoso e depressão.

Apêndice 7: História Anamnésica da Amanda

Nome: Amanda.

Idade: 42

Sexo: Feminino

Nacionalidade: Portuguesa

Estado Civil: Solteira

Grau de Instrução: Escola especial para pessoas com deficiência intelectual.

Profissão: Não trabalha.

Diagnóstico: Doença intelectual congénita e permanente, dependente de terceiros; Incapacidade de Grau III superior a 60% do Artigo 341/93 de 30 de Setembro.

História Pessoal: Parto normal com cesariana. Dificuldades de aprendizagem desde os três anos, fala lenta e atraso. Fez uma laqueação das trompas, é míope e encontra-se atualmente a tomar medicação. Frequenta consultas de Psiquiatria e Psicologia. A cliente tem medos (de estar só, de ruídos e pessoas estranhas), pouco autocontrolo (variações de humor não controladas), necessidade de atenção e fraco autoconceito. Gosta de ler revistas de novelas, de fazer colagens, de nadar (foi campeã olímpica de natação) e de música.

História Familiar: Vive com os pais e tem uma irmã gémea (saudável). Tem uma boa relação com a família, principalmente com o pai, que a apoia muito (exemplo, ensina a ler e escrever). O pai, no entanto, nunca está presente em reuniões com os técnicos da CERCI, Espaço da Luz.

Antecedentes: Existem antecedentes de doença mental por parte da mãe.

Anexo 1: Consentimento Informado

Vimos, por este meio, informá-lo(a) que, desde Outubro de 2013, a Cerci/Espaço da Luz recebeu e tem contado com a colaboração da estagiária Joana Oliveira Bolito do curso de Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, cujo trabalho é supervisionado por profissionais com a formação especializada na área da Musicoterapia, sendo a orientação do mesmo, em local de estágio, realizada pela psicóloga Mónica Santos.

No âmbito destas atividades é extremamente importante a gravação áudio e vídeo das sessões para que o trabalho da estagiária possa ser devidamente supervisionado pelos docentes da Universidade, dado que não seria praticável que todos os supervisores acompanhassem, em direto, nesta instituição, o trabalho desenvolvido para conclusão do referido mestrado.

Assim, vimos por este meio solicitar a sua autorização para que se possam efetuar registos vídeo/áudio das sessões em que o (a) seu filho (a) participa.

Estes registos serão utilizados única e exclusivamente para efeitos de supervisão e formação dos técnicos e serão garantidos na mais absoluta confidencialidade entre o cliente, o técnico, o orientador em local de estágio e o grupo de supervisão.

Tendo em conta a predisposição e interesse revelado pelo cliente em atividades musicais, e caso esteja de acordo com a participação do seu filho (a), nesta atividade musicoterapêutica individual (semanal: às _____, nas instalações do Centro Espaço da Luz), e que terminará em Julho de 2014, solicitamos que assinale “autorizo” e rubrique esta declaração, a qual ficará arquivada no Dossier Individual do Cliente.

Gratos, desde já, pela atenção, subscrevemo-nos com os melhores cumprimentos, estando ao inteiro dispor para esclarecer qualquer dúvida ou questão.

Tal como é do vosso conhecimento, desde Outubro de 2013, a Cerci/Espaço da Luz recebeu e tem contado com a colaboração da estagiária Joana Oliveira Bolito do curso de Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, cuja orientadora é a Dr^a Mónica Santos.

No âmbito destas atividades é extremamente importante a gravação áudio e vídeo das sessões.

Assim, vimos pedir autorização para que a estagiária Joana Bolito possa filmar as sessões em que, por tua vontade, participarás.

Estas filmagens são confidenciais e servem apenas para a estagiária Joana Bolito realizar o seu estágio de Musicoterapia.

A atividade em que irás participar é individual (às _____, nas instalações do Centro Espaço da Luz), e terminará em Julho de 2014, altura em que também termina este estágio.

Caso concordes, por favor, assina e assinala na opção “Autorizo”.