



Universidades Lusíada

Lapa, Ana Maria Neves, 1986-

A voz da diferença : intervenção musicoterapêutica em jovens adultos com deficiência Intelectual

<http://hdl.handle.net/11067/533>

Metadados

Data de Publicação	2013-10-25
Resumo	A musicoterapia tem-se assumido, nos últimos anos, como uma terapia eficaz e benéfica, aplicável a qualquer faixa etária e patologia, sobretudo quando inserida num contexto multidisciplinar, que promova a partilha de informação e recursos entre os profissionais de saúde e educadores. A área da deficiência intelectual não é uma exceção, verificando-se a existência de alguma investigação direcionada para a compreensão do contributo da música enquanto mediadora e promotora da relação terapêutica, ...
Palavras Chave	Cerci (Lisboa, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio), Musicoterapia - Portugal - Lisboa, Jovens adultos com deficiência - Portugal - Lisboa
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-05-04T03:15:01Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Mestrado em Musicoterapia

A voz da diferença: intervenção musicoterapêutica em jovens adultos com deficiência Intelectual

Realizado por:

Ana Maria Neves Lapa

Supervisionado por:

Prof.^a Doutora Maria Eduarda Salgado Carvalho

Orientado por:

Dr.^a Mónica de Jesus Santos

Constituição do Júri:

Presidente:

Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Arguente:

Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite

Vogal:

Prof.^a Doutora Maria Eduarda Salgado Carvalho

Relatório aprovado em:

10 de Maio de 2013

Lisboa

2012

Aos três mosqueteiros da minha vida,

Fernando Lapa, Maria Luz e Miguel

Agradecimentos

O meu agradecimento à Prof.^a Doutora Maria Eduarda Carvalho, minha orientadora de estágio na Universidade Lusíada de Lisboa, e à Prof.^a Doutora Teresa Leite, coordenadora do Mestrado em Musicoterapia, pela orientação prestada na realização deste trabalho.

Um sincero obrigado à Dra. Mónica Santos, psicóloga e minha orientadora de estágio no Espaço da Luz, pela disponibilidade, generosidade, alegria, profissionalismo e sabedoria partilhada ao longo deste estágio, sem a qual grande parte deste trabalho não teria sido possível.

A toda a equipa técnica do Espaço da Luz, cuja dedicação e união são louváveis, bem como a todos os jovens-adultos, clientes deste centro, que me acompanharam e ajudaram nesta aprendizagem diária, um agradecimento especial.

O meu apreço por todos aqueles que possibilitaram a realização deste trabalho, e cuja amizade e carinho foram essenciais, em especial, Joana Ramos, Marcelo Ruço e Vera Marques.

A MÚSICA, sim, a música...

Piano banal do outro andar...

A música em todo o caso, a música...

Aquilo que vem buscar o choro imanente

De toda a criatura humana,

Aquilo que vem torturar a calma

Com o desejo duma calma melhor...

A música... Um piano lá em cima

Com alguém que o toca mal...

Mas é música...

[...]

(Pessoa, 2007, pp. 408-409)

Resumo

A musicoterapia tem-se assumido, nos últimos anos, como uma terapia eficaz e benéfica, aplicável a qualquer faixa etária e patologia, sobretudo quando inserida num contexto multidisciplinar, que promova a partilha de informação e recursos entre os profissionais de saúde e educadores.

A área da deficiência intelectual não é uma exceção, verificando-se a existência de alguma investigação direcionada para a compreensão do contributo da música enquanto mediadora e promotora da relação terapêutica, nesta população específica.

O presente relatório pretende dar a conhecer o estágio de intervenção musicoterapêutica, desenvolvida no centro de atividades ocupacionais (C.A.O.), Espaço da Luz, uma valência da CERCI Lisboa, de carácter não residencial, frequentado por jovens/adultos com deficiência intelectual ligeira e moderada, multideficiência e duplo diagnóstico.

O estágio teve a duração de 9 meses, durante os quais se efetuaram 21 sessões com 6 clientes, em contexto grupal, e 18 sessões individuais com 1 cliente.

Como forma de avaliar o grau de concretização dos objetivos terapêuticos inicialmente delineados, foram aplicadas, num pré e pós-teste, a escala de qualidade de vida WHOQOL BREF e uma adaptação da escala de comportamento adaptativo (ECA) e foi preenchida uma grelha de observação específica, após cada sessão individual.

Os resultados desta intervenção foram, de uma forma geral, positivos, embora as mudanças observadas tenham ocorrido, sobretudo, a nível do próprio *setting* terapêutico, e não tanto em contexto externo ao mesmo. Considera-se, portanto, a necessidade de dar continuidade ao trabalho desenvolvido.

Palavras-chave: Musicoterapia, Deficiência Intelectual, Centro de Atividades Ocupacionais, Comunicação.

Abstract

Music Therapy has been, over the years, an effective and beneficial therapy that can be used in any age group and pathology, especially when inserted in a multidisciplinary context, which promotes the sharing of information and resources between health professionals and educators.

The area of intellectual disability is no exception, and we can find some directed investigation to the understanding of the contribution of music as a mediator and promoter of the therapeutic relation in this specific population.

This report intends to poster the internship in music therapy intervention, developed in the center of occupational activities (C.A.O.), Espaço da Luz, a non-residential service of CERCI Lisboa, attended by young/adults with mild and moderate intellectual disability, multiple disabilities and double diagnostics.

The internship lasted for nine months, during which it were made 21 group sessions with 6 clients and 18 individual sessions with 1 client.

As a way of assess the degree of accomplishment of the initial therapeutic goals, it was applied, in a pre an posttest, the quality of life scale WHOQOL BREF, and a modified adaptive behavior scale (ECA). It was also filled a specific observation grid after each individual session.

The results of this intervention were in general, positive, although the observed changes mostly occurred at the specific therapeutic setting, and not so much in an external context. It is, therefore, necessary to continue the work made.

Key-words: Music Therapy, Intellectual Disability, Center of Occupational Activities, Communication.

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Q.I., denominação e nível cognitivo.....	25
Tabela 2 – Dados da amostra acompanhada em Musicoterapia.....	57
Tabela 3 – Agenda semanal do estágio no Espaço da Luz.....	59
Tabela 4 – Domínios, temas, distribuição de questões pelos domínios e valores de referência do WHOQOL BREF.....	60
Tabela 5 – Domínios da ECA (versão portuguesa -Morato & Santos, 2002).....	62
Tabela 6 - Componentes, domínios, categorias e qualificadores da CIF que se destacaram no Jorge.....	67
Tabela 7 – Objetivos gerais, específicos, estratégias e técnicas da intervenção individual.....	69
Tabela 8 – Objetivos gerais, específicos, estratégias e técnicas da intervenção grupal.....	85

Lista de Abreviaturas

AAIDD - Associação Americana Para as Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais

APPACDM - Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental

A.S.U. – Atividade Socialmente Útil

C.A.O. – Centro de Atividades Ocupacionais

CERCI - Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

D.I. – Deficiência Intelectual

D.M. – Deficiência Mental

ECA – Escada de Comportamento Adaptativo

OMS – Organização Mundial de Saúde

Q.I. – Quociente de Inteligência

WHOQOL- World Health Organization Quality of Life

Sumário

Introdução.....	11
Descrição Sumária da Instituição.....	13
CERCI Lisboa.....	13
Espaço da Luz.....	17
Funcionamento e atividades internas.....	17
Caracterização da população.....	19
Caracterização do espaço físico.....	21
Equipa técnica	21
Enquadramento teórico.....	22
A Deficiência Intelectual.....	22
A Musicoterapia.....	30
Musicoterapia e Comunicação.....	35
Musicoterapia e Deficiência Intelectual	38
Musicoterapia e Dinâmicas de grupo.....	43
Musicoterapia: Técnicas e Estratégias.....	48
Objetivos do Estágio.....	52
Metodologia.....	53
Procedimentos.....	53
Fase de observação/integração.....	53
Fase de intervenção.....	55
Descrição da amostra.....	56
Técnicas musicoterapêuticas.....	58
Recursos materiais.....	58

Agenda semanal.....	59
Instrumentos de Avaliação.....	59
WHOQOL BREF.....	59
ECA (adaptada).....	62
Grelha de Observação.....	63
Outras Atividades.....	64
Estudo de Caso – Intervenção individual.....	65
Apresentação do caso.....	65
Plano terapêutico.....	69
Processo de intervenção.....	70
1ª Fase	70
2ª Fase.....	76
Análise e discussão de resultados.....	79
Estudo de Caso – Intervenção com o Grupo.....	81
Apresentação dos casos.....	81
Plano terapêutico.....	84
Processo de intervenção.....	86
Fase formativa.....	86
Fase reativa.....	90
Fase de amadurecimento.....	93
Fase de término.....	96
Análise e discussão de resultados.....	97
Conclusão.....	99
Reflexão final.....	104

Referências.....	108
Anexos.....	114
Lista de anexos.....	113

Introdução

O presente trabalho tem como objetivo relatar a intervenção, relativa ao estágio curricular do segundo ano do mestrado em musicoterapia, no âmbito de uma parceria entre a Universidade Lusíada de Lisboa e a CERIC Lisboa, com a orientação da Doutora Eduarda Carvalho e, no local de estágio, da Doutora Mónica Santos.

No âmbito deste estágio, e tendo em conta o objetivo primordial da organização CERIC Lisboa – a promoção da qualidade de vida das pessoas com deficiência intelectual – afigurou-se como naturalmente enriquecedora, tendo em conta o tipo de população em causa, a realização de uma intervenção musicoterapêutica junto de um grupo de clientes da resposta social Espaço da Luz / centro de atividades ocupacionais (C.A.O.), de cariz não residencial, todos eles jovens/adultos com deficiência intelectual ligeira e moderada, multideficiência e duplo diagnóstico comprovados.

A escolha da população e do local de estágio esteve relacionada, por um lado, com um interesse pessoal e profissional em aprofundar questões relacionadas com a deficiência intelectual e, por outro, com a necessidade de elaboração de trabalhos/estudos que retratem o papel terapêutico da música com esta população específica, tendo em conta a escassez dos mesmos. Com efeito, a expectativa de trabalhar aspetos sociais, relacionais e emocionais, através da música, em jovens com deficiência intelectual numa fase de transição para a vida adulta, pareceu-me profícua e pertinente.

Em termos estruturais, o presente relatório começa por descrever a organização CERIC Lisboa e a resposta social específica na qual foi realizado o estágio – Espaço da Luz. Segue-se um breve enquadramento teórico sobre a deficiência intelectual, de forma a identificar os aspetos da intervenção musicoterapêutica que poderão constituir uma mais-valia para os clientes atendidos e, conseqüentemente, para a própria organização, bem como uma

contextualização teórica da musicoterapia, focando uma das suas principais áreas de atuação nesta população: a comunicação. Seguidamente, optou-se por apresentar uma revisão dos principais estudos sobre a aplicação da musicoterapia a pessoas com D.I., essencial para uma análise consistente dos estudos de caso, assim como uma descrição das principais técnicas utilizadas. A segunda parte deste relatório diz respeito à metodologia, onde serão descritos o processo de intervenção em si mesmo, e, mais detalhadamente, dois estudos de caso.

A intervenção decorreu em sessões individuais e em sessões de grupo, ambas com periodicidade semanal, ao longo das quais foram aplicadas técnicas musicoterapêuticas diversas, tendo em conta os objetivos gerais e específicos, traçados e adaptados, a cada intervenção. Os dois estudos de caso identificados foram descritos de forma reflexiva, procurando-se uma fundamentação teórica adequada a cada um deles.

A intervenção individual utilizou a musicoterapia enquanto terapia ativa, dando ênfase à mudança de comportamentos através de atividades musicais estruturadas, remetendo para segundo plano a aquisição de *insight* e compreensão dos mesmos, e promovendo o contato direto com a realidade presente. Nesta perspetiva, esta intervenção baseou-se na musicoterapia criativa de Nordoff e Robbins. No estudo de caso grupal utilizaram-se, como fundamentação analítica, as teorias de alguns autores sobre as dinâmicas de grupo, havendo um enfoque na musicoterapia enquanto processo psicopedagógico e reeducativo, o que possibilita a reorganização interna e a manutenção de capacidades já adquiridas.

Os resultados desta intervenção foram monitorizados através da escala de qualidade de vida WHOQOL BREF, de uma adaptação da escala de comportamento adaptativo (ECA) e de uma grelha de observação.

Descrição Sumária da Organização

CERCI Lisboa

“As CERCI’s são, por vocação e por missão, escolas inclusivas. Lugares mágicos onde se afirma, dia após dia, a vontade humana de não tratar desigualmente o que é naturalmente diferente.” (Carneiro, 2001, p.20)

A CERCI - Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados, CRL - é uma cooperativa de solidariedade social sem fins lucrativos, reconhecida como pessoa coletiva de utilidade pública, cuja missão é promover a qualidade de vida das pessoas com deficiência intelectual (CERCI Lisboa, 2000).

Enquanto organização, a CERCI foi fundada a 16 de Julho de 1975 por um grupo de familiares de crianças portadoras de deficiência intelectual, técnicos, e pessoas interessadas, iniciando a sua atividade com a construção do centro educacional dos Olivais, a partir do qual se expandiu por tantas outras valências e respostas sociais. Hoje em dia, a CERCI proporciona, assim, serviços que abrangem todo o ciclo de vida da pessoa com deficiência intelectual.

Neste sentido, a CERCI possui, em Lisboa, diferentes sectores de intervenção, com características que se adequam às necessidades de cada faixa etária, nos quais se enquadram: (a) Intervenção Precoce na Infância (PCIP), destinada a crianças dos 0 aos 6 anos e suas famílias, (b) Centro de Recursos para a Inclusão (CRI), de acordo com o conceito e legislação relativos à denominada escola inclusiva, celebrada a partir de protocolos com o Ministério da Educação e aplicado nas escolas públicas, (c) Atividades Ocupacionais (C.A.O.), cuja população-alvo são jovens-adultos (a partir dos 16 anos e sem limite de idade), concentradas em três centros - Marvila (Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa), Santa Maria dos Olivais (Centro dos Olivais) e Carnide (Espaço da Luz), (d) Formação Profissional (CFP),

que visa também a inclusão de jovens a partir dos 16 anos que pretendam completar um curso profissional, com duração de 2 anos, nas mais diversas áreas, tais como carpintaria, estofamento, cozinha/copa, procurando, assim, responder aos potenciais e expectativas de ingressar no mercado de trabalho, (e) Lar- Residencial (L-R) que disponibiliza apoio residencial temporário ou definitivo aos clientes, e (f) Centro de Atendimento Acompanhamento e Animação para Pessoas com Deficiência (CAAAPD), que visa fornecer apoio técnico personalizado em articulação com os serviços da comunidade, procurando dar respostas aos pedidos/solicitações (internos e externos à organização) oriundos dos mais diversos âmbitos de intervenção (jurídico, médico, inclusivo, entre outros).

Contudo, o movimento CERCI (assim denominado tendo em conta a extensão da sua intervenção, a nível nacional), não se confina espacialmente a Lisboa, tendo, ao longo destes 36 anos de existência, alastrado por todo o país, assistindo-se à abertura de outras CERCI, que, igualmente, procuram atuar na prevenção, sensibilização, promoção de competências, e capacidades da pessoa com deficiência intelectual, através do fomento de uma comunidade orientada pelo otimismo, motivação, e pela não discriminação.

Torna-se pertinente referir que a CERCI Lisboa, de forma a uniformizar os princípios éticos e valores que regem a prática dos seus colaboradores, elaborou um código de ética, produto da reflexão e envolvimento dos colaboradores, bem como da troca de ideias com clientes e familiares/responsáveis. Desta forma, rege-se também por estatutos (aprovados a 7 de Abril de 1999), carta de direitos e deveres dos clientes, e regulamentos internos, específicos para cada resposta social. O controlo de qualidade é, da mesma forma, uma preocupação desta organização, tendo recebido, em Novembro de 2011, o certificado EQUASS (Qualidade Europeia em Serviços Sociais). De facto, a CERCI assume uma postura de atualização constante, baseada na renovação dos seus saberes, na sistematização dos

conhecimentos acumulados, e numa aposta de abertura ao exterior que está subjacente a toda a sua intervenção.

Ao nível dos procedimentos internos e reportando-nos, mais concretamente, a escalas de avaliação, utilizadas tanto num processo de diagnóstico inicial para admissão aos C.A.O., fundamentais para a posterior elaboração do projeto de intervenção individual (P.I.I.) de cada cliente¹, como na monitorização e avaliação do grau de concretização dos objetivos do P.I.I., ao longo do tempo de frequência, a CERCI Lisboa utiliza uma versão adaptada do WHOQOL BREF para medir a qualidade de vida e a versão portuguesa da ECA (escala de comportamento adaptativo), para avaliar capacidades, competências, e condutas, numa perspetiva biopsicossocial, face ao envolvimento em comunidade.

Analisaremos, portanto, a definição destes conceitos-chave (qualidade de vida e comportamento adaptativo), que determinam a missão e orientam toda a ação desta organização.

Abordando o conceito de qualidade de vida, este é compreendido como multidimensional, sendo influenciado por fatores pessoais e pelo meio ambiente e a relação entre ambos (Solé, Mercadal-Brotons, Gallego & Riera, 2010). Trata-se de um conceito que pode evoluir através da determinação pessoal, recursos e objetivos. Um dos autores que mais tem abordado o tema da qualidade de vida é o norueguês Siri Naess, que define este conceito como composto por quatro elementos fundamentais (Ruud, 1998): (a) atividade (que implica comprometimento, energia, realização pessoal, e liberdade), (b) boas relações interpessoais, (c) autoconfiança, e (d) sentimento de felicidade, baseado em experiências emocionais que envolvam segurança e alegria.

1- Terminologia utilizada pela organização (CERCI Lisboa) para designar os indivíduos inseridos em qualquer uma das suas respostas sociais.

Já Shalock e Verdugo (2002) definem qualidade de vida como algo que reflete as condições de vida desejadas, por cada pessoa, em relação a oito necessidades básicas: (a) bem-estar emocional, (b) relações interpessoais, (c) bem-estar material, (d) desenvolvimento pessoal, (e) bem-estar físico, (f) autodeterminação, (g) inclusão social e (h) direitos. Para Even Ruud (1998), mais importante do que um conjunto objetivo de critérios a serem preenchidos para se atingir um certo nível de qualidade de vida, é o estado subjetivo de bem-estar, significado, e felicidade, áreas onde a música poderá operar de forma satisfatória, proporcionando uma melhoria na qualidade de vida do ser humano em geral, e do indivíduo com incapacidades em particular, algo que procuremos aprofundar nos capítulos seguintes.

Quanto à conceptualização subjacente à ECA – comportamento adaptativo –, Lambert, Nihira e Leland (1993, cit. in Santos, 2004) definem-no como sendo composto por um número de capacidades para lidar com as situações que, quando combinadas, permitem ao indivíduo a sua integração na comunidade. Diretamente relacionada com este conceito está, também, o termo incapacidade enquanto “um conjunto de limitações significativas (na eficácia) da performance individual nos processos de maturação, aprendizagem, independência pessoal e/ou responsabilidade social que são esperados para o escalão etário respetivo e para o grupo cultural onde se encontram inseridos” (Grossman, 1983, cit. in Santos, 2004, p.30).

Reveste-se, portanto, de alguma importância a aplicação da escala de comportamento adaptativo, na medida em que é um instrumento de avaliação que identifica as áreas fortes e as áreas fracas dos indivíduos, a partir das quais se poderá elaborar um plano de intervenção mais objetivo, personalizado e adequado a cada cliente, de modo a potencializar as primeiras e atenuar as segundas, e proporcionando a participação e inclusão de todos os cidadãos na comunidade.

Com efeito, ambas as escalas (WHOQOL BREF e ECA) foram utilizadas no presente trabalho, de forma a ir de encontro aos procedimentos internos da organização, mas, também, porque se coadunam aos objetivos propostos, os quais serão aprofundados, em posteriores capítulos.

Espaço da Luz

“A qualidade de vida de uma pessoa com deficiência, pode avaliar-se pela quantidade e qualidade de relações que ela mantém com pessoas que não são pagas para isso.”
(Brown, 1989, p.25)

Funcionamento e atividades internas. A resposta social da CERIC na qual se desenvolveu este estágio académico do mestrado em musicoterapia, é o centro de atividades ocupacionais (C.A.O.), designado por Espaço da Luz, em funcionamento desde Setembro de 1998, cujo objetivo primordial é promover a valorização pessoal e a inclusão comunitária de pessoas com deficiência intelectual, permitindo o máximo desenvolvimento das suas capacidades e potenciais. Na verdade, a utilização da expressão “transição para a vida adulta e ativa” (tendo o conceito transição sido introduzido por Madeleine Will, em 1984, num contexto de educação especial) correlaciona-se com a aquisição de competências sociais e criação de oportunidades, para que a pessoa com D.I. tenha o direito a uma vida ativa em contexto natural ou ecológico.

Urge salientar que, em termos legais, os centros de atividades ocupacionais se regem pelo disposto no Decreto-Lei nº18/89 de 11 de Janeiro, que garante o atendimento da população com D.I., em diferentes áreas, no sentido de proporcionar uma resposta eficaz ao nível de uma integração psicossocial ativa.

O Espaço da Luz, de acordo com os potenciais, necessidades, e expectativas dos/as clientes (beneficiários diretos da prestação de serviço) e suas famílias/responsáveis, assegura o desenvolvimento das seguintes atividades:

1. Atividades Estritamente Ocupacionais (A.E.O.), que se centram na elaboração de artigos em diferentes materiais (reciclagem de materiais), com o objetivo de exploração da criatividade e desenvolvimento funcional do cliente, aliado à preocupação de visibilidade da organização através da venda e participação em exposições. Estas atividades procuram, sobretudo, a promoção do bem-estar emocional e da autoestima do cliente;

2. Atividades Socialmente Úteis (A.S.U.), cujo enfoque é a realização de tarefas em estruturas na comunidade, privadas ou públicas (ex.: empresas do ramo automóvel, CTT, creches, jardins de infância entre outros), ao abrigo de protocolos de colaboração (Portaria 432/2006), ou internamente no C.A.O., de acordo com os interesses, expectativas e potenciais de cada cliente, cujo objetivo será a valorização pessoal do cliente, desenvolvimento de capacidades, autonomia, e possível transição para programas de inserção socioprofissionais;

3. Atividades de Desenvolvimento Pessoal e Social (A.D.P.S.), que se baseiam na realização de atividades no âmbito do desenvolvimento das competências sociais e pessoais, realizadas no C.A.O., ou na comunidade, individualmente ou em grupo;

4. Atividades Lúdico-Terapêuticas (A.L-T), de que são exemplo a atividade em meio aquático, a atividade motora, a expressão dramática, a dança tradicional, a informática, as artes plásticas, da responsabilidade de técnicos de intervenção específica, que visam o desenvolvimento e manutenção de capacidades físico-funcionais, a estimulação sensorial e, conseqüentemente, o bem-estar físico e emocional;

5. Apoio Psicológico Individual, de cariz psicoterapêutico, da responsabilidade do psicólogo;

6. Atividades de Manutenção do Espaço (exterior e interior), como limpeza, jardinagem, entre outros;

7. Grupo de Participação, cujo objetivo é proporcionar o encontro e a discussão sobre os direitos e deveres, entre clientes dos vários C.A.O., no sentido da autodeterminação;

8. Atividades Socioculturais, que são atividades que visam a inclusão social dos (as) clientes, promovendo o conhecimento de aspetos da atualidade ou permitindo que beneficiem de atividades diferenciadas e diversificadas, de que são exemplo as saídas culturais, os passeios, as visitas de estudo, a participação em eventos na comunidade e meios de comunicação social, entre outros.

Estas atividades podem realizar-se no Espaço da Luz, em qualquer outro espaço da CERCI, ou ainda em recursos e locais diversificados, devidamente adequados para a prática das mesmas (ex.: a atividade em meio aquático é realizada na piscina municipal do Rego).

Este centro assegura, ainda, a prestação do serviço de refeições (almoço e lanche) e administração terapêutica (medicação de acordo com guia terapêutica prescrita pelo médico), não possuindo, portanto, um carácter residencial.

Caracterização da população. A admissão de clientes para frequência no Espaço da Luz obedece às seguintes condições: (a) ter idade igual ou superior a 16 anos, (b) a existência de deficiência intelectual ou multideficiência comprovada, com limitações ao nível da atividade e participação social, (c) a necessidade de enquadramento ocupacional, (d) a área geográfica de residência, (e) e a comprovação de que a situação de deficiência não se enquadra no âmbito da legislação aplicável ao emprego protegido. Qualquer potencial cliente terá, necessariamente, que ser submetido a um processo de candidatura e seleção, o qual se rege pelo regulamento interno.

Após análise do pedido de admissão, avaliação diagnóstica, e recolha de informação anamnésica, existe uma fase de acolhimento e integração do novo cliente. Para cada cliente é traçado um plano de intervenção individual (P.I.I.), no caso dos C.A.O. denominado “projeto de vida”, tratando-se de um plano de intervenção que, tendo em conta os potenciais, necessidades e expectativas dos clientes e familiares/responsáveis, permite delinear objetivos gerais e específicos para cada cliente, que se concretizam através de um conjunto de atividades que estejam em conformidade e que possam adequadamente dar resposta aos mesmos. Cada “projeto de vida” obedece a uma monitorização e avaliação contínua, o que permite uma adaptação do projeto de acordo com alterações registadas, evidenciando a gestão do caso como um todo, ou seja, o plano individual de cada cliente é delineado tendo em conta o seu histórico mas também o contexto presente, existindo, para isso, momentos de avaliação e revisão.

Este espaço tem capacidade de atendimento para 30 clientes, encontrando-se todas as vagas preenchidas, sendo que os clientes tinham, à data do presente relatório, idades compreendidas entre os 20 e os 46 anos. Os clientes apresentavam, mais concretamente, diagnósticos de deficiência intelectual (25 casos), multideficiência (3 casos) e casos de duplo diagnóstico (coexistência de deficiência intelectual com patologia psiquiátrica – 2 casos). Desta forma, poderá afirmar-se que o grupo seria bastante heterogéneo, apresentando níveis de autonomia e problemáticas díspares.

O nível de escolaridade desta população variava entre o 4º ano e o 9º de escolaridade (ensino especial), sendo que a grande maioria frequentou e/ou concluiu cursos de formação profissional (no centro de apoio laboral de Benfica), não apresentando, contudo, perfil para inclusão em mercado de trabalho normal.

Caracterização do Espaço físico. O Espaço da Luz é constituído por uma receção, um gabinete de psicologia e serviço social, um wc para técnicos, dois balneários, um wc adaptado, dois wc para clientes (um masculino e um feminino), um gabinete de direção técnica, uma cozinha, um refeitório, uma sala polivalente, uma sala de informática, e uma sala de artes plásticas.

O edifício possui um terreno circundante com jardim, cujo tratamento fica a cargo dos clientes, com a supervisão das monitoras, integrado nas Atividades Estritamente Ocupacionais.

As refeições são fornecidas por uma empresa – Eurest –, através de acordo protocolar com a Segurança Social, existindo uma funcionária nomeada pela mesma empresa para acondicionar e preparar as refeições. A sala polivalente é utilizada para reuniões de dinâmica de grupo e expressão dramática.

A equipa técnica. O Espaço da Luz conta com os seguintes elementos na sua equipa técnica: uma diretora técnica (tempo inteiro), uma psicóloga (tempo inteiro), uma técnica de reabilitação e psicomotricidade (tempo parcial), um terapeuta ocupacional (tempo parcial), três monitoras de atividades ocupacionais (tempo inteiro), um professor de informática (tempo parcial), uma professora de expressão plástica (tempo parcial), uma auxiliar administrativa (tempo inteiro), e um músico (tempo parcial).

O conselho técnico é constituído pela diretora técnica e pela psicóloga do centro. O trabalho desta equipa multidisciplinar assegura o atendimento aos 30 clientes do Espaço da Luz, sendo que cada técnico desempenha funções ao nível da sua área de intervenção específica.

Enquadramento Teórico

A Deficiência Intelectual

“É com a diferença que temos que trabalhar e não com a constante e persistente dificuldade em conseguir que nos tornemos todos iguais.” (Felix, 1995, p.31)

Identificada a área de intervenção deste estágio, deparamo-nos com a incontornável necessidade de realizar um breve enquadramento teórico sobre a deficiência intelectual. Não se pretende, contudo, traçar um quadro histórico e teórico exaustivo sobre as distintas concepções de deficiência intelectual e suas consequências político-sociais, mas sim, definir o estado de arte deste conceito.

Ao longo da história da deficiência, em geral, e da deficiência mental (D.M.) – antiga terminologia utilizada pelas diferentes áreas científicas –, em particular, assistiu-se a uma atitude social ambivalente, oscilando entre a rejeição e/ou segregação, de que são exemplos a seleção ao nascimento, a esterilização/eutanásia, a institucionalização/prisão, e o protecionismo mágico-religioso, baseado num pensamento misericordioso (Morato, 1998). Ainda hoje, vertidos séculos de existência e avanços científicos, continuam a persistir algumas dificuldades ao nível da mudança de atitudes na sociedade, face a esta população, identificando-se, ainda, resistências várias na aceitação e compreensão da diferença.

No sector da investigação sobre a D.M., as atuais entidades nosológicas distinguem historicamente três períodos fundamentais, cujo início, consensual entre vários autores, seria a partir do século XIX (Morato, 1998). Os primeiros estudos reportam-se a Pinel, que utilizava as classificações de retardado, deficiência mental e estado de estupor, distinguindo, porém, os loucos e criminosos dos anteriores. Terá sido no decorrer do século XIX, e tendo como base as perspectivas de Pinel, que Esquirol viria a apresentar as primeiras propostas de definição de D.M., nomeando diferentes níveis de “retardo/atraso”, de idiotice a imbecilidade, referindo-se

este último conceito a um sujeito menos profundamente atingido (Ajuriaguerra & Marcelli, 1991). Segundo alguns autores, é com Pinel e Esquirol que se assiste a uma distinção entre a doença e a deficiência mental, que constituiria, nesta perspetiva, um dos prenúncios de uma visão mais humanista, preocupada com a salvaguarda dos direitos, características individuais e condições de vida da população com D.M.

Já Sèguin, no final do século XIX, deixando transparecer preocupações de índole educacional e terapêutica, define a idiotia e a imbecilidade como estados incuráveis, enquanto que retardo mental consistiria numa lentidão, mais ou menos recuperável do desenvolvimento intelectual. Neste sentido, Sèguin destaca a possibilidade de habilitação e/ou reabilitação da pessoa portadora de D.M., incluindo já conceitos como a educabilidade da inteligência, a estimulação precoce, e a relevância da atividade sensorial no desenvolvimento cognitivo.

O segundo período de investigação, que se estenderia desde os finais do século XIX até, já no século XX, ao período da II Guerra Mundial, caracteriza-se por uma preocupação em definir e classificar a D.M., estabelecendo-se tal definição, em termos operacionais, segundo um critério fundamentalmente académico. Será neste contexto que Alfred Binet introduz a psicometria, desenvolvendo um instrumento de medição da inteligência – a escala de *Binet-Simon* –, cujo objetivo assentaria na identificação de estudantes com dificuldades cognitivas, tendo em vista a formação de classes especiais. De facto, na origem dos testes psicométricos de inteligência, parece ter ressaltado a necessidade de distinguir as crianças aptas a uma escolaridade regular daquelas que não o eram e, neste sentido, as primeiras perspetivas de caracterização da D.M. foram desenvolvidas tendo por base a correlação encontrada entre uma baixa capacidade intelectual com a incompetência revelada na dificuldade em aprender (Binet, 1909 cit. in Morato, 1998).

Finalmente, o terceiro período, que, temporalmente, se prolongaria desde o pós-guerra até à atualidade, seria caracterizado, fundamentalmente, pelos avanços científicos e pelo reforço dos movimentos humanitários em prol dos direitos humanos, pela defesa dos desfavorecidos e das minorias, e por movimentos associativos de pais de crianças com deficiência, entre outros, dedicados em promover a inserção social da pessoa com incapacidades (Ajuriaguerra & Marcelli, 1991). É, neste período, que se assiste a uma multiplicidade de perspectivas teóricas, acentuando uma dificuldade generalizada ao nível da definição de D.M. e, conseqüentemente, na definição da própria inteligência.

Merece, assim, destaque a proposta de uma definição de deficiência com base no comportamento e não em classificações exclusivamente biomédicas, apresentada por Duncan e Millard, que defendia a possibilidade de, através de acompanhamento médico e educativo, se potencializar as capacidades da pessoa com D.M.. Neste sentido, surge a intervenção de Piaget, defendendo que um estudo meramente quantitativo da inteligência seria limitativo, sendo indispensável uma análise das modalidades de raciocínio e estrutura lógica. Com efeito, este autor realça a afetividade /intencionalidade enquanto energia essencial às funções cognitivas, reforçando a reciprocidade entre uma função intelectual e função afetiva, as quais coexistem influenciando-se mutuamente.

Posteriormente, outros autores referiram a necessidade de um conceito de inteligência que abordasse, não só as competências cognitivas, como também a capacidade de integração social e de relacionamento interpessoal, o que coloca em evidência a influência do meio sociocultural, afetivo, e educativo, particularmente importante na manutenção e desenvolvimento de competências na pessoa com D.M.. Nesta linha de pensamento, Amiralian (1986) refere que, para se considerar D.M., terão que estar presentes as seguintes condições: (a) funcionamento intelectual significativamente abaixo da média, (b) deficit no

comportamento adaptativo, e (c) manifestação destas dificuldades durante o período de desenvolvimento. Assim, não poderá ser atribuída uma classificação de D.M. baseada apenas num baixo nível de Q.I., quando as exigências sociais adaptativas forem conseguidas.

Contudo, de modo a classificar os diferentes graus de deficiência, tendo em conta domínios de avaliação específicos, em termos quantitativos (W.E.I.S.), a Organização Mundial de Saúde [OMS] (cit. in Ballone, 2007) assume a seguinte sistematização:

Tabela 1

Q.I., Denominação e nível cognitivo.

Q.I.	Denominação	Nível Cognitivo (Piaget)
< 20	Deficiência mental profunda	Sensório-Motriz
20-35	Deficiência mental agudo grave	Sensório-Motriz
36-51	Deficiência mental moderada	Pré-Operatório
52-67	Deficiência mental leve	Operações concretas

Já Ajuriaguerra e Marcelli (1991) definem três domínios principais na avaliação da D.M., sendo eles o desenvolvimento e eficiência social, os distúrbios afetivos, das condutas e do comportamento, e, finalmente, os distúrbios instrumentais.

Ao nível do desenvolvimento e eficiência social, os autores supracitados classificam a D.M. do seguinte modo:

1. Deficiência mental profunda – a capacidade mental não ultrapassa os 2/3 anos, registando-se um atraso massivo de todas as aquisições que permanecem, frequentemente, incompletas. A autonomia das condutas de vida quotidiana é parcial (alimentação, higiene pessoal e controlo esfíncteriano), podendo ser melhorada no contexto de uma boa relação. A linguagem é quase inexistente, dependendo estas pessoas de um terceiro e/ou uma estrutura institucional. É igualmente frequente a existência de anomalias morfológicas, distúrbios neurológicos e crises de epilepsia;

2. Deficiência mental severa e moderada – a idade mental situa-se entre os 6-7 anos, com frequente atraso no desenvolvimento psicomotor, sendo possível alguma autonomia ao nível das condutas sociais, sobretudo se crescer num ambiente estimulante, necessitando, contudo, de um enquadramento protetor. A linguagem poderá ser assintática, embora esta área dependa muito do grau de estimulação do meio envolvente; já a leitura, mantém-se ao nível de decifração rudimentar, sendo a escolarização muito difícil ou até mesmo impossível (estádio pré-operatório do pensamento);

3. Deficiência mental ligeira ou limítrofe – a escolaridade é um critério fundamental, sendo, na maioria das vezes, o seu fracasso que caracteriza estas pessoas, uma vez que apresentam um desenvolvimento psicomotor normal. A linguagem não apresenta nenhuma anomalia severa e a inserção extraescolar é frequentemente satisfatória. É raro a existência de anomalias somáticas associadas, sendo a incapacidade ou dificuldade de pensamento formal o principal entrave na progressão escolar. É neste grupo que o enquadramento socioeconómico e cultural e as relações afetivas e interpessoais têm uma importância preponderante.

Quanto aos distúrbios afetivos, das condutas e do comportamento, os mesmos autores estabelecem as seguintes distinções:

1. Na deficiência mental profunda e severa encontram-se perturbações relacionais profundas, tais como o isolamento e o afastamento afetivo, sendo frequente a existência de estereotipias, mais ou menos graves.

2. Na deficiência mental moderada e ligeira as perturbações afetivas dividem-se em dois padrões: o primeiro caracteriza-se por uma instabilidade adaptativa/emocional, com reações coléricas diante o fracasso, e distúrbios do comportamento, sobretudo na adolescência, frequentemente relacionados com a sexualidade; o segundo padrão identifica-se pela frequente inibição, passividade, e submissão extrema que, por sua vez, influencia

negativamente as capacidades cognitivas. É possível, ainda, a identificação de um terceiro grupo, que não apresenta distúrbios afetivos, revelando, apenas, algum infantilismo ou puerilismo.

Finalmente, a nível dos distúrbios instrumentais, isto é, da linguagem e do desenvolvimento motor e praxias, a sua existência é frequente, inclusive na debilidade leve ou limítrofe. Nos distúrbios da linguagem regista-se um nível inferior nas provas verbais em relação às não-verbais, apresentando baixos níveis gramaticais e sintáticos, enquanto que no desenvolvimento motor são frequentes distúrbios do esquema corporal e dispraxias.

Apresentada a sistematização proposta por Ajuriaguerra e Marcelli (1991) na classificação da D.M., e tendo em conta que os seus limites são, frequentemente, ténues e permeáveis, convém referir que, em termos institucionais, a classificação utilizada pela CERCI é a CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde), cujo principal objetivo é elaborar uma linguagem unificada e padronizada, assim como uma estrutura de trabalho transversal, ao nível da descrição da saúde e de estados relacionados com a saúde (CIF, 2003).

Desenvolvida pela OMS, a CIF encontra-se agrupada em diferentes domínios da saúde e domínios relacionados com a saúde (funções e estruturas do corpo, e atividades e participação), aos quais são atribuídos, segundo os conceitos de funcionalidade e incapacidade, classificações numéricas. A CIF permite, portanto, como processo interativo e evolutivo, fazer uma abordagem multidimensional da classificação da funcionalidade e da incapacidade, fornecendo as bases para os utilizadores que desejem criar modelos e estudar os diferentes aspetos deste processo. Urge, aqui, referir que esta classificação foi utilizada na descrição do estudo de caso individual, não de uma forma exaustiva, mas selecionando os campos que se consideraram mais relevantes para a intervenção.

Por outro lado, remetendo-nos para o campo etiológico da D.M., esta poderá decorrer de uma lesão pré-natal, genética ou não-genética; de uma lesão perinatal (prematuridade), resultante de uma situação de anoxia, traumatismo obstétrico, ou infeções; ou de uma lesão pós-natal, causada por uma meningite, meningocefalites, trauma crânico-encefálico, entre outros (Sacaloski, Alavarsi & Guerra, 2000 cit. in Sousa, 2007). Como principais fatores de risco da D.M. são identificados, pela Associação Americana para a Deficiência Mental, as infeções ou intoxicação (da mãe, numa situação pré-natal ou de parto, ou do bebé, em contexto pós-natal), o trauma ou agente físico (ex. exposição a radiação), o metabolismo ou nutrição (ex. mutação genética), as malformações congénitas, as influências pré-natais desconhecidas, as anomalias cromossómicas (ex. síndrome de *Down*), os distúrbios da gestação, e diferentes tipos de influências ambientais.

Merece, ainda, particular atenção o facto de, recentemente (Abril de 2007), a Associação Americana para a Deficiência Mental ter alterado a sua terminologia para Associação Americana Para as Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais (*American Association on Intellectual and Development Disabilities* [AAIDD]). Na origem desta mudança encontra-se a própria evolução do conhecimento acerca do funcionamento intelectual, do comportamento adaptativo e do desenvolvimento humano, cada vez mais interligado e dependente do interaccionismo, estabelecendo-se, no campo da deficiência intelectual, uma crescente necessidade de equacionar dimensões como o ajustamento social e a adaptação do comportamento (Morato & Santos, 2007).

Na verdade, a substituição do termo deficiência por dificuldades, prende-se com o facto de o primeiro possuir um constructo estigmatizante, na medida em que muitas vezes se associa ao termo imperfeição e, conseqüentemente, à sua irrecuperabilidade, enquanto que dificuldade (*disability*) pressupõe um *handicap* que pode ser trabalhado e potencializado

através da interação indivíduo-ambiente. Já a substituição do termo mental por intelectual pretende expressar um conceito mais objetivo, pela sua abrangência aos fatores adaptativos, como sejam a interação pessoa e ambiente, na sua diversidade contextual e validade ecológica. Neste sentido, e tendo em conta uma adaptação à terminologia adotada pela APA (2002), que substituiu o termo atraso mental por deficiência intelectual, daqui para a frente utilizarei, no presente trabalho, a expressão deficiência intelectual para designar a patologia em causa.

Nesta linha, a definição apresentada pela AAIDD (2007) para Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais é a seguinte:

Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental é caracterizada por significativas limitações do funcionamento intelectual e do comportamento adaptativo expresso em três domínios fundamentais: conceptual, social e prático (habilidades adaptativas). Esta Dificuldade manifesta-se até aos 18 anos. (Schalock et al., 2007 cit. in Morato & Santos, 2007, p.54)

Para finalizar este breve enquadramento teórico e tendo em conta a evolução do conceito de deficiência intelectual nos últimos anos, pode afirmar-se que, atualmente, existe uma crescente valorização das políticas de integração das pessoas com incapacidades, sendo o termo integração entendido como “a utilização tão normativa quanto possível, de acordo com cada cultura, para conseguir manter condutas e características pessoais tão próximas das normas culturais do meio em que viva a pessoa” (Wolfensberger, 1982 cit. in Felix & Marques, 1995, p.31), o que não anula, todavia, a existência de diferenças inerentes à própria condição humana. Neste sentido, Ivone Félix (1995) afirma que a integração deveria ser vista como um meio e não um fim em si mesma, no sentido de constituir um veículo através do qual se valoriza o papel social do deficiente. Esta filosofia fundamenta a criação de políticas

inclusivas e de promoção da igualdade de oportunidades (Neves, 2007), divisa esta que se encontra na base de organizações como a CERCI, na qual se realizou este estágio académico.

A Musicoterapia

“[...] music is, basically, a means of communication...it communicates about feelings in a way that words cannot, because of their inadequacy” (Gaston, 1968, p. 56)

Em termos teóricos, existem diversas definições para musicoterapia, ressaltando uma ligeira oscilação conceptual consoante as metodologias e técnicas adotadas. Contudo, todas as definições incluem, implícita ou explicitamente, as palavras-chave centrais desta terapia – psicoterapia, relação terapêutica e música.

A Federação Mundial de Musicoterapia (WFMT) define musicoterapia como:

a utilização profissional da música e dos seus elementos, para a intervenção em contextos médicos, educacionais e do quotidiano, com indivíduos, grupos, famílias ou comunidades que procurem otimizar a sua qualidade de vida e melhorar a sua saúde física, social, comunicativa, emocional, intelectual, espiritual e bem estar. (WFMT, 2011)

Neste sentido, o conceito de música em musicoterapia é naturalmente diferente do conceito formal ou mais comum, que privilegia a estética e a organização de sons. Na verdade, neste processo, não é importante se o som ou a música que estão a ser produzidos são belos ou inestéticos, afinados ou desafinados, pois todas estas classificações são meros juízos de valor, que se regem segundo regras estéticas variáveis de cultura para cultura, as quais deverão, num contexto ideal, estar ausentes numa sessão de musicoterapia.

A produção sonora da pessoa poderá nem sempre corresponder intencionalmente à sua expressão; porém, o som que é produzido faz parte da sua identidade e torna-se o material a ser trabalhado em musicoterapia. De facto, dentro desta abordagem, toda e qualquer produção

sonora, verbal e não-verbal (movimento corporal, gestual, entre outros), é considerada expressão do repertório de significações individuais da pessoa. As produções sonoras são aceites tal como são manifestadas pois, tal como afirma Benenzon (1988), o musicoterapeuta tem por objetivo primordial a terapia e não a estética musical.

E é precisamente pelo facto de não exigir formação musical, ao nível do conhecimento teórico de organização dos sons, nem qualquer tipo de desenvolvimento cognitivo específico, que esta terapia poderá ser aplicada a qualquer indivíduo, independentemente das suas capacidades motoras, cognitivas, e sociais, incluindo, assim, a população com deficiência intelectual.

Diretamente relacionado com esta questão, encontra-se um dos conceitos-chave da musicoterapia – o princípio de ISO –, conceito dinâmico de identidade sonoro-musical, caracterizado por uma série de sons ou fenómenos acústicos e movimentos internos que individualizam cada ser humano. Para se estabelecer contacto ou comunicação com outro ser humano começamos por estabelecer um padrão de imitação (veja-se a relação mãe-bebé), ou seja, transportando para o contexto terapêutico, para que exista comunicação entre o terapeuta e o seu paciente, é necessário que coincida o tempo mental do paciente com o tempo sonoro-musical expresso pelo terapeuta (Benenzon, 1988).

Murret (1983, cit. in Leal, 2005) considera que as terapias pela arte, nas quais se inclui a musicoterapia, se centram em três conceitos-chave: (a) a ancestral e onnipotente noção de catarse, enquanto participação emocional do sujeito, em que existe uma mobilização e canalização das emoções, (b) o conceito de reparação de Klein, em que, a partir da simbolização, impulsionada pela criatividade, existe uma representação interna do objeto ausente, e (c) a noção de jogo e espaço potencial, propostos por Winnicott, em que se afirma que o jogo, a arte, a livre criação, a espontaneidade, e a relação que se vai estabelecendo,

entre o sujeito e o terapeuta, é terapêutica em si mesma, algo inerente ao desenvolvimento do ser humano e imprescindível na elaboração dos afetos.

Compreende-se, portanto, que este género de terapia, cujo principal instrumento de mediação é a música, se fundamente em diversas correntes da psicologia e da psicologia musical.

Num contexto de musicoterapia psicoterapêutica, o principal objetivo é a aquisição, por parte do paciente e através da relação terapêutica potencializada pela música, de uma capacidade de insight sobre si próprio e do mundo que o rodeia (Wigram, Pedersen & Bonde, 2002), existindo, desta forma, um espaço contendor para a resolução de conflitos internos, expressão de sentimentos, melhoria das competências interpessoais, entre outros.

Já numa abordagem de carácter mais psicanalítico ou psicodinâmico, de que são exemplos a abordagem de Mary Priestley e Juliette Alvin, a manifestação musical do paciente é interpretada como revelação do *self* e a possibilidade de resolução de conflitos inconscientes e remoção de associações prejudiciais.

Merecem, igualmente, destaque a abordagem cognitivista, centrada no corpo e na neurofisiologia, a abordagem psicopedagógica, cujo principal objetivo é a aprendizagem e o treino de competências, e, finalmente, a abordagem comunitária, centrada nos princípios de identidade sociocultural, grupo e comunidade.

Face à população-alvo deste estágio, com algumas limitações em termos de capacidade de *insight*, poder-se-á considerar que as abordagens mais focadas foram a cognitivista e psicopedagógica.

Como forma de fundamentar esta intervenção, foi dado ênfase a algumas teorias da psicologia, nomeadamente a valorização do momento presente no processo psicoterapêutico preconizada por Daniel Stern (2006). Este autor defende, que quando o trabalho terapêutico

incide no aqui e no agora (como é o caso da musicoterapia), ele abre caminhos para a capacidade de ocorrerem mudanças, na medida em que é no agora que acontece o contacto mutuamente consciente entre as mentes do terapeuta e do próprio doente, único momento de realidade subjetiva pura e das experiências apreendidas pelos nossos sentidos. Desta forma, a experiência conjunta vivida no agora, é retratada pela existência de uma partilha de forma intuitiva e de um conhecimento implícito da relação, sem ser necessário verbalização. Esta partilha origina uma intersubjetividade entre os participantes que acaba por alterar o seu relacionamento, permitindo a escolha mútua de novas direções. E é neste contexto que se inscreve uma intervenção musicoterapêutica, no sentido em que promove a experiência imediata do momento presente, possibilitando, através de uma relação com o outro, mediada por uma dimensão contentora (a música), a expressão pessoal, a experimentação, o desenvolvimento da criatividade e, conseqüentemente, a mudança.

Em termos metodológicos, foi dado destaque, nesta intervenção, à musicoterapia criativa de Nordoff e Robbins (1977). Urge, aqui, referir que na génese deste método esteve a intervenção musical com crianças com necessidades educativas especiais, a partir do qual se procurou uma abordagem criativa de forma a intervir terapêuticamente junto de alunos com perturbações graves de desenvolvimento, a nível emocional e comportamental.

Na base desta musicoterapia criativa encontra-se o conceito de “músico-criança”, enquanto capacidade inata de qualquer ser humano em responder à música, sendo a técnica musicoterapêutica preferencial a improvisação. Mais especificamente, Nordoff e Robbins terão defendido que as propriedades inerentes aos elementos musicais (melodia, ritmo, harmonia, dinâmicas, timbre, etc.) seriam os principais agentes de mudança na terapia, nomeadamente a produção musical improvisada, espontaneamente, entre o terapeuta e o cliente, algo que classificaram como “experiências ativas e auto-integrativas” (Turry, 1998, p.

162). Nesta abordagem, o processo terapêutico implica um envolvimento do terapeuta com o cliente através da criação de formas musicais em que ambos se encontrem e em que o terapeuta consiga aceder ao “músico-criança” presente no seu paciente.

Os autores destacam três características fundamentais num terapeuta clínico (Nordoff & Robbins, 1977): (a) ser exploratório, ou seja, descobrir o que o paciente consegue e não consegue fazer, conhecer os seus limites, a sua resposta à música, a sua sensibilidade, quais as experiências que mais o estimulam e quais as competências que podem sofrer evolução, (b) ser consistente, isto é, manter o mesmo tipo de atividades e humor quando estabelecido o contacto com o cliente, de forma a este se sentir seguro, contido e suportado musicalmente e possibilitando uma direção e coerência na sua evolução, e, por fim, (c) ser flexível, ou seja, ir de encontro às diferentes respostas do cliente, potenciar novos desenvolvimentos e saber relacionar-se com novas questões clínicas que possam surgir, assim como, alterando a abordagem de acordo com o tipo de situação com a qual se depara. Paraphrasing os próprios autores, “A therapist’s technique is therefore empirically-creatively directed” (Nordoff & Robbins, 1977, p.91), isto é, existe uma direção ou até mesmo alguma diretividade que, contudo, se baseia no conhecimento da pessoa com que se está a trabalhar, nas suas competências e *handicaps*, e no processo criativo em si mesmo.

No fundo, gostaríamos de reter que, também esta metodologia, remete para segundo plano o carácter estético da música, assinalando como objetivo primordial a criação de um acontecimento comunicativo com base musical, havendo uma expressão genuína do *self* através de elementos musicais, do discurso, de vocalizos, gestos e expressões faciais. Logo, neste contexto, a improvisação afirma-se como a pedra angular deste processo, não só musical, mas também, e sobretudo, pessoal e relacional.

Musicoterapia e comunicação. “Falar de Musicoterapia é falar de Comunicação”
(Benenzon, 1988, p. 27)

Tendo em conta a população-alvo desta intervenção, considerou-se pertinente incluir, nesta revisão bibliográfica, um subcapítulo sobre uma das áreas principais de atuação da musicoterapia – a comunicação. De facto, na população com *deficit* intelectual encontram-se, de forma generalizada, dificuldades de comunicação (Oldfield & Parry, 1985), muitas vezes devido ao desenvolvimento, geralmente tardio, da linguagem, ou até mesmo de uma incapacidade em criar e estabelecer discurso. Assim sendo, assomou-se como fundamental, estabelecer como um dos principais objetivos terapêuticos desta intervenção, a melhoria dos padrões de comunicação, elemento essencial para a conquista da desejável inclusão social.

Quanto ao conceito de comunicação, Owens (2001, cit in. Gfeller, 2005) define-o como o processo utilizado para troca de informação e ideias, necessidades e desejos, sendo um processo ativo que envolve uma codificação, transmissão, e posterior descodificação de uma mensagem, entre um emissor e um recetor. Referente ao papel da comunicação durante o ciclo de vida, Benenzon (1988) refere: “O prazer que os indivíduos desfrutam da comunicação, quando esta funciona bem, constitui a força motriz que os induz a procurar relações humanas. [...] A comunicação gratificante é a pedra angular da saúde mental”. (p. 26).

Neste sentido, a música tem sido, desde sempre, considerada um meio de comunicação privilegiado, pressuposto cientificamente corroborado por neurologistas, psicólogos e músicos (Gfeller, 2005). Com efeito, embora os sons musicais não possuam um significado universal definido, variando consoante o seu contexto sociocultural, é inegável a sua função comunicativa.

Kate Gfeller (2005), ao comparar o discurso com a música enquanto processo de comunicação, refere que uma das diferenças essenciais assenta na função atribuída a cada um deles, isto é, ao discurso é conferido um carácter de partilha eficiente de informação discursiva, considerado, portanto, uma competência adaptativa, enquanto que a música assume como principal função a capacidade de incutir e transmitir emoções e/ou humores.

Também Bruscia (2000) evidencia as diferenças entre a comunicação musical e a comunicação verbal, tanto no seu conteúdo (o que pode ser dito) como no processo (a forma como se transmite). O autor refere que comunicar através da música não implica, necessariamente, o uso de palavras, assim como nem sempre podemos utilizar formas musicais para a comunicação verbal. A comunicação musical adquire, deste modo, uma função específica de comunicação, que não pode ser substituída por nenhuma outra modalidade de interação, e que poderá funcionar como complemento da linguagem verbal ou, em algumas situações, como a incapacidade de discurso, o seu substituto.

Por outro lado, o autor refere ainda que a música não é apenas um som não-verbal, podendo incluir palavras, movimentos e imagens, o que enriquece e amplia outras formas de comunicação, verbal e não-verbal. Esta ideia encontra-se resumida na seguinte citação:

A música pode fornecer meios de comunicação não-verbais ou pode servir de ponte para conectar canais de comunicação verbais e não-verbais. Quando utilizada como forma não-verbal, ela pode substituir a necessidade de palavras e desse modo fornecer uma forma segura e aceitável de expressão de conflitos e sentimentos que seriam difíceis de expressar de outro modo. Quando os canais verbais e não-verbais são utilizados, ela serve para intensificar, elaborar ou estimular a comunicação verbal, enquanto que a comunicação verbal serve para definir, consolidar e clarificá-la [a experiência musical]. (Bruscia, 1987, cit. in Bruscia, 2000, p.71)

Fazendo parte integrante do discurso musical, o gesto é uma parte da linguagem que promove o pensamento, nos quais se incluem a postura, o movimento, e as prosódicas, que constituem as bases para a comunicação (Sousa, 2007). De facto, todos estes elementos são essenciais para expressar e articular a emoção. Neste sentido, Benenzon (1988) afirma que “Quantos mais elementos do contexto não-verbal acompanhar um símbolo, melhor será o seu objetivo de comunicação.” (p.19).

Tendo como principal mediador a música, a musicoterapia é considerada um meio através do qual se estabelece a abertura de canais de comunicação. Segundo Filho, Brandão e Millecco (2001, cit. in Sousa, 2007) a musicoterapia é uma terapia que estimula a criatividade e a amplia a capacidade comunicativa, mobilizando aspetos biológicos, psicológicos, e culturais. Para estes autores, o veículo que estimula estas competências são os diálogos musicais entre terapeuta e cliente (relação terapêutica), ou entre os membros do grupo terapêutico.

A leitura efetuada no decorrer de uma sessão de musicoterapia terá em consideração, portanto, o conjunto de expressões essencialmente musicais trazidas pelo cliente, mas também os sons internos do organismo, sons externos, o silêncio, e o movimento, enquanto manifestação sonoro-musical do indivíduo, passíveis de uma interpretação que vai para além do que é dito. Na verdade, mais importante do que o significado das palavras proferidas durante uma sessão, é a forma como são ditas, os gestos, os movimentos, e os silêncios que as acompanham.

Para Lelis (2002, cit.in Sousa, 2007, p.22) “a voz de cada pessoa está intimamente ligada à sua emoção e sua personalidade”, pelo que, embora nos possamos esconder nas palavras, a voz e a forma como proferimos o som, revelam muito sobre o nosso mundo interno e sobre a nossa intencionalidade.

Moran (1998) defende o conceito de comunicação “mais autêntica”, potenciadora de crescimento e de um conhecimento mais acurado sobre nós próprios, e propõe uma comunicação em que nos expressemos com o corpo todo, com todas as linguagens possíveis, verbais e não-verbais, com genuinidade. A este respeito, o autor escreve:

Vivemos processos de comunicação autênticos e inautênticos. Autênticos, quando há uma correspondência entre o que percebemos e o que comunicamos; inautênticos, quando nos ocultamos (ou tentamos ocultar-nos através de palavras ou de máscaras), quando representamos personagens que não são nossos, ou quando os outros também se escondem de nós. Se conseguimos desenvolver processos de comunicação autênticos, aprenderemos mais, evolveremos mais, ampliaremos nossos horizontes emocionais e intelectuais de forma poderosa. Se predominam em nós processos de comunicação inautênticos, cresceremos cada vez menos, perderemos a confiança nos outros e principalmente em nós mesmos. (p.42)

Neste sentido, e sendo a música a linguagem privilegiada das emoções e dos afetos, ao incluirmos o discurso musical na nossa comunicação, procuraremos uma comunicação mais autêntica, um dos objetivos subjacente à prática musicoterapêutica.

Musicoterapia e Deficiência Intelectual. Por ser uma área abrangente, a musicoterapia possui diversos domínios de intervenção, sendo um deles o da educação especial, que se encontra diretamente relacionado com a área da deficiência intelectual. Embora não seja, até à data, muito profícua em termos bibliográficos, esta problemática conta com algumas publicações teóricas e artigos de investigação que atestam a eficácia da terapia através da música com pessoas portadoras de deficiência intelectual, independentemente do seu grau de comprometimento funcional.

Neste sentido, alguns autores (Bunt & Hoskyns, 2002; Oldfield & Adams, 1990) declaram que até com doentes que possuem um défice cognitivo profundo, existe uma fina ligação de comunicação, o que, tendo em conta o carácter flexível da música enquanto meio de comunicação privilegiado, podendo ser trabalhada ao nível mental, emocional e social, comprova a eficácia da musicoterapia enquanto metodologia de tratamento benéfica em deficientes mentais profundos.

Também Uricoechea (1993) afirma que, através dos estímulos sonoros, a música tem o poder de penetrar a mente e o corpo, seja qual for o nível de inteligência ou condição da pessoa com necessidades especiais, abrindo canais de comunicação que ampliarão as suas possibilidades de expressão, pois, seja qual for seu comprometimento maior – mental, físico ou emocional –, a pessoa com deficiência intelectual responde ao estímulo musical, tanto quanto os indivíduos situados na faixa de normalidade.

Já Sousa (2007) realça o papel da musicoterapia enquanto auxílio na comunicação de pessoas com deficiência intelectual, evidenciando a área comunicativa como uma das mais afetadas nesta população e que o musicoterapeuta poderá trabalhar. Na verdade, quando os utentes têm dificuldade em usar a linguagem verbal, a possibilidade de um tipo de diálogo diferente é certamente valiosa, uma vez que o meio de comunicação em questão tem o poder da transmissão de emoções e sentimentos, sem depender da palavra.

Gale (1989), no seu artigo sobre a questão da musicoterapia aplicada a adultos com *handicaps* intelectuais, realça o papel desta intervenção enquanto valorização pessoal e aumento da autoestima.

Recuando um pouco no tempo, Benenzon, no seu *Manual de Musicoterapia* (1985), define dois tipos de atitudes internas que o/a musicoterapeuta deverá assumir face à pessoa com deficiência intelectual: por um lado, desvalorizar o conhecimento do quociente

intelectual de seu cliente, e, por outro lado, estabelecer com este uma linguagem de comunicação especial, uma série de mensagens que lhe servirão para seu desenvolvimento ulterior. Benezon considera que o preconceito face às incapacidades da pessoa com D.I., muitas vezes inviabiliza o trabalho do/a musicoterapeuta, que se inibe de estabelecer possibilidades de comunicação, inerentes ao trabalho da musicoterapia.

Este autor sugere, ainda, uma intervenção grupal da pessoa com deficiência intelectual, de forma a serem trabalhadas as competências interpessoais. Com efeito, numa configuração ideal, a pessoa com deficiência intelectual, antes de uma intervenção em grupo, deverá ser primeiramente atendida de forma individual, isto porque, será através de canais de comunicação estabelecidos primordialmente com o musicoterapeuta que poderá evoluir para um comunicação e interação grupal.

Do ponto de vista metodológico, Bunt e Hoskyns (2002) afirmam que, face a uma pessoa com deficiência intelectual ou multideficiência, as limitações cognitivas e/ou físicas poderão também condicionar o processo criativo, pelo que aconselham atividades estruturadas e simples, de forma a conceder ao utente mais liberdade de expressão e controlo da situação.

Em *Musicoterapia: uma visão geral*, Von Baranow (1999) estabelece que uma das principais funções da musicoterapia com indivíduos com deficiência intelectual é a estimulação através da abertura de canais de comunicação usando, para isso, o som e o movimento. Desta forma, existe uma promoção do desenvolvimento psicomotor, dos processos cognitivos, da expressão corporal e verbal, e um contacto coerente com o mundo externo, visando o despertar e a manutenção do interesse e da atenção por si mesmo e pelas pessoas e objetos que os rodeiam. Nesta perspetiva, um instrumento poderá, por exemplo, apresentar-se como uma extensão do corpo da pessoa com deficiência intelectual, através do qual ela poderá ganhar consciência de si e do outro, podendo, assim, desenvolver a sua

competência social e inter-relacional. De facto, a maioria destas pessoas tem um frágil autoconceito, em virtude de frustrações e rejeições ao nível de relacionamentos pessoais significativos, que se deveram às suas limitações, sendo que, através do contacto com o mundo sonoro-musical, elas poderão comunicar, agir e recuperar e/ou descobrir um sentido de autoestima e realização, restaurando, assim, a sua identidade.

Retomando dois dos musicoterapeutas de referência na área da educação especial, Nordoff e Robbins (1977) falam de uma musicalidade ou criatividade musical inata, presente em todos os indivíduos, independentemente das suas limitações físicas ou psíquicas. Essa característica é denominada como “criança-músico” ou “músico-criança”, tal como referido anteriormente. Desta forma, se a música tem o efeito de permitir a expressão pessoal e a comunicação a qualquer pessoa, então, as que são portadoras de qualquer perturbação, quer seja do foro físico, emocional, cognitivo, comportamental ou psicológico, podem ter uma resposta normal e natural à música, havendo ainda um potencial adormecido por explorar (Wigram *et al.*, 2002). Com efeito, apesar das limitações cognitivas e relacionais inerentes à deficiência intelectual, todos os indivíduos encerram um potencial criativo com capacidade de resposta aos estímulos musicais propostos pelo musicoterapeuta.

Bruscia (1991) afirma que, quando a criança tem necessidades educativas especiais de qualquer ordem, o “músico-criança” encontra-se encerrado sobre si próprio, condicionado pela sua deficiência intelectual ou fisiológica, o que limita o desenvolvimento e expressão da sua personalidade e singularidade, algo que compete ao musicoterapeuta trabalhar, através da música, de forma a despertar o seu “músico-criança”.

Já Kathleen Wager (2000), na sua investigação de quatro anos sobre os efeitos da musicoterapia num homem com autismo e deficiência intelectual, estabelece como objetivo primordial a atingir, e tendo por base a revisão de literatura levada a cabo, a construção e/ou

aumento das competências pessoais, estabelecendo, para isso, objetivos específicos. Entre eles, destacam-se: aumentar a interação e a consciência do estímulo musical externo; aumentar a motricidade grossa e a flexibilidade do uso das duas mãos ao tocar instrumentos; estimular e encorajar a expressão verbal; criar oportunidades para fazer escolhas criativas e comunicar sentimentos. De facto, a autora, através da análise das observações clínicas do processo terapêutico e dos objetivos comportamentais, estabelece a musicoterapia enquanto uma atividade de lazer importante para o cliente, sendo atingidos a maioria dos objetivos comportamentais musicais e não-musicais, ao longo de um período de intervenção de quatro anos.

Em termos de contexto pessoal e social, torna-se pertinente referir o estudo de Koscielak (1996), que, ao comparar os sentimentos de solidão entre jovens adultos com D.I. moderada e jovens com um desenvolvimento intelectual adequado à sua idade, comprova que estes sentimentos, causados por um comprometimento da quantidade e qualidade da relação com o outro, se encontram mais presentes e intensos na população com deficiência intelectual. De facto, a pessoa com dificuldades desenvolvimentais apresenta, muitas vezes, dificuldade em estabelecer e manter o contato social (Hooper, 2001), isto porque a existência de deficiências, quer sejam sensoriais, físicas, ou de comunicação, assim como padrões de comportamento fora do normal, constituem um desafio no processo comunicativo e diminuem as possibilidades de interação com pares.

Neste campo, a musicoterapia tem-se mostrado eficaz na promoção de mudanças positivas nas competências sociais (Reid, Hill, Rawers & Montegar, 1975 cit. in Hooper, 2001), na diminuição do isolamento social e desenvolvimento das relações interpessoais com o musicoterapeuta (Sobey, 1993), com os seus pares (Bryan, 1989; Humpal, 1991) e com as suas famílias (Wimpory, Chadwick & Nash, 1995, cit in Hooper, 2001). Já Hooper (2001)

reforça o valor de intervenções não-verbais em estruturar e encorajar interações sociais, e em reduzir as interações negativas, na população com deficiências ao nível do desenvolvimento.

O estudo de Duffy e Fuller (2000) investiga a eficácia de um programa de musicoterapia no aumento das competências sociais num grupo de crianças com D.I. moderada, nomeadamente ao nível da capacidade de *turn-taking*, imitação, vocalização, iniciativa e contacto ocular, registando-se melhorias significativas nos diferentes objetivos, após uma intervenção de 8 semanas.

Como forma de finalizar esta revisão bibliográfica, reforça-se um dos aspetos já evidenciado pelos autores abordados e que serviu de base na abordagem adotada, durante este estágio: o sujeito com deficiência intelectual deverá ser sempre visto de um ponto de vista holístico, inscrito numa trajetória individual, cultural e social, com sentimentos, emoções e sensações que não devem ser relegados para uma dimensão menor ou de inferior relevância. A intervenção musicoterapêutica deverá, portanto, subjugar-se aos recursos e possibilidades do paciente e não o contrário, devendo o terapeuta saber reconhecer e inserir-se nos seus diferentes ISOs (Identidade Sonora) - Universal, Gestáltico, Cultural e Familiar (Benenson, 1988). Generalizando a afirmação de Aigen para a população-alvo deste estudo, “todas as técnicas que são dadas deverão ser modificadas, adaptadas ou até ignoradas, em função da criança com quem trabalhamos. De outra forma, a Musicoterapia passa a ser uma prescrição, um dogma e uma atividade não-criativa” (Aigen, 1996, cit. in Darnley-Smith & Patey, 2003, p.30).

Musicoterapia e Dinâmicas de Grupo. Segundo Lewin (1948), o que define um grupo são as relações de interdependência entre os membros (constituído por dois ou mais indivíduos) que se influenciam mutuamente através da interação social. Na verdade, cada grupo, quer seja terapêutico ou não, é único na sua essência, embora existam características

comuns a todos eles, nomeadamente: (a) a interação, uma vez que todos os membros têm que coordenar capacidades para cumprirem as tarefas a que se propõem, (b) a estrutura, que se relaciona com os padrões de interação entre os membros do grupo (papéis e normas), (c) a coesão ou ausência desta, determinada pelas forças e laços que ligam os membros entre si, (d) a identidade social, que corresponde à perceção partilhada de pertença a determinado grupo, e (e) os seus objetivos centrais.

Ao falarmos de grupo terapêutico, teremos, incontornavelmente, que nos remeter, em primeiro lugar, para as teorias da psicologia. Rutan (2007) identifica três dimensões fundamentais no trabalho terapêutico com grupos: a dimensão intrapsíquica, que abarca a personalidade, os mecanismos de defesa, e as técnicas de resolução de problemas; a dimensão interpessoal, que inclui estilos relacionais, a exteriorização de conflitos internos, os papéis sociais, e os mecanismos de projeção e identificação; e, por último, a dimensão grupal, que comporta as normas, valores, pressupostos, e restrições implementados no grupo. Neste sentido, uma das principais funções do grupo é a criação de padrões pessoais e relacionais positivos, que sejam transpostos para situações do dia-a-dia, como por exemplo, o desenvolvimento da colaboração, o aprender a cooperar com o outro, a trabalhar em equipa, estabelecendo mecanismos sociais relacionados com a reciprocidade, interdependência, interesse, e desenvolvimento de potencial.

No que concerne aos fatores terapêuticos inerentes ao grupo, MacKenzie (1994) divide-os em quatro categorias: (a) de suporte, ou seja, o sentimento de pertença a um grupo, a universalidade, a aceitação, o altruísmo, em suma, a coesão grupal, (b) a autorrevelação, no sentido catártico do termo, (c) a aprendizagem, enquanto educação e modelação, e (d) o trabalho psicológico (aprendizagem interpessoal e *insight*).

Um dos aspetos referido por diversos autores é o facto de os papéis adotados por cada membro, num grupo terapêutico, serem essenciais na leitura das dinâmicas intra e interpessoais. Os papéis relacionam-se, simultaneamente, com funções específicas dentro do grupo e com padrões sociais característicos de cada indivíduo.

Neste domínio, MacKenzie (1994) identifica quatro tipos de papéis, sendo o “papel estrutural” aquele que se foca na compreensão das tarefas coletivas e que é, essencialmente, um papel de liderança; o “papel sociável”, em sintonia com a qualidade dos sentimentos nas relações interpessoais (regula os afetos no grupo); o “papel divergente”, que oferece perspectivas diferentes das restantes, normalmente em oposição ou rebelião em relação às normas e valores coletivos (poderá ser o porta-voz de assuntos e afetos partilhados pelo grupo, que são inconscientemente ignorados, recalcados); e “o papel prudente”, associado à pessoa silenciosa (símbolo de uma potencial timidez ou receio do encontro interpessoal).

Relativamente às diferentes fases que caracterizam e ocorrem num grupo terapêutico, Rutan (2007) identifica quatro fases evolutivas e distintas:

1. A fase formativa, concernente ao envolvimento dos elementos com os valores básicos e objetivo geral do grupo. Nesta fase, cada membro tenta estabelecer um certo nível de intimidade que lhe seja seguro e adquirir informação acerca de como funciona o grupo, no global;

2. A fase reativa, que corresponde às reações dos membros ao sentimento de pertença ao grupo. Aqui, a individualidade de cada um torna-se cada vez mais visível e emergente, à medida que os elementos tentam descobrir como podem desenvolver a sua identidade e, ao mesmo tempo, permanecer elemento do grupo. Também nesta fase parece sobressair uma preocupação em adquirir ou desenvolver recursos pessoais, desenvolvendo-se alguma resistência às normas instauradas na fase anterior. Poderá haver um questionamento da

competência do terapeuta, e acontecer que elementos do grupo comecem a faltar às sessões, denotando atitudes de rebelião. Porém, nem todos os elementos demonstram atitudes de raiva ou rebelião; são ainda comuns, as atitudes de fuga ou passividade, que, de igual modo, funcionam como contraproducentes para o grupo. Nesta fase, o terapeuta assume um papel diferente em relação à fase de formação, devendo evitar a focagem em dinâmicas ou transferências pessoais que possam emergir, devolvendo-as, por sua vez, ao grupo, procurando que este se exprima em relação às mesmas;

3. A fase de amadurecimento, onde existe já uma definição de papéis e uma interação espontânea entre os membros. A liderança começa a ser partilhada, e os membros assumem uma grande variedade de papéis, entrando na esfera do crescimento pessoal. Os conflitos no grupo são explorados, não de uma perspectiva individual, mas grupal, existindo um sentimento de confiança instalado entre todos, o que permite uma maior flexibilidade e compreensão em relação aos outros membros e ao/aos líder/líderes. Nesta fase, são enfatizadas as respostas e interações intra-grupo como elemento principal de aprendizagem e cura, começando os membros a aperceberem-se de padrões repetitivos em si e nos outros. Começa a ser aceite a discussão de eventos externos da vida de cada um, pois o grupo começa a saber distinguir o que é pertinente de ser trabalhado em conjunto do que não o é. Aqui, o terapeuta é visto, cada vez mais, como uma figura de respeito e de autoridade, mas é igualmente desmistificado, estabelecendo-se, assim, uma relação mais realista e madura entre os membros e o terapeuta. Por outro lado, é desenvolvido um sentimento de maior compaixão e tolerância entre os membros, bem como a aceitação das suas capacidades e fraquezas;

4. A fase de término, que corresponde à preparação para o término da própria terapia. Num grupo que já tenha passado pela fase de amadurecimento, espera-se que os membros tenham desenvolvido capacidades específicas e trabalhado aspetos individuais que

consideravam importantes, pelo que, nesta fase, existe uma consciência do caminho percorrido e das evoluções pessoais e grupais.

Urge, neste momento do relatório de estágio aqui apresentado, e tendo em conta o tipo intervenção em causa, referir as especificidades que caracterizam a intervenção musicoterapêutica e que a tornam uma mais-valia, no seio de uma intervenção multidisciplinar. Gardstrom (2007) refere que, em musicoterapia, estas especificidades assentam na linguagem não-verbal dos elementos musicais (ritmo, melodia, harmonia, timbre, dinâmica, etc.), na experiência de criar música em grupo, desenvolvendo papéis significativos no grupo, independentemente das capacidades de expressão verbal, na vivência de um processo criativo que permite a criação de soluções pessoais, e na experiência estética transformadora.

Um dos objetivos centrais da intervenção musicoterapêutica em grupo prende-se com a criação de um ISO grupal. Segundo Benenzon (1985), a identidade sonoro-musical do grupo está intimamente ligada ao esquema social em que se integra, necessitando de determinado tempo para se estabelecer e estruturar. Assim sendo, realça-se a importância de uma seleção consciente e cuidadosa do grupo terapêutico, que resulte de um conhecimento prévio dos ISOs individuais de cada participante, e em que sejam assinalados pontos em comum, essenciais para que possa ser constituído um ISO grupal, num contexto não-verbal.

Neste processo, o musicoterapeuta tem a responsabilidade de facilitar a formação de um som de grupo (identidade sonoro-musical do grupo), na criação de um momento sonoro-musical em que todos os elementos do grupo se expressem. (McFerran & Wigram, 2002).

Face ao processo de desenvolvimento do grupo musicoterapêutico, Bruscia (1987) identificou seis etapas distintas: (a) uma primeira fase de integração, onde se estabelecem as regras básicas de funcionamento e se começam a estabelecer relações com os restantes

membros, os instrumentos, a música, e o terapeuta, (b) uma fase de exploração pessoal, (c) uma fase de exploração de papéis, (d) uma fase de questionamento, em que a liderança do terapeuta é colocada em causa, (e) uma fase de resolução de conflitos, em que o trabalho individual e coletivo é aprofundado, e (f) uma fase final, de conquista de independência individual integrada numa validação consensual por parte do grupo.

Musicoterapia: Técnicas e Estratégias. As técnicas musicoterapêuticas são diversas, pelo que a sua escolha e utilização se encontram dependentes da metodologia adotada, mas também, e sobretudo, da população e dos objetivos terapêuticos traçados. Nesta perspetiva, irá ser dado ênfase, neste capítulo, às técnicas referenciadas na bibliografia sobre a aplicação da musicoterapia na deficiência intelectual, e que foram, consequentemente, utilizadas neste estágio.

Bruscia (2000) distingue quatro tipos de experiências musicais utilizadas em musicoterapia, que envolvem diferentes características, competências percetivas e cognitivas, e evocam diferentes tipos de emoções. São elas a improvisação, a recriação musical, a composição musical e a escuta musical.

De entre elas, a improvisação surge, na pesquisa bibliográfica realizada, como uma das técnicas mais utilizadas em estudos com pessoas com deficiência intelectual (Brunk & Coleman, 2000; Nordoff & Robbins, 1977; Wager, 2002).

A definição de improvisação musical clínica chega-nos através de Hiller (cit. in Gardstrom, 2007), que a classifica com um processo através do qual terapeuta e utente improvisam em conjunto, com objetivos avaliativos e terapêuticos, através da música (vocal e/ou instrumental), resultando num objeto variável do ponto de vista estético, expressivo, e de significância interpessoal.

No recurso a esta técnica, é importante ter em conta o *setting* interpessoal do cliente (se improvisa sozinho, com o terapeuta ou em grupo), o meio musical (se utiliza a voz, instrumentos, partes do corpo, entre outros) e o ponto de referência (se existem elementos que guiam a improvisação do cliente, como um tema ou uma imagem). Neste campo, a função do musicoterapeuta é, essencialmente, ajudar o cliente, tocando ou cantando um acompanhamento que estimule ou reforce as suas ideias musicais, ou fornecendo uma ideia não-musical, para que ele a retrate através da improvisação (Bruscia, 2000).

Segundo Even Ruud (1990), a técnica de improvisação em musicoterapia estimula o potencial de mudança no paciente, uma vez que desafia a sua necessidade de segurança e familiaridade, na medida em que o expõe a uma situação em que tem que abandonar regras e estruturas pré-estabelecidas, sendo desafiado a explorar um território desconhecido onde pode soar mal, ao mesmo tempo que promove uma forte ligação entre o paciente e o terapeuta, que é quem, de certa forma, ampara e apoia estas novas viagens musicais do paciente.

Desta forma, a improvisação assume um papel de grande relevância, na medida em que se trata de uma técnica que possui um carácter regulativo e estruturante, estabelecendo-se experiências de ordenação, repetição, antecipação, previsibilidade e continuidade; impele o paciente para o aqui e agora, para a realidade concreta, dando pouco espaço para distrações; permite uma comunicação não-verbal, sem grande investimento cognitivo, podendo, contudo, estabelecer, através um canal de comunicação não-verbal, uma ponte para a comunicação verbal; e, finalmente, permite experiências de reciprocidade, alteridade, e alternância na relação com o outro, sobretudo quando praticada em grupo.

Quanto à recriação musical, Bruscia (2000) define-a como a aprendizagem e execução de músicas instrumentais e/ou vocais, e também a reprodução, transformação ou interpretação de um tipo ou modelo musical pré-existente. Esta técnica incide, sobretudo, no

desenvolvimento das competências sensoriomotoras, ao promover um comportamento ritmado e a adaptação; na melhoria de processos cognitivos como a atenção, a orientação e a memória; na promoção da identificação e empatia com os outros, melhorando, conseqüentemente, a qualidade das competências e relações interpessoais; e no desenvolvimento de capacidades de interpretação e comunicação de ideias e de sentimentos.

A composição musical corresponde à criação de canções, letras ou peças instrumentais. Baker e Wigram (2005) referem duas formas distintas de construção de canções: a construção de canções com o paciente e a construção de canções para o paciente. A construção de canções para o paciente direciona-se para a satisfação de necessidades psicológicas, emocionais, sociais, físicas, espirituais, e de comunicação. Por outro lado, a construção de canções com o paciente estabelece objetivos diferentes, como a oportunidade de facilitar o processo de criatividade do cliente com a criação de uma canção que revele a autenticidade da autoria e sentimento de pertença. Aqui, o papel do musicoterapeuta prende-se com aspetos mais técnicos, procurando adequar o seu acompanhamento à criação do cliente, de acordo com sua capacidade musical.

Para além dos fatores supra mencionados, a construção de canções semi-dirigida pode ser útil para conferir uma sensação de controlo ao cliente, ao mesmo tempo que possibilita um atividade estruturada e previsível, criando um ambiente de segurança; desenvolver habilidades para solucionar problemas de forma criativa; desenvolver a capacidade de documentar e comunicar experiências internas, assim como explorar temas hipoteticamente terapêuticos, através das letras das canções, entre outros.

Finalmente, a audição musical corresponde à audição de músicas, que podem ser gravações comerciais, improvisações, composições do cliente ou do musicoterapeuta, e resposta (embora silenciosa) do cliente à mesma. Bruscia (2000) defende que a experiência de

ouvir música pode evocar os aspectos físicos, emocionais, intelectuais, estéticos ou espirituais da música e que as respostas do cliente são moduladas de acordo com o objetivo terapêutico da experiência. Este autor define como principais objetivos desta técnica a promoção da receptividade, a indução de respostas corporais específicas (como o relaxamento), o desenvolvimento de competências auditivas, a exploração de ideias, pensamentos, fantasias e experiências afetivas, que poderão facilitar a memória, a reminiscência, e a regressão, e estimular, inclusivamente, experiências espirituais.

Por ser uma técnica recetiva, que implica algum processamento cognitivo e capacidade de *insight*, a audição musical é pouco utilizada junto de indivíduos com deficiência intelectual. Porém, uma das técnicas que também implica audição musical e que poderá revelar-se mais eficaz nesta população (embora ainda não confirmada na bibliografia) é a expressão corporal com suporte musical, uma vez que é uma abordagem estimuladora, em que a música gravada ou tocada/cantada ao vivo é utilizada como estimulação corporal, que induz o movimento, o gesto, a dança, demonstrando um aumento da resposta, da participação ativa, uma orientação para a realidade do aqui e agora, e da sociabilidade.

Objetivos do Estágio

Tendo em conta a pesquisa bibliográfica efetuada no campo da aplicação da musicoterapia na área da D.I. e tomando em consideração a população do Espaço da Luz – jovens/adultos com deficiência intelectual ligeira a moderada, multideficiência e duplo diagnóstico –, facilmente se tornam perceptíveis as áreas que requerem mais atenção e que condicionam, por vezes determinantemente, a vivência plena destas pessoas. Neste sentido, e tendo em conta o tipo de fragilidades cognitivas e psicossociais da população, foram estabelecidos, no início do estágio, os seguintes objetivos gerais de intervenção:

1. Desenvolvimento e/ou manutenção de competências cognitivas, nomeadamente orientação e consciência, atenção, concentração e memória;
2. Promover um relacionamento intra e interpessoal e, desta forma, uma conduta adaptativa a nível social;
3. Incentivar a comunicação, sobretudo não-verbal, através de atividades que explorem o potencial criativo e expressivo;
4. Cooperar com a equipa técnica no sentido de transmitir estratégias e informações que possam contribuir para a elaboração de projetos de intervenção individual cada vez mais adequados e estruturantes.

Metodologia

Tratando-se o estágio aqui reportado de uma intervenção musicoterapêutica, reveste-se de fundamental importância descrever todos os processos e metodologias adotadas, assim como analisar o material clínico obtido, algo que procuraremos fazer ao longo do presente capítulo.

Procedimentos

“You may know something of his background – this is important – but more important are the impressions he makes directly on you.” (Nordoff & Robbins, 1977, p. 93)

Fase de observação/ integração. A fase de observação direta que antecedeu a escolha da amostra para esta intervenção decorreu durante um período de cerca de dois meses, no qual houve a oportunidade de acompanhar diversas atividades desenvolvidas pelos clientes, algumas levadas a cabo no Espaço da Luz, nomeadamente as aulas de expressão dramática, de expressão plástica, de informática, dinâmicas de grupo, atividades de manutenção de centro, e outras desenvolvidas em diversos espaços CERIC (CTVAA, centro de formação profissional), de que são exemplo, ensaios do grupo musical LeChapô, atuação dos Bombarte (grupo de percussão) e dança tradicional. De registar, ainda, ter estado presente, a convite da organização, na cerimónia de entrega do certificado EQUASS.

Este período foi essencial para, de forma objetiva e abrangente, conhecer a organização CERIC Lisboa e pressupostos que a regem, assim como, num campo humano e subjetivo, reconhecer o trabalho notório da equipa que atua diretamente com os 30 clientes do Espaço da Luz, o que terá permitido uma observação participante junto dos clientes. Neste processo, houve ainda oportunidade de recolher informação clínica e pedagógica junto da equipa técnica, a partir da qual foi possível delinear, em traços gerais, a anamnese de cada cliente.

Foi igualmente facilitador o facto da instituição e dos próprios clientes estarem já habituados a ter desconhecidos (estagiários de várias áreas) entre eles, o que facilitou o processo de integração e, sobretudo, de separação, algo que se pode tornar demasiado penoso numa população com maiores fragilidades e carências.

Na fase de integração e no decorrer das aulas de expressão dramática, foi proposto pelo técnico responsável e pela coordenadora em local de estágio, desenvolver alguns exercícios musicais com os clientes, algo que foi fundamental, na medida em que permitiu observar a musicalidade inerente a cada um deles (ISO musical), bem como as suas dificuldades e problemáticas, tratando-se de um fator determinante na escolha da amostra para esta intervenção.

Assim, no momento de operacionalizar e estruturar a intervenção, foi tomada em consideração a indicação de Benenson (1985), que privilegia a intervenção grupal na população com deficiência intelectual, ressalvando, contudo, que o ideal seria que, antes desta, ocorresse uma intervenção individual com cada um deles. Tendo em conta a duração, limitada no tempo, deste estágio, optou-se por seleccionar, para uma intervenção em grupo, clientes menos incapacitados ao nível cognitivo e motor, e, para a intervenção individual, um cliente com problemáticas mais acentuadas, nomeadamente ao nível do foro afetivo-emocional.

Desta forma, a seleção da amostra para a intervenção de grupo (7 clientes) teve em conta o gosto e interesse pela música denotado durante diversas atividades (ex. alguns clientes tinham por hábito juntarem-se, durante as horas mortas, para ouvir música), tal como alguma uniformidade a nível de capacidades cognitivas, sensoriais e motoras, situando-se todos, exceto um, a um nível de deficiência intelectual ligeira.

Da mesma forma, o estudo de caso individual foi também selecionado tendo como fundamento a aptidão e gosto do cliente pela música mas, e sobretudo, devido às principais problemáticas apresentadas – deficiência intelectual moderada, com distúrbios do foro afetivo-emocional, expressão emocional comprometida (embotamento), e traços depressivos – , áreas nas quais se regista uma maior eficácia da musicoterapia.

Associada, também, à escolha da amostra, esteve a questão da disponibilidade dos clientes, uma vez que o horário deles estava já preenchido na sua totalidade, com diversas atividades, pelo que houve a necessidade de se optar por clientes cujo horário estivesse associado uma atividade que permitisse dispensa (neste caso foi a atividade de desenvolvimento pessoal e social). Este foi o principal motivo pelo qual só foi possível realizar duas intervenções durante o estágio (uma individual e uma grupal), algo que se procurou, de certa forma colmatar, investindo atenção e empenho nas intervenções referenciadas.

A todos os intervenientes e respetivos representantes/familiares foi solicitada a devida autorização para o início da intervenção, tal como para a filmagem/gravação áudio das sessões.

Fase de Intervenção. Após a fase de integração na instituição e a seleção da amostra, seguiu-se o início da intervenção propriamente dita. Numa fase inicial, foi aplicado o WHOQOL BREF (anexo A) aos clientes que compunham a amostra e foi aplicada uma versão adaptada da ECA (anexo B), a cada um, preenchida pela estagiária (visão externa) e pela psicóloga do Espaço da Luz (visão interna).

As sessões realizaram-se semanalmente, sendo que as sessões individuais decorreram às quartas-feiras de manhã, com uma duração média de 50 minutos, entre as 10:30 e as 11:20, e a sessão de grupo às quartas-feiras à tarde, com igual duração, entre as 14:10 e as 15:00. O

formato destas sessões foi, de certo modo, algo estruturado, não sendo, porém, estanque e inflexível, permitindo propostas vindas por parte dos clientes. Todas as sessões foram gravadas em vídeo, o que permitiu uma análise mais pormenorizada das mesmas e o preenchimento da grelha de observação, após cada sessão individual (anexo C).

Ao todo, realizaram-se 18 sessões individuais e 21 sessões em grupo, existindo alguma irregularidade ao nível da frequência dos clientes, algo que aconteceu tanto na intervenção individual, como na grupal, devido a motivos pessoais e de saúde. De facto, no grupo era comum faltar pelo menos um elemento, por sessão. Contudo, estas questões serão abordadas dentro da análise correspondente a cada uma das intervenções, nos próximos capítulos.

Com a aproximação do final da intervenção e, conseqüentemente, do estágio, foi dedicado especial cuidado e atenção a um processo de separação gradual, algo que foi sendo trabalhado ao longo das últimas 4 sessões (individuais e de grupo). A par disto, e após o final das intervenções musicoterapêuticas, o estágio prolongou-se durante todo o mês de Julho, ao nível de uma participação nas dinâmicas de grupo e nas aulas de expressão dramática.

No final da intervenção foram novamente aplicados os testes iniciais (WHOQOL BREF e ECA) e comparados os resultados, de forma a verificar a tendência de evolução registada ao longo deste processo.

Descrição da amostra

A tabela que se segue apresenta os dados pessoais dos clientes acompanhados em musicoterapia, assim como o *setting* e o número de sessões assistidas. A todos os clientes foram atribuídos nomes fictícios, de forma a respeitar a sua confidencialidade.

Tabela 2

Dados da amostra acompanhada em Musicoterapia.

<i>Setting</i>	Nome	Data de Nascimento	Data da entrada no C.A.O.	Nº de sessões assistidas	Diagnóstico
Intervenção de grupo	Clara	08/08/1974	03/02/2003	17	Deficiência Intelectual ligeira de etiologia desconhecida
	Heloísa	17/11/1971	01/03/1999	14	Deficiência Intelectual ligeira de etiologia congénita
	Joaquim	12/11/1977	02/02/1999	16	Deficiência Intelectual ligeira de etiologia desconhecida. Epilepsia associada.
	Paulino	27/05/1976	03/07/2002	20	Deficiência Intelectual ligeira de etiologia congénita
	Paco	04/10/1982	07/09/2000	20	Deficiência Intelectual moderada de etiologia congénita
	Renato	16/03/1976	02/02/1999	11	Deficiência Intelectual ligeira de etiologia desconhecida
	Sofia ^{a)}	04/12/1971	17/09/2007	1	Deficiência Intelectual ligeira de etiologia desconhecida
Intervenção Individual	Jorge	09/02/1984	30/04/2003	18	Deficiência Intelectual moderada de etiologia desconhecida.

a) Desistência da cliente, após a 1ª sessão.

Tal como se pode observar na tabela, a média de idades é de 30,5 anos, sendo 5 clientes do sexo masculino (62,5%) e 3 do sexo feminino (37,5%). Ao nível do diagnóstico, 6 situam-se ao nível da deficiência intelectual ligeira (75%) e 2 encontram-se ao nível de deficiência intelectual moderada (25%).

Técnicas musicoterapêuticas

Seguindo a logística de intervenção indicada, anteriormente, na revisão bibliográfica (pp. 48-51), as principais técnicas musicoterapêuticas utilizadas no decorrer deste estágio foram: (a) a improvisação, vocal e/ou instrumental, a pares e em grupo, livre ou com uma temática de referência (imagem, sentimento, tema musical), (b) a recriação de canções, com a reprodução e interpretação de canções, (c) a construção de canções, que incluiu a composição de canções em grupo e a criação de letras, tendo como base harmónica e melódica um tema da preferência do(s) cliente(s), e (d) outras técnicas específicas, nomeadamente a partilha de canções gravadas, à escolha do cliente, a análise da letra de músicas, relacionando-a com aspetos pessoais, a expressão corporal e/ou dramática com suporte musical e jogos de movimento com suporte musical.

Recursos materiais

No decorrer das sessões foram utilizados um rádio, CD's e uma máquina de filmar (Panasonic), para registo das mesmas. Quanto aos instrumentos, utilizaram-se: instrumentos da família do Instrumental Orff, tais como maracas, clavas, pandeiretas, e reco-reco; instrumentos de percussão, tais como djembê, tambor, e metalofone (percussão melódica); e instrumentos harmónicos – teclado e guitarra. O *setting* era constituído por cadeiras e por uma mesa redonda, à volta da qual se distribuía os clientes e a facilitadora.

Agenda semanal

Na fase de integração, e tendo em conta a disponibilidade da organização, assim como a flexibilidade de horário da estagiária, definiu-se que o estágio iria incidir nas terças, quartas e sextas-feiras. Após esta etapa, optou-se por estabelecer as duas intervenções musicoterapêuticas semanais às quartas-feiras, sendo que as sessões individuais decorreram às quartas-feiras de manhã, com uma duração média de 50 minutos, entre as 10:30 e as 11:20, e a sessão de grupo às quartas-feiras à tarde, com igual duração, entre as 14:10 e as 15:00. O restante horário foi preenchido com a preparação das sessões, reuniões com a equipa técnica, relacionamento informal com os clientes, e algumas participações ativas nas aulas de expressão dramática (sobretudo na fase de integração). Na tabela que se segue figura esta distribuição semanal.

Tabela 3

Agenda semanal do estágio no Espaço da Luz.

	Terça-feira	Quarta-feira	Sexta-feira
9:30		Preparação de sessões	
10:30		Intervenção Individual	
11:30		Preparação de sessões/ Relação informal com os clientes	
14:00	Reuniões com equipa técnica / Aula de Expressão Dramática	Intervenção de Grupo	Reuniões com equipa técnica / Aula de Expressão Dramática
15:00		Relação informal com os clientes	

Instrumentos de Avaliação

WHOQOL BREF. Um dos instrumentos de avaliação a ser utilizado nesta intervenção é o WHOQOL BREF, uma escala de avaliação da qualidade de vida desenvolvida pelo grupo WHOQOL (World Health Organization Quality of Life), da Organização Mundial

de Saúde (1998). Utilizada pela CERCÍ enquanto instrumento de avaliação, tal como referi anteriormente, o WHOQOL enquadra-se na missão central da organização – promoção da qualidade de vida da pessoa portadora de D.I. –, cujas referências fundamentais se reportam a Shalock e Verdugo (2002).

Da mesma forma, a escolha desta escala baseia-se em alguns artigos de investigação que atestam a eficácia da intervenção musicoterapêutica em diversos domínios da qualidade de vida (Solé et al., 2010). Com efeito, e segundo a perspetiva de Even Ruud (1998), baseada na sua própria atividade clínica, as experiências musicais, albergando um determinado espaço pessoal, social, temporal e transpessoal, não afetam apenas uma das áreas da qualidade de vida, dado que elas se entrecruzam e se influenciam mutuamente.

Esta escala apresenta uma estrutura de 26 questões, sendo que as duas primeiras possuem um carácter geral e as restantes 24 representam quatro domínios distintos: a saúde física, o psicológico, as relações sociais, e meio ambiente.

Tabela 4

Domínios, temas, distribuição de questões pelos domínios e valores de referência do WHOQOL BREF.

Domínios	Temas	Nº de questões	Questões dos domínios	Amplitude (min. e max.)	Valor médio
Saúde física	- Atividades diárias - Dependência de medicamentos - Energia e fadiga - Mobilidade - Dor e desconforto - Dormir e descansar - Capacidade de trabalho	7	Q3+Q4+ Q10+Q15 +Q16+Q17+Q18	28 (7, 35)	21
Psicológico	- Imagem corporal e aparência - Sentimentos negativos - Sentimentos positivos - Autoestima - Espiritualidade/ Religião/	6	Q5+Q6+ Q7+Q11+ Q19+Q26	24 (6, 30)	18

	Crenças -Pensamento, aprendizagem, memória e concentração				
Relações sociais	- Relações interpessoais - Apoio social - Atividade sexual	3	Q20+Q21 +Q22	12 (3, 15)	9
Meio ambiente	- Fontes financeiras - Liberdade e segurança física -Saúde: acessibilidade e qualidade - Ambiente doméstico -Oportunidades para adquirir novas informações e qualidades -Participação e oportunidades para atividades de recreação - Ambiente físico (poluição/ barulho/ trânsito/ clima) - Transporte	8	Q8+Q9+ Q12+Q13 +Q14+Q2 3+Q24+Q 25	32 (8, 40)	24

Cada uma das questões é avaliada segundo uma escala *Likert* de 5 pontos, em que o valor 1 corresponde à categoria “nada/muito insatisfeito”, o valor 2 à categoria “muito pouco/insatisfeito”, o valor 3 à categoria “mais ou menos”, o valor 4 à categoria “bastante/satisfeito” e, finalmente, o valor 5 à categoria “extremamente/muito satisfeito”. Os resultados encontram-se escalados numa direção positiva, ou seja, quanto mais elevado o resultado, maior a qualidade de vida (WHOQOL Group, 1996). Uma vez que a escala não define o valor a partir do qual existe uma boa qualidade de vida, consideramos que os resultados positivos são aqueles que se situam acima do valor médio. No que se refere à validade e fidelidade desta escala, os dados de estudos efetuados em vários países têm revelado entre boas a excelentes capacidades psicométricas, possuindo uma consistência interna aceitável, que varia entre .68 e .82.

No presente trabalho, aplicou-se esta escala no início e no final da intervenção (seis meses depois).

ECA (versão adaptada). O segundo instrumento de avaliação a ser aplicado, num pré e pós-teste, é uma versão adaptada da ECA (escala de comportamento adaptativo - versão portuguesa), escala esta utilizada para avaliar capacidades, competências e condutas face ao envolvimento em comunidade.

Na sua versão original, esta escala encontra-se dividida em duas partes. A primeira relaciona-se com a independência pessoal, onde são avaliados os *skills* importantes para a autonomia e responsabilidade, no dia-a-dia. A segunda parte diz respeito aos comportamentos adaptativos relativos à manifestação de problemas de personalidade e comportamentais.

Tabela 5

Domínios da ECA (versão portuguesa -Morato & Santos, 2002).

	Domínios
1ª Parte	I. Autonomia II. Desenvolvimento físico III. Atividade económica IV. Desenvolvimento da linguagem (*) V. Números e tempo VI. Atividade doméstica VII. Atividade pré-profissional VIII. Personalidade (*) IX. Responsabilidade X. Socialização (*)
2ª Parte	XI. Comportamento social (*) XII. Conformidade (*) XIII. Não merecedor de confiança XIV. Comportamento estereotipado e hiperativo XV. Comportamento auto-abusivo XVI. Ajustamento social (*) XVII. Comportamento interpessoal com perturbado (*)

(*) Domínios da ECA que foram adotados na versão utilizada nesta intervenção.

Todavia, a escala não foi utilizada na sua totalidade e formato original, ou seja, houve uma adaptação da mesma, tendo sido efetuada uma redução do número de itens que a constituem, uma vez que se encontravam um pouco desadequados em relação à população em destaque, ou seja, indivíduos com deficiência intelectual ligeira e moderada, e mais direcionados para uma amostra mais profundamente incapacitada. Desta forma, os domínios selecionados a fim de serem avaliados, tiveram em linha de conta os objetivos terapêuticos traçados, sendo eles o desenvolvimento da linguagem (I), personalidade (domínio VII, nomeadamente no campo da iniciativa e perseverança), socialização (X), comportamento social (XI), conformidade (XII), ajustamento social (XVI) e comportamento interpessoal perturbado (XVII) [anexo B].

Também esta avaliação terá sido aplicada, pela estagiária e pela psicóloga do Espaço da Luz, no início e no final da intervenção.

Grelha de Observação do Comportamento. Um outro elemento avaliativo desta intervenção consiste na análise qualitativa de uma grelha de observação preenchida após cada uma das sessões individuais, ao longo de toda a intervenção. A grelha utilizada (anexo C) tem como inspiração a grelha/escala de observação do comportamento, realizada por Pedro Viegas (2007), o qual procurou operacionalizar um instrumento adaptado às características dos indivíduos com perturbações globais do desenvolvimento e especificidades da intervenção musicoterapêutica, centrada na comunicação intencional recíproca. Utilizaram-se, portanto, os parâmetros que pareceram mais adequados à população com deficiência intelectual e, mais concretamente, à amostra selecionada, adaptando este instrumento aos objetivos terapêuticos e ao tipo de intervenção (individual).

Outras Atividades

Tal como anteriormente referido, foi também possível participar, durante o estágio, em outras atividades do C.A.O. Espaço da Luz, assumindo, em algumas delas, uma postura mais neutra, de mero observador, e noutras, adotando uma postura mais ativa. De realçar que, pouco tempo após o início do estágio, e a convite dos técnicos de intervenção específica responsáveis, foi desenvolvida uma ação mais participativa, sobretudo nas aulas de expressão dramática, orientadas pelo terapeuta ocupacional e pela coordenadora e psicóloga da casa. De facto, e por convite dos respetivos coordenadores, houve oportunidade de integrar o projeto apresentado na Festa de Natal da CERCIS Lisboa (19 de Dezembro 2011), intitulado “Ritmos de Vida”, projeto este que se foi construindo tendo por base uma estrutura rítmica executada por instrumentos pouco vulgares (muitos deles fabricados pelo clientes). Foi, também, possível assistir à entrega do certificado EQUASS (Qualidade Europeia em Serviços Sociais) à CERCIS Lisboa, em Novembro de 2011.

Merece igualmente referência o facto de ter estado bastante envolvida na organização da reunião geral de pais, realizada em Abril de 2012, em que, pela primeira vez, foram os próprios clientes a apresentar o trabalho desenvolvido ao longo do ano 2011, aos pais e familiares responsáveis. Esta forma diferente e inovadora de apresentação das atividades teve uma boa receptividade por parte das famílias e direção, uma vez que proporcionou uma dinâmica de partilha mais íntima. De facto, foi neste momento que houve oportunidade para conhecer a maioria dos pais dos clientes, o que permitiu obter um maior conhecimento da vivência relacional de cada família.

Estudo de Caso – Intervenção Individual

Apresentação do caso

“Words are very unnecessary [...]” (Martin Gore, 1990)

O Jorge tinha 28 anos de idade e frequentava o Espaço da Luz desde Abril de 2003, residindo numa freguesia limítrofe ao centro, apenas com a mãe (estrutura familiar monoparental). O pai estaria ausente desde os seus 8 anos de idade, pelo que, desde então, parece ter desenvolvido uma relação simbiótica com a mãe, traço este bastante visível num comportamento dependente e sem iniciativa, só realizando tarefas quando estas lhe são solicitadas, tendo recusado, inclusivamente, participar na festa de Natal da CERCÍ devido à indisponibilidade da mãe para estar presente no evento.

Relativamente à informação anamnésica à qual houve acesso, existe referência a situação de anoxia perinatal, tendo o Jorge sido sujeito a uma avaliação psiquiátrica com 4 anos de idade, altura em que foi identificado um atraso psicomotor e uma perturbação do comportamento. O Jorge, nesse relatório, vem ainda caracterizado como uma criança ansiosa, com dificuldades de regulação emocional, concentração, e de linguagem, apresentando, frequentemente, o olhar parado. Tivemos, também, acesso a dados de um educador pré-escolar, em cujo relatório o definia como uma criança superprotegida, muito ansiosa e instável, com dificuldade de atenção, pouco aberta ao relacionamento (educadores e colegas), passiva, demonstrando fraca adaptabilidade a novas situações. Na verdade, a maioria destas características mantêm-se presentes e são observáveis, no seu comportamento.

Ao nível dos dados mais recentes, a partir do momento em que passou a frequentar o Espaço da Luz, Jorge tem vindo a oscilar entre períodos de extrema apatia e falta de iniciativa, sobretudo após situações de forte impacto emocional, como a morte da avó ou o término do relacionamento amoroso com uma colega do centro, e períodos de impulsividade

inconsequente (ex. episódio em que mordeu um colega na orelha “na brincadeira”) e/ou sintomatologia psicótica (alucinações, comportamentos desadequados como fixar as pessoas, sentimentos de perseguição, entre outros). Com efeito, tem tido acompanhamento psiquiátrico desde 2010, sendo dada medicação (anti psicótico) durante os episódios mais agudos.

Quanto aos elementos que se obtiveram através de observação direta, no momento em que se iniciou o estágio no Espaço da Luz, poder-se-á referir que o Jorge se destacou, não por ser um membro disruptivo, mas, em contraste, por revelar bastante apatia e insegurança, algo que transmitia na sua postura, nos seus gestos, nas poucas palavras que proferia (apenas quando algo lhe era questionado), nos seus movimentos. Da mesma forma, Jorge transparecia baixa autoestima e evitamento em praticamente todas as tarefas que realizava no centro, evidenciando uma grande dependência do outro, sobretudo no ato de iniciar qualquer atividade. Para além disso, apresentava, ainda, algumas estereotípias, como fixar o olhar em direção ao teto, torcer consecutivamente os dedos das mãos e mexer no nariz, fixando, por vezes, as pessoas com uma expressão fixa e vazia. Estes comportamentos remetem-nos e poder-se-ão considerar traços autistas, embora ligeiros; todavia não terá sido efetuada uma avaliação totalmente esclarecedora nesse sentido.

Outras características relevantes, observadas no cliente, foram as dificuldades relacionadas com a linguagem, a instabilidade e a dificuldade de atenção/concentração, sendo a expressão dramática a atividade onde revelava maior capacidade de concentração e menor apatia.

Tal como indicado anteriormente, antes de iniciar a intervenção com o Jorge e tendo como objetivo identificar, de forma sistemática, as áreas mais problemáticas e áreas fortes deste cliente, assim como possuir uma classificação internacional, de fácil decifração e leitura,

utilizou-se a CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade – *check-list* em anexo D). Na seguinte tabela vigoram os resultados que considerámos mais significativos:

Tabela 6

Componentes, domínios, categorias e qualificadores da CIF que se destacaram no Jorge.

Componentes	Domínios	Categorias	Qualificadores
Funções do corpo	Funções da orientação	Orientação em relação ao tempo	b1140.2
		Orientação em relação ao lugar	b1141.2
	Funções intelectuais	-	b117.2
	Funções psicossociais globais	-	b122.3
	Funções do temperamento e da personalidade	Extroversão	b1260.3
		Amabilidade	b1261.1
		Responsabilidade	b1262.3
		Estabilidade psíquica	b1263.3
		Abertura à experiência	b1264.3
		Otimismo	b1265.3
		Segurança	b1266.3
	Funções da energia e dos impulsos	Motivação	b1301.3
		Controle dos impulsos	b1304.2
	Funções da atenção	Manutenção da atenção	b1400.2
		Divisão da atenção	b1402.2
		Partilha da atenção	b1403.1
	Funções da memória	Memória de curto prazo	b1440.1
		Memória de longo prazo	b1441.3
		Recuperação da memória	b1442.3
	Funções psicomotoras	Controle psicomotor	b1470.2
	Funções emocionais	Adequação da emoção	b1520.1
		Regulação da emoção	b1521.2
	Funções do pensamento	Fluxo do pensamento	b1600.3
		Forma do pensamento	b1601.2
	Funções de experiência pessoal e do tempo	Experiência pessoal	b1800.2
	Funções da fluência e do	Fluência da fala	b3300.2

	ritmo da fala	Melodia da fala	b3303.2
Atividades e Participação	Realização de uma única tarefa	Realização de tarefas de forma independente	d2102.2
		Realizar uma única tarefa em grupo	d2103.2
	Realizar tarefas múltiplas	-	d220.2
	Lidar com o stress e outras exigências psicológicas	Lidar com responsabilidades	d2400.2
		Lidar com o stress	d2401.2
		Lidar com crises	d2402.2
	Comunicação	Comunicar e receber mensagens orais	d310.2
	Conversaço	Iniciar uma conversa	d3500.2
		Manter uma conversa	d3501.2
	Interações e relacionamentos interpessoais	Interações interpessoais básicas	d710.2
		Interações mais complexas	d720.2
	Relacionamentos interpessoais particulares	Relacionamento com estranhos	d730.3
Relacionamentos sociais informais	Relacionamentos informais com amigos	d7500.2	
Fatores Ambientais	Atitudes	Atitudes individuais de membros da família próxima	e410.2
		Atitudes individuais de profissionais de saúde	e450+3
		Atitudes individuais de outros profissionais	e455+3
		Serviços relacionados com associações e organizações	e5550+3

Tal como se pode verificar, os domínios mais afetados e que se encontram ao nível de uma deficiência grave são as funções psicossociais globais, enquanto funções mentais que levam à formação das capacidades interpessoais necessárias para o estabelecimento de interações sociais recíprocas; as funções do temperamento e da personalidade (nomeadamente as categorias extroversão, responsabilidade, estabilidade psíquica, abertura à experiência, otimismo e segurança); as funções da energia e dos impulsos (na categoria motivação); as funções da memória (a longo prazo e recuperação da memória); o fluxo do pensamento e os relacionamentos interpessoais particulares (com estranhos). Com efeito, esta informação foi essencial no estabelecimento dos objetivos terapêuticos que se seguem.

Plano terapêutico

Tendo em contas as características do Jorge anteriormente descritas, identificaram-se os seguintes objetivos gerais e específicos, assim como estratégias e técnicas para os atingir:

Tabela 7

Objetivos gerais, específicos, estratégias e técnicas da intervenção individual.

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Estratégias/Técnicas
1 – Promover a capacidade de expressão afetiva e emocional	a) Reproduzir diferentes tonalidades emocionais na música (mudanças de intensidade, timbre, etc.); b) Reconhecer diferentes emoções (em si, no outro e na música); c) Aumentar a ocorrência de reproduções e improvisações musicais “genuínas”.	- Improvisação livre e improvisação tendo como temática um sentimento/emoção; - Expressão corporal com suporte musical; - Partilhas verbais sobre músicas selecionadas e escolhidas pelo Jorge.
2 – Promover a intencionalidade comunicativa e a iniciativa	a) Aumentar a quantidade e qualidade de respostas, verbais e não-verbais; b) Produzir vocalizações e ritmos espontaneamente, sem ser por imitação; c) Aumentar a contingência de variações e mudanças rítmicas e melódicas.	- Exercícios de <i>turn-taking</i> ; - Improvisação rítmica e vocal livre; - Recriação de músicas com variações rítmicas e melódicas.
3 – Desenvolver o autoconceito e a autoestima	a) Promover a satisfação na realização de tarefas diversas; b) Realização de exercícios musicais com segurança e confiança; c) Promover a coesão do <i>Self</i> , através da estimulação e reforço do próprio ISO.	- Expressão corporal com suporte musical de canções selecionadas pelo cliente ou pela terapeuta, tendo em vista o ISO do Jorge; - Recriação e interpretação de canções da preferência do cliente;

Processo de intervenção

Durante o estágio, foram efetuadas 18 sessões individuais com o Jorge, durante as quais se registaram períodos de evolução e retrocesso. Pareceu-nos que esta oscilação esteve diretamente relacionada com a ocorrência de novos episódios psicóticos, que, segundo a psiquiatra que acompanha o Jorge, poderão ter uma causa orgânica (tendo, inclusivamente, ficado em aberto a existência de uma atividade epileptoide). Desta forma, faremos uma análise de todo este processo, focando-nos, sobretudo, nos eventos registados em sessão, elementos avaliativos que se consideraram fundamentais.

Na descrição deste estudo de caso, optou-se por dividir a intervenção em duas fases, de forma a clarificar aqueles que foram os dois momentos distintos e fundamentais que se registaram neste processo. A primeira fase decorre da 1ª à 13ª sessão e a segunda da 14ª à 18ª sessão.

1ª Fase (1ª – 13ª sessão). Numa primeira fase, e tendo como base o modelo de intervenção de musicoterapia preconizado por Nordoff e Robbins (1977), procurou-se explorar as capacidades e os limites do Jorge, de forma a perceber a sua sensibilidade musical e quais os aspetos que poderiam ser trabalhados naquele espaço que foi, ao longo de 18 sessões, exclusivamente seu.

Em termos estruturais, optou-se por iniciar as sessões com movimentos corporais com suporte musical, ora com repertório selecionado pela facilitadora (tendo em conta o ISO do cliente), ora com músicas escolhidas pelo Jorge, fazendo exercícios de espelho, nos quais ele poderia ver, refletidos na facilitadora, os seus próprios movimentos e, desta forma, ter uma representação de si próprio espelhada no outro, restabelecendo, desta forma, o contato consigo próprio e criando a sua própria auto-representação. Seguidamente, efetuaram-se atividades de improvisação, tal como sugerido por Nordoff e Robbins, segundo os quais esta seria a técnica

fundamental na mudança terapêutica devido aos seus componentes ativos e autorreguladores. Estas improvisações foram, na sua maioria, livres, instrumentais e/ou vocais, ocorrendo, por vezes, situações em que nos baseámos em temas da preferência do Jorge, ou num qualquer outro tema proposto. As sessões encerraram sempre com a música de despedida, criada para o cliente, de forma a concluir o ciclo da sessão de forma harmoniosa.

Desde o início da intervenção, foi sentida a adesão imediata do Jorge às sessões de musicoterapia, denotando um entusiasmo, embora controlado, mas que, no seu caso, nos pareceu muito significativo. Acreditamos que esta motivação estaria ligada, sobretudo, ao gosto que sempre revelou pela música, algo que já tinha sido observado em outras atividades, sobretudo nas aulas de expressão dramática, assim como nos intervalos de descanso, sendo comum o Jorge passa-los na sala de informática, a ouvir música sozinho.

Logo na primeira sessão e através das diferentes tarefas musicais propostas, o Jorge manifestou um grande sentido rítmico, interiorizando o tempo estabelecido, do qual não se desviou (exceto quando perdia a concentração – ex. quando a facilitadora falou com ele, durante os exercícios), mostrando grande adaptabilidade às mudanças de tempo que a facilitadora efetuava, sobretudo durante as improvisações. Tendo em conta esta capacidade demonstrada pelo cliente, e baseando-nos na teoria de Gaston (1968), segundo a qual o ritmo é o principal agente de mudança no processo terapêutico, devido aos seus agentes estruturais, procurou-se que esta intervenção oferecesse um espaço privilegiado ao ritmo e seus elementos, de forma a restaurar o contacto entre o Jorge e o seu ambiente, e com o seu próprio corpo, ajudando-o a estruturar e tomar contacto com a realidade, captando a sua atenção e envolvendo-o na relação. Parafraseando o autor, “[It is] rhythm [that] is the organizer and energizer” (Gaston, 1968, p.17).

Contudo, foram também utilizadas diversas variações rítmicas, com o objetivo de desenvolver a capacidade de adaptação do Jorge, assim como a sua capacidade de atenção e concentração, algo em que se mostrou eficaz desde o início da intervenção. O que se pretendia, mais do que o desenvolvimento destas capacidades de adaptação e concentração em contexto de intervenção, seria a interiorização destas competências, de forma a serem utilizadas em outros campos da vida do Jorge, externamente às sessões.

Num período inicial, o Jorge manifestou alguma curiosidade em relação aos diversos instrumentos musicais, explorando o seu som na intensidade e timbre durante as distintas atividades. Da mesma forma, no decorrer desta fase, tornaram-se notórias as fragilidades deste cliente, nomeadamente no que concerne à autoconfiança, evidenciada pela timidez com que ia executando os instrumentos (muito visível, sobretudo, ao tocar metalofone) e na pouca expressividade e intensidade que imprimia ao seu canto. Verificou-se, também, a falta de iniciativa, sendo as tarefas quase sempre iniciadas pela musicoterapeuta, assim como a iniciativa de produzir variações rítmicas, e a dificuldade de expressão verbal, algo visível em qualquer momento em que se procurasse dialogar com ele. Era, na verdade, bastante comum, face a questões que lhe foram colocadas, o Jorge apresentar respostas monossilábicas, encolher os ombros, ou simplesmente fixar o olhar no chão.

Nestas primeiras sessões foram, igualmente, sentidas as tentativas de movimentos fusionais com a facilitadora, ora tentando imitar e colar os seus ritmos àqueles que esta executava, parando de tocar assim que ela o fazia, ora cantando apenas nos momentos em que a facilitadora também se encontrava a cantar. Esta relação que estabeleceu, inicialmente, com a estagiária, remeteu-nos para aquela que possuía com a mãe, evocando a 1ª fase do desenvolvimento infantil proposta por Winnicott (1975) – “mãe como ambiente” –, em que ainda não existe um sentimento de verdadeiro *self*, uma identidade assimilada e diferenciada

do outro. De facto, creio que a relação de superproteção protagonizada pela mãe e a relação quase simbiótica desta com o Jorge, a par com a deficiência intelectual que ele apresenta, não terá permitido uma autonomização.

A este respeito merece referência o ponto de vista de Jean Bégoin (2005) face à “toxicidade” da relação simbiótica mãe-filho, segundo o qual será natural a reciprocidade e identificação mútua na relação, embora:

esta identificação não deva ser demasiado maciça, porque se acompanhará, nesse caso, de uma projeção de si [mãe] excessivamente grande e do perigo de uma confusão de identidade. A identificação projetiva «normal» da comunicação primitiva mãe-bebé torna-se, então, uma identificação projetiva patológica, que é intrusiva porque já não respeita a identidade distinta de cada um dos dois parceiros. (p.174)

Um dos exemplos dos movimentos de dependência face ao outro (à facilitadora, neste caso), ocorreu na 2ª sessão, na qual foi proposto ao Jorge executar uma improvisação livre: “vamos tocar o que nos apetecer, pode ser?”, ao que ele acenou afirmativamente. No entanto, o Jorge permaneceu algum tempo parado, ora a fixar o chão, ora a olhar para a facilitadora, aguardando que o momento musical fosse iniciado. Ocorreu, inclusivamente, uma insistência por parte da estagiária: “o que é que te apetece tocar?”, para que, finalmente, houvesse a iniciativa do Jorge pegar num instrumento. Quando, finalmente, o Jorge agarrou o reco-reco, começou a tocar de uma forma quase inaudível, com muito pouca intensidade, aparentando uma grande inibição, ou talvez até medo, em tocar sem apoio, quase como se receasse ouvir-se a si mesmo. A facilitadora começou, então, a tocar, uma a uma, as cordas da guitarra, seguindo os movimentos ascendentes e descendentes do reco-reco, alternando a intensidade, algo a que Jorge aderiu, produzindo, nesse momento, maior volume sonoro. De salientar que

o olhar do Jorge esteve quase sempre fixo no instrumento, sendo raras as vezes em que estabeleceu contacto ocular com a facilitadora.

Reconhece-se, agora, que, nesta fase, o Jorge talvez ainda não estivesse preparado para avançar sem um suporte do “outro”, porque, para além de apresentar fragilidades ao nível da autoestima e iniciativa, ainda não se encontrava sedimentada a relação de confiança necessária e essencial em qualquer terapia (Streeter, 1996).

Pareceu-nos essencial, nesta fase, trabalhar com este cliente ao nível da diferenciação do outro, pois, em analogia com a relação mãe-filho descrita por Bégoïn (2005), é o respeito pela alteridade e pela existência distinta do outro que torna as relações salutares. Desta forma, procurou-se desenvolver e fortalecer um sentimento de autoestima, através de diálogos musicais que estimulassem o Jorge a produzir uma resposta musical própria e genuína e não meramente imitativa, promovendo, assim, o seu autoconceito e consciência da sua própria identidade sonoro-musical.

Neste campo, tal como já referido, foi mais fácil trabalhar o Jorge ao nível do ritmo, no qual mostrou, sobretudo a partir da 3ª sessão, uma maior segurança em realizar variações rítmicas, integradas num momento de improvisação livre. Ocorreu, inclusivamente, um episódio, na 4ª sessão, em que se estaria a realizar um jogo rítmico, no qual a facilitadora fazia um ritmo para que o Jorge imitasse posteriormente, percutindo o djembê, tendo ocorrido uma clara inversão de papéis, começando o próprio Jorge a produzir ritmos para que esta o imitasse. Com efeito, alguns dos ritmos que ele executou eram bastante elaborados e difíceis de reproduzir, algo que provocou alguns sorrisos da parte do Jorge, que parecia visivelmente satisfeito.

Ao longo das primeiras 4 sessões (1º mês de intervenção), e reportando-nos, agora, a eventos externos à sessão, merecem referência alguns comentários positivos de elementos da

equipa técnica, que sentiram o Jorge “mais presente e atento” (professora de Expressão Plástica), assim como uma maior vontade e iniciativa, por parte deste, em participar noutras atividades do centro, nomeadamente nas atividades de desenvolvimento pessoal e social.

Todavia, entre a 4ª e a 5ª sessão, a mãe do Jorge entrou em contacto com o centro, de forma a informar sobre nova sintomatologia psicótica, observada em casa, nomeadamente sentimentos persecutórios, riso descontextualizado, atitudes de provocação face a desconhecidos (na rua), movimentos estereotipados e repetitivos, alucinações, entre outros, algo que já teria ocorrido em 2010. Houve, portanto, a marcação de uma consulta psiquiátrica, tendo sido prescrito, pela médica assistente, um anti-psicótico para controle destes sintomas.

Face a esta ocorrência, não foi sentida, porém, dentro do *setting* terapêutico, uma mudança significativa, ao nível do desempenho do Jorge, exceto alguma sonolência e impaciência, visível na troca consecutiva de instrumentos musicais e, possivelmente, relacionada com a terapêutica medicamentosa. Com efeito, na 5ª sessão, registou-se uma menor abertura à comunicação não-verbal que começara, anteriormente, a surgir na relação terapêutica e menor atenção ao outro, algo que se verificou quando, por exemplo, antecipou abruptamente o término de uma improvisação em execução.

A partir da 7ª sessão, sentiu-se a atitude do Jorge novamente normalizada e idêntica à que apresentara nas sessões iniciais.

Com efeito, na 9ª sessão, o Jorge trouxe de casa um CD ao seu gosto, algo que lhe teria sido solicitado em sessões iniciais, mas que não voltara a ser pedido. O CD era de uma banda *pop* portuguesa – os Milénio –, tendo o Jorge escolhido a faixa que pretendia ouvir, e a partir da qual se efetuou expressão corporal. Esta atitude demonstrou interesse, iniciativa e alguma capacidade ao nível da memória a longo prazo, pelo que este tema foi sendo trabalhado em sessões subsequentes, através de exercícios de recriação.

De salientar que o Jorge, em contexto externo à sessão, apresentava frequentemente muitos maneirismos e estereotípias, tais como torcer consecutivamente os dedos das mãos, fixar o olhar em direção ao teto, emitir estalidos com a boca, mexer no nariz, algo que, em contexto de sessão musicoterapêutica, era raro ser observado. Verificou-se, portanto, que o Jorge, num ambiente contendor e estruturado, diminuía a ocorrência de estereotípias.

Foi durante uma das sessões intermédias desta intervenção, mais concretamente antes do início da 10ª sessão, que o Jorge manifestou a iniciativa e vontade de estabelecer discurso verbal. A facilitadora encontrava-se a afinar a guitarra, tendo-se ele aproximado, perguntando timidamente: “Está a afinar a guitarra?”. Nesse momento, pareceu-nos que ele já sabia, de facto, o que estava a acontecer, uma vez que era comum haver uma afinação da guitarra antes do início das sessões, mas foi por nós sentido que este pequeno gesto demonstrava uma nova abertura, uma iniciativa que ainda não tinha sido observada no Jorge, algo que extrapolou para a sessão que se seguiu. De facto, ao se iniciar a sessão com expressão corporal, ao som da música, foi-lhe perguntado quem é que ia ser o espelho de quem, ou seja, quem iria efetuar os movimentos para o outro imitar, ao que o Jorge responde “Faço eu”, denotando, novamente, iniciativa, apesar de apresentar movimentos pouco criativos.

2ª Fase (14ª – 18ª sessão). Entre a sessão 13ª e a 14ª sessão existiu um interregno de 1 mês sem intervenção, devido a uma lesão que a mãe do Jorge terá sofrido, tendo sido operada, o que impediu o cliente de frequentar o Espaço da Luz. Segundo informações da equipa técnica, durante este período o Jorge esteve ora em casa do irmão, ora em casa, a prestar o possível auxílio à mãe. Quando regressou, o Jorge encontrava-se mais ativo e alerta, como se o facto de, durante algum tempo, ter tomado conta da mãe e assumir o papel de homem da casa cuidador, o tivesse despertado para as suas responsabilidades, mas, sobretudo, para o sentimento de ser capaz e ter competências válidas.

Em sessão, esta evolução refletiu-se de forma evidente, nomeadamente na 14ª sessão, na qual, durante improvisações livres, o Jorge denotou intencionalidade nas distintas dinâmicas com que percutiu o djembê, imprimindo mais força nos tempos fortes, e apresentando variações rítmicas coordenadas.

Será, porém, durante a 15ª sessão, que revelou evolução significativa ao nível da iniciativa. Com efeito, durante uma atividade de improvisação livre, pela primeira vez, teve a iniciativa de improvisar vocalmente, criando frases melódicas sem ser por imitação, ainda que utilizando pouca intensidade vocal. De salientar que, também durante a improvisação, o Jorge levantou-se espontaneamente, sem qualquer indicação por parte da facilitadora, percutindo e balançando todo o corpo ao som da música, atitude esta que se procurou promover desde o início da intervenção. Registou-se, ainda nesta sessão, uma atenção partilhada e reciprocidade, ocorrendo um momento em que o Jorge se encontrava a tocar o metalofone com as duas baquetas, tendo largado uma delas quando houve uma aproximação da estagiária, pois apercebera-se da intenção desta: tocar, em conjunto, com ele.

Ao nível da postura e movimentos corporais, foi visível uma progressiva descontração, sobretudo nesta segunda fase, sendo que, em sessões iniciais, o Jorge apresentava um movimento muito preso e estereotipado, evidente sobretudo nos exercícios de expressão corporal com suporte musical, em que Jorge utilizava movimentos da atividade motora (por exemplo: tocar com a mão direita no pé esquerdo, alternando o movimento), passando, progressivamente, para um comportamento corporal mais seu e natural, em que gingava ao som da música, balançando o corpo e as pernas de forma mais marcada, invocando movimentos de *hip-hop*. Este estilo musical, a par com a *dance music*, eram, de facto, aqueles com que mais se identificava e às quais reagia de forma mais enérgica e ativa, sendo comum a utilização deste repertório durante as sessões.

Também ao nível do contacto ocular se registaram diferenças significativas, sendo que, inicialmente, o seu olhar era quase sempre dirigido para o chão, denotando uma vez mais, timidez e fraca autoestima, algo que foi, igualmente, sofrendo uma evolução com o decorrer das sessões, tornando-se mais frequente o contacto ocular com a facilitadora, sendo esta uma das principais bases da comunicação não-verbal que surgira entre ambos.

A partir da 16ª sessão foi dada ênfase à preparação do processo de separação e término da intervenção, tendo em conta que o Jorge possuía já algumas fragilidades a este nível, algo que, aparentemente, não o pareceu perturbar. Procurou-se criar momentos de improvisação que, de certa forma, relatassem o percurso desta intervenção, algo em que o Jorge participou energeticamente, não conseguindo, porém, traduzir para discurso verbal.

Contudo, entre a 17ª e a 18ª sessão (e última), ocorreu novamente uma descompensação psiquiátrica, com episódios alucinatorios, delírios e desorientação espaço-temporal, tendo sido aumentada a dosagem do medicamento anti-psicótico, anteriormente prescrito. Afigurou-se, nesta fase, a seguinte dúvida: teria, ou não, a angústia resultante do término da intervenção influenciado o surgimento desta sintomatologia? Todavia, existe todo um contexto de variáveis sociais, familiares e biológicas a ter em conta, e das quais não nos podemos abstrair na análise de uma intervenção terapêutica de tão curta duração.

Para finalizar, salienta-se que, com o decorrer das sessões, o tempo das improvisações realizadas foi aumentando e alongando-se, pois, parece-nos que foi igualmente crescendo a confiança do Jorge na facilitadora, o seu à-vontade com a sua presença e com a partilha de objetos sonoros, tão seus. De facto, consideramos que se criou um código de comunicação entre o Jorge e a estagiária, que, não implicando o uso da palavra (diálogos verbais), foi nascendo e crescendo através de sons, de gestos, de olhares, algo em que o Jorge se tornou muito mais eficaz do que através de diálogos verbais.

Análise e discussão de resultados

Tal como anteriormente referido, neste estudo de caso foram utilizadas três formas de avaliação, uma diretamente relacionada com ocorrências registadas dentro das sessões – a grelha de observação –, e duas medidas quantitativas - WHOQOL BREF e ECA (versão adaptada).

No que concerne à grelha de observação do comportamento (anexo E), o aspeto que merece maior destaque é a clara cisão existente entre as duas fases assinaladas na dinâmica da intervenção do Jorge, registando-se, a partir da 14ª sessão, o surgimento da iniciativa, na produção de vocalizações, apresentando alguma amplitude vocal e expressividade, uma imitação mais fiel ao nível da intensidade vocal, capacidade para reiniciar diálogos vocais e apresentar novas ideias musicais, bem como um aumento ao nível da capacidade de expressão afetiva.

Na escala da qualidade de vida (anexo F) não se registaram alterações significativas ao nível da perceção do Jorge em relação à sua própria qualidade de vida, situando-se a um nível bom, tanto no pré (72,5%) como no pós-teste (75%), verificando-se, contudo, uma tendência evolutiva (2,5%), na diferença entre os resultados destes dois momentos. Estes resultados poderão estar relacionados com o facto desta escala estar desfasada dos nossos objetivos terapêuticos, tendo em conta a fraca capacidade de *insight* verificada no Jorge. Contudo, considerou-se pertinente manter esta informação, de alguma relevância, para futuros trabalhos com esta população.

Na ECA (versão adaptada), foram tomados em consideração: o momento anterior ao início da intervenção e o momento imediatamente após o término da mesma, enquanto momentos avaliativos (anexo G). Entre o pré e pós-teste, registou-se evolução no domínio da linguagem social, nomeadamente ao nível da conversação (evolução de 20%), e no domínio

da personalidade, ao nível da iniciativa (evolução de 25%), passividade (redução de 14,3%), atenção (evolução 25%) e persistência (evolução de 25%); no domínio da socialização verificou-se um aumento da interação com os outros (evolução de 33,3%); no domínio do comportamento social ocorreu uma redução de comportamentos violentos/birras (redução de 12,5%) e um aumento da tolerância à frustração (evolução de 25%). Porém, o domínio no qual se registaram progressos mais significativos, foi no do ajustamento social, nomeadamente ao nível da inatividade (redução de 30%), apatia (redução de 40%), timidez (redução de 25%) e postura particular ou maneirismos (redução de 10%).

Ao analisar os resultados, e tendo em conta toda a dinâmica de intervenção, os progressos que se registaram foram mais notórios dentro da sessão e no seio da relação terapêutica que se estabeleceu, algo que nos pareceu ter sido apenas possível, no caso do Jorge, na medida em que foi utilizado como mediador a música. Porém, e tendo em consideração que esta evolução não foi tão evidente no contexto externo à sessão, registando-se, inclusivamente, duas ocorrências de sintomatologia psicótica, consideramos que o Jorge não terá ainda capacidade de se organizar individualmente fora de uma realidade contentora e estruturante, da mesma forma como se apresentou nesta intervenção musicoterapêutica, pelo que nos parece de extrema importância, dar continuidade a esta intervenção e promover atividades, com o cliente, que possam ir de encontro aos mesmos objetivos terapêuticos.

Estudo de Caso – Intervenção com o Grupo

Apresentação dos casos

Este grupo de musicoterapia era, inicialmente, composto por 7 elementos, 3 do sexo feminino e 4 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 29 e os 40 anos. Tal como já referido, todos os elementos apresentam um diagnóstico de deficiência intelectual ligeira, exceto um cliente (o Paco), o qual se situa ao nível da deficiência intelectual moderada, e que acabou por ser incluído no grupo devido à sua apetência musical, bem como pelas dificuldades apresentadas, nomeadamente a fraca gestão dos impulsos agressivos.

Urge, assim, realizar uma breve descrição de cada um dos elementos.

Uma das clientes, Sofia (40 anos), só terá assistido à primeira sessão, tendo decidido não continuar no grupo, pois a intervenção de musicoterapia estaria a coincidir com a sua aula de informática o que, por sua vez, inviabilizava a sua presença nas reuniões de grupo de participação (que decorrem uma vez por mês, no mesmo horário e onde se encontra um colega de outro centro por quem nutriria especial afeto). Embora lhe tenha sido explicado que ela passaria para outro turno da aula de Informática e que poderia faltar às sessões sempre que houvesse reunião de centro, Sofia preferiu abandonar o grupo de musicoterapia, pois “estas trocas de horário são uma grande confusão” (sic), o que nos fez pensar, desde logo, numa fraca adaptabilidade e flexibilidade, por parte desta cliente, face a novas situações. Na verdade, esta foi uma das problemáticas identificadas na Sofia, e que esperávamos ter a possibilidade de trabalhar na intervenção musicoterapêutica. Todavia, foi dada total liberdade de escolha à cliente, que optou por não participar.

Curiosamente, merece referência o facto de, frequentemente, se observar a Sofia na sala de informática (a qual possui uma janela através da qual se via o interior da sala onde decorreram as sessões de musicoterapia) a acompanhar as sessões, e de ser a primeira a entrar

na sala após o término da mesma, por vezes fazendo comentários jocosos. Esta cliente participou, assim, apenas na 1ª sessão de musicoterapia grupal.

A Clara, cliente de 37 anos, frequentava o Espaço da Luz desde 2003, apresentando uma deficiência intelectual ligeira de etiologia desconhecida. Era natural da Madeira e vivia com a mãe em Lisboa, possuindo uma situação económica muito precária. Em termos anamnésicos, é referida uma gravidez e parto normais, tendo, contudo, sofrido episódios de epilepsia, desde tenra idade. A Clara conseguiu completar o 4º ano de escolaridade, pelo que lia e escrevia razoavelmente bem, tendo completado o curso de formação profissional na área de limpeza/copa/tratamento de roupa. Ao nível de problemáticas identificadas, Clara exigia grande atenção por parte dos outros, apresentando alguma tendência para ser ela a ditar aos colegas o que fazer, revelando, porém, alguma inibição face situações desconhecidas e fraca adaptabilidade.

A Heloísa tinha 40 anos e frequentava o Espaço da Luz desde a abertura do centro. Em termos anamnésicos, merece referência o facto de, em bebé e durante primeiros anos de vida, apresentar um atraso de linguagem considerável, pelo que foi encaminhada para o Ensino Especial. Concluiu a 4ª classe em regime de currículo adaptado, com 14 anos, e frequentou o CALB. Concluiu, posteriormente, o curso de encadernação com aproveitamento, na APPACDM. Verificou-se que a Heloísa era bastante autónoma, embora apresentasse alguns problemas de saúde - sofria de anemia e queixava-se frequentemente de dores de ossos, tontura e fraqueza física. Ao nível das problemáticas apresentadas, ressaltava a sua postura tensa e rígida, com excessivo autocontrolo, exibindo um riso descontextualizado constante em situações de exposição.

O Joaquim (36 anos) apresentava uma deficiência intelectual ligeira de etiologia desconhecida, com epilepsia associada, e frequentava o Espaço da Luz desde 1999. A mãe

refere uma gravidez e parto normais, tendo sido identificado um atraso do desenvolvimento psicomotor nos primeiros anos de vida. O Joaquim completou o 6º ano de escolaridade com currículo adaptado, e frequentava, à data deste estágio, uma ASU. Vivia com a família em Lisboa em situação precária, sendo a mesma descrita como disfuncional e socialmente comprometida. No domínio da personalidade, revelava bom discernimento na maioria das situações, embora, por vezes, fosse demasiado permissivo face a atitudes abusivas e desajustadas por parte dos colegas, denotando alguma passividade e conformismo, associada a falta de iniciativa.

O Paulino tinha 35 anos e frequentava o Espaço da Luz desde 2002. Em termos anamnésicos, o parto do Paulino terá sido muito prolongado (sofrimento fetal), o que terá provocado um atraso generalizado, ao nível do desenvolvimento psicomotor e da linguagem. Completa o 4º ano de escolaridade na CERCI, onde conclui também a sua formação profissional, na área de carpintaria. Em Janeiro de 2002, assinou contrato com a piscina municipal de Odivelas, mas, em Março do mesmo ano, foi despedido, devido a um comportamento impulsivo e socialmente desajustado. Registam-se, no seu histórico, diversas situações de pequenos furtos (aos colegas) e tendências mitómanas, utilizando a sua supremacia (física e psicológica) na relação com o outro. Apresentava tendência para o abuso e para extrapolar limites socialmente aceites, verificando-se fraca gestão e controlo dos impulsos.

O Paco tinha 29 anos e era cliente no Espaço da Luz desde 2000. Apresenta uma deficiência intelectual moderada, como sequela de uma coartação da aorta, diagnosticada tardiamente. Desde os primeiros anos de vida que lhe terá sido diagnosticado um atraso generalizado no desenvolvimento psicomotor e, mais tarde, uma cardiopatia congénita. No início da sua escolaridade (1º ciclo) foi indicado para acompanhamento individual, uma vez

que se tratava de uma criança muito esquiva, evitando situações intimidatórias, e porque se isolava, apresentando também alguns episódios de agressividade. Consegue, todavia, completar 7º ano de escolaridade, em regime de ensino especial e com currículo adaptado. Já no Espaço da Luz, registaram-se diversos episódios de agressão a colegas e colaboradores, na maioria das vezes, sem razão identificável. Encontrava-se medicado no sentido de evitar crises de agressividade, sendo que, à data deste estágio, já conseguia antever a crise e solicitar ajuda, do técnico ou familiar, para toma de um medicamento S.O.S. Todavia, continuava a apresentar um fraco controlo da ansiedade e do impulso agressivo.

Para finalizar, o Renato tinha 35 anos e frequentava o Espaço da Luz desde 1999. Apresentava uma deficiência intelectual ligeira, de etiologia desconhecida, com reflexo a nível motor (queixas de cansaço persistente). A nível anamnésico, os pais referem ter notado um atraso generalizado a partir dos 4/5 anos, sendo que completa o 4º ano de escolaridade (ensino especial) e a formação profissional nos cursos de sapateiro e jardinagem. De salientar um histórico familiar com episódios traumáticos e destruturantes. O Renato era bastante autónomo e conseguia, inclusivamente, preparar/confecionar refeições simples. Nas problemáticas relevantes, verificava-se que o Renato era bastante vulnerável a situações de risco, possuindo uma personalidade introvertida e tímida. Perante o confronto, registaram-se episódios em que se refugiou na mentira. O Renato sofria, ainda, de muitas enxaquecas e encontrava-se, medicado para perturbação da ansiedade (ataques de pânico e agorafobia).

Plano terapêutico

Tendo em contas as características e necessidades dos clientes supra citadas, foram definidos como objetivos gerais e específicos, assim como estratégias e técnicas para os atingir, os seguintes:

Tabela 8

Objetivos gerais, específicos, estratégias e técnicas da intervenção grupal.

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Estratégias/Técnicas
1 – Aquisição e/ou manutenção de competências interpessoais	a) Aumentar a reciprocidade em atividades musicais; b) Promover a capacidade de saber esperar pelo outro; c) Aumentar a contingência de exercícios de <i>turn-taking</i> , o diálogo e a interação com os pares; d) Reconhecer diferentes emoções (em si, no outro e na música).	- Improvisação livre e improvisação tendo como temática um sentimento/emoção; . Exercícios de <i>turn-taking</i> .
2 – Promover a consciência de si e do outro	a) Promover a imitação e a diferenciação em atividades musicais; b) Reconhecer o seu ISO com único e aceitação do ISO do outro; c) Facilitar o sentimento de pertença identitária, assente na partilha. d) Aquisição de mecanismos de defesa face a momentos de frustração.	- Partilhas verbais sobre músicas selecionadas por cada elemento do grupo; - Improvisação rítmica e vocal livre; - Expressão corporal com suporte musical de canções selecionadas pelos clientes.
3 – Melhorar a comunicação (verbal e não-verbal)	a) Desenvolver a capacidade de expressão verbal de forma adequada; b) Promover a escuta ativa; c) Desenvolver a capacidade de traduzir musicalmente um sentimento/emoção.	- Recriação e interpretação de canções da preferência dos clientes; - Composição de canções, tendo como base harmónica um tema escolhido pelo grupo; - Interpretação verbal de temas musicais.

4 – Desenvolver a criatividade e autoestima	a) Promover a satisfação na realização de atividades musicais; b) Desenvolver a capacidade de expressão emocional através da música; c) Incremento da autoconfiança através da aquisição de um espaço sonoro individual, inserido no grupo.	- Atividades de Improvisação com a exploração do ISO individual; - Composição musical; - Recriação musical.
---	---	---

Processo de intervenção

Em contexto grupal, procurou-se que esta intervenção fosse de encontro a uma abordagem reeducativa e psicopedagógica, ou seja, utilizar as experiências musicais para estimular a discussão de sentimentos e comportamentos, possibilitando, desta forma, uma estruturação e reorganização interna, e a adoção de uma atitude cada vez mais adaptativa. Neste *setting*, ao contrário do que aconteceu na intervenção individual, foi possível um maior processamento verbal, o que facilitou, de certa forma, a exploração de atitudes e comportamentos desadequados, tendo em vista formas mais saudáveis de estar e de relacionamento interpessoal.

Foram realizadas, ao longo desta intervenção, 21 sessões, as quais se pretendem analisar estabelecendo uma relação direta com as 4 fases do grupo terapêutico definidas por Rutan (2007).

Fase formativa. A fase formativa, segundo o autor acima referenciado, corresponde a um período em que há uma progressiva aprendizagem das regras de funcionamento e alguma procura de semelhanças entre pares, para a constituição de uma identidade grupal. Embora existisse, já à partida, uma ligação entre os elementos deste grupo, uma vez que todos

conviviam em outras atividades do centro, partilhando o mesmo espaço, convém referir que eles não eram, inicialmente, pares privilegiados entre si.

Na primeira sessão observou-se alguma euforia e destruturação por parte de alguns elementos, emergindo algumas questões relacionadas com dificuldades pessoais e interpessoais. De facto, as improvisações criadas revelaram-se um pouco confusas e caóticas, sendo que todos os elementos tocaram os instrumentos com grande intensidade, demonstrando, aquilo que nos parece tratar-se de alguma necessidade em serem ouvidos e notados, e revelando fraca escuta ativa.

Um dos membros que se mostrou mais disruptivo, nesta sessão, foi o Renato, que, por diversas vezes, durante atividades de recriação musical, começou a cantar pelos colegas, interrompeu partilhas verbais, e, em momentos de improvisação, perdeu a pulsação do grupo, denotando pouca empatia e uma atitude algo exibicionista. Os restantes elementos reagiram com descontentamento quando o Renato prolongou uma improvisação, continuando a tocar metalofone sozinho, após todos terem já parado de tocar. Quando confrontado com esta situação, respondeu: “apeteceu-me continuar a tocar” (sic), ao que lhe foi respondido, pela facilitadora: “podes tocar quando quiseres, mas não te esqueças que os teus colegas também estão aqui”.

Ainda no decorrer da 1ª sessão, e no sentido de promover a coesão grupal, foi proposta a composição de uma letra, tendo por base harmónica e melódica um tema conhecido, da preferência do grupo, que fora sugerido, pelo Renato – *Encosta-te a mim*, de Jorge Palma –, tendo todos concordado com a utilização da mesma. Seguidamente, surgiu a questão sobre o que desejavam escrever e cantar. Algumas temáticas foram abordadas, nomeadamente o amor e a amizade, chegando-se ao consenso de elaborar uma letra sobre o grupo de musicoterapia.

No processo de construção da letra, começou por ser trabalhado o tema original, através de atividades de recriação musical, de forma existir uma interiorização da melodia e da harmonia do tema. A canção foi sendo executada ao piano pela facilitadora, que, ora incentivava todos os elementos a cantar em conjunto, ora propunha que cada um cantasse individualmente, promovendo, desta forma, a diferenciação.

Posteriormente, foi estabelecida uma pequena partilha verbal sobre o significado do tema, que ocorreu na 2ª sessão (na qual só se encontravam presentes a estagiária, a Heloísa, o Paco e o Paulino) e que, aqui, transcrevemos:

“Estagiária: Sobre o que acham que é esta música?

Heloísa: Não sei se o senhor é casado, mas acho que é para a senhora dele. É sobre o Amor.

Estagiária: E o que é o amor para vocês?

Paulino: Então o Amor é o Amor. Ele [apontando para o Paco] sabe o que é o Amor, eu não sei.

Paco: O Amor é duas pessoas que estão apaixonadas como eu e a Rute, e estão numa relação a dois.

Estagiária: E o que é isso de estar apaixonado? São borboletas no estômago?

Paco: Não, são borboletas no coração... [sorri]

Estagiária: Então e tu Heloísa, o que é o Amor para ti?

Heloísa: Eu sei lá [risos]. É quando uma pessoa conhece alguém, uma pessoa tem que ter uma conversa com a pessoa. A gente fala com a pessoa para a conhecer, as coisas que ela gosta, e depois vamos com calma, não é logo assim. [...] Essas coisas para mim são um bocado confusas. Essas coisas do coração.”

Nesta partilha verbal tornou-se evidente a capacidade do grupo em conseguir, a partir de um tema musical, explorar assuntos pessoais e interpessoais, fazendo uma analogia com o retratado no tema, denotando abertura e empatia.

Em sessões posteriores, começou por ser construída a letra, tendo como título pré-estabelecido pelos elementos, “O Nosso Grupo”. Podemos considerar que todos participaram nesta elaboração, havendo elementos que, devido a um maior desembaraço e capacidade de processamento cognitivo, contribuíram mais ativamente, nomeadamente o Renato, o Paulino e a Heloísa. A base harmónica do tema foi sendo reproduzida pela facilitadora, à medida que eram introduzidos, progressivamente, versos e frases pelos diferentes elementos do grupo, ficando a letra concluída na 5ª sessão (anexo G).

De realçar o sentimento de pertença ao grupo, com espaço para a individualidade, manifesta na letra criada, nomeadamente na estrofe “O nosso grupo/é um grande arco-íris/ todos temos uma cor diferente”. De facto, houve alguma preocupação em facilitar um processo no qual todos sentissem a letra como sua, expressando os seus pensamentos, sentimentos e necessidades (Baker & Wigram, 2005). Porém, poder-se-á identificar, também, alguns movimentos de idealização do grupo presentes na letra criada. Com efeito, as temáticas menos positivas, tais como a tristeza, a saudade, entre outras, foram sendo ignoradas pelo grupo ao longo da intervenção, salvo raras exceções.

No decorrer das sessões iniciais, verificou-se a permanência de algumas atitudes desregradas, ora de interrupções constantes, ora de brincadeiras, preconizadas, sobretudo, pelo Renato, a Sofia (na 1ª sessão), o Paulino e o Paco, o que, de certa forma, propiciou desorganização nas sessões. Face a esta desorganização, foi sentida a necessidade de adotar um papel de maior diretividade e fornecer uma estrutura mais clara e regrada, evitando algum tipo de ruído contra-transferencial, algo definido pela facilitadora, no início da 3ª sessão,

através de uma partilha verbal, em que foram colocadas algumas regras. Com efeito, e tal como referenciado por diversos autores, a postura da facilitadora face ao grupo sofreu algumas alterações com o decorrer da intervenção (Mackenzie, 1994; Rutan, 2007).

Por outro lado, os restantes elementos, nomeadamente a Clara, o Joaquim e a Heloísa, adotaram, desde logo, uma postura mais contida e de observação, cumprindo com as propostas lançadas, bem como, em algumas situações, procurando acalmar os colegas.

À semelhança do que aconteceu na intervenção individual, em termos estruturais, as sessões começaram por ser iniciadas com exercícios de expressão corporal com suporte musical, sendo, inicialmente, o repertório selecionado pela facilitadora, que procurou ir de encontro ao ISO do grupo. Todavia, e tendo em vista a promoção de atividades em que a diferenciação e reciprocidade fossem trabalhadas, sugeriu-se que cada elemento trouxesse, à vez, uma música da sua preferência para servir de suporte à expressão corporal, que, ora era realizada em exercício de espelho a pares, ora em grupo, em que todos teriam que imitar os movimentos do líder, papel este que ia alternando por todos os elementos do grupo. De realçar que se procurou, de igual forma, estabelecer uma partilha verbal sobre cada um dos temas – motivo da escolha do tema, significado, interpretação, o que transmitia, entre outros. Alguns dos temas foram, inclusivamente, utilizados em atividades de recriação musical.

Assim que todos os elementos tiveram oportunidade de apresentar uma música da sua preferência, as sessões começaram por ser iniciadas com uma música de boas-vindas, criada pela facilitadora para os clientes, de forma a captar a sua atenção e concentração.

Fase reativa. A fase reativa encontra-se geralmente relacionada com reações dos elementos ao sentimento de pertença ao grupo, quer seja através da emergência de uma maior individualidade e/ou atitudes de rebelião, quer através de comportamentos de fuga ou passividade, os quais, de igual modo, funcionam como contraproducentes para o grupo.

Esta fase foi, de facto, visível no comportamento do grupo, emergindo comportamentos e problemáticas individuais identificadas na descrição de cada um dos elementos, o que se evidenciou mais nuns do que noutros. Neste domínio, o elemento que se destacou mais foi o Paulino, ocupando mais espaço que os colegas em atividades de improvisação e recriação, e denotando dificuldade em gerir as suas intervenções (7^a e 9^a sessões), prolongando-as durante mais tempo que os colegas e monopolizando, desta forma, a atenção do grupo. Neste sentido, e tendo em vista o proposto por Rutan (2007), houve alguma preocupação em devolver estas dinâmicas ao grupo, procurando que este se exprimisse em relação às mesmas, através de improvisações livres, vocais e instrumentais, e partilhas verbais.

Paralelamente, foram evidentes (embora apenas em vídeo), comportamentos provocatórios por parte do Paulino, em relação aos colegas, como, por exemplo, bater consecutivamente com uma baqueta na perna do Joaquim, por debaixo da mesa (9^a sessão). Neste aspeto, destaca-se, novamente, a importância do registo vídeo destas sessões, na medida em que muitos dos comportamentos dos elementos do grupo não são passíveis de ser observados pela facilitadora, que nunca conseguirá estar atenta aos 6 elementos do grupo, em simultâneo. Tendo em conta a fraca gestão de impulsos que caracteriza o Paulino, procurou-se promover a empatia em atividades de improvisação a pares e jogos de imitação e complementaridade, nas quais este teria que estar em sincronia e atento ao outro. De facto, na 8^a sessão, esta problemática ressaltou num exercício de recriação musical a pares que o Paulino se encontrava a realizar com o Joaquim, e no qual era suposto o Joaquim entoar uma frase melódica (suspensiva) e o Paulino responder, com uma frase melódica conclusiva. O cliente revelou alguma dificuldade, sobrepondo-se ao Joaquim por diversas vezes, ao que a facilitadora interveio, cantando em simultâneo com ele.

Foi igualmente sentido, noutros elementos, um comportamento reativo ao estar em grupo, como foi o caso da Clara. Após uma fase inicial de adaptação e integração, em que se estabeleceu como um elemento essencial para a harmonia do grupo, começaram a surgir atitudes contraproducentes, algumas das quais já referidas na descrição do seu caso, tais como a imposição de tarefas aos colegas e fraca empatia e adaptabilidade, traduzidas na parca capacidade em dar espaço e tempo ao outro, em exercícios musicais, bem como de se entrosar no ritmo do grupo. À semelhança do que aconteceu com o Paulino, também estes comportamentos foram sendo trabalhados através de diálogos musicais em pares, procurando-se promover a complementaridade e empatia.

Já Paco, em algumas situações, denotou impaciência face a alguns colegas, tais como o Paulino e a Heloísa, devido ao espaço, por vezes exagerado, ocupado por eles, quer em momentos musicais, quer em partilhas verbais. Estas atitudes foram evidenciadas por pequenos gestos e linguagem não-verbal, tais como revirar os olhos, encolher os ombros ou suspirar longamente. Porém, e tendo em conta o historial de fraca gestão de impulsos agressivos por parte do Paco, creio que estas atitudes foram elaboradas de forma contida e regulada, devido ao *setting* em que surgiram, havendo sempre uma preocupação em criar momentos individuais, nos quais o cliente se podia evidenciar e podia ser escutado por todos.

No caso do Renato e da Heloísa, esta fase ficou demarcada por algum absentismo, que, tal como sabemos, é também uma atitude contraproducente, e que terá influenciado negativamente os seus resultados, ao nível dos testes aplicados, sobretudo na versão adaptada da ECA, bem como as suas evoluções, observadas no *setting* terapêutico.

Fase de amadurecimento. Segundo Rutan (2007), a fase de amadurecimento caracteriza-se por uma definição de papéis e uma interação espontânea entre os membros. Existe um sentimento de confiança instalado entre todos, começando os membros a aperceberem-se de padrões repetitivos em si e nos outros. Embora se tenham registado alguns momentos de amadurecimento neste grupo terapêutico, não será correto afirmar que se tenha entrado numa fase madura, propriamente dita, devido ao pouco tempo de intervenção disponível e às próprias dificuldades cognitivas e psicossociais inerentes à população-alvo.

Com efeito, merece referência o facto de, com o evoluir das sessões, os próprios elementos do grupo se aperceberem e reconhecerem as atividades musicais e os instrumentos para os quais cada um sentia ter mais aptidão. Ultrapassado o período inicial de experimentação de instrumentos, cada elemento ficou quase sempre mais ligado a um ou a outro instrumento.

Desta forma, a Heloísa, desde logo assumida como a cantora do grupo, devido ao seu sentido melódico e afinação, escolhia quase sempre instrumentos de percussão simples; o Joaquim denotava, igualmente, grande gosto pelo canto, revelando grande sentido melódico e rítmico, pelo que não se inibia em escolher instrumentos de percussão com maior intensidade sonora, tais como a pandeireta ou o djembê; a Clara, embora também utilizasse muito a voz, apresentava alguma dificuldade em cantar e tocar em simultâneo, escolhendo, maioritariamente, instrumentos de percussão com menor volume sonoro, tais como os ovinhos e as maracas; o Paulino, inicialmente, evitava bastante utilizar a voz, algo que foi sendo ultrapassado ao longo das sessões, recaindo muitas vezes em instrumentos de maior destaque, tais como a guitarra (terá sido o único, com a exceção da facilitadora, a utilizá-la durante toda a intervenção), o djembê ou o metalofone. O Paco utilizou também a voz com algum à vontade, escolhendo, quase sempre, o djembê como o seu instrumento de eleição,

embora tenha explorado os restantes instrumentos. Já a escolha do Renato recaiu, maioritariamente, no metalofone, sendo o elemento que maior teor verbal introduzia em improvisações vocais.

Curiosamente, a escolha dos instrumentos coaduna-se com os papéis que cada elemento foi assumindo. Veja-se a seguinte descrição: o Paulino e o Renato estabeleceram-se enquanto elementos líder, característica esta, inicialmente, mais evidente no Renato, mas que foi sendo conquistada pelo Paulino no decorrer das sessões, uma vez que só faltou a uma sessão durante toda a intervenção. Estes elementos oscilaram entre uma liderança construtiva e integradora e uma liderança negativa, com atitudes de exibicionismo e *acting out*, escolhendo, desta forma, instrumentos de maior destaque, por permitirem construções melódicas e harmónicas, tais como o metalofone e a guitarra (no caso do Paulino). Porém, considera-se que estas atitudes foram diminuindo, sobretudo na fase final da intervenção, sendo possível momentos de liderança partilhada com os restantes membros do grupo.

O Joaquim foi identificado, desde o início, com o papel de apaziguador, amenizando situações de maior agitação, sendo comum, em diversas ocasiões, ele pedir aos colegas para fazerem silêncio, a fim de se ouvir o que estava a ser dito ou tocado. Nesta perspetiva, o Joaquim relaciona-se com o papel sociável definido por Mackenzie (1994), optando sempre por instrumentos de percussão e ficando, geralmente, com os instrumentos que os colegas dispensavam, numa atitude reveladora de capacidade de tolerância e manutenção, algo que manteve até ao final da intervenção. De facto, e tal como indicam Bennis e Shepard (1974), os elementos não conflituosos são considerados responsáveis pela maioria dos movimentos do grupo em direção a uma “comunicação válida” (p.131).

Os restantes elementos do grupo partilharam diversos papéis, no decorrer das diferentes fases do grupo. O Paco e a Clara tanto assumiram uma postura dependente,

aderindo ao projeto de grupo e envolvendo-se nas tarefas propostas, como, por vezes, adotaram uma postura contra-dependente, embora apresentando atitudes distintas. No Paco estas atitudes revelaram-se quer no questionamento da autoridade da facilitadora e das decisões do grupo, brincando, em tom jocoso, com as propostas apresentadas, quer na exibição de longos períodos de silêncio total, como que exigindo mais atenção para si. Desta forma, Paco experimentou diversos instrumentos, recaindo a sua preferência no djembê, possivelmente por ser um instrumento com grande intensidade sonora, que lhe possibilitaria demarcar a sua presença. Já em Clara, as atitudes contraproducentes relacionavam-se, tal como anteriormente referido, com a tensão que exercia sobre os colegas, exigindo respostas e resoluções rápidas e eficazes. Neste sentido, a cliente ia utilizando, predominantemente, a voz.

Por fim, a Heloísa também aderiu facilmente às tarefas propostas, assumindo-se como um elemento dependente; no entanto, o seu absentismo, que se deveu a questões de saúde, limitou a sua participação e entrosamento com o grupo. Neste sentido, ela permaneceu quase sempre na sua zona de conforto – a voz –, apenas tocando, ao longo de toda a intervenção, dois instrumentos de percussão, as maracas e o reco-reco.

Segundo Rutan (2007), é também no decorrer desta fase de amadurecimento que começa a ser aceite a discussão de eventos externos da vida de cada um, na medida em que já se encontra mais sedimentada a relação de confiança entre os membros do grupo e a facilitadora, o que permite a verbalização de assuntos pessoais mais profundos.

Um episódio que merece referência ocorreu na 12^a sessão, na qual se estava a iniciar a construção de uma nova letra, desta feita para o tema *Homem do Leme*, dos Xutos e Pontapés. Tendo em conta a tendência, evidenciada pelo grupo, para evocar apenas temas positivos, foi sugerido, pela facilitadora, a construção de uma letra que tivesse como temática a tristeza e a

solidão, sendo que a proposta inicial era que cada membro do grupo criasse um verso ou dois sobre uma experiência pessoal que se reportasse a estes sentimentos. Contudo, verificou-se que, ao utilizar esta técnica, dois dos membros presentes, nomeadamente o Paco e o Paulino, se emocionaram bastante ao falarem, respetivamente, do falecimento da avó e do pai. Face à emoção que surgiu no grupo, a facilitadora procurou ter uma atitude contentora, cantando e a criando uma letra que fosse de encontro aos sentimentos destes elementos: “Para a minha avó/ onde estiveres gosto de ti/ E para o meu pai/ onde estiveres/ gosto de ti”. Contudo, ao se verificar que o Paco começou a chorar (embora escondendo a face com as mãos) e que os restantes membros se encontravam, também, visivelmente emocionados, optou-se por terminar este momento, sugerindo que a letra fosse sobre uma terceira pessoa, que se sentisse desta forma.

Esta mudança de estratégia foi justificada, na altura, por um certo receio de que o grupo, neste movimento transferencial, não possuísse os mecanismos de defesa adequados para lidar com estes sentimentos, o que poderia provocar situações sobre as quais não se teria controlo. Todavia, à distância, reconhece-se que este recuo revela, também, um movimento de contra-transferência, um evitamento de uma situação com peso emocional e constrangimento, o que expõe um aspeto com necessidade de ser trabalhado em futuras intervenções.

Fase de término. Tal como já referenciado, o processo de separação foi sendo trabalhado ao longo das últimas 3 sessões, procurando-se uma recapitulação e retrospectiva de toda a intervenção. Neste contexto, foi realizado um exercício de improvisação, na última sessão (21^a), tendo por base uns acordes realizados pela facilitadora, na guitarra, sendo que cada um teria que completar a frase “Daqui eu levo...” ou “Aqui, eu gostei de ...”, entoando uma frase melódica. As frases que surgiram – “Daqui eu levo boas energias” (Renato), “...muita alegria” (Clara), “...muitas saudades” (Paco) –, revelaram uma boa aceitação do

término desta intervenção, havendo um reforço da reciprocidade deste sentimento por parte da facilitadora, que concluiu a improvisação, completando, por sua vez, com a frase: “Daqui eu levo, todos no coração”.

Nesta fase é suposto haver, também, uma consciencialização das transformações operadas no seio da terapia, o que implica certas competências cognitivas, nomeadamente capacidade de *insight*, que, nesta população, se encontra ausente ou pouco desenvolvida. Porém, merecem referência alguns comentários, por parte da equipa técnica, ao longo da intervenção, que notaram os clientes envolvidos e entusiasmados com as sessões de musicoterapia, falando entre si das atividades e do projeto desenvolvido e preocupando-se em catalogar as letras criadas por eles, durante as sessões. Com efeito, embora a equipa não conseguisse detetar mudanças significativas ao nível do comportamento, era notória a existência de uma cultura de grupo (anteriormente inexistente), assente num código comum, num vínculo e num espaço interno, nascido do grupo.

Sendo um contexto institucional, é natural que o contato com os elementos do grupo não se restringisse ao *setting* terapêutico, o que permitiu observar mudanças, nomeadamente no Paco que, após o início da intervenção, se começou a aproximar da estagiária, antes do início das sessões, sorrindo e dizendo “está quase na hora” (sic), testemunhando, a nosso ver, o vínculo criado.

Análise e discussão de resultados

Nesta intervenção de grupo, foram utilizadas, num pré e pós-teste, a escala de qualidade de vida WHOQOL BREF e a escala de comportamento adaptativo (versão adaptada), como forma de monitorizar a evolução terapêutica dos clientes.

Na WHOQOL BREF, à semelhança do que aconteceu na intervenção individual, não se registaram alterações muito significativas ao nível da perceção dos clientes relativamente à

sua própria qualidade de vida, registrando-se, porém, uma tendência evolutiva em todos os domínios (evolução de 4%), na diferença entre o pré e o pós-teste (anexo J).

Na ECA (versão adaptada), foram tomados em consideração: o momento anterior ao início da intervenção e o momento imediatamente após o término da mesma, enquanto momentos avaliativos. Avaliando o grupo no seu todo, entre o pré e pós-teste, registou-se uma evolução bastante significativa em diversos domínios (anexo K). Assim, no domínio da personalidade denotou-se uma diminuição significativa da passividade (redução de 7,2%); no domínio do comportamento social, registou-se uma redução considerável do número de ocorrências de ameaças ou violência física (redução de 3%), arreliar ou dizer mal dos outros (redução de 5%), mandar e manipular os outros (redução de 6,7%) e exibir linguagem agressiva (redução de 6,3%); no domínio da conformidade, verificou-se uma redução da resistência a cumprir instruções, pedidos ou ordens (redução de 8,3%) e ao nível de atrasos e faltas (redução de 6,7%); no domínio do ajustamento social, uma diminuição da inatividade (redução de 6,7%) e apatia (redução de 8,3%); e no domínio do comportamento interpessoal perturbado, uma melhoria na reação às críticas (evolução de 6,3%) e a redução de tendências hipocondríacas (redução de 11,1%) e outros sinais de instabilidade emocional (redução de 4,2%).

Conclusão

Este relatório procurou relatar, de forma clara e objetiva, o modo como se processou esta primeira experiência com a musicoterapia aplicada, na qual se procurou adotar uma postura profissional e responsável. Tendo em conta que esta aprendizagem se operou em contexto institucional, houve alguma preocupação em transportar, para o *setting* musicoterapêutico, os princípios teóricos e éticos que subjazem à organização CERCI Lisboa.

Ao nível do impacto desta intervenção específica junto dos clientes, houve uma boa receptividade e interesse, o que poderá estar relacionado com a componente lúdica da música, associada à terapêutica, de que resultou um visível investimento pessoal e relacional por parte dos clientes. De facto, e tal como evidenciado nos resultados da escala de comportamento adaptativo (versão adaptada), tanto na intervenção individual como grupal, ocorreram mudanças consideráveis, sobretudo nos domínios do comportamento e ajustamento social, conformidade, personalidade e comportamento interpessoal. Neste sentido, poder-se-á concluir que foi cumprido um dos objetivos principais deste estágio: a promoção de um relacionamento interpessoal e, desta forma, de uma conduta (mais) adaptativa a nível social. Esta conclusão vai de encontro ao referenciado pela literatura, segundo a qual a Musicoterapia se assume como um bom veículo na promoção de mudanças positivas nas competências sociais desta população (Bryan, 1989; Duffy & Fuller, 2000; Hooper, 2001; Sobey, 1993).

Neste processo, e sobretudo na elaboração dos objetivos terapêuticos, foram tomados em consideração alguns estudos e artigos que identificam as principais fragilidades e problemáticas inerentes a esta população (Albuquerque, 2000; Duffy & Fuller, 2000; Feliz & Marques, 1995; Gale, 1989; Hooper, 2001; Koscielak, 1996; Oldfield & Parry, 1985), entre as quais se destacam as dificuldades de comunicação, a predominância de sintomatologia psiquiátrica (quando comparada com outras amostras da população) e a fraca adaptabilidade

às normas estabelecidas, sendo que, muitas vezes, estas fragilidades provocam uma atitude de exclusão social por parte do outro e, conseqüentemente, sentimentos de frustração e/ou fraca autoestima. Neste sentido, procurou-se estabelecer uma relação terapêutica segura e confiante, utilizando como mediador a música, através da qual os clientes puderam exprimir-se e ser criativos, à medida que eram trabalhadas, subtilmente, competências interpessoais e relacionais, formas de estar mais adequadas, sentimentos de empatia e reciprocidade, entre outros.

Urge, ainda, referir que, na construção e fundamentação desta intervenção, foram essenciais autores como Piaget, que realçou a afetividade e intencionalidade enquanto energia essencial às funções cognitivas, reforçando a reciprocidade entre uma função intelectual e a função afetiva; Winnicott (1975), defensor da arte e da livre criação enquanto atividades terapêuticas em si mesmas, imprescindíveis ao desenvolvimento humano e à elaboração dos afetos; e Stern (2006), que promove a experiência imediata do momento presente, enquanto possibilitadora da expressão pessoal, da experimentação, do desenvolvimento, da criatividade e, conseqüentemente, da mudança.

Em termos metodológicos, procurou-se ir ao encontro da musicoterapia criativa, preconizada por Nordoff & Robbins (1977), que define a função do terapeuta enquanto elemento de suporte, criativo, exploratório, consistente e flexível, características fundamentais para que se consiga aceder ao “músico-criança” presente no cliente. Desta forma, e em concordância com a metodologia adotada, uma das técnicas mais utilizadas no decorrer desta intervenção foi a improvisação, que se comprovou como bastante profícua, sobretudo no estudo de caso individual (Jorge).

Relativamente aos restantes objetivos terapêuticos, traçados no início deste estágio, pareceu-nos ter ocorrido, não tanto um desenvolvimento, mas antes uma manutenção das

competências cognitivas, tendo em conta que estas serão também trabalhadas, diariamente, em outras atividades no Espaço da Luz. Já no campo da comunicação, foi sentida uma forte evolução, sobretudo ao nível da linguagem não-verbal, algo mais evidente na intervenção com o Jorge, que, tendo dificuldade em aderir às terapias verbais, conseguiu estabelecer com a facilitadora um código de comunicação não-verbal bastante sólido.

No estudo de caso do Jorge, é pertinentes tecer, ainda, algumas considerações. Esta intervenção sofreu, incontornavelmente, a influência direta do surgimento de nova sintomatologia psicótica, ocorrendo dois episódios identificáveis que a definiram. De facto, as conclusões obtidas neste estudo de caso vão de encontro ao referido na revisão bibliográfica, segundo a qual a alteração medicamentosa afeta e altera, por vezes determinadamente, a performance do cliente em sessões de musicoterapia (Kathleen Wager, 2001), o que, de facto, ocorreu com o Jorge, evidenciando, após o início da toma da medicação prescrita, sonolência e regressão ao nível da reciprocidade e empatia.

Com efeito, e seguindo as indicações de Benezon (1985), que privilegia a intervenção grupal nas pessoas com D.I., inicialmente previa-se a inclusão do Jorge no grupo, após um atendimento individual, caso se registassem progressos consistentes, como forma de desenvolver competências interpessoais e facilitar o processo de separação após o término da intervenção. O Jorge manifestou, inclusivamente, em diversas ocasiões, vontade de participar nas sessões de grupo, ora interrompendo as sessões enquanto estas decorriam, perguntando se podia participar, ora observando atentamente as mesmas através do vidro da sala de informática. Todavia, todo o processo de evolução e retrocesso provocado pela sua instabilidade psíquica e comportamental, conduziu-nos à decisão de não incorporar o Jorge nas sessões de grupo.

Em relação ao estudo de caso grupal, procurou-se efetuar uma análise baseada nas teorias das dinâmicas de grupo, onde se observaram movimentos produtores e contraproducentes, inerentes a qualquer grupo, e onde foram facilmente identificados os papéis desempenhados por cada elemento, algo fundamental em contexto terapêutico, tendo em conta que se pretendia flexibilizar esses padrões de comportamento. Curiosamente, os papéis adotados dentro do *setting* terapêutico, seriam semelhantes aos papéis que representavam no dia-a-dia, em contexto externo ao mesmo. Com efeito, a análise dos movimentos e papéis estabelecidos dentro do grupo foi importante no aperfeiçoamento dos objetivos terapêuticos, bem como na adoção de técnicas cada vez mais adequadas, o que permitiu uma crescente coesão grupal.

Os resultados dos testes aplicados, em ambos os estudos de caso possuíram, neste trabalho, uma função analítica e não tanto estatística, ou seja, pretendia-se que estes fornecessem dados de evidência de progresso da intervenção musicoterapêutica, o que, de facto, se registou. Em ambos os testes quantitativos, WHOQOL-BREF e ECA (versão adaptada), foi evidente evolução, entre o pré e pós-teste, nos dois estudos de caso, embora nos resultados do WHOQOL-BREF a evolução tenha sido menos significativa. Porém, as pequenas mudanças de comportamento eram quase sempre evidenciadas em contexto terapêutico e não no contexto social, o que nos remete para a necessidade de existir continuidade neste tipo de intervenção.

Em tom conclusivo, e apesar de se verificar ser um campo pouco profícuo em termos bibliográficos (sobretudo em Portugal), tal como anteriormente referido, consideramos que a intervenção musicoterapêutica na população com deficiência intelectual é extremamente adequada e indicada, dado as especificidades da linguagem musical, onde não se encontram implicadas competências verbais/escritas e de raciocínio lógico-abstrato, sendo possível, desta

forma, liberdade ao nível da expressão emocional, fundamental em termos de uma valorização pessoal, bem como a elaboração de comportamentos adaptativos que possibilitem uma inclusão social cada vez mais efetiva e real.

Reflexão final

“Eu tenho cá para mim que, se fecharmos os olhos, somos todos iguais.” (Cliente anónimo da CERCI Lisboa)

Este estágio foi, para mim, uma experiência bastante enriquecedora e construtiva, tanto a nível pessoal como profissional, vivida de forma intensa, em todas as suas fases.

Ao longo dos 9 meses de estágio, senti que a minha relação com os clientes do Espaço da Luz sofreu um crescimento gradual, à medida que a confiança mútua se foi sedimentando. Se, num período inicial, alguns clientes manifestaram alguma desconfiança, retraindo-se quando me aproximava ou lhes perguntava algo, outros, por sua vez, exteriorizaram muita curiosidade em relação à minha presença, apresentando, por vezes, algumas dificuldades ao nível da gestão da proximidade (alguns comportamentos mais invasivos). Porém, com o decorrer da minha permanência na instituição, estes comportamentos foram evoluindo para formas mais salutares de estar, sendo que todos estavam bastante conscientes que a minha estadia seria provisória, algo que terá sido essencial no processo de separação.

Na minha adaptação ao local de estágio revelou-se crucial o papel da equipa técnica, com a qual também se foram estreitando laços profissionais e pessoais, ao longo deste processo. De realçar o papel de apoio da psicóloga do Espaço da Luz (e também minha coordenadora), fundamental na concretização deste estágio, com quem estabeleci, desde logo, uma relação aberta e empática, e que sempre se disponibilizou para responder às minhas dúvidas, aconselhar-me nas questões clínicas e, inclusivamente, facultar-me bibliografia. De facto, a troca e cruzamento de informação que se realizou entre as áreas da psicologia aplicada, com a qual eu não estaria tão familiarizada, e a área da musicoterapia aplicada, com a qual a psicóloga não teria tanto contacto, demonstrando, contudo, bastante interesse e curiosidade, revelou-se muito profícua.

De assinalar que, durante o período do estágio, estagiaram, igualmente, no Espaço da Luz quatro outras colegas: três do curso de serviço social (I.S.C.T.E. e Universidade Católica), e uma de psicomotricidade (Faculdade de Motricidade Humana). O convívio com as colegas e partilha de vivências foi igualmente importante no estabelecimento de um bom ambiente de trabalho.

Em termos de aprendizagem, creio que este estágio foi fundamental para compreender as áreas que, enquanto futura musicoterapeuta, ainda necessitam de bastante investimento e trabalho pessoais. Embora me sinta relativamente confortável ao trabalhar com música, e sobretudo com a voz, tendo em conta que esta é a minha área de formação, seria importante investir algum tempo numa formação aprofundada em psicologia, na medida em que me prepararia melhor para a gestão de situações problemáticas, de retrocesso e limite, de transferência e contratransferência, como as que foram surgindo nestes dois estudos de caso. Com efeito, o facto de me ter sido concedida autonomia na gestão da intervenção provocou em mim um sentimento de ambiguidade pois, se por um lado havia uma sensação de liberdade quase total, por outro lado, essa liberdade seria quase esmagadora, no sentido em que fazia recair, em mim, a pressão e a responsabilidade de fazer o melhor possível na busca da concretização dos objetivos terapêuticos, emergindo, assim, algumas inseguranças e receios.

Reconheço que um trabalho pessoal de psicoterapia é indispensável na formação de um terapeuta competente, qualquer que seja a sua área de intervenção ou metodologia, pois permite lidar com as inseguranças e dificuldades que possam surgir no decorrer de um processo musicoterapêutico, bem como evitar ruídos de contratransferência, tais como os que abordei ao longo do presente trabalho monográfico. Com efeito, creio que um dos maiores desafios que se me afigurou no decorrer deste estágio foi ter que gerir sentimentos de frustração e desânimo face a episódios como a ocorrência de sintomatologia psiquiátrica no

caso do Jorge, um campo no qual terei, futuramente, que investir mais trabalho e preparação. Todavia, senti que, com o evoluir das sessões e a possibilidade de explorar diversas técnicas, a confiança em relação à intervenção e às minhas competências foi aumentando, o que não invalida o facto de haver ainda um longo caminho por percorrer.

Ao nível de limitações sentidas, convém referir que, embora munida dos recursos materiais necessários, a sala Polivalente na qual se realizaram as sessões, apresentava algumas desvantagens, nomeadamente a falta de neutralidade, uma vez que possuía muitas janelas que, ora davam visibilidade para o jardim, ora para a sala de informática, locais frequentemente ocupados por outros clientes e técnicos, o que terá originado recorrentes distrações.

Relativamente à gestão das intervenções, individual e grupal, sinto que, no caso de uma nova intervenção com esta população, alguns ajustamentos seriam necessários, nomeadamente uma redução no número de elementos do grupo (dividindo, por exemplo, o grupo ao meio, com 3 elementos cada), de forma a conceder mais espaço a cada um dos elementos e poder melhor aprofundar algumas questões individuais. De facto, creio não ter existido espaço suficiente para serem trabalhadas algumas competências individuais, devido ao elevado número de elementos, embora tenha nascido, claramente, uma cultura e identidade de grupo.

Ao nível das técnicas utilizadas, creio que, por um lado, a improvisação foi a técnica que se revelou mais eficaz no estudo de caso individual, e, por outro, a construção de canções, no estudo de caso grupal, algo que mereceria, a meu ver, um maior destaque em futuros trabalhos com este tipo de população.

Uma das funções essenciais deste estágio, para além de uma iniciação ao universo da musicoterapia aplicada, com todas as suas aprendizagens e desafios inerentes, é também verificar a capacidade de adaptação a este novo universo e se existe ou não uma genuína

vontade de o integrar. Para mim ficou bastante claro, no decorrer deste processo, que pretendo manter e aprofundar a minha formação nesta área, tanto a nível prático como teórico e, se possível, permanecer ligada à área da deficiência intelectual, que se afigura tão indicada para este tipo de intervenção.

Resta-me referir que nem toda a realidade de evolução e retrocessos, certezas e dúvidas, alegrias e tristezas, puderam ser expressas no presente relatório. Porém, espero ter conseguido descrever esta aprendizagem da forma mais aproximada possível, salientando a necessidade de investimento humano, profissional, social e político associada às pessoas com deficiência intelectual.

Referências

- Ajuriaguerra, J. & Marcelli, D. (1991). *Psicopatologia infantil*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Albuquerque, M. (2000). *A criança com deficiência mental ligeira*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das pessoas com deficiência.
- Amiralian, M. (1986). *Psicologia do Excepcional*. São Paulo: EPU.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR - Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi Editores PC.
- Ballone, GJ (2007). *Deficiência mental*. Acedido em Dezembro 12, 2011, em: <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=29>.
- Baker, F. & Wigram, T. (2005). *Songwriting: methods, techniques and clinical applications for music therapy clinicians, educators and students*. London: Jessica Kingsley Publications.
- Bégoïn, J. (2005). *Do traumatismo do nascimento à emoção estética*. Lisboa: Fenda Edições.
- Benenzon, R. (1985). *Manual de musicoterapia*. Rio de Janeiro: Enelivros.
- Benenzon, R. (1988). *Teoria da musicoterapia: contribuição ao conhecimento do contexto não-verbal*. São Paulo: Summus.
- Bennis, W. & Shepard, H. (1974). A theory of group development. In G. Gibbard, J. Hartman & R. Mann (eds.). *Analysis of groups: contributions to theory, research, and practice* (pp. 127-153). São Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Brown, L. (1989). *Criteria de la funcionalidad*. Barcelona: ed. Milan.
- Brunk, B. & Coleman, K. (2000). Development of a special education music therapy assessment process. *Music Therapy Perspectives*, 18, 59-68.
- Bruscia, K. (1987). *Improvisational models of music therapy*. Springfield, IL: Charles C. Thomas Publications.

- Bruscia, K. (1991). *Case studies in music therapy*. Gilsum NH: Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. (2000). *Definindo musicoterapia*. (2ª ed). Rio de Janeiro: Enelivros.
- Bryan, A. (1989). Autistic group case study. *Journal of British Music Therapy*, 3 (1), 16-21.
- Bunt, L. & Hoskyns, S. (2002). *The handbook of music therapy*. Hove: Brunner- Routledge.
- Carneiro, R (2001). Editorial. *Revista Fenacerci*, 5, p.20.
- CERCI Lisboa (2000). *Estatutos da CERCI Lisboa*. Acedido em Outubro 25, 2011, em:
<http://www.cercilisboa.org.pt/links-sempre-presentes/quem-somos/documentos-estruturais/estatutos/>
- CIF (2003). *CIF - Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde*.
Acedido em Janeiro 2, 2012, em:
<http://arquivo.esse.ips.pt/ese/cursos/edespecial/CIFIS.pdf>
- Darnley-Smith, R. & Patey, H.M. (2003) *Music therapy (creative therapies in practice)*.
London: SAGE.
- Duffy, B. & Fuller, R. (2000). Role of music therapy in social skills development in children with moderate intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 13 (2), 77-89.
- Felix, I. & Marques, A. (1995). *E nós...somos diferentes?* Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.
- Gale, C. (1989). The question of music therapy with mentally handicapped adults. *Journal of British Music Therapy*, 3 (2), 20-23.
- Gardstrom, S. (2007). *Music therapy improvisation for groups: essential, leadership, competencies*. GA, USA: Barcelona Publishers.
- Gaston, E. (1968). *Music in therapy*. New York: Macmillan.

- Gfeller, K. (2005). Music as communication. In R. Unkefer & M. Thaut (eds.). *Music therapy in the treatment of adults with mental disorders: Theoretical bases and clinical interventions* (pp. 42-59). Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Gore, M. (1990). *Enjoy the silence* [letra de música]. Acedido em Junho 20, 2011, em: http://www.lyricsfreak.com/d/depeche+mode/enjoy+the+silence_20039358.html
- Hooper, J. (2001). Overcoming the problems of deinstitutionalization: Using music activities to encourage interaction between four adults with developmental disability. *Music Therapy Perspectives*, 19, 121-127.
- Houghton, B., Scovel, A., Smeltekop, R., Thaut, M., Unkefer, R. & Wilson, B. (2005). Taxonomy of clinical music therapy programs and techniques. In R. Unkefer & M. Thaut (eds.). *Music therapy in the treatment of adults with mental disorders: Theoretical bases and clinical interventions* (pp. 185-209). Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Humpal, M. (1991). The effects of an integrated early childhood music program on social interaction among children with handicaps and their typical peers. *Journal of Music Therapy*, 28(3), 161-177.
- Koscielak, R. (1996). Feeling of loneliness in young adults with mild mental retardation. *European Journal on Mental Disability*, 3 (12), 31-43.
- Leal, I. (2005). *Iniciação às psicoterapias*. Lisboa: Fim de século.
- Lewin, K. (1948). *Resolving social conflicts; selected papers on group dynamics*. Gertrude W. Lewin (ed.). New York: Harper & Row.
- MacKenzie, K. R. (1994). The developing structure of therapy group system. In A. Bernard & K. MacKenzie (eds.) *Basics of group psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- McFerran, K. & Wigram, T. (2002). A review of current practice in group music therapy improvisations. *British Journal of Music Therapy*, 16 (1), 46-55.

- Moran, J. (1998). *Mudanças na comunicação pessoal; gerenciamento integrado da comunicação pessoal, social e tecnológica*. São Paulo: Paulinas.
- Morato, P. (1998). *Deficiência mental e aprendizagem. Um estudo sobre a cognição espacial de crianças com trissomia 21*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das pessoas com deficiência.
- Morato, P. & Santos, S. (2002). *Comportamento adaptativo*. Porto: Porto Editora.
- Morato, P. & Santos, S. (2007). Dificuldades intelectuais e desenvolvimentais. A Mudança de paradigma na concepção da deficiência mental. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 14, 51-55. Lisboa.
- Neves, A. (2007). MTSS/DGEEP. Integração das pessoas com deficiência. *Cadernos Sociedade e Trabalho*, 8. Lisboa.
- Nordoff, P. & Robbins, C. (1977). *Creative music therapy: individualized treatment for the handicapped child*. New York: The John Day Company.
- Oldfield, A. & Parry, C. (1985). Using music in mental handicap: overcoming communication difficulties. *Mental Handicap*, 13 (3), 117-119.
- 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.
- Organização Mundial de Saúde, Divisão de Saúde Mental, Grupo WHOQOL (1998). *Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida*. Acedido em Maio 20, 2011, em: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol4.html#6>
- Pessoa, F. (2007). *Obra essencial de Fernando Pessoa. Poesia dos outros eus*. Zenith, R. (Ed.). (pp. 408-409). Rio de Mouro: Assírio & Alvim.

- Rutan, J. (2007). Group dynamics and group development. In J. Rutan, W. Stone & J. Shay (eds.). *Psychodynamic group psychotherapy* (pp. 29-55). (4^a ed.). New York: Guilford Press.
- Ruud, E. (1990). *Caminhos da musicoterapia*. São Paulo: Summus Editorial.
- Ruud, E. (1998). *Music therapy: improvisation, communication, and culture*. USA: Barcelona Publishers.
- Santos, M. (2004). *Relatório de estágio CERCÍ de Lisboa – Espaço da Luz*. (Relatório de estágio não publicado). Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Shalock, R. & Verdugo, M. (2002). *The concept of quality of life in human services: A handbook for human services practitioners*. Washington D.C.: American Association on Mental Retardation.
- Sobey, K. (1993). Out of sight - out of mind? Reflections on a blind young woman's use of music therapy. *Journal of British Music Therapy*, 7 (2), 5-12.
- Solé, C., Mercadal-Brotons, M., Gallego, S. & Riera, M. (2010). Contributions of music to aging adults' quality of life. *Journal of Music Therapy*, XLVII (3), 264-281.
- Sousa, T. (2007). *A musicoterapia como auxílio na comunicação de pessoas com deficiência mental*. (Monografia). Universidade Federal de Goiás. Goiânia. Acedido em: http://www.sgmt.com.br/musicoterapiacomunicacaodeficienciamental_talita_sousa.pdf
- Stern, D. (2006). *O momento presente na psicoterapia e na vida de todos os dias*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Streeter, E. (1996). Some observations on music therapy training groups. In A. Davies & E. Richards (Eds.). *Music Therapy and Group Work*. Nova Iorque: Jessica Kingsley Publishers.

- Turry, A. (1998). Transference and countertransference in Nordoff-Robbins music therapy. In K. Bruscia (ed.). *The Dynamics of Music Psychotherapy* (pp. 161-212). Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Uricoechea, A. (1993). *A pessoa portadora de necessidades especiais: a música e a musicoterapia*. (Monografia não publicada). Universidade Federal de Goiás, Goiânia.
- Viegas, P. (2007). *Construção de um esboço de uma “grelha/escala de observação do comportamento”* (adaptada a indivíduos com Perturbações Globais do Desenvolvimento). (Monografia não publicada). Universidade Lusíada de Lisboa, Lisboa.
- Von Baranow, A. (1999). *Musicoterapia: uma visão geral*. Rio de Janeiro: Enelivros.
- Wager, K. (2002). The effect of music therapy upon an adult male with autism and mental retardation: A Four-Year Case Study. *Music Therapy Perspectives*, 18, 131–140.
- Wigram, T., Pedersen, I. N. & Bonde, L. O. (2002). *A comprehensive guide to music therapy: theory, clinical practice, research and training*. London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Winnicott, D. (1975). *O brincar & a realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Whoqol group (1996). *WHOQOL-BREF – Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment*. Acedido em Maio 20, 2011, em: http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf
- World Federation of Music Therapy (2011). *What is music therapy?* Acedido em Maio 12, 2012, em: http://www.musictherapyworld.net/WFMT/FAQ_Music_Therapy.html

ANEXOS

Lista de Anexos

Anexo A – WHOQOL-BREF - Versão Portuguesa (adaptada)

Anexo B – ECA (versão adaptada)

Anexo C – Grelha de Observação do Comportamento (intervenção individual)

Anexo D – Checklist CIF (CIF-CJ – *DGIDC*)

Anexo E – Resultados da Grelha de Observação do Comportamento

Anexo F – Resultados do WHOQOL-BREF – Intervenção individual

Anexo G – Resultados da ECA (versão adaptada) – Intervenção individual

Anexo H – Letra da música: “O Nosso Grupo”

Anexo I – Letra da música: “Sem Abrigo”

Anexo J – Resultados do WHOQOL-BREF – Intervenção grupal

Anexo K – Resultados da ECA (versão adaptada) – Intervenção grupal

Anexo A

WHOQOL-BREF - Versão Portuguesa (adaptada)

Instruções

Este questionário pretende avaliar a forma como se sente a respeito da sua qualidade de vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Em caso de dúvida, selecione a opção mais aproximada. Nas suas respostas considere os seus valores, desejos, prazeres e preocupações.

Por favor, leia cada questão e assinale o número que corresponde à resposta mais adequada.

Q1- Como avalia a sua qualidade de vida?

Muito Má	Má	Mais ou menos	Boa	Muito boa	Obs.
1	2	3	4	5	

Q2- Quão satisfeito/a se encontra com a sua saúde?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Mais ou menos	Satisfeito	Muito Satisfeito	Obs.
1	2	3	4	5	

Q3- Em que medida acha que a dor física o/a impede de realizar algumas atividades?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente	Obs.
1	2	3	4	5	

Q4- Quão dependente é de algum tratamento médico para prosseguir com a sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente	Obs.
1	2	3	4	5	

Q5- O quanto aproveita a sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente	Obs.
1	2	3	4	5	

Q6- Em que medida considera que a sua vida tem sentido?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente	Obs.
1	2	3	4	5	

Q7- O quanto se consegue concentrar?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente	Obs.
1	2	3	4	5	

Q8- Quão seguro/a se sente em relação à sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente	Obs.
1	2	3	4	5	

Q9- Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição)?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente	Obs.
1	2	3	4	5	

Q10- Tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente	Obs.
1	2	3	4	5	

Q11- Aceita a sua aparência física?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente	Obs.
1	2	3	4	5	

Q12- Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente	Obs.
1	2	3	4	5	

Q13- Quão disponíveis estão as informações necessárias ao seu dia-a-dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente	Obs.
1	2	3	4	5	

Q14- Tem oportunidades para realizar atividades de lazer?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente	Obs.
1	2	3	4	5	

Q15- Qual a sua capacidade motora?

Muito má	Má	Mais ou menos	Boa	Muito boa	Obs.
1	2	3	4	5	

Q16- O quão satisfeito/a está com o seu sono?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Mais ou menos	Satisfeito	Muito Satisfeito	Obs.
1	2	3	4	5	

Q17- O quão satisfeito/a está com a sua capacidade para desempenhar atividades do dia-a-dia?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Mais ou menos	Satisfeito	Muito Satisfeito	Obs.
1	2	3	4	5	

Q18- O quão satisfeito/a está com as suas capacidades para trabalhar?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Mais ou menos	Satisfeito	Muito Satisfeito	Obs.
1	2	3	4	5	

Q19- O quão satisfeito/a se encontra consigo mesmo?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Mais ou menos	Satisfeito	Muito Satisfeito	Obs.
1	2	3	4	5	

Q20- O quão satisfeito/a está com as suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos)?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Mais ou menos	Satisfeito	Muito Satisfeito	Obs.
1	2	3	4	5	

Q21- O quão satisfeito/a está com a sua vida sexual?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Mais ou menos	Satisfeito	Muito Satisfeito	Obs.
1	2	3	4	5	

Q22- O quão satisfeito/a está com o apoio que recebe dos seus amigos?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Mais ou menos	Satisfeito	Muito Satisfeito	Obs.
1	2	3	4	5	

Q23- O quão satisfeito/a está com as condições do local onde mora?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Mais ou menos	Satisfeito	Muito Satisfeito	Obs.
1	2	3	4	5	

Q24- O quão satisfeito/a está com o acesso aos serviços de saúde?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Mais ou menos	Satisfeito	Muito Satisfeito	Obs.
1	2	3	4	5	

Q25- O quão satisfeito/a está com o seu meio de transporte?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Mais ou menos	Satisfeito	Muito Satisfeito	Obs.
1	2	3	4	5	

Q26- Com que frequência tem sentimentos negativos como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muitas vezes	Sempre	Obs.
1	2	3	4	5	

Alguém o/a ajudou a preencher este questionário? _____

Quanto tempo levou para preencher este questionário? _____

Obrigado pela sua colaboração

Anexo B

ECA (versão adaptada)

IV. Domínio Desenvolvimento da Linguagem

C. Desenvolvimento da Linguagem Social

(Assinale todas as respostas)

Item 47 - Conversação	Sim	Não
Cumprimenta os outros/as de forma adequada.		
Utiliza frases como “por favor” e “obrigado”.		
É sociável e respeita as regras implícitas a uma conversa.		
Fala com os outros de desporto, família, atividades de grupo, etc.		
Exprime as ideias de forma clara permitindo que os seus sentimentos, necessidades e vontades sejam entendidos.		

Item 48 – Vários	Sim	Não
Podem-se discutir questões de forma socialmente aceite.		
Responde quando abordado.		
Fala com lógica.		
Lê livros, jornais ou revistas por prazer.		
Repete uma história com pouca ou nenhuma dificuldade.		
Preenche a maioria dos itens impressos bastante bem.		
Utiliza uma linguagem adequada.		
Utiliza comunicação alternativa.		

VIII. Domínio Personalidade

A. Iniciativa

(assinale o nível mais elevado)

Item 61- Iniciativa	
Inicia a maioria das atividades (ex. jogos, tarefas, etc.)	4
Pergunta se há alguma coisa para fazer.	3
Explora o envolvimento.	2
Apenas participa nas atividades quando solicitado ou designado.	1
Não participa em atividades designadas	0

Item 62 - Passividade	Sim	Não
Concretiza as tarefas sem necessidade de reforço/estímulo constante.		
Executa as tarefas sem ser necessário “ordenar-lhe” a sua execução.		
Tem ambição.		
Denota interesse nas coisas.		
Não desperdiça tempo na concretização de tarefas.		
Independente dos outros (não precisa de ajuda na maioria dos casos).		
Os movimentos são funcionais e ajustados.		

B. Perseverança

(Assinale o nível mais elevado)

Item 63- Atenção	
Presta atenção a atividades significativas, mais de 15 minutos (e.g.: leitura, limpezas, jogos, etc.).	4
Presta atenção a atividades significativas até 15 minutos.	3
Presta atenção a atividades significativas até 10 minutos.	2
Presta atenção a atividades significativas até 5 minutos.	1
Incapaz de prestar atenção a atividades significativas nem 5 minutos.	0

(Assinale todas as respostas)

Item 64 – Persistência	Sim	Não
Consegue organizar tarefas.		
Motiva-se facilmente.		
É bem sucedido na consecução de tarefas.		
Mantém-se na mesma atividade (não salta de uma tarefa para outra)		

(Assinale o nível mais elevado)

Item 65 - Ocupação dos tempos livres	
Organiza atividades de recreação a um nível algo complexo (ir à pesca, jogar bilhar, jogos de computador, etc.)	4
Denota um interesse ativo nos passatempos (pintura, cromos).	3
Participa em atividades de recreação quando organizados para ele/a.	2
Participa em atividades de recreação a um nível simples (ver televisão, ouvir rádio, etc.).	1
É incapaz de integrar atividades de recreação, mesmo as mais simples.	0

X. Domínio Socialização

(Assinale o nível mais elevado)

Item 69- Cooperação	
Oferece ajuda aos outros.	2
Está pronto a ajudar, se solicitado.	1
Nunca ajuda os outros.	0

Item 70 - Consideração pelos outros	Sim	Não
Demonstra interesse nos assuntos dos outros.		
Toma conta dos objetos dos outros.		
Dirige ou gere os assuntos dos outros, quando necessário.		
Demonstra consideração pelos sentimentos dos outros.		

Item 71 - Consciência da existência dos outros	Sim	Não
Reconhece a sua própria família.		
Tem informações sobre os outros (e.g.: empregos, morada, etc.).		
Sabe o nome das pessoas próximas (e.g.: vizinhos, colegas, etc.).		
Sabe o nome das pessoas com as quais não está com regularidade.		

Item 72- Interação com os outros	
Interage com os outros em jogos ou atividades de grupo.	3
Interage com os outros pelo menos num curto período de tempo (e.g.: mostrando ou oferecendo brinquedos, roupas ou objetos).	2
Interage com os outros imitando-os, com pouca interação.	1
Não responde aos outros de uma forma socialmente aceitável.	0

Item 73- Participação em Atividades de Grupo	
Inicia as atividades de grupo (líder e organizador).	3
Participa nas atividades de grupo de uma forma espontânea e entusiástica (participação ativa).	2
Participa nas atividades de grupo quando encorajado (participação passiva).	1
Não participa ou afasta-se de atividades de grupo.	0

Item 74 – Egoísmo	Sim	Não
Espera pela sua vez.		
Partilha com os outros.		
Tem comportamento adequado mesmo quando as coisas não acontecem como ele/a quer.		
Espera pelo professor que está a ajudar o colega, não interrompendo.		
Aceita a crítica.		

Item 75 - Maturidade social	Sim	Não
É demasiado familiar com estranhos.		
Tem medo dos estranhos.		
Faz qualquer coisa para fazer amigos.		
Gosta muito de agarrar as mãos a todas as pessoas.		
Está sempre agarrado a alguém.		

XI. Domínio Comportamento Social

Item 1 – Ameaças ou violência física	N	O	F
Utiliza gestos ameaçadores.			
Indiretamente magoa os outros.			
Insulta as pessoas.			
Cospe nos outros.			
Empurra, arranha ou belisca os outros.			
Puxa o cabelo, as orelhas, etc., dos outros.			
Morde os outros.			
Pontapeia, bate ou esbofeteia os outros.			
Atira os objetos aos outros.			
Asfixia os outros.			
Utiliza objetos como armas contra os outros.			

Item 2 – Comportamentos Violentos/Birras Temperamentais	N	O	F
Chora e grita.			
Bate o pé batendo com objetos ou com as portas, etc.			
Bate o pé, gritando e berrando.			
Atira-se para o chão, gritando e berrando.			

Item 3 – Arrelia ou diz mal dos outros	N	O	F
Diz mal dos outros.			
Conta histórias falsas sobre os outros.			
Arrelia os outros.			
Implica/provoca os outros.			
Goza com os outros.			

Item 4 – Manda e manipula os outros	N	O	F
Tenta dizer aos outros o que fazer.			
Exige serviços dos outros.			
Empurra as pessoas de um lado para o outro.			
É o causador de lutas entre os outros.			
Manipula os outros de forma a colocá-los em sarilhos.			

Item 5 – Linguagem agressiva	N	O	F
Utiliza linguagem hostil (ex. “estúpido idiota”, “porco sujo”).			
Pragueja, amaldiçoa ou utiliza linguagem obscena.			
Grita ou berra ameaças de violência.			
Ameaça outros verbalmente, sugerindo violência física.			

Item 6 – Fraca tolerância à frustração	N	O	F
Culpa os outros pelos seus próprios erros.			
Afasta-se ou amua quando contrariado.			
Aborrece-se quando contrariado.			
Faz birras temperamentais quando não consegue o que quer.			

Item 7 – Perturba as atividades dos outros	N	O	F
Está sempre no caminho (intrometido).			
Interfere com as atividades dos outros (ex. Bloqueando a passagem, etc.).			
Atrapalha o trabalho dos outros.			
Bate nos objetos com os quais os outros estão a trabalhar (ex.: puzzles, jogos de cartas, etc.).			
Retira os objetos das mãos dos outros.			

XII. Domínio Conformidade

Item 8 – Ignora Regulamentos e Rotinas	N	O	F
Tem uma atitude negativa acerca das regras e usualmente não se conforma.			
Tem de ser forçado dirigir-se a filas de espera (ex. Almoço).			
Viola regras e regulamentos (ex. Come em áreas restritas a, não respeita os sinais de trânsito).			
Recusa participar em atividades obrigatórias.			

Item 9 – Resiste a cumprir instruções, pedidos ou ordens	N	O	F
Fica aborrecido se lhe for dada uma ordem direta.			
Finge não ouvir e não segue instruções dadas.			
Não presta atenção às instruções.			
Recusa-se a trabalhar em atividades atribuídas.			
Hesita muito tempo antes de fazer tarefas atribuídas.			
Faz o oposto do que lhe foi solicitado.			

Item 10 – Atitude insolente ou rebelde face à autoridade	N	O	F
Ressente-se contra pessoas com autoridade (ex. Professores, líderes).			
É hostil face às pessoas com autoridade.			
Ridiculariza as pessoas com autoridade.			
Afirma que pode atingir pessoas com autoridade.			
Afirma que familiares virão matar ou magoar pessoas com autoridade.			

Item 11 – Falta, atrasa-se para tarefas ou locais	N	O	F
Chega atrasado para atividades ou locais solicitados.			
Não regressa ao local desejado depois de ir a um determinado lugar (ex. Regressar da casa de banho, ir fazer um recado, etc.).			
Deixa o local de uma atividade solicitada sem pedir permissão (ex. Escola, trabalho, sala, etc.).			
Falta a atividades quotidianas (ex. Trabalho, aulas, etc.).			
À noite chega tarde a casa, ao dormitório, etc.			

Item 12- Foge ou tenta fugir	N	O	F
Tenta fugir de casa, escola, trabalho, etc.			
Foge de atividades de grupo (ex. Piqueniques, viagens de estudo, etc.).			
Foge de casa, escola, trabalho, etc.			

Item 13 – Porta-se mal em situações de grupo	N	O	F
Interrompe discussões de grupo abordando temas não relacionados.			
Perturba jogos recusando-se cumprir regras			
Perturba atividades de grupo produzindo barulho ou “exibindo-se”.			
Incapaz de se manter no lugar durante um período de atividades, do almoço ou em outras situações de grupo.			

XVI. Domínio Ajustamento Social

Item 32 – Inatividade	N	O	F
Mantém-se na mesma posição por um longo período de tempo.			
Senta-se e observa os outros, sem fazer mais nada e sem motivo aparente.			
Deixa-se dormir sentado numa cadeira.			
Fica deitado no chão o dia inteiro.			
Parece não reagir a nada.			

Item 33 – Apatia	N	O	F
Parece que não tem consciência do envolvimento.			
É difícil de entrar em contacto ou de o alcançar.			
É apático e não corresponde a sentimentos.			
Tem um olhar inexpressivo.			
Tem uma expressão fixa.			

Item 34 – Timidez	N	O	F
É tímido e envergonhado em situações sociais.			
Esconde a cara em situações de grupo (e.g.: festas, convívios, etc.).			
Não se “mistura” com os outros.			
Prefere estar sozinho.			

Item 35 – Postura Particular ou Maneirismos	N	O	F
Coloca a cabeça pendida.			
Senta-se com os joelhos debaixo do queixo.			
Anda em bicos dos pés.			
Deita-se no chão com os pés no ar.			
Anda com os dedos nas orelhas ou com as mãos na cabeça.			

XVII. Domínio Comportamento Interpessoal Perturbado

Item 36 – Sobrestima as suas capacidades	N	O	F
Tem dificuldade em reconhecer as suas limitações.			
Tem uma opinião demasiado elevada de si próprio.			
Fala acerca de planos futuros não realísticos.			

Item 37 – Reage mal às críticas	N	O	F
Não fala quando corrigido.			
Retira-se ou amua quando criticado.			
Fica aborrecido quando criticado.			
Grita e chora quando corrigido.			

Item 38 – Solicita demasiada atenção e elogios	N	O	F
Exige elogios excessivos.			
É ciumento da atenção dada aos outros.			
Solicita demasiados encorajamentos.			
Age de modo incorreto para ganhar a atenção dos outros.			

Item 39 – Sentimento de Perseguição	N	O	F
Queixa-se de injustiça, mesmo quando privilégios ou partilhas iguais tenham sido atribuídos.			
Queixa-se que “Ninguém gosta de mim”.			
Afirma: “Todas as pessoas implicam comigo”.			
Afirma: “As pessoas falam sobre mim”.			
Afirma: “As pessoas estão contra mim”.			
É desconfiado dos outros.			

Item 40 – Tendências hipocondríacas	N	O	F
Queixa-se acerca de indisposições físicas imaginárias			
Finge estar doente.			
Age como doente depois da doença ter sido debelada.			

Item 41 – Outros sinais de instabilidade emocional	N	O	F
Tem alterações de humor sem razões aparentes.			
Queixa-se de pesadelos.			
Chora quando está a dormir.			
Chora sem razão aparente.			
Parece não ter qualquer controlo emocional.			
Vomita quando perturbado.			
Parece inseguro ou com medo nas atividades diárias.			
Fala acerca de pessoas ou objetos que causam medos não reais.			
Fala acerca de suicídio.			
Tem alucinações.			

Anexo C

Grelha de Observação do Comportamento (intervenção individual)

Data: ___/___/___

Categorias	Objetivos terapêuticos	Avaliação		
		A	PA	NA
1.Contacto com os instrumentos	Manipula corretamente os instrumentos			
	Não apresenta estereotípias			
2.Expressão Corporal	Revela destreza motora			
	Revela coordenação motora			
	Não apresenta estereotípias motoras			
	Inicia o movimento corporal ao som da música			
3.Emissão/expressão vocal	Emite vocalizações simples			
	Emite vocalizações com amplitude vocal e expressividade			
	Não apresenta estereotípias vocais			
	Canta canções do seu repertório familiar			
	Vocaliza ou entoa canções, ajustando-se à pulsação e andamento musicais			
	Inicia vocalização			
4.Produção Rítmica	Toca os instrumentos de percussão adaptando-se ao andamento musical			
	Acompanha mudanças de andamento feitas pelo terapeuta			
	Inicia percussão			
5.Imitação	Repete frases rítmicas			
	Repete frases melódicas			
	Imita diferentes intensidades vocais			
6. Reciprocidade	Ajusta-se de forma sincronizada às improvisações			
	Adere ao “turn-taking”			
	Reinicia os diálogos musicais			
7. Reação e adaptação à mudança	Reage às interrupções musicais			
	Ajusta-se musicalmente às alterações musicais			
8. Inovação e criatividade	Altera intencionalmente as suas produções musicais			
	Apresenta novas ideias musicais			
9. Comunicação verbal	Revela compreensão de pedidos			
	Verbaliza de forma contingente			
	Inicia discurso			
10. Comportamento emocional	Revela capacidade de autorregulação através da música			
	Reconhece as alterações de tonalidade afetiva na música			
	Revela capacidade de expressão afetiva			

A- Atingido

PA- Parcialmente atingido

NA- Não atingido

Anexo D

Checklist CIF

MODELO DE FUNCIONALIDADE – Checklist CIF (CIF-CJ – DGIDC)

Nome: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____

Funções do Corpo

Nota: Assinale com uma cruz (X), à frente de cada categoria, o valor que considera mais adequado à situação, de acordo com os seguintes qualificadores:

0 – Nenhuma deficiência; 1 – Deficiência ligeira; 2 – Deficiência moderada; 3 – Deficiência grave;
4 – Deficiência completa; 8 – Não especificada¹; 9 – Não aplicável²

¹ Deve ser utilizado sempre que não houver informação suficiente para especificar a gravidade da deficiência.

² Este quantificador deve ser utilizado nas situações em que seja inadequado aplicar um código específico.

Funções do Corpo	Quantificadores						
	0	1	2	3	4	8	9
Capítulo 1 – Funções Mentais							
(Funções Mentais Globais)							
b110 Funções da consciência							
b114 Funções da orientação no espaço e no tempo							
b117 Funções intelectuais							
b122 Funções psicossociais globais							
b125 Funções intrapessoais							
b126 Funções do temperamento e da personalidade							
b134 Funções do sono							
(Funções Mentais Específicas)							
b140 Funções da atenção							
b144 Funções da memória							
b147 Funções psicomotoras							
b152 Funções emocionais							
b156 Funções da percepção							
b163 Funções cognitivas básicas							
b164 Funções cognitivas de nível superior							
b167 Funções mentais da linguagem							
b172 Funções do cálculo							
Capítulo 2 – Funções sensoriais e dor							
b210 Funções da visão							
b215 Funções dos anexos do olho							
b230 Funções auditivas							
b235 Funções vestibulares							
b250 Função gustativa							
b255 Função olfactiva							
b260 Função proprioceptiva							
b265 Função tátil							
b280 Sensação de dor							
Capítulo 3 – Funções da voz e da fala							

b310	Funções da voz								
b320	Funções de articulação								
b330	Funções da fluência e do ritmo da fala								
Capítulo 4 – Funções do aparelho cardiovascular, dos sistemas hematológico e imunológico e do aparelho respiratório									
b410	Funções cardíacas								
b420	Funções da pressão arterial								
b429	Funções cardiovasculares, não especificadas								
b430	Funções do sistema hematológico								
b435	Funções do sistema imunológico								
b440	Funções da respiração								
Capítulo 5 – Funções do aparelho digestivo e dos sistemas metabólicos e endócrino									
b515	Funções digestivas								
b525	Funções de defecação								
b530	Funções de manutenção do peso								
b555	Funções das glândulas endócrinas								
b560	Funções de manutenção do crescimento								
Capítulo 6 – Funções genito-urinárias e reprodutivas									
b620	Funções miccionais								
Capítulo 7 – Funções neuromusculares e funções relacionadas com o movimento									
b710	Funções relacionadas com a mobilidade das articulações								
b715	Estabilidade das funções das articulações								
b730	Funções relacionadas com a força muscular								
b735	Funções relacionadas com o tónus muscular								
b740	Funções relacionadas com a resistência muscular								
b750	Funções relacionadas com reflexos motores								
b755	Funções relacionadas com reacções motoras involuntárias								
b760	Funções relacionadas com o controlo do movim. voluntário								
b765	Funções relacionadas com o controlo do movim. Involuntário								
b770	Funções relacionadas com o padrão de marcha								
b780	Funções relacionadas com os músculos e funções do movim.								
Outras Funções do Corpo a considerar									

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

Actividade e Participação

Nota: Assinale com uma cruz (X), à frente de cada categoria, o valor que considera mais adequado à situação, de acordo com os seguintes qualificadores:

0 – Nenhuma dificuldade; 1 – Dificuldade ligeira; 2 – Dificuldade moderada; 3 – Dificuldade grave;
4 – Dificuldade completa; 8 – Não especificada¹; 9 – Não aplicável²

¹ Deve ser utilizado sempre que não houver informação suficiente para especificar a gravidade da dificuldade.

² Este quantificador deve ser utilizado nas situações em que seja inadequado aplicar um código específico.

Actividade e Participação	Quantificadores						
	0	1	2	3	4	8	9
Capítulo 1 – Aprendizagem e aplicação de conhecimentos							
d110 Observar							
d115 Ouvir							
d130 Imitar							
d131 Aprender através da interacção com os objectos							
d132 Adquirir informação							
d133 Adquirir linguagem							
d134 Desenvolvimento da linguagem							
d137 Adquirir conceitos							
d140 Aprender a ler							
d145 Aprender a escrever							
d150 Aprender a calcular							
d155 Adquirir competências							
d160 Concentrar a atenção							
d161 Dirigir a atenção							
d163 Pensar							
d166 Ler							
d170 Escrever							
d172 Calcular							
d175 Resolver problemas							
d177 Tomar decisões							
Capítulo 2 – Tarefas e exigências gerais							
d210 Levar a cabo uma tarefa única							
d220 Levar a cabo tarefas múltiplas							
d230 Levar a cabo a rotina diária							
d250 Controlar o seu próprio comportamento							
Capítulo 3 – Comunicação							
d310 Comunicar e receber mensagens orais							
d315 Comunicar e receber mensagens não verbais							
d325 Comunicar e receber mensagens escritas							
d330 Falar							
d331 Produções pré-linguísticas							
d332 Cantar							
d335 Produzir mensagens não verbais							
d340 Produzir mensagens na linguagem formal dos sinais							
d345 Escrever mensagens							
d350 Conversação							
d355 Discussão							
d360 Utilização de dispositivos e de técnicas de comunicação							
Capítulo 4 – Mobilidade							
d410 Mudar as posições básicas do corpo							
d415 Manter a posição do corpo							
d420 Autotransferências							
d430 Levantar e transportar objectos							

d435	Mover objectos com os membros inferiores								
d440	Actividades de motricidade fina da mão								
d445	Utilização da mão e do braço								
d446	Utilização de movimentos finos do pé								
d450	Andar								
d455	Deslocar-se								
Capítulo 5 – Autocuidados									
d510	Lavar-se								
d520	Cuidar de partes do corpo								
d530	Higiene pessoal relacionada com as excreções								
d540	Vestir-se								
d550	Comer								
d560	Beber								
d571	Cuidar da sua própria segurança								
Capítulo 6 – Vida doméstica									
d620	Adquirir bens e serviços								
d630	Preparar refeições								
d640	Realizar o trabalho doméstico								
d650	Cuidar dos objectos domésticos								
Capítulo 7 – Interações e relacionamentos interpessoais									
d710	Interações interpessoais básicas								
d720	Interações interpessoais complexas								
d730	Relacionamento com estranhos								
d740	Relacionamento formal								
d750	Relacionamentos sociais informais								
Capítulo 8 – Áreas principais da vida									
d815	Educação pré-escolar								
d816	Vida pré-escolar e actividades relacionadas								
d820	Educação escolar								
d825	Formação profissional								
d835	Vida escolar e actividades relacionadas								
d880	Envolvimento nas brincadeiras								
Capítulo 9 – Vida comunitária, social e cívica									
d910	Vida comunitária								
d920	Recreação e lazer								
Outros aspectos da Actividade e Participação a considerar									

Factores Ambientais

Nota: As diferentes categorias podem ser consideradas enquanto barreiras ou facilitadores. Assinale, para cada categoria considerada, com (.) se a está a considerar como barreira ou com o sinal (+) se a está a considerar como facilitador. Assinale com uma (X), à frente de cada categoria, o valor que considera mais adequado à situação, de acordo com os seguintes qualificadores:

0 – Nenhum facilitador/barreira; 1 – Facilitador/barreira ligeiro; 2 – Facilitador/barreira moderado;
3 – Facilitador substancial/barreira grave; 4 – Facilitador/barreira completo; 8 – Não especificada;
9 – Não aplicável

Factores Ambientais	Barreira ou Facilitador	Quantificadores						
		0	1	2	3	4	8	9
Capítulo 1 – Produtos e Tecnologias								
e110 Para consumo pessoal (alimentos, medicamentos)								
e115 Para uso pessoal na vida diária								
e120 Para facilitar a mobilidade e o transporte pessoal								
e125 Para a comunicação								
e130 Para a educação								
e135 Para o trabalho								
e140 Para a cultura, a recreação e o desporto								
e150 Arquitectura, construção e acabamentos de prédios de utilização pública								
e155 Arquitectura, construção e acabamentos de prédios para uso privado								
Capítulo 2 – Ambiente Natural e Mudanças Ambientais feitas pelo Homem								
e225 Clima								
e240 Luz								
e250 Som								
Capítulo 3 – Apoio e Relacionamentos								
e310 Família próxima								
e320 Amigos								
e325 Conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade								
e330 Pessoas em posição de autoridade								
e340 Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais								
e360 Outros profissionais								
Capítulo 4 – Atitudes								
e410 Atitudes individ. dos membros da família próxima								
e420 Atitudes individuais dos amigos								
e425 Atitudes individuais de conhecidos, pares, colegas e membros da comunidade								
e440 Atitudes individuais de prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais								
e450 Atitudes individuais de profissionais de saúde								
e465 Normas, práticas e ideologias sociais								
Capítulo 5 – Serviços, Sistemas e Políticas								
e515 Relacionados com a arquitectura e a construção								
e540 Relacionados com os transportes								
e570 Relacionados com a segurança social								
e575 Relacionados com o apoio social geral								
e580 Relacionados com a saúde								
e590 Relacionados com o trabalho e o emprego								
e595 Relacionados com o sistema político								
Outros Factores Ambientais a considerar								
e430 Pessoas em posição de autoridade								

Anexo E

Resultados da Grelha de Observação do Comportamento

Anexo F

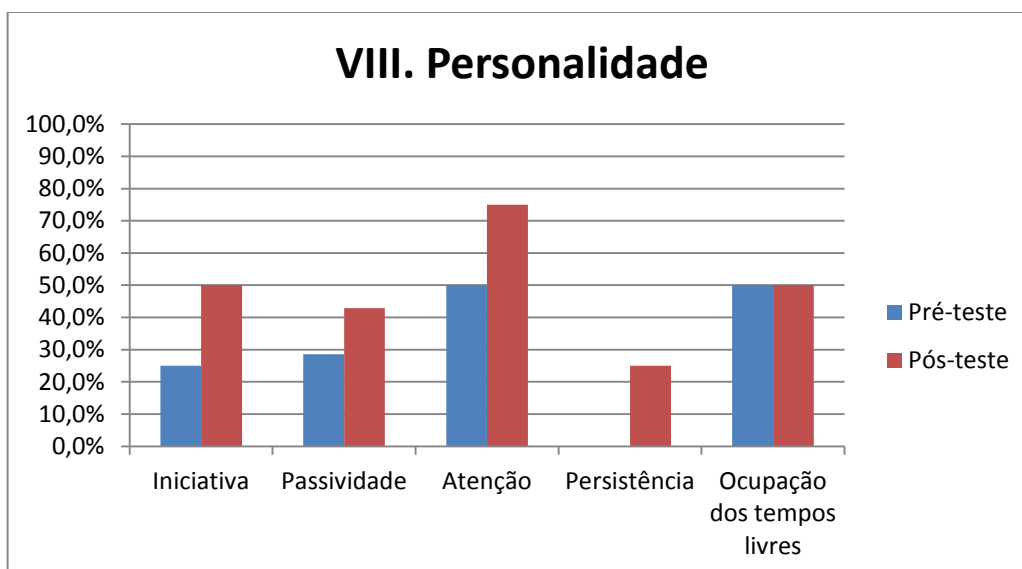
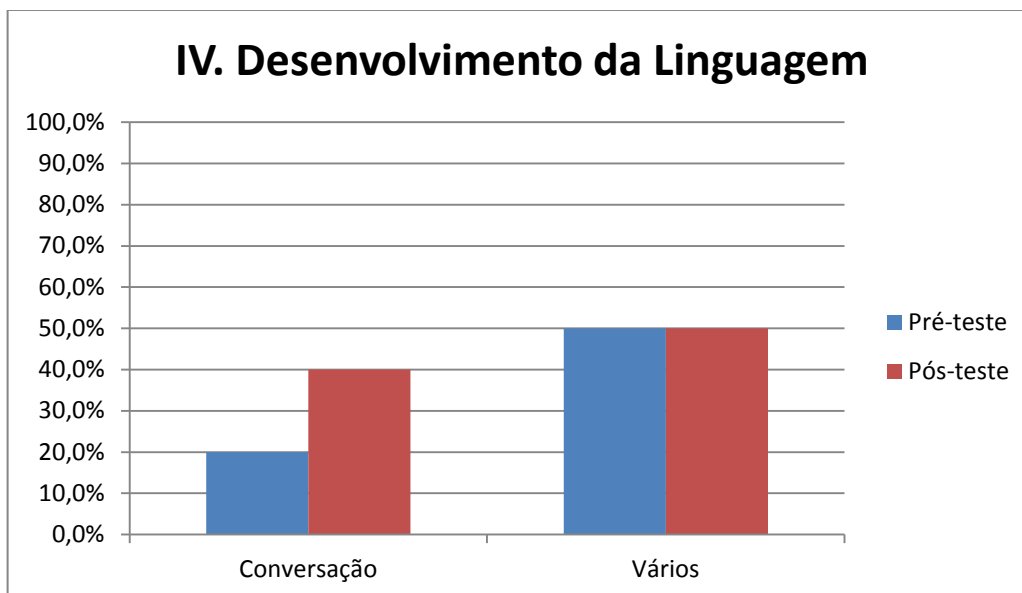
Resultados do WHOQOL-BREF – Intervenção Individual

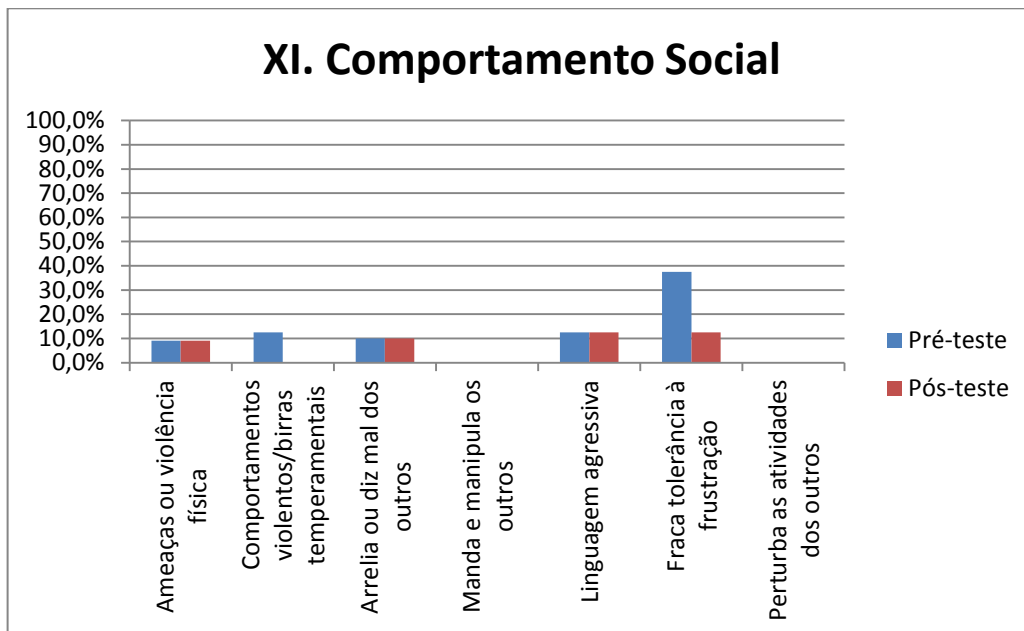
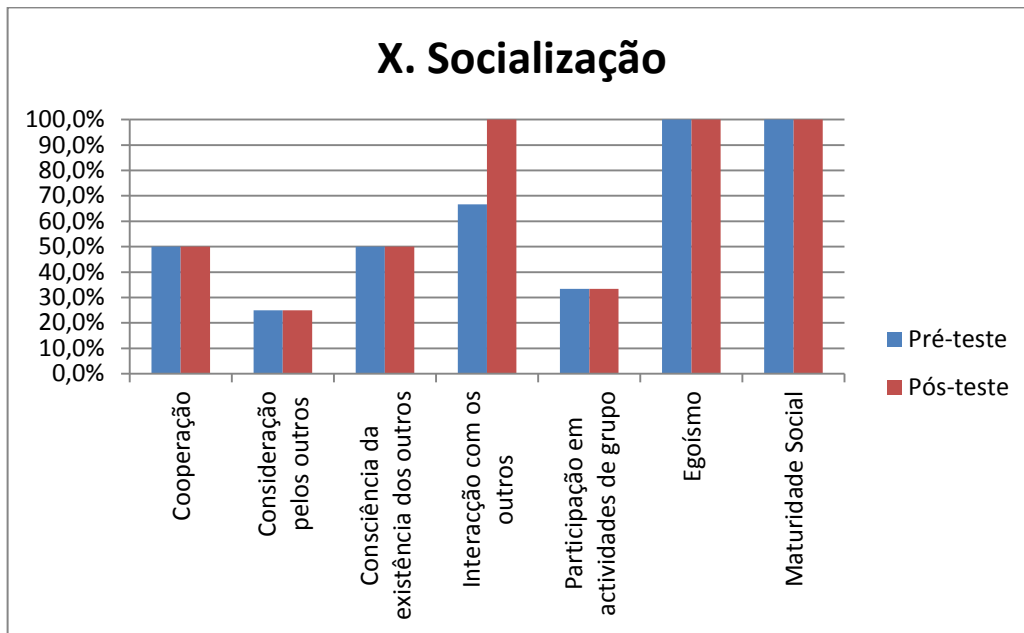
Whoqol - Bref

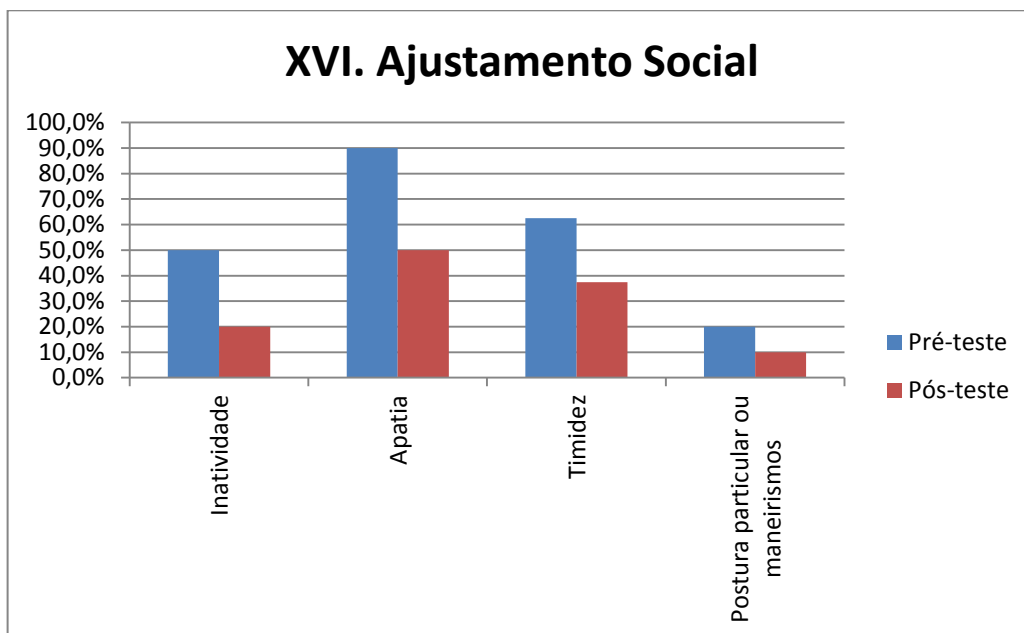
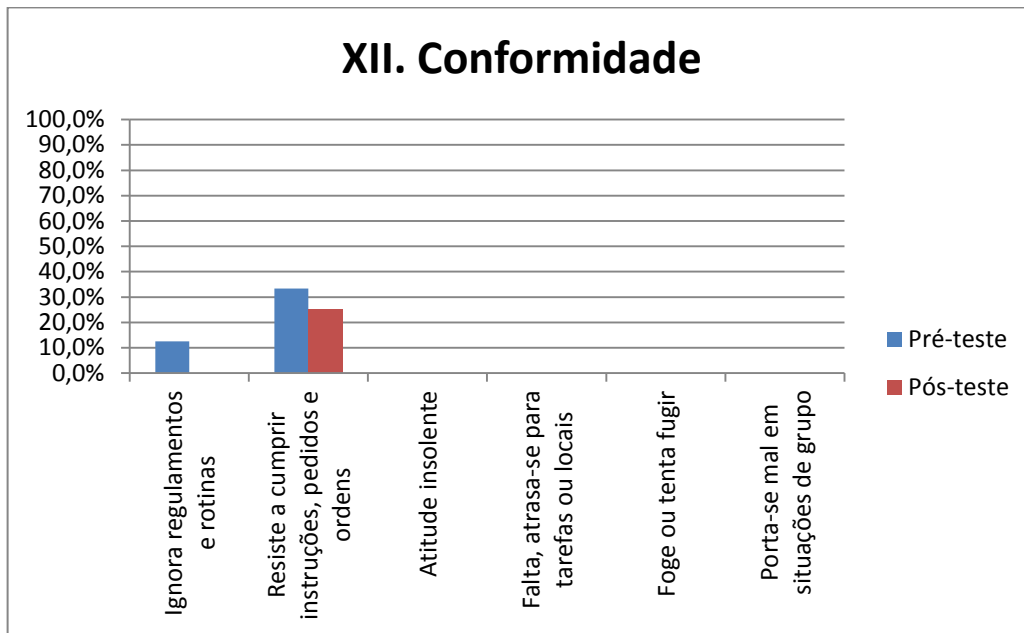
Domínios		Questões								Pontuação	
		Q3	Q4	Q10	Q15	Q16	Q17	Q18	Em pontos	Em percentagem (%)	
Saúde Física	Pré	5	5	3	3	4	4	4	28	80,0	
	Pós	5	5	3	4	4	4	4	29	82,9	
Psicológico		Q5	Q6	Q7	Q11	Q19	Q26				
	Pré	3	4	2	4	3	4	20	66,7		
	Pós	3	3	3	4	4	4	21	70,0		
Relações Sociais		Q20	Q21	Q22							
	Pré	4	2	4	10	66,7					
	Pós	4	3	4	11	73,3					
Meio Ambiente		Q8	Q9	Q12	Q13	Q14	Q23	Q24	Q25		
	Pré	4	4	3	3	3	4	4	4	29	72,5
	Pós	4	3	3	3	4	4	4	4	29	72,5
									Pontos	Percentagem	
Total pré-teste									87	72,5	
Total pós-teste									90	75,0	
Evolução										2,5	

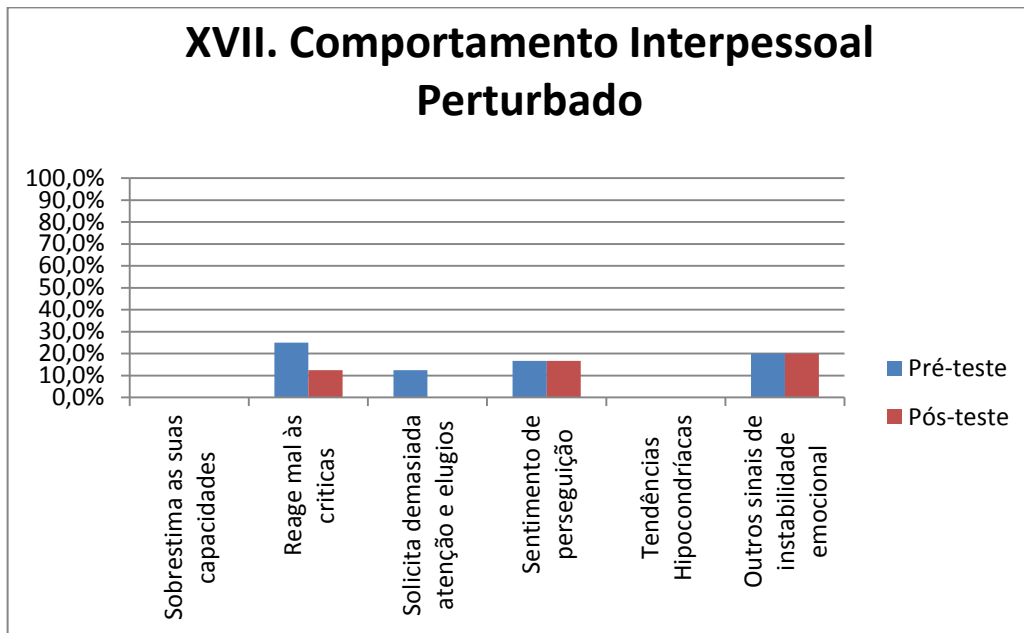
Anexo G

Resultados ECA (versão adaptada) – intervenção individual









Anexo H

Letra da música: “O Nosso Grupo”

O nosso grupo
Tem tudo de bom para dar
O nosso grupo
tem música para relaxar
O nosso grupo
ajuda-nos a raciocinar
as canções que aprendemos às quartas-feiras

O nosso grupo
é contente e feliz
O nosso grupo
é fixe e divertido
O nosso grupo
quando acaba a sessão
saímos todos bem alegres e divertidos

REFRÃO:

Na sessão estamos sempre na maior
Na sessão estamos sempre tranquilos
Na sessão ouvimos as nossas vozes
A cantar

O nosso grupo
tem muitos bons amigos
O nosso grupo
encanta as sessões
O nosso grupo
é um grande arco-íris
todos temos uma cor diferente

O nosso grupo
é um campo de cantigas

Ana Maria Neves Lapa

O nosso grupo
tem muitas energias
O nosso grupo
é uma grande estrela
que brilha e ilumina as sessões

REFRÃO:

Na sessão estamos sempre na maior
Na sessão estamos sempre tranquilos
Na sessão ouvimos as nossas vozes
A cantar

Anexo I

Letra da música: “Sem Abrigo”

Um sem abrigo,
você sabem,
Anda perdido
Ele tem fome
Anda p'la rua à deriva

Um sem abrigo
Precisa de um tecto
Mas sobretudo
Precisa de Amor
Precisa também
Fugir da solidão
Alguém que lhe dê
Lhe dê a mão

Refrão:

Alguém que o compreenda
No mundo tanta pobreza
Alguém que não o despreze,
que lhe dê Amizade, e uma grande Magia.

Anexo J

Resultados Whoqol-Bref (adaptada) – intervenção grupal

Whoqol - Bref

Domínios		Questões								Pontuação	
			Q3	Q4	Q10	Q15	Q16	Q17	Q18	Pontos	Percentagem (%)
Saúde Física	Pré		20	13	24	25	26	26	25	159	75,7
	Pós		20	12	25	27	27	26	25	162	77,1
Psicológico		Q5	Q6	Q7	Q11	Q19	Q26				
	Pré	24	24	22	21	26	16			133	73,9
	Pós	26	25	24	23	27	17			142	78,9
Relações Sociais		Q20	Q21	Q22							
	Pré	23	21	25						69	76,7
	Pós	26	22	27						75	83,3
Meio Ambiente		Q8	Q9	Q12	Q13	Q14	Q23	Q24	Q25		
	Pré	23	17	19	21	24	25	24	23	176	73,3
	Pós	24	19	21	22	25	25	26	25	187	77,9

	Pontos	Percentagem
Total pré-teste	537	74,6
Total pós-teste	566	78,6
Evolução		4,0

Anexo K

Resultados ECA (versão adaptada) – intervenção grupal

