



Universidades Lusíada

Nogueira, Joana Margarida Pereira, 1987-

A musicoterapia e o treino de competências da pessoa com deficiência mental

<http://hdl.handle.net/11067/828>

Metadados

Data de Publicação	2014-03-21
Resumo	Por definição, a pessoa portadora de deficiência mental apresenta dificuldades no seu desenvolvimento cognitivo que levantam obstáculos à sua aprendizagem e à adaptação na sociedade. Este trabalho constitui uma descrição e reflexão sobre a intervenção musicoterapêutica realizada na Casa do Povo de Seia, com os utentes do C.A.O., que decorreu individualmente e em grupo, no período de Dezembro a Junho. Os participantes com idades compreendidas entre os 25 e os 63 anos de idade têm, na sua grande ...
Palavras Chave	Musicoterapia, Doenças mentais - Tratamento, Musicoterapia - Prática profissional, Casa do Povo de Seia (Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-26T18:52:09Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

A musicoterapia e o treino de competências da pessoa com deficiência mental

Realizado por:

Joana Margarida Pereira Nogueira

Supervisionado por:

Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite

Orientado por:

Prof.^a Doutora Cláudia Maria da Mota Veiga Dolgner

Constituição do Júri:

Presidente:

Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Arguente:

Prof. Doutor Ricardo Nuno Futre Pinheiro

Vogal:

Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite

Relatório aprovado em:

14 de Março de 2014

Lisboa

2013



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

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

A musicoterapia e o treino de competências da pessoa com deficiência mental

Joana Margarida Pereira Nogueira

Lisboa

Outubro 2013



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

A musicoterapia e o treino de competências da pessoa com deficiência mental

Joana Margarida Pereira Nogueira

Lisboa

Outubro 2013

Joana Margarida Pereira Nogueira

A musicoterapia e o treino de competências da pessoa com deficiência mental

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

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

Orientadora de estágio: Prof.^a Doutora Cláudia Maria da Mota Veiga Dolgner

Lisboa

Outubro 2013

Ficha Técnica

Autora	Joana Margarida Pereira Nogueira
Supervisora de estágio	Prof. ^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer
Orientadora de estágio	Prof. ^a Doutora Cláudia Maria da Mota Veiga Dolgner
Título	A musicoterapia e o treino de competências da pessoa com deficiência mental
Local	Lisboa
Ano	2013

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

NOGUEIRA, Joana Margarida Pereira, 1987-

A musicoterapia e o treino de competências da pessoa com deficiência mental / Joana Margarida Pereira Nogueira; orientado por Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer, Cláudia Maria da Mota Veiga Dolgner. - Lisboa : [s.n.], 2013. - Relatório de estágio do Mestrado em Musicoterapia, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa.

I - MAURER, Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite, 1964-

II - DOLGNER, Cláudia Maria da Mota Veiga, 1973-

LCSH

1. Musicoterapia
2. Doenças mentais - Tratamento
3. Musicoterapia - Prática profissional
4. Casa do Povo de Seia (Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
5. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
6. Teses - Portugal - Lisboa

1. Music therapy
2. Mental illness - Treatment
3. Music therapy - Practice
4. Casa do Povo de Seia (Portugal) - Study and teaching (Internship)
5. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
6. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. RC523.N54 2013

Não sei quantas almas tenho.
Cada momento mudei.
Continuamente me estranho.
Nunca me vi nem achei.
De tanto ser, só tenho alma.
Quem tem alma não tem calma.
Quem vê é só o que vê,
Quem sente não é quem é,
Atento ao que sou e vejo,

Torno-me eles e não eu.
Cada meu sonho ou desejo
É do que nasce e não meu.
Sou minha própria paisagem,
Assisto à minha passagem,
Diverso, móbil e só,
Não sei sentir-me onde estou.

Por isso, alheio, vou lendo
Como páginas, meu ser.
O que segue não prevendo,
O que passou a esquecer.
Noto à margem do que li
O que julguei que senti.
Releio e digo: << Fui eu?>>
Deus sabe, porque o escreveu.

Fernando Pessoa

AGRADECIMENTOS

Com o colmatar desta longa caminhada que foi a minha formação académica, chega a hora de agradecer a todos aqueles que caminharam ao meu lado, me orientaram e me deram forças para chegar ao fim de todo este percurso. É difícil transmitir em tão poucas palavras a gratidão que sinto por aqueles que fazem parte da minha vida e que de alguma forma me ajudaram e apoiaram na minha caminhada. Sem menosprezar ninguém e tendo sempre em mente o valor de todos aqueles que me rodeiam, deixo aqui o meu especial “bem hajam” à boa maneira serrana:

À Prof.^a Dr.^a Teresa Leite, coordenadora do Mestrado em Musicoterapia e minha orientadora de estágio, pela orientação prestada na realização deste mestrado e por todos os ensinamentos que me transmitiu;

À Dr.^a. Cláudia Dolgner, psicóloga e minha orientadora de estágio na casa do povo de Seia por todo o acompanhamento e apoio prestado bem como a disponibilidade, profissionalismo e sabedoria partilhada durante o estágio;

A toda a equipa técnica e utentes da casa do povo de Seia cuja dedicação e acolhimento foram louváveis;

À Mónica pela sua sincera amizade, que apesar de longínqua, permanece com raízes fortes.

O meu especial agradecimento aos meus pais e namorado, que foram incansáveis e verdadeiros companheiros nas horas boas e más.

RESUMO

Por definição, a pessoa portadora de deficiência mental apresenta dificuldades no seu desenvolvimento cognitivo que levantam obstáculos à sua aprendizagem e à adaptação na sociedade.

Este trabalho constitui uma descrição e reflexão sobre a intervenção musicoterapêutica realizada na Casa do Povo de Seia, com os utentes do C.A.O., que decorreu individualmente e em grupo, no período de Dezembro a Junho. Os participantes com idades compreendidas entre os 25 e os 63 anos de idade têm, na sua grande maioria, diagnóstico de Deficiência Mental e uma minoria possui perturbações psiquiátricas associadas. As técnicas mais utilizadas foram a improvisação e a recriação de canções complementadas com jogos musicais e movimento. Na análise e reflexão utilizadas abordam-se as fases de progressão dos utentes, ao nível pessoal, relacional e musical. Os resultados foram averiguados através de uma análise qualitativa atenta e continuada dos dados de observação clínica e dos dados do pré e pós teste, que confirmam uma evolução positiva ao nível das suas competências.

A musicoterapia revelou-se um processo do qual emergem novas perspectivas sobre os utentes e sobre os quais é possível realizar um trabalho único possibilitado pelo poder que a música exerce em cada um de nós.

Palavras-chave: Musicoterapia, adultos portadores de deficiência mental, improvisação, recriação de canções e competências.

Abstract

By definition, a mentally disabled person presents some difficulties in its mental development, which raises an obstacle towards its learning capacities and adaptation in society.

This work consists of a description and reflection over the intervention in music therapy held at Casa do Povo de Seia, with the users of C.A.O which occurred individually and in groups, from December to June. The stakeholders, aged between 25 and 63, have mostly been diagnosed with Mental Disorders and a small percentage has been diagnosed with associated psychiatric perturbations. The most used techniques were improvisation and recreation of songs complemented with musical and movement games.

With the analyses and reflection used, the phases of progression of the users are approached through a personal, relational and musical level. The results were evaluated using a continuous quality assessment of the data of clinical observations as well as a pre and post test, which confirm the positive evolution on the skills level.

The musictherapy revealed a process in which new perspectives emerge for the users and for which it is possible to assess a unique work conveyed by the power that music has over each of us.

Keywords: Music Therapy, adults with mental disability, improvisation, recreation songs and skills.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características dos graus de DM baseadas nas perspectivas da APA (2002) ...	9
Tabela 2 – Lista de utentes de Musicoterapia.....	17
Tabela 3 – Horário de intervenção musicoterapêutica na Casa do Povo de Seia - CAO.	24
Tabela 4 – Plano Terapêutico SM	28
Tabela 5 – Comparação dos dados do pré e pós teste no domínio da linguagem	32
Tabela 6 - Comparação dos dados do pré e pós teste no domínio da autoconfiança.....	34
Tabela 7 - Comparação dos dados do pré e pós teste no domínio da socialização.....	35
Tabela 8 – Plano terapêutico da PC	38
Tabela 9 - Comparação dos dados do pré e pós teste no domínio da autoconfiança e socialização.	44

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

- AAMD - American Association on Mental Deficiency
- AAMR - American Association on Mental Retardation
- CA - Comportamento Adaptativo
- C.A.O. - Centro de Atividades Ocupacionais
- CATL - Centro de Atividades de Tempos Livres
- CID - Classificação Internacional de Doenças
- DID - Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais
- DM - Deficiência Mental
- DSM IV - Manual Diagnóstico e Estatístico
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- QI - Quociente de Inteligência

Índice

1. Introdução	1
2. Descrição sumária da instituição	3
2.1. Casa do Povo de Seia – Percurso histórico.....	3
2.2. Centro de Atividades Ocupacionais (C.A.O.).....	4
2.3. Descrição sumária da população-alvo	5
3. Enquadramento teórico	6
3.1. O conceito de Deficiência Mental	6
3.2. Tipos de Deficiência Mental.....	8
3.3. Factores causais da Deficiência Mental.....	10
3.4. Características da Deficiência Mental	11
3.5. Musicoterapia aplicada à Deficiência Mental.....	13
4. Objectivos gerais do estágio	16
5. Metodologia	17
5.1. Descrição da amostra	Erro! Marcador não definido. 7
5.2. Instrumentos de avaliação	18
5.3. Procedimentos.....	19
5.3.1. Fase de Observação / Integração	19
5.3.2. Fase de Intervenção Terapêutica	21
5.4. Técnicas musicoterapêuticas e métodos utilizados nas sessões	22
5.5. Setting / Materiais utilizados	23
5.6. Agenda semanal.....	24
5.7. Outros projectos que tenham participado ou actividades que tenham levado a cabo no âmbito do estágio	25
6. Estudos de caso	26
6.1. Estudo de caso I – Musicoterapia com a SM.....	26
6.1.1. Descrição do sujeito.....	26
6.1.2. Plano Terapêutico	28
6.1.3. Processo	29
6.1.4. Intervenção Musicoterapêutica da SM inserida num grupo	31
6.1.5. Resultados finais	31
6.1.6. Conclusão	36
6.2. Estudo de caso II – Musicoterapia com PC	37
6.2.1. Descrição do sujeito.....	37
6.2.2. Plano Terapêutico	38

6.2.3. Processo	39
6.2.4. Intervenção Musicoterapêutica da PC inserida num grupo	43
6.2.5. Resultados.....	43
6.2.6. Conclusão	45
7. Outras Intervenções	46
7.1. Intervenção com o Grupo I (EC; JS; L; PM).....	46
7.2. Intervenção com o Grupo II (C; EB; P; SM; TC).....	47
7.3. Intervenção com o Grupo III (CF; MH; PC)	48
7.4. Intervenção com o Grupo IV (AC; AR; JM; TP)	49
8. Conclusão e Discussão.....	51
9. Reflexão Pessoal	53
Referências	55
Anexos.....	59
Lista de anexos	60
Anexo A – Declaração de autorização para filmagem das sessões	61
Anexo B – Grelha de observação utilizada para pré e pós teste.....	63
Anexo C – Dados do pré teste - SM	65
Anexo D – Dados do pós teste - SM	67
Anexo E – Dados do pré teste - PC	69
Anexo F – Dados do pós teste - PC	71

1. Introdução

O presente relatório pretende documentar o trabalho realizado no âmbito da disciplina de Seminário de Estágio, do curso de mestrado em musicoterapia desenvolvido no Centro de Atividades Ocupacionais (CAO), da Casa do Povo de Seia, com adultos portadores de deficiência mental e outras doenças associadas. A escolha por este tipo de população foi motivada por um grande interesse pessoal em trabalhar com estas problemáticas e por outro lado, uma crença em ser capaz de ajudar os utentes de alguma forma.

O estágio englobou todos os utentes do CAO com exceção de um utente que já estaria a usufruir de intervenção terapêutica. O principal objetivo do estágio foi o treino de competências nas pessoas portadoras de deficiência mental através da musicoterapia, concedendo aos utentes a possibilidade de passarem por um processo continuado de exploração de si e das suas capacidades através do som e da relação terapêutica.

Em Musicoterapia, a música é utilizada com o objetivo de desenvolver as potencialidades de cada paciente, através da utilização de métodos e técnicas que ajudam os pacientes a desinibir-se e a envolver-se socialmente, proporcionando-lhes um espaço único e diferente para novas aprendizagens (Paredes, 2012).

No que diz respeito à estrutura, o presente relatório divide-se em duas partes. Na primeira parte, apresenta-se uma descrição sumária da instituição onde decorreu o estágio, um breve enquadramento teórico onde consta uma abordagem ao conceito, tipos e fatores da DM, de forma a identificar os aspetos de intervenção musicoterapêutica que poderão ser considerados uma mais-valia para os utentes intervencionados. Contextualizou-se também a aplicação da musicoterapia nesta área de

intervenção, por forma a permitir uma melhor compreensão dos estudos de caso apresentados.

Na segunda parte do relatório descreveu-se a metodologia utilizada e apresentaram-se os estudos de caso com utentes submetidos quer em intervenção individual como de grupo, cuja técnica mais utilizada foi a improvisação, aliada à reprodução/reconstrução de canções.

No que diz respeito à bibliografia existente nesta área torna-se ainda escassa e por isso mesmo foi feita uma descrição e interpretação das dinâmicas musicais existentes, com o objetivo de trazer clareza acerca dos benefícios da musicoterapia em intervenção com deficientes mentais.

Pretende-se que este trabalho possa contribuir para uma reflexão sobre o valor da musicoterapia enquanto processo relacional orientado para a mudança de comportamentos com o treino de competências.

2. Descrição Sumária da Instituição

2.1. Casa do Povo de Seia – Percorso Histórico

A casa do Povo de Seia foi fundada em 1973, sob a tutela do Ministério das Corporações e Providência Social (atual Ministério do trabalho e da solidariedade Social). Desde a sua génese até 1985, a instituição tinha como principal objetivo assegurar apoio aos trabalhadores rurais que não usufruíam de assistência médica e terapêutica, abono de família nem reforma. A partir desta data, as Casas do Povo deixaram de estar sob a tutela do referido ministério e passaram a ser organismos autónomos. As anteriores responsabilidades foram transferidas para a Segurança Social e houve necessidade de estabelecer novas funções para as Casas do Povo.

Numa primeira fase, a instituição ficou responsável pelo Semi-Internato de Seia frequentado por 40 utentes (crianças portadoras de deficiência), oriundos de diversos pontos do distrito da Guarda.

A partir de 2001, devido à extinção destas escolas foram criadas novas valências, nomeadamente um Centro de Atividades Ocupacionais (CAO) e um Centro de Atividades de Tempos Livres (C.A.T.L.), os quais funcionam atualmente.

Hoje em dia, a instituição segundo os estatutos tem como objetivos prioritários promover ações de solidariedade social, nomeadamente ao desenvolver atividades de proteção à infância e juventude, família, comunidade e à população ativa, aos idosos e pessoas com deficiências.

2.2. Centro de Atividades Ocupacionais (C.A.O.)

O CAO é dirigido a pessoas portadoras de qualquer tipo de deficiência a partir dos 16 anos de idade e oferece transporte e refeições nas instalações da Casa do Povo de Seia.

O CAO é uma estrutura dinâmica e funcional, capaz de proporcionar aos utentes o exercício de funções socialmente úteis e estritamente ocupacionais, de forma a mantê-los ativos e interessados.

A nível técnico a instituição conta com a colaboração de uma psicóloga, uma professora, um ajudante de estabelecimento para pessoas com deficiência, duas auxiliares de serviços gerais, um contabilista e um motorista.

O Centro de Atividades Ocupacionais serve atualmente uma população de 20 utentes, diagnosticados com diferentes tipos de deficiência e, oriundos de várias áreas do concelho de Seia. Caracteriza-se pela adequação dos serviços às reais capacidades de cada utente, proporcionada pela intervenção de uma equipa multidisciplinar que em conjunto procura atividades para o desenvolvimento, bem-estar e superação de problemas dos seus utentes.

Este centro funciona num edifício com condições de acessibilidade e um conjunto de infraestruturas que visam potencializar as necessidades desta população, nomeadamente, uma sala para o ateliê sociocultural e académico, uma sala para a tapeçaria, uma sala para pintura e para as artes, uma sala de Psicologia/Direção Técnica, uma sala de Musicoterapia, uma secretaria, uma biblioteca, um arquivo, uma lavandaria, uma cozinha, um refeitório e casas de banho para utentes e funcionários.

No funcionamento normal do CAO destaca-se o desenvolvimento de diversas atividades funcionais realizadas nos ateliês existentes de manutenção e limpeza, pintura, cozinha pedagógica e ateliê sociocultural e académico (com apoio de um professor). As atividades são apresentadas de uma forma personalizada, adequadas às características e capacidades individuais de cada utente. Procura-se favorecer o equilíbrio físico e emocional dos utentes, valorizando as suas capacidades e promovendo a sua autonomia e integração social.

Para além destas atividades, existem ainda parcerias estabelecidas com a Câmara Municipal de Seia que proporcionam aos utentes sessões de educação física e expressão corporal, sessões de natação e sessões de música e teatro.

2.3. Descrição Sumária da População-Alvo

Os utentes do CAO vivem com as suas famílias e são encaminhados para a instituição de diversas formas. Por vezes, são aconselhados por assistentes sociais, outras vezes são os próprios pais, familiares e amigos que procuram uma instituição para o desenvolvimento e acompanhamento da pessoa portadora de deficiência.

A população-alvo é constituída por adultos com idades compreendidas entre os 25 e os 63 anos, na sua grande maioria portadores de um diagnóstico de deficiência mental que varia entre ligeira, moderada e grave, associada a fatores de várias ordens como problemas metabólicos, malformações genéticas e outros. Existem ainda utentes em que o diagnóstico apresentado se prende com transtornos do foro psiquiátrico como por exemplo perturbação histriónica da personalidade, depressão, psicoses e perturbação bipolar. E, outros utentes, que não possuem um diagnóstico concreto.

3. Enquadramento Teórico

O presente capítulo apresenta um breve enquadramento sobre os temas centrais ao trabalho, concluindo com uma revisão de literatura sobre o trabalho musicoterapêutico já realizado com o tipo de população que temos vindo a referenciar.

3.1. O conceito de deficiência mental

A deficiência mental existe desde os tempos mais remotos e podemos encontrar referências diretas à sua existência em todas as sociedades, culturas e, em todos os tempos. Contudo, foi no século XX que os estudos sobre esta doença começaram a aumentar, originando uma abertura à problemática da DM, uma promoção de estudos epidemiológicos e um debate mais consistente relativamente ao conceito. Ao longo dos tempos, muitas têm sido as disciplinas que se têm debruçado sobre a problemática da DM, entre as quais a Psicologia e a Psiquiatria (Moura, 2009).

Segundo Davis (1999), as pessoas com DM eram muito maltratadas na sociedade americana, até há poucas décadas, sendo desprezadas, segregadas, perseguidas e punidas por vezes até à morte, não tendo oportunidade de aprender nem de contribuir para a sociedade. No entanto, ao longo dos últimos anos houve mudanças significativas e atualmente muitas pessoas com DM têm uma vida produtiva, apoiadas por serviços de reabilitação e integração social.

A partir da Segunda Guerra Mundial, muitos valores foram revistos e começou a ser adotada uma abordagem humanista na intervenção em indivíduos com deficiência (Morato, 1993 e Morato et al., 1996). A deficiência teve outro enfoque, passando a ser concebida com uma condição determinada por fatores orgânicos e ambientais. Assistindo-se desta forma a uma tentativa de sistematização do conceito.

Pacheco e Valência (1997) apresentam a deficiência mental segundo três correntes. A corrente psicológica ou psicométrica que considera deficiente mental, todo o indivíduo que apresenta um déficit ou diminuição das suas capacidades intelectuais, a corrente sociológica ou social considera que deficiente mental é aquele que apresenta, em maior ou menor medida, dificuldade para se adaptar ao meio social envolvente e para levar a cabo uma vida autónoma. Por último, a corrente médica ou biológica defende que a deficiência mental teria um substrato biológico, anatómico e fisiológico e manifestar-se-ia durante o desenvolvimento.

Todas as correntes mencionadas anteriormente foram reunidas pelas posteriores definições da Associação Americana para a Deficiência Mental (AADM) e da Organização Mundial de saúde (OMS). A American Association on Mental Deficiency (AAMD, 1992) a qual mais tarde passou a designar-se AAMR define deficiência mental como uma condição crónica que acarreta limitações essenciais no desempenho intelectual, as quais se manifestam antes dos 18 anos, havendo desde sempre no indivíduo características de um funcionamento intelectual significativamente abaixo da média, com limitações em duas ou mais das seguintes áreas: comunicação, cuidados pessoais, vida escolar, habilidades sociais, desempenho na comunidade, independência para locomoção, saúde, segurança, desempenho, lazer e trabalho (Coelho & Coelho, 2001).

Paralelamente, outras definições têm sido propostas para o conceito de DM, cujas características descrevemos de seguida.

A APA (2002) define deficiência mental como uma perturbação que se caracteriza por um funcionamento intelectual significativamente abaixo da média (QI

aproximadamente de 70 ou inferior) com início antes dos 18 anos e défice ou concomitante insuficiência no funcionamento adaptativo.

A recente alteração de Deficiência Mental para DID (Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais) para além do quociente intelectual, valorizando-se a funcionalidade e o contexto ecológico dos sujeitos, assente no paradigma de um modelo de apoio, contrária às anteriores baseadas na deficiência (Morato & Santos, 2007). O comportamento adaptativo¹ (CA) ajudou no diagnóstico de DID, dando uma maior relevância na planificação e intervenção, mais concretamente na elaboração dos Currículos Funcionais.

Felce (2006) refere que enquanto as condições que estão na origem da deficiência intelectual são universais, a forma como é conceptualizada, avaliada e categorizada, e as respostas para a mesma, variam entre países, culturas e economias.

3.2. Tipos de Deficiência Mental

Apesar de existirem diferentes correntes, segundo Pacheco e Valencia (1997), as técnicas psicométricas são as que mais se impõem na classificação da deficiência mental, utilizando-se o QI para determinar o grau de deficiência mental. Assim, indicam diversos níveis de deficiência mental como deficiência mental limite ou boderline (onde se enquadram crianças com atraso na aprendizagem ou que têm algumas dificuldades concretas, provenientes de ambientes socioculturais desfavorecidos, no entanto não podemos dizer que são deficientes mentais), ligeira, moderada ou média, grave e profunda.

¹ Adaptação do indivíduo às exigências do meio. Constituído por diversas áreas como a comunicação, cuidados pessoais, atividades da vida diária, competências sociais, orientação pessoal, saúde e segurança, aprendizagens académicas funcionais, ocupações de tempos livres e trabalho.

A APA (2002) regista algumas modificações na classificação de deficiência mental indicando apenas quatro graus de gravidade, os quais refletem o grau de incapacidade intelectual ligeiro, moderado, grave e profundo. Assim apresentamos a tabela que sintetiza as características fundamentais dos graus de Deficiência Mental.

Tabela nº 1

Características dos graus de Deficiência Mental baseadas nas perspetivas da APA (2002).

Deficiência Mental	Características Fundamentais
Ligeira QI entre 50 - 55 e aprox. 70	Equivalente à categoria pedagógica “educável”. Engloba pessoas com problemas de origem cultural, familiar ou ambiental, mas que podem desenvolver aprendizagens sociais e de comunicação, que têm capacidade para se adaptar e integrar no mundo laboral, sendo capazes de viver de forma independente na comunidade apesar de poderem precisar de ajuda e apoio quando confrontados com situações de estresse social ou profissional.
Moderada QI entre 35-40 e 50-55	Os indivíduos podem adquirir hábitos de autonomia pessoal e social. Apresentam dificuldades na expressão oral e na compreensão de convencionalismos sociais. O desenvolvimento motor é aceitável e têm possibilidade de adquirir alguns conhecimentos tecnológicos básicos que lhes permitam realizar um dado trabalho. Dificilmente conseguem dominar técnicas de leitura, escrita e cálculo. Apesar das suas habilidades, os adultos e crianças com deficiência mental moderada necessitam de supervisão como forma de apoio ao longo das suas vidas, conseguindo assim adaptar-se bem à vida em comunidade.
Grave QI entre 20-25 e 35-40	Abrange pessoas que carecem de proteção e de ajuda dado que o seu nível de autonomia tanto social como pessoal é muito empobrecido. Por vezes apresentam problemas psicomotores relevantes. As atividades básicas da vida diária e as aprendizagens tecnológicas têm de ser muito simples. Muitas pessoas com este diagnóstico adaptam-se bem à vida em comunidade em lares protegidos ou com as suas famílias, a não ser que apresentem uma deficiência associada que requeira cuidados especiais
Profunda QI inferior a 20 ou a 25	Os indivíduos têm grandes problemas sensoriomotores e de comunicação com o meio. São dependentes dos outros em quase todas as funções e atividades. Apenas terão autonomia para se deslocar e responder a treinos simples de autoajuda.

Os deficientes mentais graves e profundos apresentam, para além destas características, deformações músculo-esqueléticas e ainda problemas de gestão de comportamentos e psiquiátricos sendo pessoas sempre dependentes dos outros (Davis, 1999).

Para além das categorias mencionadas, a APA (2002) faz referência ainda à deficiência mental de gravidade não especificada, categoria que pode ser usada quando existe uma forte suspeita de DM mas que não seja possível medir a inteligência através dos testes convencionais.

3.3. Fatores causais da deficiência mental

Existem várias causas e fatores de risco que podem levar ao aparecimento da DM o que faz com que muitas vezes não se estabeleça com clareza as causas que a determinam (Ferreira, 2011).

A deficiência mental manifesta-se geralmente na primeira infância, na idade pré-escolar ou ainda nos anos escolares seguintes, quando se torna evidente uma lentidão anormal no desenvolvimento cognitivo e maturidade comportamental, sob a forma de dificuldades na adaptação às exigências da vida quotidiana, na compreensão e utilização da linguagem e na assimilação de significados gerais ou abstratos (Cobb & Mittler, 2005).

Segundo, Pacheco e Valência (1997), as causas da Deficiência Mental podem ser classificadas em fatores genéticos, aqueles que atuam antes da gestação e são do tipo endógeno (uma vez que atuam no interior do próprio ser) onde se englobam as genopatias, alterações genéticas que produzem alterações no metabolismo, alterações

endócrinas e hormonais, bem como os síndromes de Prader-Willi e de Rett, distrofia muscular progressiva e espinha bífida. Por outro lado temos as cromossomopatias que representam síndromes derivados de anomalias ou alterações nos cromossomas como é o caso das trissomias. Os fatores extrínsecos englobam os fatores que atuam antes do nascimento (pré-natais), nos quais o feto ou embrião pode ser afetado por infeções, alterações endócrinas e metabólicas bem como intoxicações, radiações e perturbações psíquicas. Os fatores que atuam durante o momento do parto ou no recém-nascido denominados perinatais e neonatais ou os fatores pós natais que atuam após o nascimento.

3.4. Características da Deficiência Mental

À semelhança do que acontece com outros indivíduos também as pessoas com deficiência mental, o comportamento social e pessoal é muito inconstante, dependendo das características de cada ser humano. É comum a criança com DM registar problemas no campo da memória a curto prazo, sendo por isso o processo de aquisição de competências bastante demorado. O facto da capacidade intelectual e as competências sociais destes indivíduos serem menos desenvolvidas podem prescrever a sua rejeição por parte dos companheiros e conseqüentemente podem diminuir a sua autoestima (Nielsen, 1999).

Pacheco e Valência (1997) referem que apesar dos estudos realizados no sentido de se caracterizar as pessoas com DM ao nível físico, no seu comportamento pessoal e social dada a enorme variedade de comportamentos apresentados, tornam-se pouco generalizáveis.

Quiroga (1989) destaca diversas características significativas ao nível físico (mencionando a falta de equilíbrio, as dificuldades de locomoção, de coordenação e

manipulação), ao nível pessoal (a ansiedade, a falta de autocontrolo, uma tendência para evitar situações de fracasso mais do que para procurar o sucesso e ainda uma possível existência de perturbações de personalidade) e ao nível dos aspetos sociais foca um atraso evolutivo em situações de jogo, lazer e na atividade sexual.

Os deficientes mentais caracterizam-se por problemas de memória tanto ativa como semântica, problemas de categorização, dificuldades na resolução de problemas, para além de um défice linguístico e problemas nas relações sociais (Sainz e Mayor, 1989).

A evolução global de um deficiente mental processa-se segundo as mesmas etapas consideradas normais no desenvolvimento e evolução de qualquer outra pessoa, a sensoriomotora, operações concretas e operações formais, contudo o desenvolvimento de uma pessoa com DM não se engloba em períodos concretos de aprendizagem. É importante e necessária uma avaliação para podermos situar o individuo no processo geral de desenvolvimento, focando os aspetos para que tem aptidão. As maiores dificuldades ao nível do desenvolvimento de um deficiente mental são as dificuldades psicomotoras, sensoriais, dificuldades nas relações sociais, dificuldades de autonomia e de linguagem (Pacheco e Valencia 1997).

Para além dos aspetos mencionados anteriormente devemos ter em atenção o facto de, o deficiente mental ter determinados problemas específicos na formação da sua personalidade. Segundo Maistre (1981) a criança deficiente tem dificuldade em estruturar as suas experiências. Apesar de poder ter as mesmas possibilidades percetivo motoras, poderá encontrar problemas na estruturação dos dados, uma vez que o conhecimento e significado que tem para eles é diferente do significado que pode vir a ter para os outros. Outra grande característica centra-se na dificuldade no que diz

respeito à educação, começando pela dificuldade existente de comunicação. Por último, a criança com DM não tem capacidade para se afirmar como pessoa, o que leva à sua rejeição e ao desrespeito por parte da sociedade. Por vezes, o facto de existir uma superproteção por parte dos pais em relação a estas crianças faz com que não lhes permitam realizar tarefas que serão capazes de realizar. Outro aspeto a ter em conta é o processo de consciencialização do espaço para que possam ter uma vida social aceitável e não se sintam à margem em determinadas ocasiões. O atraso da linguagem influencia também o desenvolvimento da personalidade, pelo facto de muitas vezes não se conseguir expressar.

Matos, 2012 refere que habilitar o deficiente mental é torna-lo autónomo e independente, sociável e capaz de ocupar um posto de trabalho, bem como corrigir as perturbações mórbidas concomitantes.

Segundo a APA (2002) os sujeitos com DM têm uma prevalência de comorbilidade de perturbações mentais, calculada em três ou quatro vezes mais do que a população em geral. Podem assim ser verificados outros tipos de perturbações mentais associadas à deficiência mental como é o caso da perturbação de hiperatividade com défice de atenção, perturbação de humor, perturbação de movimentos estereotipados e perturbações mentais secundárias a um estado físico geral.

3.5. Musicoterapia Aplicada à Deficiência Mental

Pavlicevic (2000) menciona que a “arte de criar som” revela-se o veículo ou dimensão terapêutica essencial, assim como a relação terapeuta-paciente.

Segundo Wigram, Pedersen e Bonde (2002), desde que usada de uma forma consciente com base em objetivos terapêuticos, a música ajuda a organizar a vida psíquica e os comportamentos através da sua ordem e estrutura inerentes; promove

experiências de contacto com a realidade, mobilizando a ação de fazer música e focando a atenção no aqui-agora; promove a criação de canais de comunicação sem recorrer à linguagem verbal, o que potencia um sentimento de pertença identitária e inclusão aproximando as pessoas de uma forma contentora (através de experiências partilhadas de reciprocidade, diferenciação, espelhamento, e mutualidade).

Dependendo das capacidades e necessidades de cada paciente, a intervenção musicoterapêutica com deficientes mentais é realizada de diferentes formas.

Nos Estados Unidos, o uso da musicoterapia no tratamento da deficiência mental remonta a meados do século XIX. Já nesse tempo algumas escolas utilizavam instrumentos para melhorar no desenvolvimento da linguagem, habilidades motoras e competências sociais. Ao longo dos tempos, a musicoterapia começou a ser relatada por diversos musicoterapeutas, após verificarem respostas afetivas e emocionais e depois de constatarem melhorias na memória, comunicação e nas habilidades sociais e motoras. Com as melhorias significativas no tratamento da deficiência mental, a musicoterapia foi considerada uma componente importante no processo de desenvolvimento (Davis (1999)).

Juntamente com a música para reforçar uma variedade de habilidades e comportamentos surgiram as técnicas de modificação de comportamento. Steele (1967) refere que alguns procedimentos de modificação de comportamentos são baseados no pressuposto de que o comportamento humano é uma função dos estímulos ambientais externos e interação social, logo enfatizam os efeitos de recompensa e manipulação dos estímulos ambientais no seu controlo.

Segundo Rett e Seidler (1996) a música e a sensibilidade musical rítmica são para o indivíduo com deficiência mental não só uma função, capacidade, acontecimento mas também um objetivo. Numa pesquisa feita com crianças com lesão cerebral,

verificou-se que a musicoterapia pode ser um meio para ajudar a ativar processos de aprendizagem.

Sendo a musicoterapia, na grande parte dos casos ativa, nas sessões são realizadas improvisações ou composições sobre temas apresentados. A musicoterapia executa também um conjunto de sons por forma a eliminar patologias ou dificuldades, logo os sons podem acalmar o paciente ou excitar. A expressão corporal tem como objetivo promover a consciência corporal, fazendo com que o paciente conheça melhor os limites do seu corpo e possa utilizá-los. As sessões podem abranger a improvisação, a criatividade, a audição, a composição, a discussão, imaginação e desempenho através da música (Ferraz, 2009).

Boxill (1981 / 1982) menciona que a musicoterapia é um meio de abrir novos canais para os confins do desenvolvimento pessoal e de humanidade, de abrir caminhos para a expressão e aprendizagem no sentido mais amplo para as pessoas que são limitadas na sua capacidade de se relacionar. Desta forma, considera-se a musicoterapia como um elemento primário.

Ao longo dos tempos, os musicoterapeutas observaram que adultos e crianças com deficiência mental respondem na maior parte das vezes de forma mais positiva à música do que a outras estratégias educacionais e terapêuticas (Atterbury 1990; Boxhill 1985; Carter 1982; Coates 1987; Edenfield e Hughes, 1991; Graham and Beer 1980; Lathom 1980; Michel 1979 cit. in Davis, 1999). Os objetivos da musicoterapia para pessoas com deficiência mental podem ser agrupados em categorias, considerando-se uma estratégia para melhorar o comportamento social e emocional; um meio para melhorar as capacidades motoras, uma ferramenta para melhorar a comunicação, uma ajuda no ensino académico e uma atividade de lazer.

4. Objetivos Gerais do Estágio

O trabalho diário com deficientes mentais tem como objetivo fundamental o desenvolvimento, ou seja, ajudar cada indivíduo de forma sistemática a desenvolver ao máximo as suas capacidades e aptidões, qualidades pessoais e ainda o de ensinar a adaptar-se às exigências da sociedade em que vive.

As atividades terapêuticas realizadas no CAO, na Casa do Povo de Seia, consistiram na reconstrução e transformação pessoal de cada utente no processo de institucionalização parcial. Numa perspetiva multidisciplinar, o objetivo geral das intervenções levadas a cabo neste estágio, consistiu na articulação entre as várias áreas do desenvolvimento do utente, no sentido de reduzir a sua dependência e promover as suas competências / autonomia. Por outro lado, ambicionou-se que a musicoterapia fosse um contributo para o aumento do leque de ofertas de recreação terapêutica existentes na instituição e promovendo aos utentes uma vida mais ativa e de participação social.

Quanto aos objetivos clínicos da intervenção, para cada utente, objetivou-se facilitar determinados processos através da musicoterapia: explorar o universo afetivo e emocional do indivíduo; promover a criatividade e espontaneidade, originar a abertura de canais de comunicação não-verbais e promover experiências de libertação, experimentação, criação e recriação, bem como potenciar a integração no grupo e até mesmo, desenvolver a memória.

Como forma de conclusão, em relação aos objetivos definiria ainda a musicoterapia como uma estratégia para melhorar o comportamento social e emocional, um meio de melhorar as habilidades motoras e uma ferramenta para melhorar a comunicação como referiram diversos autores.

5. Metodologia

No presente capítulo iremos descrever a amostra que usufruiu de intervenção, os instrumentos de avaliação utilizados e os procedimentos realizados ao longo do estágio.

5.1. Descrição da Amostra

A amostra é constituída por 16 pacientes com idades compreendidas entre os 26 e os 63 anos de idade, provenientes de várias áreas do concelho de Seia e Gouveia. Foram incluídos todos os pacientes da Casa do Povo de Seia com exceção de um utente que já estava a usufruir de intervenção terapêutica.

A tabela que se segue apresenta os dados pessoais e clínicos de cada paciente, sendo que foram utilizados nomes fictícios, de forma a respeitar a sua confidencialidade.

Tabela Nº 2

Lista dos utentes de Musicoterapia

NOME	IDADE	DATA DE ENTRADA NO C.A.O	DIAGNÓSTICO	Nº DE SESSÕES ASSISTIDAS	
				INDIVIDUAIS	GRUPO
AC	26	01.09.2001	DM Moderada	14	20
AR	27	03.01.2011	DM Ligeira	20	12
CF	29	01.09.2001	DM Ligeira	24	19
C	47	30.04.2013	Bipolar	--	6
EB	23	01.07.2004	Sínd. de Down	--	21
EC	62	29.09.2008	DM Moderada	--	21
JS	35	01.09.2001	-----	--	21
JM	24	03.10.2005	DM Ligeira	--	20

LR	26	15.03.2010	DM Grave Prader-Willi	--	21
MH	32	13.05.2010	Perturbação Histrionica da Personalidade	--	15
PC	33	01.09.2001	DM Moderada	22	19
P	35	08.04.2013	Depressão	--	10
PM	34	01.09.2001	DM Ligeira	--	21
SM	31	19.06.2009	DM Moderada	21	18
TC	25	07.12.2010	DM Moderada / Depressão com surtos psicóticos	22	21
TP	25	02.09.2002	Multideficiência	16	20

5.2. Instrumentos de Avaliação

Após o consentimento, por parte dos utentes /familiares, foi feito um pré e um pós teste, após a 1ª sessão e a última sessão, através do preenchimento de uma grelha de observação elaborada pela estagiária com base na ECA (Anexo B).

Segundo Santos e Morato (2007) a escala de comportamento adaptativo trata-se de uma escala com diversas categorias, componentes e variáveis. Numa primeira parte aborda a autonomia, a linguagem, os números e o físico, o desenvolvimento físico, a atividade vocacional e profissional. Na segunda parte são avaliados itens sobre a personalidade, socialização e responsabilidade, os quais estão relacionados com o contexto cultural dos indivíduos. Os autores apontam como principais críticas à teoria psicométrica o facto dos fatores abordados estarem demasiado ligados à aprendizagem escolar e ao facto da escala estar saturada do fator verbal. Outra das principais críticas apontadas é o facto da psicométrica rotular, mas não fornecer qualquer tipo de informação sobre a possibilidade de educabilidade dos indivíduos com dificuldades.

A escala de comportamento adaptativo não foi utilizada no estágio na sua totalidade e formato original. Foi elaborada uma adaptação da mesma, tendo sido efetuada uma redução do número de itens que a constituem, originando uma grelha de observação. Os domínios foram selecionados com base nos objetivos terapêuticos a que nos propusemos alcançar. Esta grelha de observação foi aplicada como pré e pós teste por forma a existirem dados comparativos que confirmem a evolução existente.

Para além do instrumento mencionado anteriormente, foram feitos registos dos momentos mais significativos, no final de cada sessão, para completar o processo de avaliação.

5.3. Procedimentos

O estágio realizado na Casa do Povo de Seia desenvolveu-se entre Outubro de 2012 e Junho de 2013. Durante este período foram consideradas duas fases distintas contudo complementares: a fase de observação / integração na instituição e a fase de intervenção terapêutica.

5.3.1. Fase de Observação / Integração:

Durante os dois primeiros meses, a estagiária conheceu a instituição, os utentes e funcionários que dela fazem parte, nomeadamente a equipa responsável pelo CAO, acompanhando diversas atividades realizadas dentro e fora da instituição. Nesta fase, a estagiária teve acesso a todos os processos clínicos, que consultou para um conhecimento mais aprofundado dos utentes. Através das informações obtidas foi possível começar a delinear planos de intervenção.

A integração da estagiária na instituição decorreu com naturalidade, de uma forma acolhedora, uma vez que existiu uma total disponibilização por parte de toda a equipa, para clarificar questões colocadas.

Através dos primeiros contactos com os utentes, a estagiária percebeu o tipo de população com que iria fazer intervenção. Para além do diagnóstico associado, cada um com determinadas especificidades, a grande maioria dos utentes eram ativos, independentes, uns com um maior grau de iniciativa do que outros.

No que diz respeito ao relacionamento com os utentes decorreu lentamente através da intervenção da estagiária em determinadas atividades, numas como elemento observador, noutras como elemento participante e, através de pequenos momentos de diálogo e convívio, o que originou um conhecimento maior e um relacionamento mais próximo.

No momento de aproximação da intervenção organizou-se um horário para que fosse possível, todos os utentes poderem ter tanto intervenção individual como intervenção de grupo. Tendo em conta o tempo limite do estágio foram selecionados, para uma intervenção individual, os pacientes com mais problemáticas associadas e para a intervenção de grupo, pacientes com menos problemáticas.

A amostra para a intervenção foi constituída por todos os utentes para que tivessem oportunidade de participar e ninguém se sentisse excluído à exceção de um paciente que já estaria a usufruir de intervenção musicoterapêutica.

Para que fosse possível iniciar o processo de intervenção e registar as sessões através de filmagens e gravações áudio foi pedida autorização aos pacientes/encarregados de educação (Anexo A).

5.3.2. Fase de intervenção terapêutica:

Após a fase descrita anteriormente e as devidas autorizações terem sido assinadas e entregues, iniciou-se a fase de intervenção. Numa fase inicial foi preenchida uma grelha de observação criada pela estagiária tendo por base a ECA (Escala de Comportamento Adaptativo versão Portuguesa) com o intuito de avaliar alguns comportamentos dos utentes ao nível da linguagem, auto - confiança e socialização.

As sessões musicoterapêuticas desenvolveram-se ao longo de 7 meses, decorrendo uma vez por semana individualmente e/ou em grupo, com uma duração média entre 20 a 45 minutos.

Foram realizadas cerca de 20 sessões por utente, tanto individuais como em grupo. Contudo, dado que existiu alguma irregularidade na frequência de alguns pacientes devido a motivos pessoais e de saúde, o número de sessões poderá ser significativamente diferente entre eles.

Apesar da hora marcada para cada sessão, por vezes havia necessidade de fazer ligeiras adaptações. Assim, a estagiária chamava os utentes para as sessões consoante a disponibilidade de ambas as partes, permitindo desta forma que todos os utentes pudessem participar em todas as atividades.

Com o aproximar do final da intervenção e conseqüentemente do estágio foi dedicado especial cuidado e atenção a um processo gradual de separação do grupo.

No final da intervenção, após a última sessão preencheu-se novamente a grelha de observação, como pós teste de forma a ter dados comparativos para se verificar a tendência de evolução registada ao longo de todo o processo. Para além deste instrumento de medida, foi privilegiada uma avaliação qualitativa atenta e continuada,

elaborada com base em elementos de diagnóstico e supervisão dos processos decorridos quer em grupo como individualmente. Os elementos tidos em conta para a avaliação foram essencialmente a atitude corporal, a relação do utente com os outros, o contacto com os instrumentos e a produção musical, bem como, a natureza da comunicação e dos comportamentos, tal como sugerido por Hanser, 1999.

As gravações das sessões foram revistas semanalmente e após as sessões era escrito um pequeno texto com as impressões mais significativas. Ao longo de todo o processo foram trocadas e discutidas ideias entre estagiária e psicóloga da instituição, onde em conjunto discutiram o que seria importante relatar e com que linguagem poderia ser traduzida a experiência do processo musical dos pacientes.

No mês de Julho, apesar de findo o estágio, ainda se realizou na instituição uma apresentação aos pais e familiares, do CD elaborado, fruto do trabalho das sessões de musicoterapia.

5.4. Técnicas musicoterapêuticas e métodos utilizados nas sessões

As sessões tiveram um determinado padrão fixo nomeadamente no que diz respeito ao início, com uma canção de saudação inicial e o fim, com uma canção de despedida. Todo o restante conteúdo apesar de ser planeado sofria constantes adaptações consoante os estados de espírito e sugestões dos pacientes. Tendo como base a revisão bibliográfica, anteriormente citada, as técnicas musicoterapêuticas utilizadas combinavam técnicas ativas e recetivas.

Durante as sessões utilizou-se maioritariamente, a improvisação, o que foi um elemento desafiante para alguns utentes sendo que não sentiam segurança e familiaridade com o processo. Segundo Bruscia (1998), através do processo de

improvisação consegue-se recriar uma parte da identidade, tanto quanto a nossa identidade pessoal é improvisada e criada através da nossa própria narrativa.

Foram realizadas improvisações livres, a pares (nas sessões individuais) e em grupo, umas apenas com instrumentos e outras que incluíam para além dos instrumentos, a voz.

Para além da improvisação, foi utilizada a canção como forma de expressão de sentimentos, medos, desilusões, alegrias, crenças e valores. Tal como refere Bruscia (1998), através das canções foi possível aceder ao mundo interno, de cada utente, bem como assistir à conseqüente mudança. Houve a partilha de músicas significativas e execução das mesmas, bem como a recriação de uma nova letra como processo de evocação de lembranças, ajudando no trabalhar de sentimentos, emoções e conflitos a expressar os problemas vividos e a modificar o estado de ânimo.

5.5. Setting / Materiais utilizados:

As sessões de musicoterapia decorreram numa sala da Casa do Povo de Seia. O setting era um local amplo, plano com uma tapete e almofadas para garantir algum conforto, bem como, cadeiras, para os utentes que não tinham possibilidade de se sentar no chão.

No que concerne ao material foram utilizados diversos instrumentos musicais desde melódicos (flauta de bisel), harmónicos (guitarra, piano e acordeão) e de percussão (bongós, maracas, clavas, pandeireta, tamborim, ovinhos, jogo de sinos).

Para além dos instrumentos, foi utilizada uma mesa para colocar os instrumentos de forma a facilitar o acesso dos mesmos aos utentes, uma câmara de filmar, uma aparelhagem e um computador.

5.6. Agenda semanal

A agenda semanal foi organizada de acordo com a disponibilidade existente e consoante os horários a que os pacientes chegavam à instituição. É de mencionar que apesar desta programação, quando por vezes existia necessidade, eram feitas alterações de forma a possibilitar a frequência dos utentes nas sessões. Por exemplo, numa situação em que um utente chegasse mais tarde, fosse a uma consulta ou tivesse algo em que não pudesse estar na sua hora na sessão, sempre que possível alterava-se para que fosse possível estarem presentes.

A tabela que se segue demonstra a distribuição semanal.

Tabela N° 3

Horário de Intervenção Musicoterapêutica na Casa do Povo de Seia – C.A.O.

Horário	2ª-Feira	3ª-Feira	4ª-Feira	6ª-Feira
8h30m - 9h15m	TC	CF	AR	PC
9h30m - 10h	Peq. - Almoço	Peq. - Almoço	Peq. - Almoço	Peq. - Almoço
10h - 10h45m	<u>Grupo 1</u> EC; JS; L; PM	<u>Grupo 2</u> C; EB; P; SM; TC	<u>Grupo 3</u> CF; MH; PC	<u>Grupo 4</u> AC; AR; JM; TP
11h/11h45m	Relacionamento informal com pacientes	TP	AC	SM
12h/12h30m	- Registo e de sessões; - Planificação de sessões;			

5.7. Outros projetos em que tenham participado ou atividades que tenham levado a cabo no âmbito do estágio

No decorrer do estágio foi possível participar em diversas atividades do C.A.O. da Casa do Povo de Seia, assumindo em algumas uma postura passiva, neutra, de observador e noutras, uma postura mais ativa e participativa. Pouco tempo depois de ter iniciado a intervenção foi solicitado à estagiária que preparasse algo simbólico para a Festa de Natal a realizar em conjunto com outras instituições. Foi preparada uma dança e algumas canções de Natal, nas quais os utentes participaram com o máximo empenho. Na sequência do espírito natalício, os utentes, a estagiária de musicoterapia, a professora e uma funcionária, foram cantar as “Janeiras”. Procedeu-se a uma coleta simbólica, utilizada para o investimento de materiais necessários na instituição, bem como num fim-de-semana na Figueira da Foz dando oportunidade de muitos dos utentes irem pela primeira vez à praia.

A convite da instituição, a estagiária esteve presente como mero observador no Festival Especial organizado pela Câmara Municipal de Seia, em que várias instituições do concelho participaram. Através deste festival e da observação atenta do mesmo, foi possível perceber a dinâmica relacional da família de alguns pacientes. A estagiária participou num photopaper no qual teve uma participação ativa do estagírio, cuja função principal foi guiar, motivar e incentivar na descoberta das imagens solicitadas.

Por último, foi elaborada a compilação de um CD com temas provenientes do trabalho realizado com os utentes nas sessões de musicoterapia.

6. Estudos de Caso

O presente capítulo apresenta os dois estudos de caso com especial enfoque na descrição do sujeito, plano terapêutico, procedimentos e principais resultados obtidos.

6.1. Estudo de Caso I – Musicoterapia com a SM

Como referido anteriormente, os utentes foram selecionados para intervenção individual ou intervenção em grupo consoante o seu diagnóstico. O primeiro estudo de caso, de intervenção musicoterapêutica com a SM, abordou sessões individuais e sessões em grupo.

6.1.1. Descrição do sujeito

A SM nasceu em Portugal. Até aos 6 meses, os pais não tiveram perceção de nenhuma deficiência, contudo a partir desta idade aperceberam-se de que algo não estaria bem e foi então detetada uma deficiência Mental Moderada, causada por falta de oxigénio durante o parto. Com 6 anos, os pais decidiram levar a SM para os Estados Unidos na esperança de conseguirem um futuro melhor para a filha. A adaptação nos Estados Unidos não foi fácil, foi de certa forma um processo demoroso contudo, após a adaptação estar conquistada foi muito positivo. SM ingressou num colégio, onde a partir daí foram desenvolvidas algumas competências, nomeadamente a nível da expressão plástica e motora bem como ao nível da leitura por associação de imagens.

Regressaram a Portugal quando a SM teve de mudar de colégio devido à idade. Tendo em conta que não foi fácil conseguir encontrar um sítio para a filha ficar perto de onde estavam, regressaram e procuraram em várias instituições do concelho de Seia. De todas a selecionada foi a Casa do Povo de Seia, na qual ingressou a 19 de Junho de 2009. O seu ingresso na instituição provocou-lhe alguma ansiedade manifestada pelo

contacto adesivo e agressivo como forma de fazer face à angústia e ao desconhecido, remetendo para reações próprias de idades inferiores.

Contudo, apesar das suas dificuldades ao nível da comunicação expressiva, (ainda mais, estando habituada a falar inglês) integrou-se com facilidade, criando laços afetivos com os seus colegas que lhe permitiram desenvolver o sentimento de pertença face ao grupo.

A paciente encontra-se comprometida nas áreas da motricidade, comunicação, cuidados próprios, vida social/aptidões interpessoais, uso de recursos comunitários, autocontrolo bem como aptidões escolares e funcionais. É de salientar um juízo moral desenvolvido, notando-se um evidente investimento ao nível da independência pessoal.

Atualmente apesar da relutância a situações de mudança que fujam às rotinas diárias, a paciente adapta-se com maior facilidade do que anteriormente.

Quanto aos elementos que se obtiveram através de observação direta, no momento em que se iniciou o estágio na Casa do Povo de Seia, poder-se-á referir que a SM se destacou por comunicar com ruídos, sons guturais e gestos, utilizando muito pouco a expressão verbal e quando o fazia era numa intensidade muito baixa. Ao nível de contacto, a utente estabelecia contacto ocular contudo, no que diz respeito ao contacto físico tinha tendência a afastar-se. Numa situação de maior ansiedade, a paciente por vezes mordida as mãos e beliscava a pessoa que estivesse mais próxima. Adora pintar e no final expor os seus desenhos. Gosta de elaborar um puzzle existente na instituição que tem uma menina a cavalo. SM fazia tudo, mas no seu tempo, não quando tinha de ser. As mãos para a SM são algo em que ninguém toca e quando lhe dão algo para as mãos, não segura. Se deixarem na mesa ela acaba por ir buscar. Tudo o que possa fugir à rotina deixa SM ansiosa e nervosa. Tem também determinados rituais

que cumpre sem exceção. Por exemplo, para qualquer saída da instituição leva consigo o casaco e a carteira.

O perfil da paciente, por vezes indicia um diagnóstico asperger, apesar de não haver uma avaliação nesse sentido.

6.1.2. Plano terapêutico

Tendo em conta as características da utente anteriormente descritas, elaborou-se um plano terapêutico onde foram evidenciados os principais problemas, os objetivos e os sub-objetivos.

Tabela Nº 4

Plano terapêutico SM

INFORMAÇÕES PRIORITÁRIAS: - Revela grande ansiedade e resistência em tudo o que fuja à sua rotina. - Adora música.		
PROBLEMA Nº 1: - Relacionamento / Toque com as mãos		
OBJECTIVO: Promover a disponibilidade para a relação		
SUB-OBJECTIVOS:		
- Aceitar nas mãos o que os outros lhe dão;	- Pegar nos instrumentos com as mãos;	- Permitir o toque por parte de outras pessoas.
PROBLEMA Nº 2: - Inibição da Expressão Verbal		
OBJECTIVO: Tornar a comunicação verbal mais frequente e quem sabe fluente		
SUB-OBJECTIVOS:		
- Aumentar a quantidade	- Aumentar a qualidade de	-Aumentar a comunicação

de respostas verbais.	expressão verbal.	interpessoal através da expressão verbal.
PROBLEMA Nº 3:		
- Controlo dos impulsos		
OBJECTIVO:		
Aumentar o controlo dos impulsos numa situação de ansiedade		
SUB-OBJECTIVOS:		
Reduzir a ocorrência de agressão física quer nela como nos colegas.	Promover a regulação de padrões de interação com os outros.	Aumentar a expressão emocional, de uma forma não agressiva.

6.1.3. Processo

Durante o estágio, foram realizadas 21 sessões individuais e 18 sessões em grupo com a SM, no qual se verificaram períodos de evolução.,

As sessões de musicoterapia realizaram-se às sextas-feiras, das 11h às 11h45m, podendo por vezes variar sendo mais ou menos extensas consoante as respostas da utente. O processo de intervenção teve uma estrutura base. Todas as sessões iniciavam com uma canção de saudação inicial e finalizavam com uma canção de despedida, o que de certa forma dava indicação aos pacientes do início e do fim. Entre estes momentos musicais, a sessão era plenamente livre sem uma estrutura fixa, decorrendo neste intervalo de tempo, música ao vivo umas vezes cantada e acompanhada à guitarra pela estagiária outras vezes cantada, e outras acompanhada por instrumentos de percussão, de forma a promover a recetividade, através da estimulação ou do relaxamento, dependendo das necessidades da paciente num determinado momento.

Nas sessões foram utilizadas essencialmente músicas que eram parte integrante do ISO musical da utente como “Não há estrelas do céu”, “Em Playback”, “Ninguém é de ninguém” e “Mentira”.

A primeira sessão foi repleta de expectativa e curiosidade, tanto por parte da utente como por parte da estagiária. No início, a SM foi convidada a descalçar-se. Inicialmente fez alguma resistência ao pedido, contudo com muita calma e ao ver a estagiária fazer, a utente fez também embora sempre muito excitada e receosa de deixar os seus pertences e não os levar consigo. Da 1ª à 3ª sessão foi bastante evidente o quanto a paciente gosta de música. A SM demonstrou ter iniciativa própria no que diz respeito a executar um instrumento e a movimentar o seu corpo ao ritmo da música. É de salientar que nestas sessões se percebeu que a paciente não tocava, nem pegava nos instrumentos com as mãos, pegava sim, numa baqueta de madeira e tocava com ela por norma no jogo de sinos, no tamborim ou nos bongós. A sua expressão verbal era praticamente nula, participando apenas com a estagiária no processo musical com a emissão de sons que não sendo produção verbal foram interpretados como sons de entusiasmo e alegria. A SM era bastante expressiva corporalmente e gostava de improvisações rítmicas sobre a forma de jogo pergunta-resposta.

É de referenciar que o processo terapêutico foi interrompido durante duas semanas, quando a utente se deslocou com os pais aos Estados Unidos para visitar o irmão. A musicoterapeuta receou que houvesse uma regressão no comportamento da utente em relação à sua adaptação à sessão contudo deparou-se com uma surpresa. A partir da 4ª até à 10ª sessão foi um processo de evolução contínuo em que sessão após sessão a utente cada dia que passava utilizava mais a expressão verbal. Para surpresa da terapeuta na 10ª sessão enquanto cantavam a música “Ninguém é de ninguém” a utente apontava para a folha onde estava a letra da música e aconteceu mais do que uma vez SM apontar para o local da letra onde estaríamos a cantar. Dando assim continuação do seguimento do conteúdo. Tendo em conta que a utente não sabe ler poderá ter sido um

sinal evidente de associação de palavras no seu todo, uma vez que SM teve este método de aprendizagem nos Estados Unidos.

A partir desta sessão, a intervenção fluiu uma forma livre, consoante a espontaneidade da utente. O processo de evolução sofreu alguma alteração, estagnando contudo a estagiária sentiu o manter das aquisições até ao momento.

6.1.4. Intervenção Musicoterapêutica da SM inserida num Grupo

Além da intervenção individual, a SM usufruiu também de intervenção em grupo de forma a promover uma maior concretização dos objetivos referidos para a utente. Para além do evidente progresso referido nas sessões individuais é importante mencionar que o grupo em que foi inserida era um grupo bastante heterogéneo e que ao longo das sessões foi sofrendo determinadas adaptações. Apesar da mudança causar em SM algum tipo de ansiedade, por vezes até constrangimento a verdade é que isso não se verificou nas sessões de grupo. Houve momentos em que um dos elementos faltou por ter sido hospitalizado e isso não trouxe nenhuma perturbação para a utente, bem como a introdução de elementos novos não causou diferença. A estagiária considerou que a SM começa a adaptar-se melhor a mudanças na sua rotina diária e mesmo que fique ansiosa parece começar a saber defender-se sem prejudicar os outros ou a ela própria.

6.1.5. Resultados finais

Neste ponto, iremos apresentar e analisar os dados obtidos ao longo da intervenção musicoterapêutica. Referiu-se anteriormente, que os objetivos desta intervenção seriam fundamentalmente promover a disponibilidade para a relação, tornar a comunicação verbal mais frequente e quem sabe fluente e aumentar o controlo dos impulsos numa situação de ansiedade, pelo que se utilizaram instrumentos de avaliação

que serão apresentados de seguida, em conjunto com aspetos relevantes que tenham ocorrido durante a intervenção.

Quanto à escala de observação utilizada com adaptações baseadas a partir do modelo da ECA, a qual avaliou determinados comportamentos dos pacientes, serão descritas as suas pontuações antes e depois da intervenção, procedendo, de seguida, a uma comparação dos valores obtidos, fazendo referência aos que pareceram mais significativos. Os itens avaliados na grelha de observação foram: a linguagem, a autoconfiança e a socialização.

Relativamente aos dados provenientes do preenchimento da grelha de observação, verificou-se uma evolução em determinados parâmetros e noutros apenas se verificou que não houve evolução, tal como podemos constatar na tabela seguinte.

Tabela nº 5

Comparação dos dados do pré e pós teste no domínio da linguagem

Linguagem		
Legenda: 0-Nunca; 1- Raramente; 2- Às vezes; 3- Frequentemente; 4-Sempre		
• Articulação	Pré Teste	Pós Teste
1. Sussurra ou fala baixo, sendo difícil de compreender	4	2
2. Fala muito devagar e com dificuldade	1	1
3. Fala de forma rápida e acelerada, com energia	1	1
4. Fala com interrupções ou pausas	1	1
5. Articula adequadamente as palavras	2	3
6. É capaz de formular frases completas e manter uma conversa	1	2
7. O seu raciocínio é fluente	0	2

• Compreensão de Instruções Orais		
1. Compreende instruções complexas envolvendo uma decisão?	0	3
2. Compreende instruções envolvendo vários passos	1	2
3. Responde a questões simples como: “Como te chamas?” ou “O que estás a fazer?”	2	3
4. Responde corretamente a frases simples como: “Senta-te”, “Vem cá”	2	3
5. Consegue compreender frases simples	2	4
• Linguagem Social		
1. Usa palavras como “por favor” e “obrigado”	1	2
2. Conversa sobre diversos assuntos como a família, desportos, atividades de grupo	1	2
3. Responde quando conversam com ele (a)	2	3
4. Exprime ideias de forma clara.	1	2

No que diz respeito ao domínio da linguagem, verificou-se que a utente teve uma evolução positiva na articulação onde começou a deixar de sussurrar para falar numa intensidade normal, constrói pequenas frases e por vezes é evidente o raciocínio lógico, outras vezes faz um tipo de discurso sem lógica aparente. Na compreensão de instruções orais é de salientar que pela reserva da SM e pela sua pouca exposição inicialmente, a estagiária considerou que não devia perceber instruções contudo através de sessão após sessão foi possível verificar que a utente percebia o que lhe era transmitido através das regras da sessão e das chamadas de atenção, às quais a reagia de imediato. Em relação à linguagem social não houve uma evolução muito acentuada, apesar de em determinadas situações a SM se mostrar notoriamente mais conversadora e de colocar interrogações e curiosidade por certos aspetos.

Tabela nº 6

Comparação dos dados do pré e pós teste no domínio da autoconfiança

Auto Confiança			
Legenda: 0-Nunca; 1- Raramente; 2- Às vezes; 3- Frequentemente; 4-Sempre			
• Iniciativa / Passividade			
1.	Tem iniciativa própria para realização de atividades	2	3
2.	Participa nas atividades que lhe são propostas	2	3
3.	Precisa de encorajamento para terminar as tarefas	2	2
4.	Demonstra interesse pelas atividades	2	3
5.	Termina tarefas depois dos outros	2	2
6.	É lento e vagaroso	2	2

Como se pode verificar na tabela nº 5, no domínio da autoconfiança, a utente manteve vários aspetos com alteração da iniciativa, da participação nas atividades propostas e na demonstração de interesse pelas atividades.

Por último, no domínio da Socialização a SM começou a flexibilizar e aceitar de uma outra forma o toque, em situações de ansiedade e que por vezes sentia constrangida, olhava para a estagiária e dizia "...não se bate... (sorriso) " e muitas vezes com a própria mão fazia um carinho no braço da estagiária, o que denota aqui um começo do processo de evitamento de agressão e a consciência de que não está correto.

Com o decorrer da intervenção, SM mostrou-se mais cooperante, mais recetiva e mais aberta a novas sugestões. Quanto aos vários itens avaliados, os que apresentaram uma maior evolução foram sem dúvida itens do domínio da linguagem.

Para além dos dados recolhidos através do instrumento de avaliação, realizaram-se, como referido anteriormente, registos das sessões que facultaram mais dados de avaliação em concreto para reafirmar as observações feitas através da escala.

Tabela nº 7

Comparação dos dados do pré e pós teste no domínio da Socialização

Socialização		
Legenda: 0-Nunca; 1- Raramente; 2- Às vezes; 3- Frequentemente; 4-Sempre		
✓ Cooperação		
1. Oferece assistência aos outros	1	1
2. Se solicitado, está pronto ajudar	2	4
3. Ajuda os outros	1	2
✓ Interação social		
1. Interage com os outros em jogos ou atividades de grupo	1	2
2. Interage com os outros por imitação	2	3
3. Responde aos outros com modo socialmente aceitável	2	2
✓ Comportamento Social		
1. Manifesta formas de violência física e / ou psicológica	2	1
2. Possui um temperamento agressivo ou violento, fazendo birras	1	1
3. Manipula os outros utentes com facilidade e frequência	0	0
4. Relaciona-se adequadamente	2	3
• Comportamento Auto- Agressivo		
1. Gosta de ser tocado	1	2
2. Bate-se, morde-se ou corta-se	0	1
3. Arranha-se ou belisca-se causando feridas	2	1
• Contacto social		
1. Fica inativo, sem comunicar mas senta-se e observa os outros	3	3
2. Adormece na cadeira	0	0
3. Parece não reagir a nada	3	3
4. É apático	3	1

6.1.6. Conclusão:

A SM apresentou, ao longo do processo de intervenção, uma evolução significativa, verificando-se fases distintas, em que a utente teve como que uma fase de adaptação e posteriormente momentos de constante crescimento.

SM apresentava grande ansiedade em situações novas, havendo por esse motivo alguma preocupação em gerir os momentos em que fosse promovido algo de novo.

No final da intervenção e após a recolha dos dados, foi possível afirmar que os objetivos definidos, anteriormente, para a utente foram alcançados. Após a intervenção musicoterapêutica, verificou-se que a utente utilizava com mais frequência a expressão verbal. Em situações de ansiedade, apesar de se aproximar possivelmente, para beliscar ou arranhar a verdade é que SM olhava e dizia “não se faz mal, não se bate” e em vez de magoar quem está à sua volta é capaz de fazer uma festa no braço ou na mão.

É de mencionar que alguns dos objetivos poderiam ter evoluído ainda mais se tivesse havido mais tempo de intervenção terapêutica.

6.2. Estudo de Caso II – Musicoterapia com a PC

O segundo estudo de caso reporta a 22 sessões realizadas individualmente e 19 sessões de grupo com PC. Pretende-se fazer uma reflexão sobre a intervenção realizada em ambos os contextos.

6.2.1. Descrição do sujeito

PC tem o diagnóstico de deficiência mental moderada. Frequenta o CAO há vários anos e, desde sempre, revelou oscilações emocionais, dificuldades na gestão de conflitos interpessoais e tomadas de decisões bem como, por vezes, uma impulsividade excessiva.

A utente tem fases de mergulhar numa tristeza profunda que a acaba por impedir de investir nas atividades que lhe dão prazer. Possui um padrão persistente de labilidade emocional e intolerância face a determinadas situações do quotidiano. Revela sentimentos de revolta, medo, insegurança, incerteza e não valor.

Na sequência destes comportamentos é de mencionar que PC possui episódios contínuos de agressão física, verbal e psicológica por parte da figura paterna dirigidas quer à mãe como a ela própria. Nestas situações, a utente é como o amparo e protetora da mãe, apesar de, também ela necessitar de muito apoio.

A descompensação psicológica do pai acentuou-se de uma forma tal, que tornou a vivência partilhada com a família insuportável. Todo este contexto permite perceber a instabilidade emocional da utente, quando a mesma, apenas pede da vida tranquilidade e harmonia para não impedir o seu desenvolvimento mental e emocional.

Durante a observação direta no período de integração a estagiária percebeu que a utente era muito impulsiva, mas também, meiga, preocupada com os colegas e

empenhada nas suas tarefas (nomeadamente, a fazer arraiolos). Por vezes, demonstra pouca motivação para a realização de atividades novas.

6.2.2. Plano terapêutico

Na tabela seguinte observa-se um plano terapêutico onde foram evidenciados os principais problemas, os objetivos e os sub-objetivos de acordo com as características da utente.

Tabela Nº 8

Plano terapêutico da PC

INFORMAÇÕES PRIORITÁRIAS:		
- Paciente autónoma		
PROBLEMA Nº 1:		
- Relacionamento		
OBJECTIVO:		
- Melhorar o relacionamento interpessoal e social.		
SUB-OBJECTIVOS:		
Facilitar a regulação de padrões de interação	Aumentar a interação social	Aumentar a tolerância da paciente para com os outros
PROBLEMA Nº 2		
- Instabilidade Emocional		
OBJECTIVO:		
Aumentar a estabilidade emocional		
SUB-OBJECTIVOS:		
Reconhecer diferentes emoções em si e nos outros	Promover a expressão emocional	Reduzir a ocorrência de explosões emocionais

PROBLEMA Nº 3:		
- Cognitivo		
OBJECTIVO:		
Melhorar as capacidades cognitivas		
SUB-OBJECTIVOS:		
Aumentar o desenvolvimento de habilidades sensoriomotoras	Melhorar atenção / concentração	Estimular a memória.

6.2.3. Processo

PC usufrui de 22 sessões individuais e 19 sessões em grupo, durante as quais foram registados períodos de evolução e retrocesso. As sessões tinham cerca de 45 minutos contudo oscilavam consoante a resposta da PC para cada sessão. O processo de intervenção teve a mesma base descrita no estudo de caso anterior, ou seja, todas as sessões iniciavam e terminavam com uma canção alusiva de saudação inicial e despedida. Todo o restante conteúdo variava sendo uma estrutura livre que permitia a adaptação a todo o momento, consoante o que a utente transmitia, permitindo assim por vezes atividades de carácter estimulante e outras de carácter relaxante.

Durante as sessões foi utilizado reportório de carácter mais popular e infantil que a utente recordava como “O meu chapéu tem três bicos”, “Olha a bola Manel”, “O Balão do João”, “Foi na loja do mestre André”, “A laranja foi à fonte”, entre outras.

A primeira sessão foi repleta de expectativa e curiosidade, para ambas as partes. Assim que começámos, a utente mostrou-se tensa, receosa e muito observadora do que a estagiária fazia. Apesar da sua rigidez inicial, com o decorrer da sessão, a utente foi ficando mais solta e deu sugestões de músicas para cantar, as quais eram memórias da

sua infância. Ao cantar as músicas, o seu olhar brilhava demonstrando alegria e satisfação. Após o canto de algumas músicas sugeridas, a estagiária proporcionou a improvisação como forma de conhecer melhor a utente musicalmente. Prestes a terminar a sessão, a estagiária perguntou à utente o que é que sentiu enquanto tocava, ao que a utente respondeu pensativa, evitando o contacto ocular “Senti muita coisa ...foi bom estar a tocar”. É notória a emoção que a música despertou na utente acerca das suas vivências musicais e o quanto mexeu com o seu interior.

É de mencionar que a PC, entrou muitas vezes, muito pensativa nas sessões, ficando apenas a ouvir o que a estagiária reproduzia, contudo no final da canção de saudação inicial, a utente já era capaz de participar funcionando a música como elemento estimulante para a utente.

Na 3ª sessão, a utente encontrava-se muito triste e com o proporcionar de um diálogo a utente mostrou-se muito revoltada com uma colega da instituição que a tinha acusado de lhe ter batido. PC mencionou e afirmou várias vezes (com a lágrima nos olhos) que era contra a violência e que estava farta de conflitos e disse que não se sentia bem com o ambiente que a colega provocou. Este episódio denota o quanto PC tem sofrido com a violência que tem vivido desde pequena por parte da figura paterna. Ao ver-se agora acusada de algo que não fez sente-se revoltada com a vida. Afirmou estar farta de confusões e após o desabafo, a estagiária aconselhou a utente a desabafar sempre que se sentisse triste e propôs-lhe para depositar todo o seu desconforto e revolta nos instrumentos e assim aconteceu. PC tocou como nunca teria acontecido até este momento, com grande intensidade e curiosamente foi notória a diminuição de intensidade consoante a utente foi libertando a sua angústia. A estagiária sentiu no final a utente mais sorridente e diria mesmo aliviada.

A partir desta sessão houve uma maior aproximação entre a estagiária e a utente que fez com que se quebrasse o desconfiar / receio da PC em relação à estagiária.

Nas sessões seguintes, consoante o estado em que se encontrava a utente foram realizadas sessões diferentes contudo com base na improvisação e no canto de canções propostas quer pela utente como pela estagiária.

A partir da 10ª sessão o processo passou por escrita de canções. Após terem cantado a música “sonhos de menino”, a estagiária questionou a PC quais eram os seus sonhos e com essas ideias formularam uma nova letra para a música:

I

“Lembro-me de um menino, que andava na escola

Na casa do Povo de Seia

Vi-o a 1ª vez, quando veio com a mãe

Para vir para aqui.

Apaixonei-me por ele à primeira vista,

E um brilhinho nasceu

E pouco tempo depois, o namoro floresceu.

Refrão

E hoje a cantar, em cada canção

Trago esse lugar no meu coração.

Criança que fui e mulher que sou

E nada mudou.

E hoje a cantar não posso esquecer

Aquele rapaz que me faz viver

Tão bom recordar, esse grande amor

Sonho da minha vida.

II

Sonhava ser como a Joana, dependente e feliz

Queria que tudo corresse bem.

Sonhava ser cantora e fazer viagens

Ter muitos concertos também.

Sonhava ter dinheiro e ajudar a família dar-lhes mais conforto

E a minha dependência eu queria ter.

Esta letra marca muito bem os sonhos da utente, quando refere que pretendia ser independente, feliz e que queria ajudar a sua família ao mesmo tempo que se refere ao amor.

Nas sessões posteriores até à última foram feitas improvisações, em que a PC improvisou como a estagiária inventando novas letras, tocando e expressando-se sem qualquer tipo de receio, ou medo. A estagiária sentiu que as sessões foram um meio que permitiu à utente expressar os seus medos e angústias fazendo com que posteriormente se sentisse melhor e que nos finais das sessões tivesse comentários como: “Nunca me senti tão bem”.

Sessão após sessão foi notória uma evolução a nível da gestão de sentimentos, apesar de por vezes ter recaídas, os sentimentos da utente começaram a ser mais expostos fazendo com que a utente conseguisse sentir-se melhor.

6.2.4. Intervenção Musicoterapêutica da PC inserida num Grupo

PC usufruiu também de intervenção de grupo, onde a estagiária denotou um problema essencial a ser trabalhado. O seu relacionamento com os colegas de grupo. Por um lado, o contacto “sufocante” da utente com o seu colega CF e por outro lado a repulsa com a sua colega MH. Eram no fundo relacionamentos contraditórios em que se por um lado com o colega, PC tinha um relacionamento demasiado próximo, o qual por vezes não dava espaço para o colega ter o seu próprio espaço e se tornava incomodativo, por outro, com a colega o seu relacionamento era de distância e não-aceitação.

MH esteve algum tempo internada, o que fez com que entrasse no grupo mais tarde e destabilizasse o ambiente de grupo criado. Este facto levou a que a PC inicialmente não aceitasse a colega nem as ideias por ela sugeridas recusando-se, por vezes, a participar. Com o decorrer das sessões e com o introduzir de músicas que todos os elementos gostavam houve uma unificação do grupo.

Foi importante a sua participação no grupo para o trabalhar essencialmente o seu relacionamento com os colegas.

6.2.5. Resultados

Aqui, serão apresentados os resultados mais significativos ao longo de todo o processo de intervenção musicoterapêutica com PC.

Em relação à escala de observação utilizada quer na 1ª como na última sessão, foram mencionados apenas os resultados importantes, com base na linguagem, autoconfiança e a nível da socialização.

Ao nível da linguagem não houve evolução apresentada. No que diz respeito à autoconfiança houve alguma evolução ao nível da iniciativa/passividade e na socialização verificou-se essencialmente evolução ao nível da cooperação e interação social como se pode constatar na tabela seguinte:

Tabela nº 9

Comparação dos dados do pré e pós teste no domínio da autoconfiança e socialização

Auto Confiança		
• Iniciativa / Passividade		
6. Tem iniciativa própria para realização de atividades	2	3
7. Participa nas atividades que lhe são propostas	2	3
8. Precisa de encorajamento para terminar as tarefas	2	2
9. Demonstra interesse pelas atividades	2	3
10. Termina tarefas depois dos outros	1	1
11. É lento e vagaroso	1	1
Socialização		
✓ Cooperação		
4. Oferece assistência aos outros	2	3
5. Se solicitado, está pronto ajudar	2	3
6. Ajuda os outros	2	3
✓ Interação social		
4. Interage com os outros em jogos ou atividades de grupo	2	3
5. Interage com os outros por imitação	1	1
6. Responde aos outros com modo socialmente aceitável	2	3

Com a intervenção musicoterapêutica houve uma cooperação maior e mais recetividade por parte da utente a outras situações e a outras formas de estar.

É importante referir, que a atitude e relação da PC com os colegas modificou gradualmente. Inicialmente, a PC ficava ofendida e levava a peito quando era chamada atenção de que não podia estar sempre tão perto do colega e a tocar-lhe bem como não conseguia perceber e respeitar quando o colega ficava mais pensativo. Nesse sentido, a estagiária conseguiu aperceber-se de que momento após momento a utente começou a respeitar mais e quando por vezes não o fazia bastava uma chamada de atenção que com boa disposição e compreensão se afastava sem o incomodar. Em relação à atitude com a colega MH começou a ser diferente, aceitando as suas sugestões e mesmo quando não concordava já não se recusava a participar.

6.2.6. Conclusão:

No que concerne aos objetivos propostos para PC considera-se que foram parcialmente atingidos. PC apresentou alguma evolução, ao nível do relacionamento, bem como ao nível da estabilidade emocional. Esta modificação ajudou ainda na melhoria da impulsividade da utente, já não respondendo com tanta frequência a tudo e todos como fazia anteriormente. Ao nível cognitivo foi o parâmetro que se conseguiu menos resultados, apesar de termos trabalhado a estimulação da memória bem como a atenção e concentração. Foi considerado que poderiam ter existido mais resultados significativos se a intervenção terapêutica se tivesse perpetuado.

7. Outras Intervenções

7.1. Intervenção com o Grupo I (EC; JS;L;PM)

O grupo I, constituído por quatro elementos, era de todos os grupos de intervenção o mais homogéneo. Três dos utentes tinham diagnóstico de deficiência mental, sendo PM deficiência mental ligeira, EC deficiência mental moderada e L deficiência mental grave (síndrome de Prader Willi) e JS não possuía diagnóstico prescrito contudo apontava-se para algo relacionado com asperger. Todos os utentes se aceitavam muito bem o que favorecia o ambiente do grupo sendo todos muito amigos uns dos outros, tentando-se ajudar mutuamente sem qualquer tipo de restrições entre os elementos do grupo.

A nível sonoro musical existia uma desunião no grupo que se devia ao facto de não se ouvirem mutuamente e cada elemento tocar para seu lado. De uma forma geral, podemos dizer que todos os utentes mencionados anteriormente se caracterizavam por ter vivências musicais diferentes, quer pela sua idade como pelo seu meio e costumes do seu quotidiano. De todos os elementos do grupo destacou-se L pelo prazer que denotava ao tocar, cantar, dançar ou apenas a ouvir música, JS muito pouco participativo, com uma iniciativa própria praticamente nula e os restantes elementos participavam sem grandes oscilações.

Ao longo das 21 sessões realizadas, o grupo usufruiu de diferentes atividades desde reproduções de canções, improvisação, jogos musicais e rítmicos. Notou-se uma evolução ao nível da unificação do grupo, cooperação entre os elementos e aumento do grau de iniciativa. Foi possível através deste progresso, a criação de uma letra respeitante a todo o grupo para a gravação do CD, como produto final das sessões de musicoterapia.

7.2. Intervenção com o Grupo II (C; EB; P; SM; TC)

O grupo II foi formado por EB (síndrome de down), SM (deficiência mental moderada) e TC (deficiência mental moderada e depressão com surtos psicóticos associados). Estes foram os elementos constituintes do grupo até à 11ª sessão. Houve algumas sessões em que nem todos os utentes estiveram presentes, derivado a internamento ou a ausência por ir visitar familiares fora do país.

Todos os utentes gostavam de música, contudo destacavam-se EB e SM pela sua expressividade musical. TC era um elemento que, por vezes, não respeitava os restantes utentes e mesmo eles estando a tocar interrompia a qualquer momento para falar, o que incomodava os colegas.

A partir da 12ª sessão entrou um novo utente, o P que tinha como prescrição depressão e que apesar das suas diferenças perante os outros se adequou e enquadrou perfeitamente, sem problema, aceitando muito bem os colegas. Na 15ª sessão o grupo voltou a sofrer mais uma nova adaptação, com um utente novo, o C que era bipolar e à semelhança de P se enquadrou sem dificuldade.

Em relação aos elementos que os receberam, poderemos afirmar que foram bastante acolhedores e ficaram muitos contentes sem exceção por terem consigo pessoas diferentes. A entrada dos utentes mencionados anteriormente foram elementos enriquecedores para o produto final do grupo, nomeadamente para a escrita da canção. Em relação aos restantes utentes olhavam para eles com admiração e sempre que eles davam uma opinião todos concordavam.

Notou-se uma evolução, no que diz respeito à coesão sonora do grupo. Os utentes começaram a ouvir-se mais uns aos outros. Quando alguém se estava a distrair e a entrar dentro do espaço sonoro do outro, eles próprios se corrigiam e fazia com que se

apercebessem de até onde poderiam ir. Com a intervenção terapêutica, TC aprendeu a respeitar mais o espaço dos colegas e já eram poucas as vezes que interrompia os colegas para falar. Aguardava que todos acabassem de tocar para falar.

7.3. Intervenção com o Grupo III (CF; MH; PC)

Constituído por três elementos, foi um grupo que iniciou apenas com CF e PC dado que MH estava internada. Os dois utentes eram bastante amigos e funcionaram muito bem musicalmente com um único senão representado pelo relacionamento sufocante que a PC exercia sobre CF. Por vezes, era evidente que a atitude da utente incomodava o colega, contudo nunca foi capaz de lhe dizer nada para diminuir o seu desconforto. A estagiária, sessão após sessão, relembrou as regras como forma de lembrar os utentes que não se deveriam estar sempre a tocar e assim foi possível ir trabalhando o relacionamento e a forma de estar da paciente perante o colega.

Na 5ª sessão, foi a primeira sessão em que todos os elementos do grupo estiveram presentes e nesse dia, o ambiente de harmonia que existia no grupo transformou-se num caos completo. MH (com perturbação histriónica da personalidade) queria tocar em todos os instrumentos ao mesmo tempo, e se por um lado, CF reagiu com naturalidade, PC sentiu-se perturbada, incomodada e refletiu-se na sua forma de estar na sessão, que praticamente a levou a não participar. Com o decorrer das sessões, MH foi ficando com o comportamento mais controlado e por outro lado PC foi-se acostumando e aceitou melhor a colega proporcionando-se novamente um ambiente de harmonia no grupo.

Através da reprodução de canções, de improvisações bem como da criação de novas letras foi evidente uma evolução no comportamento social de cada elemento, bem

como da sintonia e da aceitação de uns para com os outros tendo estas características tão diferentes uns dos outros.

7.4. Intervenção com o Grupo IV (AC; AR; JM; TP)

O grupo IV foi constituído por quatro elementos cada um com o seu diagnóstico associado. AC tinha deficiência mental moderada, com grandes problemas ao nível da linguagem. AR e JM tinham deficiência mental ligeira e TP tinha multideficiência. Não falava e alimentava-se por sonda. Apesar de todas as diferenças entre eles, todos tinham uma atenção especial com TP e proporcionavam com que houvesse um bom ambiente e conforto para a colega. TP aceitava muito bem a ajuda dos colegas. Em relação ao ambiente sonoro, inicialmente o grupo era disperso, apesar de JM estar sempre muito atento ao que a estagiária fazia e a reagir consoante o que era proposto. AC a nível musical fazia sempre o mesmo ritmo com muito pouca intensidade e sempre que se sentia observada tinha tendência a parar de tocar. Neste grupo trabalhou-se muito à base de improvisação e de jogos musicais. A voz, praticamente apenas foi usada pela estagiária e tudo o que os utentes faziam era acompanhar a tocar.

A partir da 12ª sessão o grupo ficou com menos um utente, dado que AR teve de ir fazer serviço comunitário. A união do grupo ficou ainda mais coesa dado que JM, que assumia a postura de líder tinha em consideração o fato da TP ter mais dificuldades na execução dos instrumentos e de AC tocar baixo. Desta forma tocavam uniformemente e com uma intensidade que permitia todos terem perceção do som uns dos outros.

Foram realizadas 20 sessões na totalidade e do conjunto poderemos mencionar que houve uma evolução ao nível sonoro-musical onde se verificou o respeito mutuo e sessão após sessão foi evidente mais à vontade na participação dos utentes conseguindo que nas ultimas sessões cantassem com a estagiária e mesmo TP que não falava emitiu

sons enquanto tocava. A estagiária ficou bastante agradada por ter conseguido algo mais, apesar de ter sido praticamente no final e de já não haver possibilidade de dar continuidade aquele pequeno progresso demonstrado.

8. Conclusão e Discussão

O estágio académico de musicoterapia, realizado no CAO, na Casa do Povo de Seia, teve a duração de oito meses. Realizaram-se quatro grupos com toda a população alvo e escolheram-se alguns utentes para intervenção individual. Pretendeu-se conceber aos utentes a possibilidade de passarem por um processo continuado de exploração criativa mediado pelo som e pela relação terapêutica. Este foi um processo que veio expandir o alcance das atividades terapêuticas realizadas na Casa do Povo de Seia, no CAO: o uso da criatividade e exploração sonoro-musical como ferramenta de exploração e transformação pessoal. Procurou-se abraçar esta experiência de forma adequada, adaptativa, humana, interessada e acima de tudo, de forma responsável.

O impacto da intervenção, realizada na instituição mencionada anteriormente foi significativo por se ter conseguido alcançar mudanças, ainda que temporárias, na vida dos utentes intervencionados, criando-se atividades onde lhes foram oferecidos momentos de investimento pessoal e relacional.

A palavra foi utilizada para comunicar e tecer relações. O discurso, ou as narrativas sobre a experiência musical, que emergiram durante o processo, foram co-criadas entre utentes e estagiária. Esta atribuição de significado era realizada pela estagiária tendo em vista objetivos terapêuticos, e verbalizada pelos utentes numa tentativa de partilhar os elementos mais significativos da experiência musical.

O estágio foi bem recebido pela instituição, quer pela novidade do que era a musicoterapia enquanto terapia e que poderia possibilitar algumas mudanças em alguns utentes. O bom relacionamento por parte da estagiária com os utentes e com todos os elementos técnicos da instituição, e o respeito que existia entre ambos fez com que ainda mais apreciassem o trabalho de musicoterapia apesar de por vezes não perceberem

muito bem o que é que se fazia nas sessões, contudo percebiam que algo estava acontecer.

Os objetivos gerais deste estágio consistiram na articulação entre as várias áreas de desenvolvimento do utente, no sentido de reduzir a sua dependência e promover as suas competências / autonomia, bem como aumentar o leque de ofertas de recreação terapêutica existentes na instituição, promovendo uma vida ativa e de participação social dos utentes. A um nível mais clínico, explorar o universo afetivo e emocional do indivíduo, facilitar a expressão e a criatividade através de atividades de reprodução e criação musical e potenciar os processos de comunicação e integração no grupo.

Os objetivos do estágio consideram-se que foram alcançados, observando-se por toda a evolução que os utentes demonstraram, não só a nível de relacionamento, como a nível da linguagem verbal utilizada. Os testes aplicados ao longo da intervenção demonstram que de uma forma geral houve evolução nos parâmetros avaliados.

Este estágio foi apenas um início e mais trabalho deverá ser desenvolvido no sentido de haver uma continuação da evolução observada, ou pelo menos, para manter as metas atingidas, seja através da musicoterapia ou de outra terapia.

Ao longo da intervenção foram seguidas as linhas de orientação de diversos autores que mencionam que a música é uma ferramenta útil para retirar as pessoas do isolamento, pelo seu poder em estabelecer comunicação, sobretudo a não-verbal e, também, uma forma agradável para se trabalhar as capacidades cognitivas.

Considera-se ter sido essencial o trabalho de continuidade realizado no CAO, pois como os resultados demonstraram, a musicoterapia ajuda a melhorar a independência e autonomia dos utentes.

9. Reflexão Pessoal

O estágio foi uma experiência muito enriquecedora. A integração foi facilitada pelo bom acolhimento por parte de ambas as equipas de técnicos, e pela motivação que tinha em descobrir a realidade da prática musicoterapêutica. A relação com os técnicos foi muito boa, senti muita abertura e disponibilidade, e alguma curiosidade sobre o que seria o processo musicoterapêutico.

Sentia-me muito ansiosa por começar contudo muito desorientada em relação ao que fazer e como fazer. Por vezes necessitei de algum apoio ao qual a psicóloga da instituição esteve sempre disposta a auxiliar. Embora ao nível da musicoterapia não fosse possível auxiliar-me por vezes o facto de discutirmos e debatermos determinados processos ajudava-me a estruturar-me e a organizar-me melhor e posteriormente com o falar do que acontecia nas sessões nas aulas de supervisão, ajudava-me a clarificar ideias. Com o passar dos dias na instituição acabei por me ir familiarizando com o processo, fui criando relação com os utentes, acompanhando-os na sua própria descoberta e transformação. Fui percebendo a eficácia que a música e a musicoterapia têm no investimento dos utentes, e descobrindo formas de orientar e facilitar o trabalho quer coletivo como individual através do som. Todo o processo permitiu-me ganhar confiança e colocar de lado os receios e hesitações iniciais no que diz respeito à forma de trabalhar com a população-alvo.

A música foi o mediador que permitiu esta experiência fantástica que foi o estágio em musicoterapia. Foi através da música possível desenvolver um afeto e respeito muito grande por parte de todos os utentes com que trabalhei, tendo com uns uma relação mais próxima do que com outros, contudo muito enriquecedora a vários níveis.

Enquanto aprendizagem pessoal, o estágio teve um papel fundamental na progressão das minhas competências enquanto futura musicoterapeuta. No início senti-me bastante insegura, nomeadamente na compreensão do que estava a acontecer enquanto processo terapêutico e na forma como poderia interpretar. “Será que estou a analisar e a interpretar corretamente?” – Pensava eu, tantas e tantas vezes. Todas as dúvidas advêm do fato da minha formação ser estritamente musical. Com o passar das sessões e com a interpretação a ser feita diariamente, o sentimento de receio e ansiedade sentido foi diminuindo. Poderei afirmar que todo este processo foi um enorme processo de crescimento pessoal e profissional que teve aqui o seu início e que terá uma longa caminhada pela frente a percorrer.

Referências

Ação Social (2010). Casa do Povo de Seia “Nem melhor nem pior, apenas diferente”.

Revista País Positivo, Junho 10 / Edição nº 37, pg. 46.

American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. (4ª edição). Lisboa: Climepsi Editores.

Branco, N. (2011). *Atividade Física Adaptada numa Unidade de Intervenção Especializada numa Unidade de Intervenção Especializada em Multideficiência*. Porto.

Boxill, E. (1982). *A primary treatment modality for the developmentally disabled*. New York: Young Adult Institute & workshop, Inc.

Boxill, E. (1981). *Music therapy: A primary treatment modality for the developmentally disabled*. Michigan.

Bruscia, K. (2000). *Definindo Musicoterapia*. Rio de Janeiro: Enelivros.

Coelho, L. & Coelho, R. (2001). Impacto psicossocial da Deficiência Mental. *Revista Portuguesa de Psicossomática, Jan/Jun (3)*, 123-143. Porto.

Cobb, H. & Mittler, P. (2005). Diferenças significativas entre deficiência e doença mental. *Folhetos SNR Nº 54*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

Davis, W (1999). Music Therapy for Mentally Retarded Children and Adults. IN W. Davis (1999). *An Introduction to Music Therapy – Theory and Practice*, (Second Edition) (p.63-85). McGraw-Hill

- Felce, D. (2006). Appealing to social equity to interpret objective quality of life indicators. *Journal of Applied research in Intellectual Disabilities*, vol. 19 (3), 122-132.
- Freitas, M. S. S. (2005). *Deficiência Mental e Coordenação Motora: Estudo comparativo de coordenação motora entre indivíduos com deficiência mental ligeira e moderada*. Universidade do Porto. Faculdade de ciências do desporto e de educação física. Porto.
- Ferraz, M. (Org). (2009). *Terapias Expressivas Integradas*. Lisboa: Tuttirév Editorial, Lda.
- Ferreira, S. (2011). *Deficiência Mental Moderada. Estudo de caso*. Escola Superior de Educação Almeida Garrett. Departamento de Ciências da Educação. Lisboa
- Lourenço, M. M. B. (2011). *Perspectiva dos docentes acerca da transição para a vida pós-escolar de alunos com deficiência mental*. Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa. Centro Regional das Beiras-Viseu.
- Morato, P. (1993). *Deficiência Mental e Aprendizagem: estudos dos efeitos dos diferentes ambientes da aprendizagem na aquisição de conceito espaciais em crianças com Trissomia 21*. Tese de Doutoramento. Faculdade de motricidade Humana – Universidade Técnica de Lisboa. Lisboa.
- Morato, P.; Dinis, A.; Fernandes, C.; Alves, C.; Gonçalves, P.; Lima, R. & Marques, S. (1996). Mudança de Paradigma na Conceção da Deficiência Mental. *Revista Integrar*, 9, 5-14.

- Morato, P. & Santos, S. (2007). *Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais. A Mudança de Paradigma na Conceção da Deficiência Mental*. REER. IV Série. Vol. 14, 51-55. Cruz Quebrada: UTL. FMH.
- Maistre, M.(1981). *Deficiencia mental y language*. Laia. Barcelona.
- Matos, A. (2012). *Saúde Mental*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Nielsen, L. (1999). *Necessidades Educativas Especiais na sala de aula. Um guia para Professores*. Porto: Porto Editora.
- Pacheco, D. & Valencia, R. (1997). A Deficiência Mental. In R. Bautista (coord.), *Necessidades Educativas Especiais*, (209-223). Lisboa: Dinalivro.
- Paredes, S. (2012). *O papel da musicoterapia no desenvolvimento cognitivo nas crianças com perturbação do espectro do autismo*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Portugal.
- Pavlicevic, M. (2000). Improvisation in music therapy: human communication in sound. *Journal of Music Therapy*, XXXVII (4), 2000, 269-285.
- Quiroga, M. (1989). Deficiencia mental. *Manual de Educación Especial*. Anaya. Madrid.
- Rett, A. & Seidler, H. (1996). *A criança com lesão cerebral. Problemas médicos, educativos e sociais*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Sainz, J. e Mayor, J. (1989). Procesos cognitivos en los deficientes mentales. *Manual de Educación Especial*. Anaya. Madrid.
- Steele, A. (1967). Effects of Social Reinforcement on the Musical Preference of Mentally Retarded Children. *Journal of Music Therapy*, IV, pp. 57-62.

Steele, A. (1968) Programmed Use of Music to Alter Uncooperative Problem Behavior.

Journal of Music Therapy, V December, Nº 4, pp. 103-108.

Wigram, T., Pedersen, I. & Bonde, L. (2002) *A comprehensive guide to music therapy*.

Jessica Kingsley Publishers.

<http://casadopovodeseia.com.sapo.pt/> - Consultada no dia 06-11-2012, pelas 22h57m.

<http://www.deficiencia.no.comunidades.net/index.php?pagina=1021484657> Consultado no dia 22-11-2012, pelas 23h25m.

Anexos

LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Declaração de autorização para filmagem das sessões.....	61
Anexo B – Grelha de observação utilizada para pré e pós teste.....	63
Anexo C – Dados do pré teste - SM.....	65
Anexo D – Dados do pós teste - SM	67
Anexo E – Dados do pré teste - PC.....	69
Anexo F – Dados do pós teste - PC.....	71

Anexo A



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA
INSTITUTO LUSÍADA DE PÓS-GRADUAÇÕES
Mestrado em Musicoterapia

Seia, ____ de _____ de _____

Ao Exm^o (ª) Sr (ª)

Caro(a) Senhor(a),

A instituição onde o/a _____, sob guarda legal de V^a Ex^a, recebe serviços de Musicoterapia é uma instituição de acolhimento para um estagiário do curso de Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa durante o ano letivo de 2012-2013, cujo trabalho é supervisionado por profissionais com formação especializada na área da Musicoterapia, e a orientação deste trabalho será realizada nas instalações da dita Universidade. No âmbito destas atividades, é extremamente importante a gravação áudio e vídeo, bem como eventual registo fotográfico das sessões, para que o trabalho do estagiário possa ser devidamente supervisionado pelos docentes da Universidade, dado que não seria praticável que todos os supervisores acompanhassem em direto nesta instituição o trabalho do estagiário.

Assim, vimos por este meio solicitar a sua autorização para que se possam efetuar registos vídeo/áudio e fotográfico das sessões em que o(a) _____ participa, registos estes que serão utilizados única e exclusivamente para efeitos de supervisão e formação dos técnicos e que serão mantidos na mais absoluta confidencialidade entre o utente, o técnico e o grupo de supervisão.

Junto apresentamos uma minuta de declaração de autorização por parte dos pais e educadores dos nossos utentes. Solicitamos-lhe que preencha e assine esta declaração, que ficará arquivada no processo do _____.

Com os melhores cumprimentos,

Professora Doutora Teresa Leite

Coordenadora Científica

Mestrado de Musicoterapia

Universidade Lusíada de Lisboa

DECLARAÇÃO

Eu, _____, pai / mãe / guardião legal / encarregado (a) de educação do(a) _____ (riscar se for o próprio), declaro para os devidos efeitos que autorizo a que sejam feitos registos em gravação Vídeo/Áudio, bem como fotográfico das sessões de intervenção em Musicoterapia, exclusivamente para efeitos de supervisão do trabalho realizado.

Declaro ainda que fui informado(a) de que estas gravações serão utilizadas única e exclusivamente no contexto do trabalho terapêutico realizado, para efeitos de supervisão ou formação profissional, e que obtive explicações satisfatórias por parte dos técnicos responsáveis para as questões por mim colocadas acerca deste projecto.

Seia, _____ de _____ de _____

O Próprio ou o(a) Encarregado(a) de Educação,

Assinatura

Nome Legível

Anexo B

Grelha de Observação:

(Baseada na Escala de Comportamento Adaptativo versão Portuguesa)

Paciente: _____ Idade: ____

Diagnóstico: _____ Data: ____ / ____ / ____

Legenda: 0-Nunca; 1- Raramente; 2- Às vezes; 3- Frequentemente; 4-Sempre

IV – Linguagem					
	0	1	2	3	4
• Articulação					
8. Sussurra ou fala baixo, sendo difícil de compreender					
9. Fala muito devagar e com dificuldade					
10. Fala de forma rápida e acelerada, com energia					
11. Fala com interrupções ou pausas					
12. Articula adequadamente as palavras					
13. É capaz de formular frases completas e manter uma conversa					
14. O seu raciocínio é fluente					
• Compreensão de Instruções Orais					
6. Compreende instruções complexas envolvendo uma decisão?					
7. Compreende instruções envolvendo vários passos					
8. Responde a questões simples como: “Como te chamas?” ou “O que estás a fazer?”					
9. Responde corretamente a frases simples como: “Senta-te”, “Vem cá”					
10. Consegue apenas compreender frases simples					
• Linguagem Social					
5. Usa palavras como “por favor” e “obrigado”					
6. Conversa sobre diversos assuntos como a família, desportos, atividades de grupo					
7. Responde quando conversam com ele (a)					
8. Exprime ideias de forma clara.					

VI – Auto Confiança					
• Iniciativa / Passividade					
7.	Tem iniciativa própria para realização de atividades				
8.	Participa nas atividades que lhe são propostas				
9.	Precisa de encorajamento para terminar as tarefas				
10.	Não demonstra interesse pelas atividades				
11.	Termina tarefas depois dos outros				
12.	É lento e vagaroso				
• Socialização					
✓ Cooperação					
7.	Oferece assistência aos outros				
8.	Se solicitado, está pronto ajudar				
9.	Nunca ajuda os outros				
✓ Interação social					
7.	Interage com os outros em jogos ou atividades de grupo				
8.	Interage com os outros por imitação				
9.	Não responde aos outros com modo socialmente aceitável				
✓ Comportamento Social					
5.	Ameaça ou assume formas de violência física como ofender, morder, cuspir, dar pontapés ou atirar com objetos aos outros				
6.	Possui um temperamento agressivo ou violento, fazendo birras				
7.	Manipula os outros utentes com facilidade e frequência				
8.	Relaciona-se adequadamente				
• Comportamento Auto- Agressivo					
4.	Não gosta de ser tocado				
5.	Bate-se, morde-se ou corta-se				
6.	Arranha-se ou belisca-se causando feridas				
• Contacto social					
5.	Fica inativo, sem comunicar mas senta-se e observa os outros				
6.	Adormece na cadeira				
7.	Parece não reagir a nada				
8.	É apático				

Obrigado pela colaboração! ☺

Anexo C

Pré Teste:

(Baseado na Escala de Comportamento Adaptativo versão Portuguesa)

Paciente: SM

Idade: 32

Diagnóstico: Deficiência Mental Moderada

Data: 07 / 12 /2013

Legenda: 0-Nunca; 1- Raramente; 2- Às vezes; 3- Frequentemente; 4-Sempre

IV – Linguagem					
	0	1	2	3	4
• Articulação					
15. Sussurra ou fala baixo, sendo difícil de compreender					x
16. Fala muito devagar e com dificuldade		x			
17. Fala de forma rápida e acelerada, com energia		x			
18. Fala com interrupções ou pausas		x			
19. Articula adequadamente as palavras			x		
20. É capaz de formular frases completas e manter uma conversa		x			
21. O seu raciocínio é fluente	x				
• Compreensão de Instruções Orais					
11. Compreende instruções complexas envolvendo uma decisão?	x				
12. Compreende instruções envolvendo vários passos		x			
13. Responde a questões simples como: “Como te chamas?” ou “O que estás a fazer?”			x		
14. Responde corretamente a frases simples como: “Senta-te”, “Vem cá”			x		
15. Consegue compreender frases simples			x		
• Linguagem Social					
9. Usa palavras como “por favor” e “obrigado”		x			
10. Conversa sobre diversos assuntos como a família, desportos, atividades de grupo		x			
11. Responde quando conversam com ele (a)			x		
12. Exprime ideias de forma clara.		x			

VI – Auto Confiança					
• Iniciativa / Passividade					
13.	Tem iniciativa própria para realização de atividades			x	
14.	Participa nas atividades que lhe são propostas			x	
15.	Precisa de encorajamento para terminar as tarefas			x	
16.	Demonstra interesse pelas atividades			x	
17.	Termina tarefas depois dos outros			x	
18.	É lento e vagaroso			x	
• Socialização					
✓ Cooperação					
10.	Oferece assistência aos outros		x		
11.	Se solicitado, está pronto ajudar			x	
12.	Ajuda os outros		x		
✓ Interação social					
10.	Interage com os outros em jogos ou atividades de grupo		x		
11.	Interage com os outros por imitação			x	
12.	Responde aos outros com modo socialmente aceitável			x	
✓ Comportamento Social					
9.	Manifesta formas de violência física e / ou psicológica			x	
10.	Possui um temperamento agressivo ou violento, fazendo birras		x		
11.	Manipula os outros utentes com facilidade e frequência	x			
12.	Relaciona-se adequadamente			x	
• Comportamento Auto- Agressivo					
7.	Gosta de ser tocado		x		
8.	Bate-se, morde-se ou corta-se	x			
9.	Arranha-se ou belisca-se causando feridas			x	
• Contacto social					
9.	Fica inativo, sem comunicar mas senta-se e observa os outros				x
10.	Adormece na cadeira	x			
11.	Parece não reagir a nada				x
12.	É apático				x

Obrigado pela colaboração! ☺

Anexo D

Pós Teste:

(Baseado na Escala de Comportamento Adaptativo versão Portuguesa)

Paciente: SM

Idade: 32

Diagnóstico: Deficiência Mental Moderada

Data: 20 / 06 /2013

Legenda: 0-Nunca; 1- Raramente; 2- Às vezes; 3- Frequentemente; 4-Sempre

IV – Linguagem					
	0	1	2	3	4
• Articulação					
22. Sussurra ou fala baixo, sendo difícil de compreender			x		
23. Fala muito devagar e com dificuldade		x			
24. Fala de forma rápida e acelerada, com energia		x			
25. Fala com interrupções ou pausas		x			
26. Articula adequadamente as palavras				x	
27. É capaz de formular frases completas e manter uma conversa			x		
28. O seu raciocínio é fluente			x		
• Compreensão de Instruções Orais					
16. Compreende instruções complexas envolvendo uma decisão?				x	
17. Compreende instruções envolvendo vários passos			x		
18. Responde a questões simples como: “Como te chamas?” ou “O que estás a fazer?”				x	
19. Responde corretamente a frases simples como: “Senta-te”, “Vem cá”				x	
20. Consegue compreender frases simples					x
• Linguagem Social					
13. Usa palavras como “por favor” e “obrigado”			x		
14. Conversa sobre diversos assuntos como a família, desportos, atividades de grupo			x		
15. Responde quando conversam com ele (a)				x	
16. Exprime ideias de forma clara.			x		

VI – Auto Confiança					
• Iniciativa / Passividade					
19.	Tem iniciativa própria para realização de atividades				x
20.	Participa nas atividades que lhe são propostas				x
21.	Precisa de encorajamento para terminar as tarefas			x	
22.	Demonstra interesse pelas atividades				x
23.	Termina tarefas depois dos outros			x	
24.	É lento e vagaroso			x	
• Socialização					
✓ Cooperação					
13.	Oferece assistência aos outros		x		
14.	Se solicitado, está pronto ajudar				x
15.	Ajuda os outros			x	
✓ Interação social					
13.	Interage com os outros em jogos ou atividades de grupo			x	
14.	Interage com os outros por imitação				x
15.	Responde aos outros com modo socialmente aceitável			x	
✓ Comportamento Social					
13.	Manifesta formas de violência física e / ou psicológica		x		
14.	Possui um temperamento agressivo ou violento, fazendo birras		x		
15.	Manipula os outros utentes com facilidade e frequência	x			
16.	Relaciona-se adequadamente				x
• Comportamento Auto- Agressivo					
10.	Gosta de ser tocado			x	
11.	Bate-se, morde-se ou corta-se		x		
12.	Arranha-se ou belisca-se causando feridas		x		
• Contacto social					
13.	Fica inativo, sem comunicar mas senta-se e observa os outros				x
14.	Adormece na cadeira	x			
15.	Parece não reagir a nada				x
16.	É apático		x		

Obrigado pela colaboração! ☺

Anexo E

Pré Teste:

(Baseado na Escala de Comportamento Adaptativo versão Portuguesa)

Paciente: PC

Idade: 34

Diagnóstico: Deficiência Mental Moderada

Data: 07 / 12 /2013

Legenda: 0-Nunca; 1- Raramente; 2- Às vezes; 3- Frequentemente; 4-Sempre

IV – Linguagem					
	0	1	2	3	4
• Articulação					
29. Sussurra ou fala baixo, sendo difícil de compreender	x				
30. Fala muito devagar e com dificuldade	x				
31. Fala de forma rápida e acelerada, com energia			x		
32. Fala com interrupções ou pausas		x			
33. Articula adequadamente as palavras			x		
34. É capaz de formular frases completas e manter uma conversa				x	
35. O seu raciocínio é fluente				x	
• Compreensão de Instruções Orais					
21. Compreende instruções complexas envolvendo uma decisão?			x		
22. Compreende instruções envolvendo vários passos			x		
23. Responde a questões simples como: “Como te chamas?” ou “O que estás a fazer?”					x
24. Responde corretamente a frases simples como: “Senta-te”, “Vem cá”					x
25. Consegue compreender frases simples				x	
• Linguagem Social					
17. Usa palavras como “por favor” e “obrigado”				x	
18. Conversa sobre diversos assuntos como a família, desportos, atividades de grupo				x	
19. Responde quando conversam com ele (a)				x	
20. Exprime ideias de forma clara.			x		

VI – Auto Confiança					
• Iniciativa / Passividade					
25.	Tem iniciativa própria para realização de atividades			x	
26.	Participa nas atividades que lhe são propostas			x	
27.	Precisa de encorajamento para terminar as tarefas			x	
28.	Demonstra interesse pelas atividades			x	
29.	Termina tarefas depois dos outros		x		
30.	É lento e vagaroso		x		
• Socialização					
✓ Cooperação					
16.	Oferece assistência aos outros			x	
17.	Se solicitado, está pronto ajudar			x	
18.	Ajuda os outros			x	
✓ Interação social					
16.	Interage com os outros em jogos ou atividades de grupo			x	
17.	Interage com os outros por imitação		x		
18.	Responde aos outros com modo socialmente aceitável			x	
✓ Comportamento Social					
17.	Manifesta formas de violência física e / ou psicológica		x		
18.	Possui um temperamento agressivo ou violento, fazendo birras		x		
19.	Manipula os outros utentes com facilidade e frequência	x			
20.	Relaciona-se adequadamente			x	
• Comportamento Auto - Agressivo					
13.	Gosta de ser tocado				x
14.	Bate-se, morde-se ou corta-se	x			
15.	Arranha-se ou belisca-se causando feridas	x			
• Contacto social					
17.	Fica inativo, sem comunicar mas senta-se e observa os outros			x	
18.	Adormece na cadeira	x			
19.	Parece não reagir a nada		x		
20.	É apático	x			

Obrigado pela colaboração! ☺

Anexo F

Pós Teste:

(Baseado na Escala de Comportamento Adaptativo versão Portuguesa)

Paciente: PC

Idade: 34

Diagnóstico: Deficiência Mental Moderada

Data: 20 / 06 /2013

Legenda: 0-Nunca; 1- Raramente; 2- Às vezes; 3- Frequentemente; 4-Sempre

IV – Linguagem					
	0	1	2	3	4
• Articulação					
36. Sussurra ou fala baixo, sendo difícil de compreender	x				
37. Fala muito devagar e com dificuldade	x				
38. Fala de forma rápida e acelerada, com energia			x		
39. Fala com interrupções ou pausas	x				
40. Articula adequadamente as palavras			x		
41. É capaz de formular frases completas e manter uma conversa				x	
42. O seu raciocínio é fluente				x	
• Compreensão de Instruções Orais					
26. Compreende instruções complexas envolvendo uma decisão?			x		
27. Compreende instruções envolvendo vários passos			x		
28. Responde a questões simples como: “Como te chamas?” ou “O que estás a fazer?”					x
29. Responde corretamente a frases simples como: “Senta-te”, “Vem cá”					x
30. Consegue compreender frases simples				x	
• Linguagem Social					
21. Usa palavras como “por favor” e “obrigado”				x	
22. Conversa sobre diversos assuntos como a família, desportos, atividades de grupo				x	
23. Responde quando conversam com ele (a)					x
24. Exprime ideias de forma clara.				x	

VI – Auto Confiança					
• Iniciativa / Passividade					
31.	Tem iniciativa própria para realização de atividades				x
32.	Participa nas atividades que lhe são propostas				x
33.	Precisa de encorajamento para terminar as tarefas			x	
34.	Demonstra interesse pelas atividades				x
35.	Termina tarefas depois dos outros		x		
36.	É lento e vagaroso		x		
• Socialização					
✓ Cooperação					
19.	Oferece assistência aos outros				x
20.	Se solicitado, está pronto ajudar				x
21.	Ajuda os outros				x
✓ Interação social					
19.	Interage com os outros em jogos ou atividades de grupo				x
20.	Interage com os outros por imitação		x		
21.	Responde aos outros com modo socialmente aceitável				x
✓ Comportamento Social					
21.	Manifesta formas de violência física e / ou psicológica		x		
22.	Possui um temperamento agressivo ou violento, fazendo birras		x		
23.	Manipula os outros utentes com facilidade e frequência	x			
24.	Relaciona-se adequadamente			x	
• Comportamento Auto- Agressivo					
16.	Gosta de ser tocado				x
17.	Bate-se, morde-se ou corta-se	x			
18.	Arranha-se ou belisca-se causando feridas	x			
• Contacto social					
21.	Fica inativo, sem comunicar mas senta-se e observa os outros		x		
22.	Adormece na cadeira	x			
23.	Parece não reagir a nada		x		
24.	É apático	x			

Obrigado pela colaboração! ☺