

FACULDADE PAULISTA DE ARTES
CURSO DE MUSICOTERAPIA

**MUSICOTERAPIA NA AUTOESTIMA DE ADOLESCENTES
COM DEFICIÊNCIAS NEUROPSICOMOTORAS**

MARINA MORENO

São Paulo
2011

FACULDADE PAULISTA DE ARTES
CURSO DE MUSICOTERAPIA

**MUSICOTERAPIA NA AUTOESTIMA DE ADOLESCENTES
COM DEFICIÊNCIAS NEUROPSICOMOTORAS**

MARINA MORENO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora, como exigência parcial para a obtenção de título de Graduação do Curso de Musicoterapia, da Faculdade Paulista de Artes, sob a orientação da Prof^a. Silvia Cristina Rosas e co-orientação da Prof^a. Lilian Monaro Engelmann Coelho.

São Paulo
2011

BANCA EXAMINADORA

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer imensamente a algumas pessoas que fizeram parte não só desse duro caminho até me tornar Musicoterapeuta, mas também a todos que acabaram por influenciar minha vida de alguma maneira.

Primeiramente, aos meus pais, minha irmã, minha avó Sidneya e a toda minha família por seu apoio incondicional e por acreditar desde cedo na minha vocação musical.

Aos meus professores Rose, Adalgisa, Robson Menezes, Rogério e Wagner Brito e Nikolai Genov por me apresentarem ao fascinante mundo da música e a todos os amigos que fizeram parte da banda do Colégio Renovação durante os 10 anos que lá toquei.

Às professoras Silvia Rosas e Lilian Coelho, cujas orientações tornaram possível a realização deste trabalho.

E agradecimentos aos colegas companheiros desta jornada musicoterapêutica, especialmente a alguns amigos: Bianca Vianna, Carolina Ferreira, Danielle Pacheco, Jefferson Santos, Milene Teixeira e Rosilene Rodrigues.

“Músico é louco.

Terapeuta é louco.

Portanto, Musicoterapeuta é louco ao quadrado.”

(Professores da FPA na aula inaugural do curso de Musicoterapia / 2008)

RESUMO

O presente trabalho investiga como Musicoterapia e autoestima estão relacionadas. O enfoque na abordagem social, relacionamento interpessoal e estética tem como objetivo dar aos indivíduos pesquisados um novo autoconceito baseado no fazer musical, que pode auxiliar num processo de melhora da autoestima de adolescentes com deficiências neuropsicomotoras. O trabalho apresenta alguns pontos críticos na formação da autoestima deste público, como estigma, episódios de bullying, superproteção e negação da deficiência pela família. A realização da pesquisa de campo foi desenvolvida ao longo de 19 sessões, com um grupo de adolescentes com deficiências neuropsicomotoras. Para mensuração da autoestima e posterior verificação do resultado do processo musicoterapêutico, foi utilizada a Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR). A utilização das técnicas improvisacionais e de composição de Kenneth Bruscia dão o suporte teórico musicoterapêutico para que o projeto prático seja desenvolvido. Os resultados mostraram que após as dezenove sessões, todos os sujeitos tiveram aumento na pontuação da EAR.

Palavras-chave: Musicoterapia; autoestima; autoconceito.

ABSTRACT

The present coursework investigates how Music Therapy and self-esteem are related. The focus is in addressing social, interpersonal relationship and aesthetics to give individuals surveyed a new self-concept based on music making, which can assist in the process of improving self-esteem of adolescents with neuropsychomotor disabilities. The work presents some critical points in this public self-esteem formation, as stigma, bullying episodes, and overprotection and denial of disability by their family. The field work was developed over 19 sessions with a group of adolescents with neuropsychomotor disabilities. For the measurement of self-esteem and subsequent verification of the outcome of music therapists procedure, was used the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSS). The use of Kenneth Bruscia's improvisational and composition techniques give music therapists theoretical support for the practical project is developed. The results showed that after nineteen sessions, all subjects had an increase in score of RSS.

Keywords: Music Therapy; self-esteem; self-concept.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1 AUTOESTIMA	11
1.1 A FORMAÇÃO DA AUTOESTIMA	12
1.2 TIPOS DE AUTOESTIMA	13
2 FATORES PREJUDICIAIS À FORMAÇÃO DE UMA BOA AUTOESTIMA PARA PORTADORES DE DEFICIÊNCIA	15
2.1 ESTIGMA	15
2.2 BULLYING	16
2.3 ATITUDES FAMILIARES: NEGAÇÃO DA DEFICIÊNCIA E SUPERPROTEÇÃO	18
3 DEFICIÊNCIAS NEUROPSICOMOTORAS	20
3.1 PARALISIA CEREBRAL	20
3.2 DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE	21
3.3 SÍNDROME DE DOWN	21
3.4 DEFICIÊNCIA INTELECTUAL	22
3.5 ATRASO NO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR	22
4 MÚSICA E AUTOESTIMA	24
4.1 O FAZER MUSICAL	24
4.2 O GRUPO	25
4.3 A ESTÉTICA	26
5 MUSICOTERAPIA E AUTOESTIMA.....	27
5.1 MÉTODOS DE AVALIAÇÃO UTILIZADOS.....	27
5.2 PESQUISA DE CAMPO.....	28
5.3 RESULTADOS	55
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
7 REFERÊNCIAS	58
ANEXOS	60

INTRODUÇÃO

Atualmente, a popularização da expressão “autoestima” é evidente. Basta pesquisarmos na internet que mais de 2 milhões de resultados aparecerão. Em sua maioria, *sites* de dicas ou de “10 passos para elevar sua autoestima”. O resultado não se mostra diferente nas pesquisas em livrarias. Grande parte do material encontrado são os famosos livros de “autoajuda”. Contudo, com a divulgação do tema, um maior número de pesquisas científicas em diferentes áreas está sendo feita sobre o assunto.

Este trabalho tem como principal objetivo investigar como a Musicoterapia pode contribuir na melhora da autoestima de adolescentes com deficiências neuropsicomotoras, tais como Paralisia Cerebral, Deficiência Intelectual, Distrofia Muscular de Duchenne, Síndrome de Down e Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor.

A ideia deste tema surgiu durante o estágio de atuação no Lumen (Associação de Assistência ao Deficiente Neuro-Motor e/ou Mental) entre agosto e novembro de 2010, com este mesmo grupo de jovens que será pesquisado. Ficou muito evidente a baixa autoestima destas pessoas, influenciando no comportamento, interação social, aprendizado, comunicação, entre outros. Problemas ligados a escolas regulares, como bullying e preconceito, eram frequentemente trazidos para as sessões. Como os objetivos do processo na época eram outros, a investigação acerca da Musicoterapia na melhora da autoestima foi realizada agora.

A realização deste trabalho é dividida em duas partes. Inicialmente, foi feita uma pesquisa bibliográfica sobre o conceito de autoestima, como se dá sua formação, quais são os fatores que prejudicam a formação de uma boa autoestima, bem como o levantamento de técnicas e abordagens musicoterapêuticas que possam ser aplicadas nesta área, entre elas as teorias de Bruscia e Benezon.

Depois a pesquisa passa a ser prática. Foram realizadas dezenove sessões, uma vez por semana, com um grupo de nove adolescentes com deficiências neuropsicomotoras. Em cada sessão, um objetivo diferente pôde ser alcançado através de técnicas musicoterapêuticas, visando sempre a principal proposta de elevação da autoestima. Para finalizar, ocorreu uma apresentação musical como parte do processo.

1 AUTOESTIMA

A partir da teoria social desenvolvida por Vygotsky, diversos estudos surgiram para compreender a formação da autoestima pela abordagem social. Mas para falarmos sobre a definição de autoestima, precisamos antes entender um aspecto essencial na sua formação: o autoconceito.

Autoconceito é a percepção que cada pessoa tem de si mesma, ou seja, o que achamos que somos. Ele se forma através das relações sociais, das opiniões de outras pessoas a nosso respeito, de avaliações sobre nossos desempenhos, ações, habilidades e características pessoais (MOYSÉS, 2007). É constituído por diversas faces, cada uma com um conceito pessoal em áreas distintas, como inteligência, beleza, comportamento, etc.

Segundo Vygotsky, internalização é a reconstrução interna de uma operação externa, isto é, um processo interpessoal que é transformado num processo intrapessoal:

Todas as funções no desenvolvimento da criança aparecem duas vezes: primeiro, no nível social, e, depois, no nível individual; primeiro, entre pessoas (interpsicológica), e, depois, no interior da criança (intrapsicológica) [...] Todas as funções superiores originam-se das relações reais entre indivíduos humanos (VYGOTSKY, 1989, p. 63-64).

Com o processo de maturação cognitiva da criança o pensamento não aumenta apenas em quantidade, mas também em qualidade. E são as relações sociais que proporcionam esse desenvolvimento cognitivo.

É através deste processo de internalização do autoconceito que a criança começa a ter percepção do próprio valor, contribuindo assim para a formação da autoestima. Por sua vez, autoestima pode ser definida como o nível de satisfação que a pessoa sente quando se confronta com o seu autoconceito; a resposta do plano afetivo dado ao plano cognitivo. “A autoestima se revela como a disposição que temos para nos ver como pessoas merecedoras de respeito e capazes de enfrentar os desafios básicos da vida” (MOYSÉS, 2007, p. 19).

1.1 A FORMAÇÃO DA AUTOESTIMA

É importante ressaltar que a autoestima não nasce pronta. O autoconceito começa a ser formado a partir do momento em que o bebê percebe que ele é algo separado dos pais. Através do desenvolvimento cognitivo e do contato do indivíduo com a sociedade, este autoconceito vai sendo construído e modificado.

O que herdamos e manifestamos desde as mais tenras idades são predisposições para desenvolvermos padrões de pensamento e de comportamento. Somando isso a nossas vivências, ao estímulo externo, é que nossa autoestima vai sendo moldada durante toda a vida. São em especial nossas relações interpessoais que mais influenciam nossa autoestima (SILVA, 2010, p. 73).

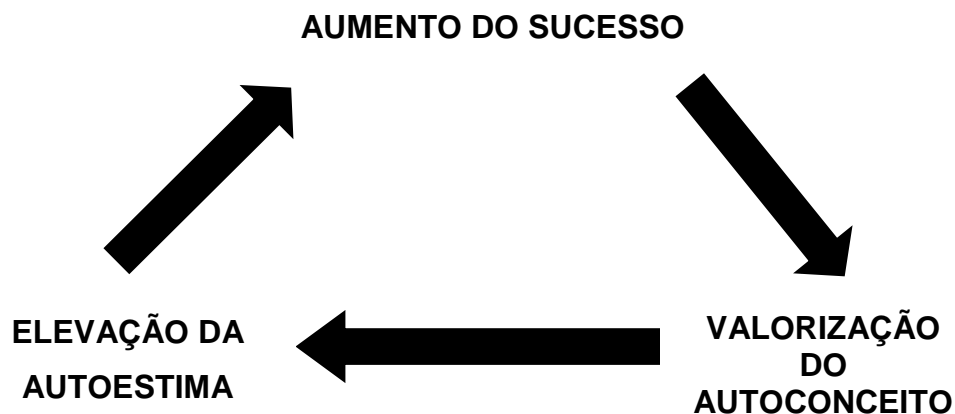
O primeiro contato social que a criança tem é com a família. Inicialmente por meio da linguagem não verbal, das expressões faciais e dos gestos corporais o bebê passa a entender que algo que ele fez causou uma reação aos pais de alegria ou aborrecimento. Depois, com a passagem do não verbal para o verbal, o importante é a entonação, a forma como se fala. E por último, através da linguagem verbal, dos incentivos ou repreensões, a criança vai construindo sua imagem, sentindo o orgulho ou decepção dos pais sobre ela e suas ações, tendo seus primeiros modelos de comportamento e conseqüentemente, formando a base de sua personalidade. Ela encara a si mesma pelo “espelho” dos outros. “A criança que tem relações agradáveis no seio familiar é naturalmente levada a acreditar que os outros adultos e que as outras crianças gostam de estar com ela” (LAPORTE, 2008, p. 22).

O fato de a criança saber que o que ela faz dá prazer a seus pais faz com que ela se sinta importante por se reconhecer como a fonte de prazer (MOYSÉS, 2007). A criança vê como fonte de prazer para os pais, primeiro o que ela faz e, depois, a ela mesma. O orgulho pelo que faz não é pelo ato em si, mas sim pela reação das pessoas, principalmente as que têm mais importância na vida da criança, como pais, irmãos, parentes próximos e professores (LAPORTE; SÉVIGNY, 2008).

Em contato com os vizinhos, com os colegas de escola ou com outros pequenos grupos sociais, o conceito que temos de nós mesmos evolui. Conceitos ruins podem se tornar bons a partir de novas experiências e visões sobre eles, ganhando novos significados. Isso se dá com o aumento da capacidade de analisar, discernir e julgar. “As palavras dos outros introduzem sua própria expressividade,

seu tom valorativo, que assimilamos, reestruturamos e modificamos” (BACKHTIN, 1992, apud MOYSÉS, 2007, p. 21). A mudança das faces do autoconceito se dá por meio do domínio de novas competências, bem como seu fortalecimento e atribuição de um valor positivo. Consequentemente, a autoestima é elevada.

Quanto mais uma criança encontra dificuldades em determinado domínio, mais ela deve conhecer o sucesso em outros contextos. O orgulho por algo que se faz gera otimismo, seja por um trabalho realizado, por enfrentar desafios difíceis ou por situações em que nos superamos. Entretanto, quando essa criança prova dificuldade em uma área e não descobre talento em outra, pode ocorrer um rebaixamento da autoestima (MOYSÉS, 2007).



Quando se trata de uma pessoa com deficiência, existem limites que devem ser aceitos, pois são intransponíveis. Como exemplo, uma pessoa com paralisia dos membros inferiores não será capaz de andar. Porém, apesar destes limites, quando as dificuldades são superadas, uma nova forma de lidar com o autoconceito surge, podendo atribuir-lhe um valor positivo.

1.2 TIPOS DE AUTOESTIMA

Apesar da dificuldade de mensuração da autoestima, Morris Rosenberg desenvolveu em 1965 a Escala de Autoestima de Rosenberg – EAR (ANEXO I). Difundida em mais de 50 países, a EAR é, atualmente, a escala mais utilizada entre os profissionais da área da psicologia.

A escala original foi desenvolvida para adolescentes e possui dez sentenças fechadas, sendo cinco referentes à 'autoimagem' ou 'autovalor' positivos e cinco referentes à 'autoimagem negativa' ou 'auto depreciação'. As sentenças são dispostas no formato Likert de quatro pontos, variando entre 'concordo totalmente' e 'discordo totalmente' (SBICIGO; BANDEIRA; DELL'AGLIO, 2010, p. 396).

A pontuação da EAR varia de 10 a 40 pontos. Quando mais alta for esta pontuação, mais alto é o nível de autoestima. Contudo, existem estudos controversos que revelam alguns problemas nesta forma de mensuração. Entre os mais apontados, podemos destacar: a estrutura unidimensional da tabela (a pessoa deve responder de forma geral a percepção que tem de si, e não em diferentes situações como social, escolar, familiar) e a frequente mudança no nível de autoestima durante a adolescência¹.

De forma geral, podemos classificar os tipos de autoestima em três grandes grupos: alta, baixa ou exagerada. As características mais frequentes em pessoas com baixa autoestima são: preocupação exacerbada com críticas e medo da desaprovação social, desvalorização de seu próprio potencial, alto nível de stress, falta de autoconhecimento, valorização de seus defeitos, baixo rendimento, submissão, perfeccionismo, insegurança, raiva, papel de vítima, falta de concentração, negativismo e dúvidas constantes (Informação verbal).²

As pessoas com alta autoestima geralmente apresentam características como: se colocar como a pessoa mais importante para ela mesma, se sentir bem consigo, não ter medo da desaprovação social, traçar e buscar metas e objetivos, acreditar que para melhorar depende apenas de si, facilidade em expressar suas emoções, criatividade, organização. Já os indivíduos com autoestima exagerada, acreditam que são os melhores em tudo, narcisistas, estão sempre certos, acabam por criar visões distorcidas deles mesmos, e que a sociedade é obrigada a admirá-los (Informação verbal)³.

¹ Ibidem.

² Informações fornecidas pela psicóloga Vitória Maria Bernarda Dias na palestra "Autoestima", realizada na Clínica Psicológica da Vila Mariana, em 26 de abril de 2011.

³ Ibidem.

2 FATORES PREJUDICIAIS À FORMAÇÃO DE UMA BOA AUTOESTIMA PARA PORTADORES DE DEFICIÊNCIA

2.1 ESTIGMA

Estigma é um termo extremamente depreciativo que indica a situação de um indivíduo que está inabilitado para a aceitação social plena. Pode ser de três tipos:

1º: tribais - raça, religião, nação;

2º: culpas individuais – homossexualidade, vícios, alcoolismo, desemprego;

3º: abominações do corpo – deformidades físicas.

O conceito de estigma surgiu na Grécia Antiga para denominar os sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o status moral de quem os apresentava – geralmente escravos ou bandidos. Já na era Cristã, possuía dois significados: sinais corporais da graça divina, ou sinais corporais de deficiências físicas. Atualmente retoma seu sentido original, com a diferença que estigma se refere não mais à marca apresentada, e sim à própria desgraça (GOFFMAN, 1988).

Todas as sociedades categorizam seus integrantes como “pessoas normais” ou “outras pessoas” (estranhos), cujos atributos viram a identidade social. O problema está justamente nessa categorização das pessoas, principalmente quando a sociedade inclui a pessoa numa categoria indesejável. Esta pessoa passa a ser considerada estragada, reduzida e diminuída, incapaz de conviver normalmente como os outros. É isso o que acontece com os deficientes. Quanto mais aparente é essa deficiência, maior o descrédito dado ao indivíduo. O estigma está tão enraizado em nossa sociedade, que pessoas que se livram de seu estigma (geralmente com cirurgias plásticas) são consideradas pela sociedade como se tivessem a personalidade alterada⁴.

Trata-se de um estereótipo desumanizador e discriminador, e a utilização do termo geralmente ocorre sem pensar em seu significado. Na infância, estigmas e preconceito surgem em brigas, “brincadeiras” ou simples comentários. São internalizados e mais adiante se tornam pontos de referência para o próprio autoconceito (MOYSÉS, 2007). Conforme vai ficando mais velha, a própria criança passa a entender a sociedade e os grupos em que vive, assim como suas

⁴ Ibidem

exigências e percebe que ficou abaixo das expectativas, do que deveria ser. Ocorre ódio e depreciação de si mesma, além de angústia, o que acaba por diminuir a autoestima.

O indivíduo estigmatizado é levado a crer que é pior do que ele realmente é. Dizem-lhe o que deve fazer e pensar sobre si mesmo, e que seu lugar é na margem da sociedade.

A situação especial do estigmatizado é que a sociedade lhe diz que ele é um membro do grupo mais amplo, o que significa que é um ser humano normal, mas também que ele é, até certo ponto, 'diferente', e que seria absurdo negar essa diferença. [...] Em resumo, diz-se-lhe que ele é igual a qualquer outra pessoa e que ele não o é (GOFFMAN, 1988, p. 134-135).

O *feedback* que o deficiente tem da sociedade é doentio, ruim e desagradável. Ele percebe a falta de aceitação social, de respeito e consideração. Contudo, vê apoio em pessoas que compartilham o mesmo estigma ("categoria"), ou em pessoas informadas, que não sofrem com estigmas, mas conhecem sobre a patologia e as condições que ela implica.⁵ Como não é possível causar uma mudança imediata na forma de pensar da sociedade, o estigmatizado pode tentar "corrigir" sua condição social com esforço individual, dominando e se sobressaindo em novas áreas de atividade.

2.2 BULLYING

Bullying é um termo sem tradução para o português que designa todos os atos de violência - física ou não - que ocorrem de forma intencional e repetitiva contra um ou mais alunos, impossibilitados de fazer frente às agressões sofridas. Dá-se a partir do momento em que as brincadeiras, antes naturais e saudáveis, passam a estar repletas de má intenção e perversidade, e ultrapassam o limite do suportável. É um problema bastante antigo na sociedade, mas só passou a ser estudado cientificamente na década de 70, na Suécia. No Brasil, apenas em 2000. Está presente em todas as escolas pesquisadas, variando apenas no número de casos em cada local (SILVA, 2010).

⁵ Ibidem

O *bully* (valentão), geralmente o mais forte de uma turma na escola, simplesmente pelo prazer, maltrata, humilha e amedronta os mais frágeis. Além disso, como exerce o poder de dominância sobre a turma, acaba por impedir qualquer ação solidária àquela criança ou adolescente. O *bully* geralmente anda em bando, é forte fisicamente, demonstra ausência de culpa e remorso, não aceita ser contrariado e tem aversão a normas. Os meninos utilizam mais a força física e as meninas, fofocas e intrigas. As formas mais frequentes de *bullying* são: verbal, física, psicológica, moral, sexual e virtual.

O jovem que sofre *bullying* por vezes apresenta características como pouca habilidade de socialização, timidez, incapacidade de reagir aos comportamentos agressivos, fragilidade física, marca física visível, insegurança aparente, passividade e o principal: baixa autoestima. Acredita que sofrendo calado poupa seus pais da decepção de ter um filho fraco e covarde.⁶

Nos dias atuais, uma nova forma de *bullying* vem preocupando os profissionais e cientistas ligados à área; trata-se do *ciberbullying*. O *ciberbullying* apresenta todas as características do *bullying*, com a exceção de que é feito através da internet, principalmente dos sites de relacionamento (Orkut, Facebook, Twitter, Myspace). O problema é que, além de ser impossível calcular o número de casos, é muito difícil descobrir quem são os autores da violência, já que os mesmos escondem-se atrás de perfis falsos.

Com os frequentes atos de violência, a vítima pode apresentar diversos problemas. Os mais comuns são: rebaixamento ainda maior da autoestima, sintomas psicossomáticos (cefaleia, insônia), transtornos do pânico, fobia escolar e social, transtornos de ansiedade generalizada (TAG), depressão e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Além disso, já existem relatos de pessoas com anorexia, bulimia, quadros esquizofrênicos, e que cometeram homicídios e suicídios, após sofrerem assiduamente com o *bullying*. “Já é definido como um problema de saúde pública e, por isso mesmo, deve entrar na pauta de todos os profissionais que atuam na área médica, psicológica e assistencial” (SILVA, 2010, p. 14).

⁶ Ibidem

2.3 ATITUDES FAMILIARES: NEGAÇÃO DA DEFICIÊNCIA E SUPERPROTEÇÃO

De acordo com Amiralian, “A família é a unidade social básica e a origem dos primeiros contatos do bebê. É com ela que o recém-nascido estabelece suas primeiras relações interpessoais” (AMIRALIAN, 1986, p. 45). Durante certos momentos da vida familiar, principalmente crises ou conflitos, existe uma alteração não apenas no comportamento individual, como também em toda a dinâmica familiar. Dentre estes momentos está o nascimento de uma criança deficiente.⁷ Antes do nascimento desta criança, os pais idealizaram um filho, traçando sonhos e objetivos a serem alcançados por ele.

Quando o filho nasce com alguma deficiência, a pessoa que havia sido idealizada pelos pais é “perdida”, bem como os sonhos e objetivos ligados a ela. Com isso, não apenas os pais, mas toda a família, devem aprender a lidar com essa “nova” criança e proporcionar seu crescimento e desenvolvimento, como fariam com qualquer outro membro da família. “A maneira como a família enfrenta este fato será um fator de unidade ou desorganização familiar”.⁸

A criança considerada normal, através da interação com o ambiente e a sociedade que a cercam, está estimulando suas habilidades motoras, sociais, cinestésicas e cognitivas, além da comunicação, o que propicia um desenvolvimento saudável. Por outro lado, a criança com deficiência não consegue essa adaptação com o meio devido a sua dificuldade motora e de comunicação. Consequentemente, seu desenvolvimento vai ser deficitário (NASCIMENTO, 2009). Por vezes, quando recebem o diagnóstico de que seu filho tem alguma deficiência, os pais se culpam. Essa culpa geralmente vem de atos os pensamentos ruins relacionados à gravidez. Além disso, os familiares “de uma forma ou outra não a incentivam [a criança], ou mesmo impedem e cerceiam suas tentativas incipientes para qualquer atividade” (AMIRALIAN, 1986, p. 47).

Por conta desta culpa, os pais acabam por criar mecanismos de defesa. Dentre eles estão a superproteção e a negação da deficiência.

A superproteção é uma atitude bastante comum. Os pais, percebendo que o filho tem dificuldade em realizar alguma ação ou tarefa, acabam fazendo por ele ao invés de ajudá-lo. Isso acaba atrasando ainda mais o desenvolvimento da criança.

⁷ Ibidem

⁸ Ibidem, p. 46.

Em outras ocasiões, acabam escondendo-o da sociedade e da relação com outras crianças. A diminuição de interação social acaba por dificultar as relações interpessoais e, conseqüentemente, a internalização de funções superiores, o que prejudica a formação de diversos aspectos da personalidade. Entre eles, a autoestima⁹.

Outro mecanismo de defesa criado pelos pais de uma criança deficiente é a crença que a deficiência é algo passageiro, que eles apenas precisam achar o médico certo que irá curar seu filho. Em alguns casos, ocorre até mesmo a negação desta deficiência, bem como das limitações geradas por ela.

Esta atitude, quando consideramos a importância dos primeiros anos de vida para a criança, poderá trazer sérios prejuízos para o seu desenvolvimento motor, cognitivo e, principalmente, afetivo emocional. Estes pais, na busca de uma cura orgânica para seus filhos, com frequência esquecem de que os bebês, extremamente dependentes, necessitam de cuidados maternos para sua sobrevivência biológica e psíquica e de que a saúde psíquica é tão importante quanto a física.¹⁰

Deixando a parte afetiva de seu filho em segundo plano, os pais acabam por prejudicar a formação de sua identidade, do autoconceito e de sua autoestima, pois é na relação pai-filho que a criança estabelece as relações interpessoais mais significativas (MOYSÉS, 2007).

⁹ Ibidem

¹⁰ Ibidem, p. 50.

3 DEFICIÊNCIAS NEUROPSICOMOTORAS

Desde o início do planejamento deste projeto, o objetivo nunca foi tratar a deficiência, mas sim o indivíduo com deficiência. Contudo, para que se possa compreender melhor o grupo trabalho, foi desenvolvido este capítulo com breves relatos das deficiências neuropsicomotoras que acometem os membros do grupo estudado.

3.1 PARALISIA CEREBRAL

Paralisia Cerebral, ou encefalopatia crônica não progressiva – segundo o DSM-IV¹¹ – é “um grupo de desordens permanentes do desenvolvimento do movimento e da postura, causando limitações da atividade, atribuída a distúrbios não progressivos que ocorrem no encéfalo fetal ou infantil em desenvolvimento” (*United Cerebral Palsy Research and Educational Foundation*, apud NASCIMENTO, 2009, p. 44).

A criança com paralisia cerebral é classificada em relação ao tipo de tônus que apresenta (hipertonia, hipotonia, rigidez, espasticidade, distonia, ataxia, distonia e atetose) ou em relação à distribuição topográfica: (tetraparesia, hemiparesia ou diparesia) (NASCIMENTO, 2009).

Sua etiologia pode estar ligada a três momentos: pré-natais (gestação gemelar, doença crônica materna durante a gestação, desprendimento prévio da placenta, circular do cordão, desnutrição materna, drogas, infecções), perinatais (anoxia neonatal), partos distócitos, bebê prematuro, icterícia), pós natais – até 4 anos de idade (meningite, trauma crânio encefálico, afogamento, convulsões, desnutrição) (Informação verbal).¹²

Apesar das diferenças entre os tipos de PC, o quadro clínico de um indivíduo com essa deficiência apresenta: alterações posturais, tônus alterado, mobilidade reduzida, reflexos primitivos, ocorrência de convulsão, alterações visuais e

¹¹ Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 4º Ed, publicado pela Associação de Psiquiatria Americana.

¹² Informações fornecidas pelo professor Gil de Paula em aula de Neurologia, ministrada na Faculdade Paulista de Artes em março de 2009.

sensoriais, problemas fono-articulatórios, problemas respiratórios, alterações cranianas, macrocefalia e atraso na aquisição de condutas motoras¹³.

3.2 DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE

A DMD (Distrofia Muscular de Duchenne) é uma doença de origem genética que só acomete meninos e que leva a uma degeneração progressiva do músculo esquelético. Ocorre necrose muscular e sua posterior substituição por gordura e tecido conjuntivo, causada pela ausência de distrofina¹⁴ no organismo (NASCIMENTO, 2009).

A criança com DMD apresenta desenvolvimento normal até cerca de 3 anos de idade. A partir de então, os seguintes sintomas passam a se manifestar: retardo no desenvolvimento entre 3 e 5 anos, alargamento da base, falsa hipertrofia dos músculos da panturrilha, hipotrofia dos músculos extensores do quadril e do joelho, sinal de gowers, reflexos tendíneos deprimidos, déficit da parte sensorial. Aos 7 ou 8 anos, o menino passa a ter fortes contraturas e dificuldade na marcha. 95% dos pacientes, por volta dos 12 anos, já são cadeirantes. Com o passar do tempo, o comprometimento muscular aumenta, bem como o processo de escoliose e as dificuldades respiratórias.

3.3 SÍNDROME DE DOWN

Síndrome de Down é um distúrbio cromossômico, descoberto em 1958 pelo geneticista Jérôme Lejeune. Contudo, desde 1866, John Langdon Down já estudava essas crianças com características físicas semelhantes e atraso intelectual (STRAY-GUNDERSEN, 2007).

As pessoas possuem 46 cromossomos em cada célula de seu corpo, sendo 23 herdados da mãe, e 23 herdados do pai. Entretanto, indivíduos com Síndrome de Down possuem um cromossomo a mais no par 21 (Trissomia do 21). Existem três tipos de SD: a trissomia simples (todas as células do corpo têm 47 cromossomos, pois o par 21 possui sempre um cromossomo a mais), mosaicismo (uma parte das

¹³ Ibidem

¹⁴ Proteína cuja função é regular a permeabilidade da membrana muscular.

células possui 46 cromossomos e outra parte, 47) e translocação (apesar de o par 21 apresentar 3 cromossomos, eles não estão grudados)¹⁵.

O quadro clínico de uma criança com Down se apresenta com diversas características, dentre elas: atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM), hipotonia, olhos com pregas epicantais, língua protusa, prega nugal, e arredondada, nariz achatado, bruxismo, falanges das mãos mais curtas, implantação mais baixa das orelhas, pé chato e afastamento significativo entre o 1º e 2º metatarsos¹⁶.

3.4 DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

Até pouco tempo atrás, acreditava-se que a deficiência intelectual não era passível de modificação; a criança nascia com a deficiência e não havia prognóstico de melhora. Contudo, sendo descobertas etiologias (as causas mais frequentes são: condições genéticas, problemas pré e perinatais, e algumas patologias como sarampo ou meningite) e tratamentos eficientes, pôde-se perceber que não apenas a parte intelectual é afetada, como também a comunicação, a independência, a higiene pessoal e o relacionamento social (COSTA, 1995).

Atualmente e aceito que as pessoas com atraso mental apresentam, além de déficit intelectual, perturbações que as envolvem na sua totalidade e que talvez estas perturbações sejam tão importantes quanto a deficiência intelectual em si mesma para o desempenho destas pessoas. Tratam-se de dificuldades no desenvolvimento psicomotor e de problemas de ordem emocional e relacional.¹⁷

3.5 ATRASO NO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR

De acordo com um estudo realizado na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, “A investigação etiológica do retardo no desenvolvimento neuromotor (RDNM) requer conhecimento dos fatores de risco ambientais, culturais, do manejo educacional familiar e de seus aspectos afetivos.”¹⁸ Dá-se quando o bebê ou a criança passou da idade de adquirir certo comportamento (sentar sozinho, falar, andar), mas que ainda não o apresentou.

¹⁵ Ibidem

¹⁶ Informações fornecidas pelo professor Gil de Paula em aula de Neurologia, ministrada na Faculdade Paulista de Artes em março de 2009.

¹⁷ Ibidem, p. 13.

¹⁸ Ibidem

Apesar de o atraso no desenvolvimento neuropsicomotor não ser uma deficiência, acaba por gerar uma série de dificuldade para a criança que o possui. Geralmente ocorre junto a uma deficiência. Contudo, existem casos onde a criança apresente apenas atraso no DNPM. Como não existem exames que possam detectá-lo, o exame clínico é a forma mais eficiente de iniciar um tratamento precoce, diminuindo ao máximo este atraso (FUNAYAMA, et al., 2006)

4 MÚSICA E AUTOESTIMA

Sabe-se que a música proporciona experiências sensoriais, emocionais, intelectuais e sociais, e que todas essas experiências são fundamentais para o desenvolvimento de nossa personalidade. Além disso, é uma forma de comunicação, de entretenimento e gratificação (SEKEFF, 2007). Neste capítulo, veremos como alguns aspectos musicais proporcionam prazer, aceitação e autoconhecimento; elementos que ajudam na melhora da autoestima.

O domínio de novas competências (neste caso a competência musical) ajuda na melhora da autoestima. O reconhecimento musical da criança pela sociedade e principalmente pela família pode alterar a percepção negativa que ela tem de si e transformar em sentimento positivo. A força do trabalho coletivo, a interdependência, e a beleza da estética auxiliam a mudar o foco de face do autoconceito, de uma área ruim para uma área boa¹⁹.

4.1 O FAZER MUSICAL

Assim como a maioria das pessoas, o grupo de adolescentes pesquisado tem acesso à música apenas como ouvinte. Como o objetivo deste processo é fornecer e fortalecer o autoconceito de executante musical, produzir música se torna algo fundamental.

Nas formas *ativas* de musicoterapia, quando os clientes apresentam, improvisam ou compõem música, eles expressam seus problemas através do som, exploram seus recursos através do som, trabalham seus conflitos através do som, desenvolvem relacionamentos através do som e encontram soluções e bem estar através do som (BRUSCIA, 2000, p. 45).

O fazer musical possui tamanha importância, pois se trata da exteriorização de uma constante atividade musical interior, manifestando conteúdos do inconsciente, e proporcionando a expressão de emoções e sentimentos através da execução. Adquire este valor a partir do momento em que cause forte emoção psíquica (HOWARD, 1984). Também, “a expressão através da música leva o paciente através de sua própria história, ou seja, ele faz a sua própria música, a sua

¹⁹ Ibidem

narrativa musical de acordo com sua história de vida e clínica” (BARCELLOS, 2008, apud TOFFOLO; TOFFOLO, 2009, p. 487).

Além disso, inicialmente a música proporciona a seu executante o prazer sensorial e só depois a capacidade de comunicar-se e de perceber a si mesmo e ao outro entra em cena. Como afirma Costa:

O núcleo em torno do qual se desenrola todo o processo musicoterápico é a ação de fazer música, ou seja, produzir e organizar sons. A princípio, esta produção sonora pode não ter nenhuma intenção de comunicação, pelo menos a nível consciente, reportando-se apenas ao prazer sensorial da pessoa que toca (COSTA, 1989, p. 79).

A partir do momento em que passa a haver intenção de comunicação, outro elemento se torna imprescindível: o grupo.

4.2 O GRUPO

Como compartilham um espaço sonoro, os membros de um grupo acabam por se relacionar musicalmente. Quando um indivíduo produz algum som ou música, esta produção chega aos ouvidos dos outros componentes. Essa forma rudimentar de percepção do outro gera uma inter-relação musical que, aos poucos, resultará numa comunicação (COSTA, 1989).

Atualmente, não se tem mais dúvidas de que música é uma forma de linguagem não verbal. E estando ligada a nossas emoções, a música propicia a comunicação de sentimentos e estados afetivos, que são capazes de nos levar a associar, evocar e integrar experiências, tornando o vínculo do grupo ainda mais forte e fornecendo prazer, gerado por uma sensação de aceitação e acolhimento (SEKEFF, 2007). No caso desta pesquisa, como os integrantes do grupo estudado passaram por experiências de preconceito, estigma ou *bullying*, ocorre também a compreensão do estado emocional e das dificuldades que os outros passam. Perceber-se dentro de um grupo com identidade própria possibilita maior sensação de segurança (SILVA, 2010).

Outro fator importante é a aceitação do indivíduo pelo grupo. Esta aceitação gera prazer, confidencialidade e o sentimento de fazer parte de algo, de estar unido por um ideal. Também, colaborando com sua parte em uma improvisação musical

coletiva, o adolescente se sente inserido, pois faz parte de um todo, e sem a sua execução a produção musical não seria completa. “A aceitação de sua produção musical faz com que, pouco a pouco, comece a referir-se ao prazer de tocar com o outro” (COSTA, 1989, p. 80).

4.3 A ESTÉTICA

Apesar da grande disponibilidade de músicas e do fácil acesso a elas, algumas músicas nos tocam e nos emocionam, enquanto outras são simplesmente indiferentes. Isso ocorre porque só somos tocados ou emocionados por uma música quando ela reflete algo de nós, quando nos identificamos com ela ou projetamos nossos pensamentos e emoções. Isso se dá, pois o prazer através da estética da música só ocorre quando beleza de uma obra musical ganha significado para um indivíduo. “A estética está ligada aos sentidos como via direta da experiência com o mundo externo” (JACINTO, 2010, p. 16).

Como a ferramenta da Musicoterapia é a música, a estética musical é extremamente importante em um processo musicoterapêutico. Bruscia, afirma que “a qualidade da música experienciada na terapia [...] é de grande interesse, mesmo quando se dá prioridade aos aspectos terapêuticos” (BRUSCIA, 2000).

A transformação do paciente se dá pela transformação dos elementos musicais. Através do fazer musical o paciente consegue se expressar e se comunicar. Conforme a beleza musical vai aparecendo nas improvisações, o indivíduo passa a ter prazer de perceber que sua obra é agradável não só a ele, mas também aos outros (JACINTO, 2010). Consequentemente, sua autoestima e motivação vão aumentando.

A música esteticamente desagradável também tem importância na Musicoterapia, expressando emoções e sentimentos dolorosos.²⁰ Isso vai ao encontro do que diz Bruscia. Segundo o autor, com o tempo de processo e os objetivos clínicos sendo atingidos, a improvisação musical do paciente vai ficando mais bela esteticamente (BRUSCIA, 2000).

Contudo, ressalta-se que “não convém à Musicoterapia estabelecer parâmetros de beleza, mas sim, levar o indivíduo a encontrar ele próprio o que considera como beleza” (JACINTO, 2010, p. 14).

²⁰ Ibidem.

5 MUSICOTERAPIA E AUTOESTIMA

Apesar de “autoestima” ser um tema bastante abordado nas sessões de Musicoterapia, não existe quase material escrito que ligue estas duas áreas. Sendo assim, todo este capítulo foi desenvolvido relacionando conceitos da autoestima pela abordagem social com elementos musicais que, trabalhados em um processo Musicoterapêutico, poderiam resultar em um fortalecimento da mesma.

5.1 MÉTODOS DE AVALIAÇÃO UTILIZADOS

Ficha Musicoterapêutica: De acordo com Rolando Benenzon, criador da Ficha Musicoterapêutica, a tomada desta ficha “é o primeiro contato do sujeito com o musicoterapeuta” (BENZON, 1985, p. 72). Tem como principal objetivo obter o histórico sonoro-musical do indivíduo por meio de uma série de perguntas pré-estabelecidas. Pode ser realizada com o próprio sujeito ou com sua família (se for uma criança ou alguém que não consiga responder sozinho).

Perfis de Avaliação em Improvisação: Os Perfis de Avaliação em Improvisação (IAPs – do inglês: *Improvisation Assessment Profiles*) formam um método de avaliação musicoterapêutica capaz de “fornecer um modelo de avaliação do cliente, baseado na observação clínica, análise musical e interpretação psicológica da improvisação do cliente”²¹. Foram desenvolvidos por Kenneth Bruscia, em 1982, e enfocam tanto a improvisação musical do indivíduo quanto seu resultado sonoro. Ao todo, são seis perfis avaliados durante o fazer musical que fornecem critérios para posterior análise: integração, variabilidade, tensão, congruência, saliência e autonomia.

EAR: (vide p. 12 e 13 deste estudo).

Técnicas de Canção: Conjunto de técnicas desenvolvidas por Ronaldo Millecco, segundo a qual o canto proporciona a expressão de vivências inconscientes, sendo que o Musicoterapeuta atua como facilitador da emersão de conteúdos internos,

²¹ Material fornecido na aula de Musicoterapia Didático-Terapêutica III, ministrada pela professora Lilian Coelho, no primeiro semestre de 2010. Tradução por Márcia Cirigliano do capítulo 31 (Uma Visão Geral) do livro “*Improvisational Models of Music Therapy*”, de Kenneth Bruscia.

ajudando o sujeito a libertá-los²². As técnicas de canção não constituem um método avaliativo. Contudo, neste trabalho, a análise de letras das músicas foi utilizada para auxiliar na avaliação dos sujeitos durante a 5ª sessão.

5.2 PESQUISA DE CAMPO

Objetivo: Verificar se a Musicoterapia pode atuar no processo de formação, ampliação e fortalecimento de um autoconceito, bem como em uma atribuição positiva dada a ele, fortalecendo, conseqüentemente, a autoestima. Se a resposta for positiva, levantar quais os aspectos musicoterapêuticos que auxiliaram no processo.

Justificativa: A ideia desta pesquisa surgiu durante o estágio de atuação II no Lumen, entre agosto e outubro de 2010, com este mesmo grupo de jovens. Por meio da análise das letras de canção e de alguns relatos de fatos cotidianos (como *bullying* e preconceito) que estes adolescentes apresentavam, passamos a perceber indícios de baixa autoestima, como desvalorização de seu próprio potencial, valorização de seus defeitos, submissão, insegurança e negativismo. Após pesquisa bibliográfica, constatamos que crianças com deficiência são suscetíveis à baixa autoestima, pois são mais vulneráveis às conseqüências do estigma social (vide p.15 deste estudo).

Tipo de Pesquisa: Pesquisa de Campo com Análise Quantitativa / Qualitativa dos Resultados.

Local: LUMEM – Associação de Assistência ao Deficiente Neuro-Motor e/ou Mental.

Duração: De 16/05/2011 a 17/10/2011: 19 semanas, com uma sessão semanal de 50 minutos.

Sujeitos: Grupo de nove adolescentes com deficiências neuropsicomotoras, de 12 a 20 anos, estudantes da escola especial LUMEM, da cidade de São Paulo.

²² Material fornecido na aula de Musicoterapia Aplicada em Neurologia, ministrada pela professora Queila de Oliveira, no primeiro semestre de 2010.

A seguir apresentaremos os resultados de nossa pesquisa de campo.

1ª sessão: 09/05/2011

Objetivo: Reunião para esclarecimentos sobre a pesquisa

Duração: 30 minutos

Reunião com a assistente social Vilma Oliveira, e com a professora Adriana, ambas da LUMEM (Associação de Assistência ao Deficiente Neuro-Motor e/ou Mental). Nesta reunião, foi explicado o motivo e o objetivo da pesquisa de campo realizada na instituição, e também como se daria o processo. Como a associação já tem prévia autorização dos pais dos alunos para participação em qualquer pesquisa, o termo de consentimento foi assinado pela própria assistente social. Em seguida, houve uma conversa com os 9 indivíduos participantes da pesquisa para explicação do que seria realizado durante os meses de processo musicoterapêutico.

2ª sessão: 16/05/2011

Objetivo: Aplicação da Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)

Duração: 1h30

Nesta sessão, aplicamos a EAR ao grupo. As informações sobre os sujeitos foram colhidas em seus prontuários da instituição, que não contêm diagnóstico de todos eles; alguns contêm apenas a condição intelectual.

A Tabela 1 apresenta os dados dos sujeitos da pesquisa, e suas pontuações totais na EAR.

Tabela 1.
Dados dos sujeitos da pesquisa e pontuações na EAR.

Sujeitos	Condição	Idade	Sexo	Pontuação na EAR
G	DMD	12 anos	masculino	15
C	DIM	20 anos	feminino	19
A	DIM	14 anos	feminino	22
F	ADNPM	19 anos	masculino	23
J1	PCHH	14 anos	feminino	23
T	PCTE	19 anos	feminino	24
M	DIL	14 anos	masculino	25
J2	SD	15 anos	feminino	26
W	DIL	15 anos	masculino	28

Legenda: DMD - Distrofia Muscular de Duchenne; DIM – Deficiência Intelectual Moderada; ADNPM – Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor; PCHH - Paralisia Cerebral do tipo Hemiparesia com Hipereflexia; PCTE - Paralisia Cerebral do tipo Tetraparesia Espástica; DIL - Deficiência Intelectual Leve; SD – Síndrome de Down.

A Tabela 2 mostra a pontuação de cada sujeito em cada um dos itens da EAR.

Tabela 2.
Pontuações de cada sujeito em cada item da EAR.

ITENS	SUJEITOS								
	G	C	A	F	J1	T	M	J2	W
1	1	2	3	2	3	2	3	3	3
2	2	2	1	2	2	2	2	2	3
3	2	2	2	2	3	3	3	3	3
4	1	1	2	2	2	1	2	2	2
5	2	3	3	3	2	3	3	3	2
6	2	2	2	2	3	3	2	3	4
7	2	2	2	3	2	3	3	4	4
8	1	1	3	2	2	2	2	2	2
9	1	2	2	3	2	3	3	2	2
10	1	2	2	2	2	2	2	2	3
TOTAL	15	19	22	23	23	24	25	26	28

3ª sessão: 23/05/2011

Objetivo: Aplicação da Ficha Musicoterapêutica

Duração: 1h50

Sujeito G.

Sexo: Masculino / Idade: 12 anos

Diagnóstico: Distrofia Muscular de Duchenne

Estuda em escola regular: Não

Com quem mora: Mãe e pai

Preferências musicais dos antecedentes: Pai: Michael Jackson, rock; Mãe: sertanejo.

Experiências musicais dos antecedentes: Nenhuma.

Ruídos significativos: Não gosta de apitos (flauta) e de barulhos altos.

Primeiras experiências musicais: Nenhuma.

Vivência musical atual no lar: A mãe ouve bastante rádio, e G. acaba ouvindo também. Gosta de assistir TV, principalmente Rebelde e Malhação. Seu peixe de estimação é o único amigo e o único que 'conversa com ele'.

Preferências por instrumentos musicais: Adora ver as pessoas tocarem violão, mas nunca tocou.

Preferências por músicas: Gosta de sertanejo, funk e as músicas da Malhação e Rebelde.

Pontuação na EAR: 15 pontos.

Sujeito C.

Sexo: Feminino / Idade: 20 anos

Diagnóstico: Deficiência Intelectual Moderada

Estuda em escola regular: Sim

Com quem mora: Mãe e pai.

Preferências musicais dos antecedentes: Descendentes de japoneses; gostam apenas de música japonesa.

Experiências musicais dos antecedentes: Mãe cantava em um coral japonês.

Ruídos significativos: Nenhum.

Primeiras experiências musicais: Cantava músicas japonesas com a família.

Vivência musical atual no lar: Barulho do cachorro do vizinho.

Preferências por instrumentos musicais: Nenhuma.

Preferências por músicas: Gosta de músicas japonesas, principalmente jrock.

Também gosta de Luan Santana e das músicas do desenho “Pucca”.

Pontuação na EAR: 19 pontos.

Sujeito A.

Sexo: Feminino / Idade: 14 anos

Diagnóstico: Deficiência Intelectual Moderada

Estuda em escola regular: Não

Com quem mora: Mãe, pai e irmã mais velha.

Preferências musicais dos antecedentes: Mãe gosta de ouvir pagode e música sertaneja no rádio quando está em casa.

Experiências musicais dos antecedentes: Não soube responder.

Ruídos significativos: Nenhum.

Primeiras experiências musicais: Nenhuma.

Vivência musical atual no lar: A casa é muito barulhenta, pois divide o quintal com os primos pequenos. A mãe ouve rádio; A. e sua irmã gostam de ouvir CD bem alto.

Preferências por instrumentos musicais: Nenhuma.

Preferências por músicas: Justin Bieber, Luan Santana e funk.

Pontuação na EAR: 22 pontos.

Sujeito F.

Sexo: Masculino / Idade: 19 anos

Diagnóstico: Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor

Estuda em escola regular: Sim

Com quem mora: Mãe, pai e um irmão mais novo.

Preferências musicais dos antecedentes: F. e os irmãos gostam de ouvir axé e pagode, e os pais não gostam desse ritmo.

Experiências musicais dos antecedentes: Não soube responder.

Ruídos significativos: Nenhum.

Primeiras experiências musicais: Tem aula de flauta doce na escola regular (5ª série).

Vivência musical atual no lar: Ouve música com o irmão até os pais brigarem com eles. Mora em uma avenida bastante movimentada, então a música tem que ser colocada em volume bem alto.

Preferências por instrumentos musicais: Flauta doce.

Preferências por músicas: Ivete Sangalo e Exaltasamba.

Pontuação na EAR: 23 pontos.

Sujeito J1.

Sexo: Feminino / Idade: 14 anos

Diagnóstico: Paralisia Cerebral do tipo Hemiparesia com Hipereflexia.

Estuda em escola regular: Não

Com quem mora: Mãe, pai, irmão e irmã mais novos.

Preferências musicais dos antecedentes: Todos gostam de pagode e samba. O pai tem CD do Chico Buarque.

Experiências musicais dos antecedentes: Nenhuma.

Ruídos significativos: Não gosta do barulho de “fábrica” (mora próxima a um prédio em construção).

Primeiras experiências musicais: Adora dançar e cantar com a irmã.

Vivência musical atual no lar: Barulho de “fábrica”, cachorro latindo e carros passando. Gostam de ouvir samba aos domingos, dia em que todos estão em casa.

Preferências por instrumentos musicais: Acha bonito o violão.

Preferências por músicas: Luan Santana, Justin Bieber, pagode e funk.

Pontuação na EAR: 23 pontos.

Sujeito T.

Sexo: Feminino / Idade: 19 anos

Diagnóstico: Paralisia Cerebral do tipo Tetraparesia Espástica.

Estuda em escola regular: Não.

Com quem mora: Mãe e pai (informação dada pela professora. Sujeito não fala).

Preferências musicais dos antecedentes: Não foi possível saber.

Experiências musicais dos antecedentes: Não foi possível saber.

Ruídos significativos: Não foi possível saber.

Primeiras experiências musicais: Não foi possível saber.

Vivência musical atual no lar: Não foi possível saber.

Preferências por instrumentos musicais: Pandeiro (apontou).

Preferências por músicas: Justin Bieber, Luan Santana, Forró, Rebelde (levantou a mão quando outros sujeitos citaram esses artistas e ritmo).

Pontuação na EAR: 24 pontos.

Sujeito M.

Sexo: Masculino / Idade: 14 anos

Diagnóstico: Deficiência Intelectual Leve

Estuda em escola regular: Sim.

Com quem mora: Pai, mãe e irmão mais velho.

Preferências musicais dos antecedentes: Pai gosta muito de samba e de chorinho, assim como o irmão. Mãe também gosta de samba e de música sertaneja, principalmente Leonardo e Daniel.

Experiências musicais dos antecedentes: O pai frequentava a quadra da escola de samba Barroca Zona Sul. O irmão aprendeu a tocar pandeiro lá.

Ruídos significativos: Nenhum.

Primeiras experiências musicais: Ia com o pai e o irmão nos ensaios da escola de samba.

Vivência musical atual no lar: O rádio fica sempre ligado, pois a mãe gosta de ouvir Nativa FM (estação de rádio).

Preferências por instrumentos musicais: pandeiro.

Preferências por músicas: Funk, samba e sertanejo universitário.

Pontuação na EAR: 25 pontos.

Sujeito J2.

Sexo: Feminino / Idade: 15 anos

Diagnóstico: Síndrome de Down

Estuda em escola regular: Sim

Com quem mora: Mãe e tia.

Preferências musicais dos antecedentes: Sertanejo e sertanejo universitário.

Experiências musicais dos antecedentes: Não soube responder.

Ruídos significativos: Gosta do barulho do “sininho” quando venta na sua casa.

Primeiras experiências musicais: Aula de flauta doce na escola regular.

Vivência musical atual no lar: A tia que cuida dela deixa sempre a TV ligada. Ouve bastante novela e músicas da Malhação.

Preferências por instrumentos musicais: Flauta doce.

Preferências por músicas: Justin Bieber, Luan Santana e Chimarruts.

Pontuação na EAR: 26 pontos.

Sujeito W.

Sexo: Masculino / Idade: 16 anos

Diagnóstico: Deficiência Intelectual Leve

Estuda em escola regular: Não

Com quem mora: Mãe e pai.

Preferências musicais dos antecedentes: Pai gosta de ouvir rock e a mãe gosta de pagode e sertanejo.

Experiências musicais dos antecedentes: Nenhuma.

Ruídos significativos: Nenhum.

Primeiras experiências musicais: Aprendeu a cantar e tocar na mesa “*We will rock you*” (da banda *Queen*) com o pai. A prima sempre leva W. aos shows de forró, e o ensinou a tocar pandeiro.

Vivência musical atual no lar: Quase não fica em casa, pois permanece em período integral na LUMEN. Aos fins de semana, ouve Luan Santana com a mãe.

Preferências por instrumentos musicais: Pandeiro.

Preferências por músicas: Forró, pagode e sertanejo.

Pontuação na EAR: 28 pontos.

4ª sessão: 30/05/2011

Objetivo: Avaliar a improvisação musical dos sujeitos e suas relações intermusicais com o grupo, a partir dos Perfis Sonoros (Bruscia).

Duração: 40 minutos

Descrição da sessão: Os sujeitos foram convidados a entrar na sala e a tocar os instrumentos dispostos em cima da mesa²³ em setting meia-lua: violão, flauta doce, chocalho de coco, chocalho de metal, afoxé, pandeiros, caxixi, triângulo, tambor, guizos, cítara, agogô.

F. foi o primeiro a ir ao encontro dos instrumentos e inicialmente pegou a flauta, tocando-a sempre com muita intensidade. Depois, tocou o tambor, também com forte intensidade e com ritmo não variável. Voltou a tocar a flauta, pouco ouvindo o grupo e não se preocupando com as reclamações quanto ao volume de sua improvisação.

W. foi outro que tocou extremamente forte. Durante toda a improvisação, sempre escolheu instrumentos de bater (agogô, pandeiro e triângulo). Por vezes reclamou que F. estava tocando muito alto, mas não percebia que estava tocando mais alto ainda.

M. buscou o pandeiro não para tocar, mas sim para girá-lo no dedo. Quando indagado sobre onde tinha aprendido aquele movimento, respondeu que aprendeu com o irmão mais velho. Permaneceu assim durante boa parte da sessão. Depois, passou a explorar o pandeiro, percutindo as platinelas. Tocou o pandeiro apenas no fim da sessão.

G. observou atentamente todos os instrumentos antes de se dirigir ao violão e só começou a improvisar quando notou que todos os outros já estavam tocando. Passou a sessão toda dedilhando as cordas, sempre com intensidade bastante baixa, e mais atento ao que os outros estavam fazendo. Em certo momento, T. tocou o violão junto com ele.

C. foi o que mais trocou de instrumentos durante a sessão. Passou por chocalho de coco, chocalho de metal, guizos, triângulo, cítara e pandeiro. Tocou todos com tão pouco volume, que não eram ouvidos diante da intensidade da improvisação do grupo. Mostrou-se bastante dependente de J1., pedindo sempre

²³ Para facilitar o acesso dos sujeitos cadeirantes aos instrumentos.

para que pegasse os instrumentos para ela, mesmo não possuindo nenhuma dificuldade motora.

J1. foi bastante solícita com C., pegando os instrumentos que lhe pedia, e sempre buscando produzir seu som antes de repassá-lo. Tocou durante bastante tempo a cítara, com intensidade baixa.

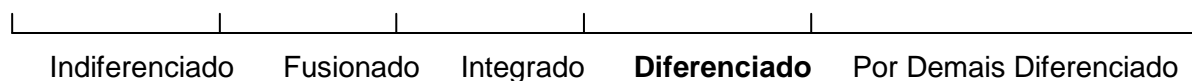
T., apesar de seus problemas motores, buscou explorar todos os instrumentos, inclusive o violão, tocando juntamente com G. Entretanto, tocou sempre com volume reduzido.

A. se mostrou bastante tímida quando solicitada a tocar, afirmando que não sabia tocar nenhum instrumento. Foi apenas quando T., G., J1. e C. pediram para que ela também participasse da improvisação que buscou o chocalho de coco e o de metal, o triângulo e depois o caxixi.

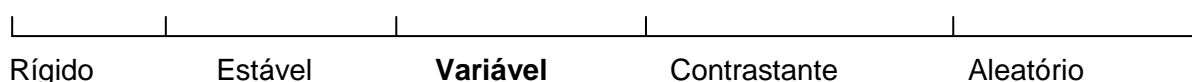
J2. pegou o afoxé, explorou-o durante alguns minutos e depois o largou. Não quis tocar mais nenhum instrumento durante a sessão, apenas observando o que o grupo estava fazendo.

Análise da sessão:

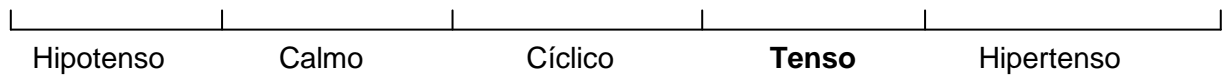
Integração: O perfil de integração mostra como, durante a improvisação musical, os sujeitos se portam em relação ao grupo: semelhantes, separados ou independentes. Durante a improvisação, o grupo estudado estava em “Diferenciado”, pois houve pouquíssimas interações entre os sujeitos, permanecendo cada um tocando seu instrumento.



Variabilidade: O perfil de variabilidade demonstra a frequência de alterações musicais que ocorreram durante o fazer musical. Neste grupo, a improvisação não se mostrou nem inalterada, nem extremamente aleatória, variando geralmente em relação ao volume e ao ritmo.



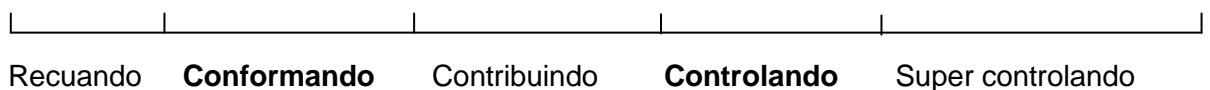
Tensão: Este perfil mostra a quantidade de tensão acumulada, sustentada e liberada por meio dos elementos musicais. Neste caso: ritmo bastante acelerado, volume sempre forte e o uso contínuo de instrumentos de metal favoreceram o acúmulo de tensão.



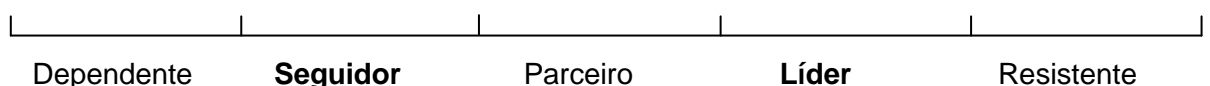
Congruência: Este perfil mostra como sentimentos e papéis tomados durante a improvisação são consistentes quando traduzidos por elementos musicais. Como as ideias expostas pelos sujeitos sempre estavam de acordo, este grupo foi considerado centrado.

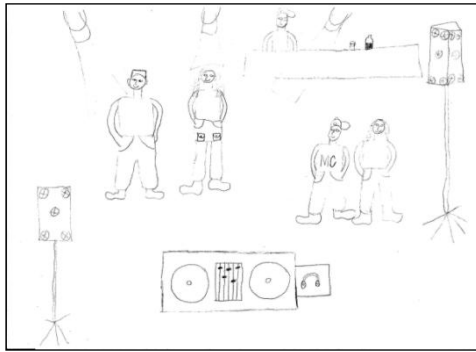


Saliência: Este perfil mostra como alguns elementos musicais estão mais evidenciados que outros, sendo que os líderes exercem o seu controle por meio deles e o restante do grupo os segue. Neste caso, os destaques foram para a grande velocidade rítmica e, principalmente, para a intensidade do volume, que acabou controlando o grupo.



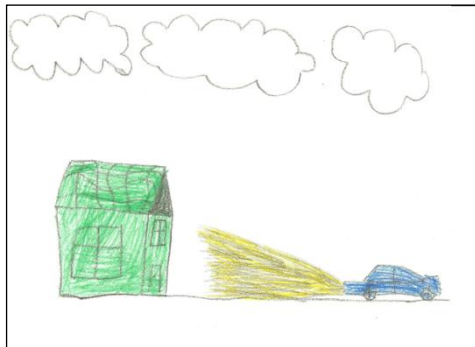
Autonomia: O perfil de autonomia mostra que tipos de papéis são tomados pelos sujeitos durante a improvisação. Apesar de o sujeito C. ser classificado como depende de J1. (só tocando os instrumentos se a colega os pegasse), o grupo pode basicamente ser dividido entre líderes (F. e W. – pelo uso da intensidade) e seguidores.





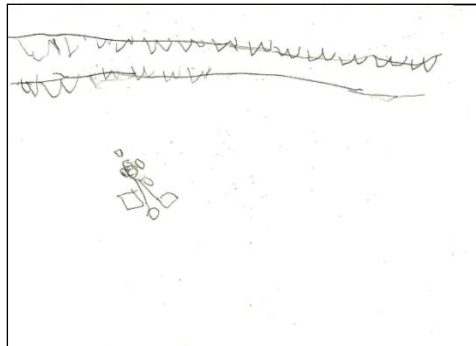
Desenho de M. em que ele e seus amigos da escola regular estão em uma festa.

Música escolhida: Mundo M (MC Lon).



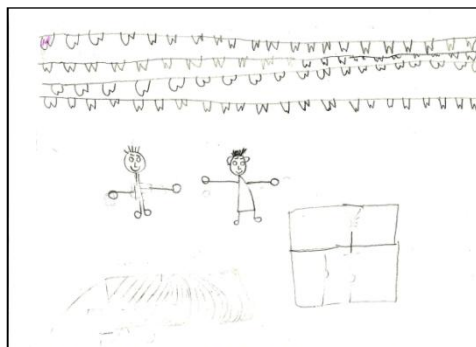
Desenho de G. que mostra seu pai chegando de carro em casa, após o trabalho. G. não quis se desenhar, pois disse que era feio.

Música escolhida: G. não quis escolher uma música.



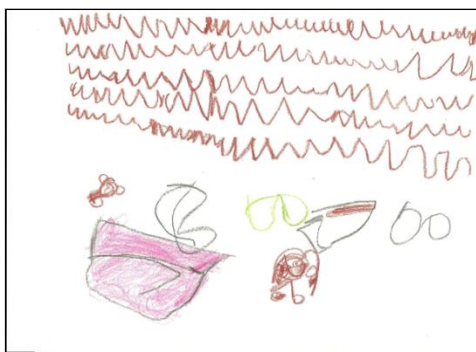
Desenho de T. que retrata a festa junina da instituição (que aconteceria no fim de semana seguinte à esta sessão).

Música escolhida: Amor impossível (Luan Santana)



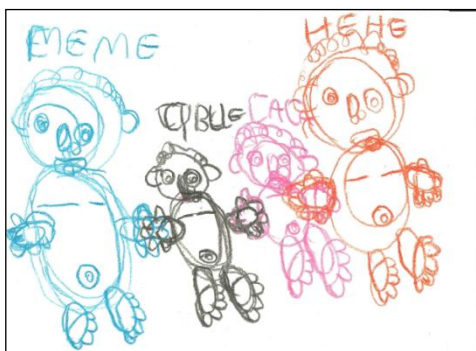
Desenho de F., no qual ele e seu amigo M. (também da instituição) estão dançando na festa junina.

Música escolhida: Você não vale nada mas eu gosto de você (Solteirões do Forró).



Este é um dos três desenhos que J2. fez. Todos eles a mostram (de marrom, embaixo), sua mãe (de verde) e sua tia (de preto) na festa junina da instituição.

Música escolhida: A lenda (Sandy e Junior).



Desenho de C. que a retrata ao lado de três pessoas, nomeadas como “Meme”, “Caca” e “Hehe”. C. não informou quem eram essas pessoas.

Música escolhida: Abertura do desenho “Pucca”.

Análise da sessão: Esclarecemos que não foi feita análise dos desenhos, propriamente dita, uma vez que essa análise não é competência da Musicoterapia e sim da Psicologia. O que realizamos foi, a partir do que objetivamente está retratado nos desenhos, estabelecer relações entre a posição ou situação em que cada sujeito se coloca no desenho e as letras das músicas escolhidas, utilizando as Técnicas de Canção. Alguns dos desenhos se referem à relação dos sujeitos com suas famílias.

O desenho de W. o coloca perto de casa e sua mãe e irmã olhando-o da janela; a música escolhida por ele inicia com a frase “No dia em que eu saí de casa, minha mãe me disse: Filho, vem cá!”. Talvez W. tenha retratado seu desejo de se separar da família, e sua impressão de que isso causaria sofrimento à sua mãe e irmã.

J1. se desenha ao lado de sua família na frente de casa e canta a música “Do lado de cá”. A letra da música escolhida afirma que apesar de às vezes as coisas parecerem bastante difíceis (“Se a vida muitas vezes só chuveira, só garoa, e tudo não parece funcionar”) sempre existe um lugar seguro, com as pessoas que você gosta e cheio de alegria para onde correr (“Do lado de cá tem música, amigos e alguém pra amar”). Além disso, J1 foi a única que coreografou a sua música, mantendo os braços levantados o tempo todo, movendo-os de um lado para o outro.

Como a letra da canção diz que (“Do lado de cá, eu vivo tranquila e o meu corpo dança sem parar”) e na Ficha Musicoterapêutica da garota consta que ela gosta de cantar e dançar com a irmã mais nova, é possível que neste caso a música seja utilizada como canto corporal (MILLECCO; BRANDÃO; FILHO, 2001).

G. não desenha figuras humanas, apenas um carro e uma casa e diz que no carro está seu pai chegando em casa. Talvez o fato de não representar pessoas no desenho e de não escolher nenhuma música se relacionem diretamente com seu autoconceito. Foi o sujeito que menos pontuou na EAR (15 pontos).

Percebe-se que a maioria dos adolescentes desenhou algo relacionado à festa junina, pois a mesma ocorreria no final de semana seguinte à sessão. A. escolheu uma música típica de quadrilha. F. optou por uma música que, apesar de não ser tradicional, está tocando frequentemente nessas festas. Talvez essa representação se relacione, em parte, com a concretude do pensamento de pessoas com baixo nível intelectual, que apresentam dificuldade em representar para além daquilo o que vivem no presente, mas, também, com o prazer que essa festa proporcionava nesse momento em suas vidas, demonstrado pela forte intensidade vocal, andamento acelerado e expressão facial de alegria, indicativos de canto como prazer.²⁴ T. e J2. cantaram músicas que falam de amor, retratando na música a busca por um amor (ilusório ou não).²⁵

C. escolheu a música da ‘Pucca’, que também havia aparecido em sua Ficha Musicoterapêutica, e seu desenho, tanto em traçado como em representação revela nível intelectual baixo, não sendo possível relacionar as figuras com pessoas de seu cotidiano.²⁶ M. foi o único que se desenhava com outras pessoas que não seus familiares ou colegas da instituição; seu desenho mostra seu grupo de colegas da escola regular que frequenta, em uma festa; tanto o desenho quanto a música que escolheu revelam a posição e o interesse típicos de um adolescente, o que demonstra que a deficiência mental leve que apresenta não provoca distorção de autopercepção.

²⁴ Ibidem.

²⁵ Ibidem.

²⁶ Material fornecido na aula de Psicologia da Percepção, ministrada pela professora Sílvia Rosas, no segundo semestre de 2011.

6ª sessão: 13/06/2011

Objetivo: Promover autoescuta e autoconsciência, e iniciar o processo de vínculo, com a Técnica de Reproduzir e Relatar (Bruscia).

Duração: 50 minutos

Descrição da sessão: Os sujeitos exploraram os instrumentos musicais durante alguns minutos e foram solicitados a escolher o que mais gostaram. Em seguida, cada um teve que improvisar individualmente com o instrumento escolhido, sendo que essa improvisação seria gravada para posterior escuta. Por fim, o grupo tocou junto e seu áudio também foi gravado. Foi então utilizada a técnica de Reproduzir (Playback) e a de Relatar, em que os sujeitos deveriam escutar suas improvisações gravadas e depois falar de sentimentos e ideias que lhes ocorreram ao se ouvirem.

Análise da sessão: A primeira reação dos sujeitos foi a surpresa ao se ouvirem. Alguns tiveram dificuldade em reconhecer a própria improvisação. Quando suas improvisações foram reproduzidas, W. e F. se assustaram e disseram que tinham tocado muito forte e que doía o ouvido (ambos haviam escolhido instrumentos de metal: agogô e triângulo, respectivamente). W. afirmou que estava muito feliz no momento da improvisação e que por isso tocou com muita intensidade. F. concordou com ele.

J1. (pandeiro), T. (guizos), e A. (chocalho de côco), por outro lado, afirmaram que quase não conseguiam se ouvir tocando, mesmo com o gravador estando ao lado de seus instrumentos durante a improvisação. A. não olhou para os colegas nem uma vez enquanto estava improvisando, mantendo a cabeça sempre baixa. Os três sujeitos afirmaram sentir vergonha em tocar. Durante a reprodução dessas gravações, pôde-se perceber que, mesmo tocando separado, os papéis de líderes e seguidores permanecem inalterados, assim como a relação de controle por intensidade.

J2. (afoxé) não conseguiu reconhecer sua improvisação. O grupo afirmava que era ela, mas J2. negava. G. e C. não quiseram gravar. Quando questionados sobre o motivo, C. (chocalho de metal) imediatamente se calou. E G. (violão) disse que não queria que todos olhassem para ele (G. possui uma deformidade na mão esquerda).

7ª sessão: 20/06/2011

Objetivo: Transmitir aceitação, trazer mais intimidade na relação do grupo e promover a autoconsciência, a partir das Técnicas de Sincronizar, Imitar e Incorporar (Bruscia).

Duração: 50 minutos

Descrição da sessão: A primeira atividade proposta foi a de Imitar: um sujeito tocava um instrumento e assim que terminava, os outros sujeitos reproduziam sua improvisação. Em seguida, a técnica de Sincronizar foi utilizada da mesma forma, com a diferença de que os sujeitos imitavam o improvisador enquanto ele ainda estava tocando. Para finalizar a sessão, foi proposta a atividade de Incorporar. Os sujeitos estavam sentados ao redor da mesa, onde estavam dispostos os instrumentos musicais. M. iniciou tocando um ritmo simples no tambor. J2., que estava sentada ao seu lado, deveria imitá-lo e aos poucos ir modificando o tema inicial. Essa atividade causou um pouco de confusão, pois inicialmente não foi compreendida por todos; aqueles que a haviam compreendido ficavam gritando com os outros. Solicitou-se a todos que ficassem em silêncio e a atividade foi novamente explicada.

Análise da sessão: Alguns sujeitos (W., J1. e G.) demonstraram clara falta de compreensão com os colegas, principalmente na última atividade, ou seja, como eles compreenderam a tarefa proposta, todos também deveriam entender. Todos os sujeitos escolheram instrumentos de percussão, com exceção de G. que escolheu o violão. As improvisações quase sempre resultaram em pulsos que, segundo Bruscia, fornecem um chão, dando sensação de estabilidade e segurança²⁷. O único sujeito que improvisou um ritmo foi W. Assim como nas sessões anteriores, ele utilizou da velocidade rítmica e da intensidade para demonstrar seus sentimentos, afirmando mais uma vez que estava muito feliz enquanto tocava. Andamentos mais rápidos implicam atividade aumentada, e o volume extremamente forte indica a intensidade do sentimento, simbolizando também poder²⁸, o que pode ser compreendido como sentimento do sujeito que mais pontuou na EAR.

²⁷ Material fornecido na aula de Musicoterapia Didático-Terapêutica III, ministrada pela professora Lilian Coelho, no primeiro semestre de 2010. Tradução por Márcia Cirigliano do capítulo 33 (Perspectivas Psicanalítica e Existencial) do livro *"Improvisational Models of Music Therapy"*, de Kenneth Bruscia.

²⁸ Idem.

8ª sessão: 27/06/2011

Objetivo: Promover a sensação de segurança e estabilidade e facilitar a expressão de emoções e sentimentos, com a Técnica de Base Rítmica e Trocar Instrumento (Bruscia).

Duração: 50 minutos

Descrição da sessão: O grupo entrou na sala e se sentou ao redor da mesa, onde os instrumentos estavam dispostos (setting-fogueira). A técnica de Base Rítmica foi utilizada inicialmente com o grupo tocando um pulso lento para que cada sujeito pudesse improvisar individualmente sobre essa base rítmica. O sujeito que improvisava escolhia o próximo que iria tocar. O pulso foi mantido durante todo o tempo. Ao final desta atividade, foi utilizada a técnica de Trocar (*Shifting*). Neste caso, a modalidade de troca escolhida foi a instrumental. Os sujeitos, um de cada vez, deveriam escolher outro com o qual trocariam de instrumento. Após a rodada de trocas, a técnica de base rítmica foi utilizada outra vez, desta vez com uma célula rítmica simples.

Análise da sessão: T. (tambor) foi o primeiro sujeito a improvisar e seguiu, durante poucos segundos, o pulso que o grupo estava fazendo. À medida que as improvisações foram ocorrendo, o tempo de duração delas foi aumentando, sendo que o último sujeito (M.; cítara) tocou por quase 4 minutos. Esse aumento de tempo gradual de uma improvisação para outra mostra que o grupo conseguiu transmitir segurança para que cada sujeito pudesse se expressar da melhor forma. O pulso lento foi determinado pela musicoterapeuta, pois alguns sujeitos tinham dificuldades motoras. Na segunda vez em que a técnica de Base Rítmica foi utilizada, o tempo de 2 minutos foi estipulado para que cada sujeito improvisasse livremente. O grupo se mostrou mais receptivo às improvisações de cada um, aplaudindo cada vez que um deles acabava de tocar, demonstrando aceitação não apenas com a música do outro, mas também com os sentimentos expressos por ele. A atividade de Trocar foi bem recebida. Assim que o comando verbal foi dado, os sujeitos imediatamente queriam começar a trocar seu instrumento musical com os colegas. Então foi solicitado que eles pensassem na pessoa que escolheriam e qual instrumento achavam que ela gostaria de tocar.

9ª sessão: 01/08/2011

Objetivo: Dar a oportunidade de liderar e ser liderado e auxiliar no desenvolvimento da autoconfiança, com a Técnica de Conduzir (Bruscia).

Duração: 1 hora

Descrição da sessão: O grupo se sentou em semicírculo e foi solicitado a escolher um integrante para conduzir a atividade. O primeiro a se candidatar foi W., que deveria escolher um instrumento para cada sijeito e um ritmo ou uma música para ser tocada. Ele escolheu a música “Meteoro” de Luan Santana e decidiu que J1. e J2. cantariam. O grupo deu o nome de “Maestro” para essa atividade, afirmando que W. iria ‘mandar’ na música. O sujeito então assumiu a posição de maestro, apanhou um lápis que fazia às vezes de batuta e começou a mover as mãos. Após a bem sucedida atividade, os outros sujeitos também quiseram conduzir a sessão. Como o tempo de sessão era curto, o condutor não deveria pedir para que o grupo trocasse de instrumento. Para trabalhar a atenção do grupo para com os colegas, ordens verbais não podiam ser dadas. Os sujeitos apenas utilizariam gestos ou sons

Análise da sessão: Pela primeira vez o grupo todo demonstrou aceitação à tarefa dada. Escolheram o nome da atividade, se candidatavam a ser o próximo “maestro”, riam e batucavam quando uma música que gostavam era escolhida para ser tocada. Desde que o primeiro sujeito iniciou sua vez de conduzir, percebeu-se uma mudança de atitude. Cada um em sua vez se mostrou mais disciplinado e alegre quando estava à frente da sala, enquanto o grupo parecia mais atento por ter um colega dando os comandos. Ao fim da sessão, os sujeitos foram questionados sobre como era ser líder e dar ordens. Afirmaram que era legal, pois todos seguiram o que eles mandavam. A. disse que foi muito interessante não precisar falar para ser ouvido. Apenas batendo em seu tambor e apontando o que queria, os outros conseguiam entendê-lo. Já C. explicou que tinha ficado com muita vergonha quando todos olhavam para ela (a garota permaneceu durante boa parte do tempo sentada e demorou a escolher a música. Apenas quando o grupo começou a tocar, ela se levantou e começou a fazer alguns gestos). Apesar de já haverem algumas mudanças nos papéis de líder/seguuidor, é perceptível que os sujeitos que obtiveram menor resultado na EAR ainda demonstram insegurança quando devem dar ordens ou comandar os colegas. Por outro lado, W. (que obteve a maior pontuação) candidatou-se a função de líder e imediatamente assumiu a postura do “maestro”.

10ª sessão: 08/08/2011

Objetivo: Dar ao sujeito uma oportunidade de reflexão, com a Técnica de Metaprocessar (Bruscia).

Duração: 50 minutos

Descrição da sessão: Os sujeitos entraram na sala e se sentaram nas cadeiras que já estavam dispostas em semicírculo. Os instrumentos musicais estavam espalhados à frente dessas cadeiras. Então, solicitou-se que os sujeitos fechassem os olhos e comesçassem a improvisar com o instrumento escolhido, mas que poderia ser trocado por outro disponível a qualquer momento. Depois de cerca de 5 minutos do início da improvisação, a musicoterapeuta passou a se aproximar de cada um dos integrantes individualmente e pedir para que, ainda de olhos fechados, escutassem o que estavam tocando, o que o grupo estava tocando, que percebessem onde estava o grupo e como ele se sentia ao improvisar. Essa técnica de metaprocessar acaba por fazer o sujeito “mudar para um nível de consciência que o capacite observar e reagir ao que está acontecendo”²⁹.

Análise da sessão: Durante o início da improvisação o grupo se mostrou bastante apreensivo ao ser solicitado a tocar de olhos fechados. Quando questionados se preferiam ficar de olhos abertos, os sujeitos negaram e aos poucos se concentraram na tarefa solicitada. Mesmo assim, G. e J2. esperaram que comesçassem a improvisar para fecharem os olhos. Ficou claro que ambos ainda permanecem como “seguidores” no perfil de autonomia, apesar de já haver clara mudança, e o grupo poder ser classificado como “parceiro”. Essa mudança é perceptível pelo volume mais equilibrado (todos os integrantes tocando com volume parecido) e pelas respostas dadas pelos sujeitos durante a utilização da técnica. De forma geral, as respostas apontaram para certa coesão e acolhimento do grupo. Os sujeitos perceberam que o que eles estavam tocando tinha relação com a improvisação do grupo, tanto em volume quanto em acentuação da célula rítmica. Isso pode ser exemplificado com algumas das respostas dadas:

- W. declarou que mais uma vez se sentia feliz improvisando, mas que dessa vez não estava tocando mais forte que o grupo, pois estava bom ouvi-lo.
- G., quando questionado sobre “onde estava o grupo”, afirmou que estava ao redor dele. Foi solicitado a abrir os olhos e percebeu que ele estava na ponta do

²⁹ 64 técnicas

semicírculo. É provável que este acolhimento sentido tenha se dado pela música coletiva que estavam criando.

- C., pela primeira vez, utilizou o canto para se expressar. O canto é um poderoso elemento terapêutico e o melhor dos instrumentos musicais, pois “canaliza e liberta a voz de suas cadeias e ataduras, vendo-a como o meio ideal de colocar os sentimentos em contato direto com a sua expressão”³⁰. C. apresentou intensidade vocal muito fraca, tensão corporal evidente e olhar direcionado para baixo, mas se mostrou mais desinibida e foi aplaudida pelo grupo.

- M. afirmou que a música que o grupo estava tocando era muito bonita e parecia uma orquestra. Quando questionado sobre quem seria o maestro dessa orquestra, o garoto disse que não havia, pois todos tinham sido condutores na sessão anterior. Mais uma vez foi possível notar que musicalmente já não podiam ser percebidos líderes, e que essa parceria do grupo também foi levada para fora do ambiente musical.

11ª sessão: 15/08/2011

Objetivo: Estimular o trabalho em grupo, auxiliar no planejamento e proporcionar integração, com Composição Coletiva.

Duração: 50 minutos

Descrição da sessão: A composição é um dos quatro métodos de Musicoterapia (os outros são: improvisação, recriação e escuta). Nesta atividade, o grupo foi solicitado a criar uma música junto. Os sujeitos deveriam decidir sobre o tema da música, quem cantaria, qual instrumento cada um tocaria etc. Depois de 10 minutos de discussão, ficou acertado que cada um comporia e cantaria um trecho da música, e o tema principal seria um casamento na fazenda. O primeiro sujeito a criar sua parte foi T. que, por não falar, fez a introdução da música na cítara. Seguindo, foi a vez do W., que passou a fazer um pulso no agogô, imediatamente seguido por todo o grupo. A letra da música é: O cavalo viu a vaquinha correndo / Ele foi atrás e a pediu em casamento / Num dia de Sol acontece o casamento / Todo mundo é convidado pra festa / Convidaram o porco, a galinha e o coelho / A festa começou quando anoiteceu / Tinha bolo, salgado e pizza / Refrigerante, suco e cerveja / Quando acabou foram todos dormir / E viveram todos felizes para sempre.

³⁰ Material fornecido na aula de Musicoterapia Aplicada em Neurologia, ministrada pela professora Queila de Oliveira, no primeiro semestre de 2010.

Análise da sessão: O pulso dado por W. (60 ppm) foi mantido durante toda a música, o que dá segurança e estabilidade para o restante da composição. O andamento mais vagaroso do que nas outras atividades realizadas indica uma menor urgência. Este pulso serviu como pano de fundo, sendo o preenchimento das divisões rítmicas feito pela melodia. Todas as frases possuíam uma mesma melodia que era tocada uma vez pela flauta doce (sujeito J2.) e posteriormente cantada pelo grupo. A seguir, apresentamos a partitura da música.



Tendo o ritmo e a melodia se encaixado numa mesma frase, há coerência entre os sentimentos expostos, mostrando mais uma vez que o perfil de Congruência estava centrado. Os instrumentos de percussão foram tocados com pouca intensidade, dando destaque para a voz. A utilização da voz proporciona autoafirmação, encontro com a identidade sonora e facilita a expressão de conteúdos mais profundos (BRUSCIA, 1987).

12ª sessão: 22/08/2011

Objetivo: Estimular o trabalho em grupo, auxiliar no planejamento e proporcionar integração, com o início da elaboração do CD.

Duração: 40 minutos

Descrição da sessão: Dando continuidade ao processo de composição, passamos a elaborar a criação de um CD. Assim que a sessão começou, essa ideia foi passada aos sujeitos que imediatamente a aderiram. De início, citaram apenas músicas de artistas que gostavam, para serem gravadas. Então, G. perguntou se eles poderiam criar músicas para que também fossem colocadas no CD. A musicoterapeuta respondeu que dependeria do que eles decidissem. O grupo passou a discutir questões como: qual música já conhecida cada um escolheria, com qual instrumento cada um gravaria e se alguém gostaria de cantar. Enquanto conversavam, G. pegou lápis e papel e fez um desenho para ser a capa do CD.

Análise da sessão: Inicialmente o grupo se mostrou extremamente agitado e confuso, falando todos ao mesmo tempo, porém com volume moderado, revelando

que a tensão percebida através do IAPs começou a diminuir também fora do fazer musical. Aos poucos, passaram a realizar votações para qualquer discórdia que houvesse, o que mostra que além de os sujeitos estarem mais atentos às ideias uns dos outros, começaram a traçar estratégias para que a opinião de ninguém ficasse de fora. As músicas escolhidas pelos sujeitos eram as que tocavam frequentemente nas rádios jovens. Como exemplo: “Amar não é pecado” e “Meteoro” (Luan Santana), “Baby” (Justin Bieber), “Te levo comigo” (Restart) e “Ai se eu te pego” (Michel Teló).

13ª sessão: 29/08/2011

Objetivo: Desenvolver a motivação e o orgulho por um projeto realizado, com a gravação do CD.

Duração: 50 minutos

Descrição da sessão: Devido à grande ansiedade para gravar o CD, o grupo já se encontrava na sala quando a musicoterapeuta entrou com os instrumentos. Os sujeitos esperaram a autorização para pegarem os instrumentos que haviam escolhido na sessão anterior. Como não haviam feito anotações, alguns sujeitos esqueceram o instrumento escolhido e tiveram que esperar que os colegas pegassem os deles. O violão teve que ser compartilhado, pois três sujeitos o queriam. W. afirmou que gostaria de cantar. Foi utilizado um celular para gravar as improvisações dos sujeitos individualmente.

Análise da sessão: A seguir, os instrumentos escolhidos pelos sujeitos e a forma como tocaram.

G. – violão, intensidade média, dedilhado sem ritmo definido.

T. – tambor, intensidade forte, ritmo acelerado.

J2. – flauta, intensidade média, melodia em escala de dó maior e com intervalos de segundas e terças.

F. – agogô, intensidade fortíssima, marcando um pulso (60 ppm).

M. – pandeiro, intensidade média, ritmo de samba.

W. – violão, intensidade média, utilizou a voz. Tocou o violão com as cordas soltas e improvisou vocalmente uma música sobre um príncipe que encontrava sua princesa.

A. – afoxé, intensidade baixa, tocou durante pouquíssimo tempo e quando acabou disse “pronto”.

J1. – violão, intensidade forte, ritmo acelerado.

C. – tambor, intensidade média, fez um ruflo.

Cada sujeito soube esperar sua vez de tocar e todos aplaudiam após o final de uma improvisação. F. ainda apresentou tendências à liderança tocando extremamente forte e A., cuja improvisação teve intensidade baixa, demonstrou bastante timidez. Contudo, foi perceptível a mudança no volume das improvisações do início do processo para as desta sessão. Parece que os sujeitos compreenderam que, agora, serão ouvidos pelos colegas mesmo se não tocarem forte.

14ª sessão: 05/09/2011

Objetivo: Promover autoescuta e autoconsciência, com a audição do CD; Técnicas de Reproduzir e Reagir (Bruscia).

Duração: 50 minutos

Descrição da sessão: As técnicas de Reproduzir e Relatar foram mais uma vez utilizadas. O grupo entrou na sala e se sentou ao redor da mesa enquanto a musicoterapeuta pedia para que ouvissem atentamente o CD gravado na sessão anterior (Reproduzir *Playback*). Em seguida, solicitou-se que cada sujeito dissesse o que havia sentido ouvindo sua improvisação e o que tinha achado do resultado musical. Para finalizar, as gravações da 6ª sessão (dia 13/06/2011) também foram reproduzidas para comparação com as novas.

Análise da sessão: Desta vez nenhum sujeito teve dificuldade em reconhecer sua improvisação. F. comentou que eles tinham tocado igual aos cantores famosos e que as músicas estavam muito bonitas. Quando colocadas as gravações antigas, o grupo passou a fazer piada com a forma que tocavam antes, dizendo que doíam os ouvidos e que era difícil perceber qual música estavam tocando, mesmo que na sessão anterior a maioria dos sujeitos tivesse tocado apenas células rítmicas em instrumentos de percussão. Como explicado no capítulo 4 deste trabalho, é por meio da transformação musical que o sujeito também se transforma. A consciência que tiveram do quanto evoluíram musicalmente em três meses proporcionou orgulho pelo trabalho desenvolvido. Outro momento em que este orgulho ficou evidenciado

foi quando os sujeitos seguraram a caixa do CD, com a capa desenhada por G. e com o nome de cada um na contracapa.

15ª sessão: 12/09/2011

Objetivo: Estimular o trabalho em grupo, auxiliar no planejamento e proporcionar integração; início da elaboração da apresentação do grupo.

Duração: 50 minutos

Descrição da sessão: Ainda como parte do processo para elevar a autoestima, sugeriu-se ao grupo que desenvolvessem uma apresentação musical. Nesta sessão, os sujeitos discutiram algumas questões: onde a apresentação aconteceria, se os professores e colegas da instituição iriam assisti-los, quantas e quais músicas seriam tocadas, se haveria dança etc. Desta vez, uma nova estratégia foi criada. Os sujeitos resolveram escrever suas opiniões em um papel e depois expô-las aos outros. As melhores ideias eram escolhidas e aceitas, sem que houvesse qualquer alteração. Quase no fim da sessão, o grupo foi então convidar os professores, mães que trabalham na instituição e colegas para que na semana seguinte assistissem à sua apresentação musical no quintal da escola.

Análise da sessão: O grupo inicialmente escolheu muitas músicas para serem tocadas (cerca de 13). Como o tempo de apresentação seria de 20 minutos e os sujeitos W. e C. também fariam apresentações individuais, pediu-se para que eles escolhessem apenas quatro. Ficou resolvido que “Mundo M” (MC Lon), “Meteoro” (Luan Santana), “Waka Waka” (Shakira) e “The Lazy Song” (Bruno Mars), esta última acompanhada do rádio, seriam tocadas. Além delas, W. iria fazer uma improvisação vocal na hora acompanhado pelo grupo tocando, e C. cantaria uma música em japonês. Foi perceptível que a organização do trabalho em grupo evoluiu consideravelmente desde o início do processo. Apesar de algumas divergências na escolha do repertório, os sujeitos conseguiram que fossem solucionadas sem o auxílio da musicoterapeuta.

16ª sessão: 19/09/2011

Objetivo: Auxiliar no preparo da apresentação, desenvolver o orgulho por um trabalho feito e promover domínio de papéis; Técnica de Ensaiar (Bruscia).

Duração: 50 minutos

Descrição da sessão: Pela primeira vez utilizamos um setting que não a sala de aula. O grupo inicialmente ficou disperso, pois no quintal existe a sala de Fonoaudiologia, a cozinha e a sala onde as mães confeccionam artesanato. Após alguns minutos, os sujeitos se sentaram nas cadeiras colocadas em semicírculo e pegaram os instrumentos que haviam escolhido na sessão anterior. O ensaio durou cerca de 30 minutos, durante os quais foram passadas duas vezes cada música e, por fim, um ensaio geral.

Análise da sessão: O grupo conseguiu manter ritmo e altura adequados ao ambiente em que estavam, mas por estar em um local diferente do habitual, quando a musicoterapeuta e os colegas falavam, a atenção dos sujeitos era facilmente desviada por estímulos externos. As músicas foram passadas duas vezes para poder corrigir pequenos problemas, tais como: entradas, pausas e finalizações de frases. Por diversas vezes o andamento acelerava, indicando atividade aumentada e maior impulso, provavelmente motivados pela ansiedade que o grupo demonstrava. Além disso, ocorreram problemas em relação ao pulso e ao padrão rítmico tocado. W. sempre conseguiu manter o pulso da música, dando base às improvisações coletivas. Porém, durante o ensaio, constantemente ele acelerava a marcação, demonstrando elevação de tensão. O volume permaneceu mais baixo do que nas outras sessões durante quase todo o tempo. Porém, na última vez que as músicas foram passadas, o volume se elevou consideravelmente. Juntamente com a mudança de atitude do grupo (tornou-se mais focado), acredita-se que essa mudança de intensidade indique comprometimento.

17ª sessão: 26/09/2011

Objetivo: Propiciar orgulho pelo trabalho realizado e dar oportunidade para o ganho de reconhecimento; Técnica de Executar (Bruscia).

Duração: 50 minutos

Descrição da sessão: Foi realizada uma breve reunião antes da apresentação para saber como os sujeitos estavam se sentindo e se era necessária alguma mudança de última hora. O grupo afirmou que estava tudo certo e começou a levar as cadeiras e instrumentos para o quintal. Depois de tudo organizado, M. foi chamar professores, colegas e mães para dar início à apresentação. Os sujeitos tocaram as quatro músicas escolhidas, sendo que na música “Waka Waka” as meninas

dançaram e cantaram enquanto os meninos tocaram, e a música “The Lazy Song” foi tocada no rádio e os sujeitos acompanharam tocando instrumentos de percussão. W. realizou sua improvisação vocal e C. cantou uma música em japonês. Após a execução, a plateia aplaudiu o grupo de pé e foi cumprimentar os integrantes.

Análise da sessão: Provavelmente pela ansiedade e tensão de estar se apresentando em público, o grupo apresentou-se demais agitado, tocando sempre com intensidade forte. Contudo, os integrantes se mostraram centrados e integrados, buscando ouvir uns aos outros, esperando seu tempo de tocar e respeitando os momentos de silêncio. Além disso, mantiveram o ritmo das músicas. A coreografia da dança não foi ensaiada, deixando as garotas se expressarem livremente. Quando recebiam aplausos ao fim de cada peça, os sujeitos percebiam que sua música produzida não era esteticamente bonita apenas para eles, como também para pessoas que consideravam importantes e para pessoas com quem conviviam diariamente.

18ª sessão: 03/10/2011

Objetivo: Promover autoconsciência e propiciar orgulho pelo trabalho realizado; Técnicas de Reproduzir e Reagir (Bruscia).

Duração: 50 minutos

Descrição da sessão: A apresentação da sessão anterior foi gravada com uma câmera digital e gravada em DVD para que o grupo pudesse assisti-la. Quando os sujeitos entraram na sala, as cadeiras estavam dispostas na frente da televisão e eles foram convidados a se sentar. Quando perceberam que era o vídeo de sua apresentação, começaram a conversar muito alto, extremamente excitados. Ao fim da exibição do DVD, perguntou-se ao grupo o que havia achado de se ver na TV e como se sentia ao assistir à própria apresentação. Para fechar a sessão, solicitou-se que os sujeitos cantassem uma música em grupo. As escolhidas foram “Te Levo Comigo” (Restart) e “Super Fantástico” (Balão Mágico).

Análise da sessão: As duas músicas escolhidas demonstram bem qual foi o sentimento do grupo durante a exibição do vídeo.

“E eu vou te esperar aonde quer que eu vá,
aonde quer que eu vá,
te levo comigo.”

“Sou feliz, por isso estou aqui,
Também quero viajar nesse balão!
Super fantástico!
No Balão Mágico,
O mundo fica bem mais divertido!”

Os refrãos apresentam sentimentos de alegria e união do grupo, sendo que a canção coletiva atua como forma de reencontro com sua identidade sonora e proporciona “construção no processo terapêutico de uma identidade grupal que possibilite a reorganização, inclusão social, reconhecimento de si mesmo, compreensão do mundo exterior, através de estratégias de mediações sonoro-vocais”. Além disso, a melhora na expressão vocal e na afinação, a maior intensidade do canto e contato visual com o grupo, assim como o aparecimento de opiniões próprias, risadas e humor são fortes indicadores dessas músicas como portadoras de grande significado para o grupo, demonstrando a felicidade por ser aceito e inserido em um grupo³¹.

19ª sessão: 10/10/2011

Objetivo: Apresentação dos Resultados do estudo, com a Reaplicação da Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR).

Duração: 1h30

A Tabela 3 apresenta as pontuações de cada sujeito, após a intervenção.

³¹ Material fornecido na aula de Musicoterapia Aplicada em Neurologia, ministrada pela professora Queila de Oliveira, no primeiro semestre de 2010.

Tabela 3.
Dados dos sujeitos da pesquisa e pontuações na EAR, pós-intervenção.

Sujeitos	Condição	Idade	Sexo	Pontuação na EAR
G	DMD	12 anos	masculino	19
C	DIM	20 anos	feminino	22
A	DIM	14 anos	feminino	24
F	ADNPM	19 anos	masculino	27
J1	PCHH	14 anos	feminino	26
T	PCTE	19 anos	feminino	25
M	DIL	14 anos	masculino	31
J2	SD	15 anos	feminino	28
W	DIL	15 anos	masculino	31

A Tabela 4 apresenta as pontuações dos sujeitos em cada item na EAR Final.

Tabela 4.
Pontuação dos sujeitos em cada item da EAR final.

ITENS	SUJEITOS								
	G	C	A	F	J1	T	M	J2	W
1	2	2	3	2	3	2	3	3	3
2	2	3	2	2	3	2	3	2	3
3	2	3	1	3	3	3	3	3	3
4	1	1	2	2	2	2	3	2	3
5	3	3	4	3	2	3	3	3	2
6	3	2	2	4	3	2	4	3	4
7	2	2	3	4	2	3	3	3	4
8	1	2	3	2	4	3	2	3	3
9	2	2	2	3	2	3	3	4	3
10	1	2	2	2	2	2	4	2	3
TOTAL	19	22	24	27	26	25	31	28	31

5.3 RESULTADOS

O Gráfico 1 apresenta a diferença entre a EAR Inicial e a EAR Final de cada sujeito da pesquisa.

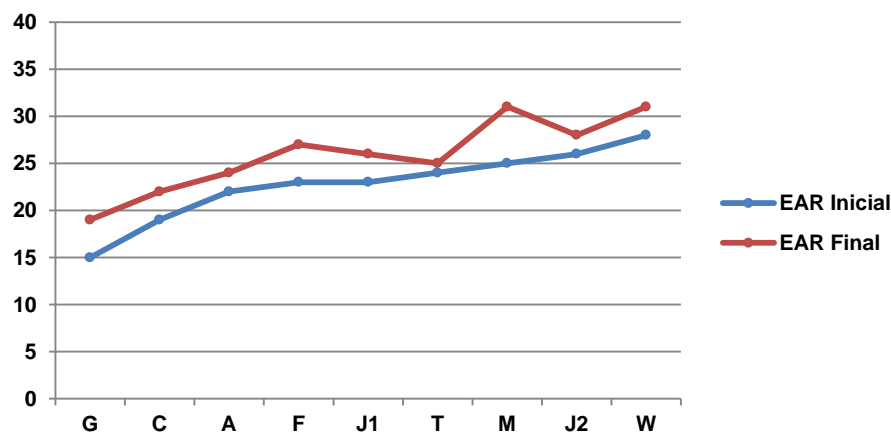


Gráfico 1.
Diferença entre as pontuações de EAR inicial e EAR final.

Pode-se visualizar a partir do gráfico que todos os sujeitos tiveram aumento na pontuação na segunda aplicação da EAR. T. foi quem teve um ganho menor: apenas 1 ponto, enquanto que o sujeito que teve maior ganho foi M., com 6 pontos a mais.

A evolução também pode ser percebida pela melhora da estética musical, da coesão grupal durante as improvisações, não havendo indivíduos tocando muito mais forte do que outros, nem acelerando o andamento. A utilização da voz também foi um ganho importante durante o processo.

Portanto, retornando aos objetivos iniciais, conclui-se que a Musicoterapia pode sim atuar no processo de formação do autoconceito do “fazer musical” e atribuir uma valoração positiva a ela, resultando na melhora da autoestima.

Além disso, os três aspectos musicais trabalhados durante as sessões foram importantíssimos durante o projeto. O fazer musical auxiliou a expressão dos sentimentos e de conteúdos inconscientes que foram trabalhados durante o processo.

O grupo teve importância enorme na aceitação de cada sujeito como ele é, bem como de suas ideias e opiniões. Mas também teve participação fundamental no trabalho de desenvolver respeito e escuta ao outro.

A estética foi o mecanismo que tornou capaz o orgulho por um trabalho bem desenvolvido pelo grupo. Além disso, a apresentação musical mostrou o novo autoconceito adquirido pelos indivíduos à sociedade. Os sujeitos se viram livres dos estigmas antes impostos, o que auxiliou ainda mais no fortalecimento desta face do autoconceito.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desta pesquisa, pude perceber que não é fácil a atividade de pesquisar. De início, a dificuldade de encontrar bibliografia séria pertinente com o tema do trabalho foi o maior obstáculo. Superado este primeiro desafio, o maior problema foi identificar quais aspectos da Musicoterapia poderiam ajudar a buscar o resultado pretendido.

Contudo, acreditamos que este ainda seja o início desta pesquisa. A intenção agora é aplicar este processo em escolas inclusivas, onde haja crianças com e sem deficiência na mesma turma, para verificar se os resultados obtidos são semelhantes e constatar se o projeto pode ser replicado em outras escolas.

Por fim, acreditamos que a persistência tenha dado resultado. Ver o ganho que esses adolescentes obtiveram proporcionou uma fonte de orgulho, um novo autoconceito (de pesquisadora) e, porque não dizer, uma melhora na própria autoestima da autora do estudo.

7 REFERÊNCIAS

- AMIRALIAN, Maria Lúcia Toledo Moraes. **Psicologia do excepcional**. Temas básicos de psicologia. São Paulo: EPU, 1986.
- BENENZON, Rolando Omar. **Manual de Musicoterapia**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1985.
- BRUSCIA, Kenneth. **Improvisational Models of Music Therapy**. Tradução por Márcia Cirigliano. Illinois(USA): Charles C. Thomas Publisher, 1987.
- BRUSCIA, Kenneth. **Definindo musicoterapia**. 2a ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.
- COSTA, Clarice Moura. **O despertar para o outro**. 2ª ed. São Paulo: Summus Editorial, 1989.
- COSTA, Clarice Moura. **Musicoterapia para deficiências mentais: noções teóricas, práticas, exercícios**. São Paulo: Clio, 1995.
- FUNAYAMA, Carolina Araújo Rodrigues et al. **Investigação das causas de atraso no neurodesenvolvimento**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v64n2b/a22v642b.pdf>>. Acesso em 15 de maio de 2011.
- GOFFMAN, Erving. **Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.
- HOWARD, Walter. **A música e a criança**. 5ª ed. São Paulo: Summus Editorial, 1984.
- JACINTO, Silene Aparecida Santana. **A importância da beleza musical na musicoterapia**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Musicoterapia) – Faculdade Paulista de Artes, São Paulo, 2010.
- LAPORTE, Danielle. **O despertar da auto-estima**. São Paulo: Paulus, 2008.
- LAPORTE, Danielle; SÉVIGNY, Lise. **Auto-estima dos 6 aos 12 anos**. São Paulo: Paulus, 2008.
- MILLECCO, Ronaldo Pomponét; BRANDÃO, Maria Regina Esmeraldo; FILHO, Luís Antônio Millecco. **É preciso cantar: Musicoterapia, cantos e canções**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2001.
- MOYSÉS, Lucia. **Auto-estima se constrói passo a passo**. 6ª ed. São Paulo: Papirus, 2007.

- NASCIMENTO, Marilena do. **Musicoterapia e a reabilitação do paciente neurológico**. 1ª ed. São Paulo: Memnon, 2009.
- SEKEFF, Maria de Lourdes. **Da música, seus usos e recursos**. 2ª ed. São Paulo: UNESP, 2007.
- SBICIGO, Juliana Burges; BANDEIRA, Denise Ruschel; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. **Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR): validade fatorial e consistência interna**. Psico-USF, v. 15, n. 3, p. 395-403, set./dez. 2010.
- SILVA, Ana Beatriz Barbosa. **Bullying: Mentres perigosas nas escolas**. Rio de Janeiro: Fontanar, 2010.
- STRAY-GUNDERSEN, Karen (Org.) **Crianças com síndrome de Down: guia para pais e educadores**. 2ª ed. Porto Alegre: ArtMED, 2007.
- TOFFOLO, Mara; TOFFOLO, Marina. **Pisando o palco – um resultado da musicoterapia com pacientes adultos cegos**. In: XIII SIMPÓSIO BRASILEIRO DE MUSICOTERAPIA, 5 a 8 de setembro de 2009, Curitiba/PR. Anais... Curitiba: Griffin, 2009.
- VYGOTSKY, Lev Semenovitch. **Formação social da mente: O desenvolvimento dos processos psicológicos superiores**. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

ANEXOS

ANEXO I – ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Questão	Resposta
De uma forma geral (apesar de tudo), estou satisfeito (a) comigo mesmo (a). 1- concordo plenamente 2- concordo 3- discordo 4- discordo plenamente	
Às vezes, eu acho que eu não sirvo para nada (desqualificado [a] ou inferior em relação aos outros). 1- concordo plenamente 2- concordo 3- discordo 4- discordo plenamente	
Eu sinto que eu tenho um tanto (um número) de boas qualidades. 1- concordo plenamente 2- concordo 3- discordo 4- discordo plenamente	
Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas (desde que me ensinadas). 1- concordo plenamente 2- concordo 3- discordo 4- discordo plenamente	
Não sinto satisfação nas coisas que realizei. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar. 1- concordo plenamente 2- concordo 3- discordo 4- discordo plenamente	
Às vezes, eu realmente me sinto inútil (incapaz de fazer as coisas). 1- concordo plenamente 2- concordo 3- discordo 4- discordo plenamente	
Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual (num mesmo nível) às outras pessoas. 1- concordo plenamente 2- concordo 3- discordo 4- discordo plenamente	
Não me dou o devido valor. Gostaria de ter mais respeito por mim mesmo (a). 1- concordo plenamente 2- concordo 3- discordo 4- discordo plenamente	
Quase sempre eu estou inclinado (a) a achar que sou um (a) fracassado (a). 1- concordo plenamente 2- concordo 3- discordo 4- discordo plenamente	
Eu tenho uma atitude positiva (pensamentos, atos e sentimentos positivos) em relação a mim mesmo (a). 1- concordo plenamente 2- concordo 3- discordo 4- discordo plenamente	

Trata-se de uma escala de quatro pontos do tipo Likert (1=concordo plenamente, 2=concordo, 3=discordo, 4=discordo plenamente), contendo 10 itens. Desse total de itens, 5 avaliam sentimentos positivos do indivíduo sobre si mesmo. Para a pontuação das respostas, os 5 itens que expressam sentimentos positivos têm valores invertidos e, então, soma-se esses valores aos dos outros 5 itens, totalizando um valor único para a escala, correspondente às respostas dos 10 itens. O intervalo possível dessa escala é de 10 (10 itens multiplicados por valor 1) a 40 (10 itens multiplicados por valor 4).

**ANEXO II – TERMO DE ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO
LIVRE**



FACULDADE PAULISTA DE ARTES

TERMO DE ESCLARECIMENTO

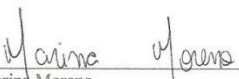
Estamos realizando uma pesquisa no Lumen (Associação de Assistência ao Deficiente Neuro-Motor e/ou Menta), intitulada "Musicoterapia na autoestima de adolescentes com deficiências neuropsicomotoras" e gostaríamos que participasse.

Participar desta pesquisa é opcional e no caso de não aceitar participar ou decidir desistir em qualquer fase da mesma, fica assegurado que não haverá perda de qualquer benefício no tratamento que estiver realizando.

Caso aceite participar deste projeto de pesquisa, esclarecemos que:

- A) Trata-se de um estudo de dezenove semanas, com o objetivo de verificar se a Musicoterapia pode atuar no processo de formação, ampliação e fortalecimento de um autoconceito, bem como em uma atribuição positiva dada a ele, fortalecendo, consequentemente, a autoestima. Se a resposta for positiva, descobrir quais os aspectos musicoterapêuticos que auxiliaram no processo.
- B) Sua identidade será preservada por força do sigilo profissional.
- C) Caso aceite participar, deverá ler, preencher e assinar o termo na folha a seguir.
- D) Colocamo-nos à disposição para esclarecimentos, através do telefone (11) 9463-8886, falar com Marina Moreno.

Silvia Cristina Rosas
Orientadora Responsável pela Pesquisa
Docente do Curso de Musicoterapia da
Faculdade Paulista de Artes


Marina Moreno
Discente Pesquisador
Graduando do Curso de Musicoterapia da
Faculdade Paulista de Artes



FACULDADE PAULISTA DE ARTES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE

Eu, Vilma Cajano de Oliveira, portador(a) do RG 22.134.690-5, responsável por alunos do nível 2, portador(a) do RG _____, autorizo participação na pesquisa intitulada musicoterapia autista a ser realizada no(a) Lumen Associação de Assistência.

Declaro ter recebido as devidas explicações sobre a referida pesquisa e concordo que a desistência do prosseguimento na mesma, poderá ocorrer em qualquer momento sem que ocorram quaisquer prejuízos físicos, mentais ou no acompanhamento deste serviço.

Declaro ainda estar ciente de que a participação é voluntária e que fui devidamente esclarecido (a) quanto aos objetivos e procedimentos desta pesquisa.

Não restando quaisquer dúvidas a respeito do explicado, firmo o Consentimento Livre e Esclarecido de concordância em participar da pesquisa proposta.

São Paulo, 30 de maio de 2011.

Assinatura

LUMEN ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA A:
DEFICIENTE NEUROMOTOR OU MENTAL

Vilma Cajano de Oliveira
Assistente Social
CRESS - 39003