

RELATO DE EXPERIÊNCIA MUSICOTERAPÊUTICA DE PACIENTE ADULTO COM DEFICIÊNCIA MENTAL MODERADA

Ludmila da Castro Silva¹

Talita Faria Almeida²

Tereza Raquel de Melo Alcântara-Silva³

RESUMO

O presente trabalho é um relato de experiência referente ao processo musicoterapêutico breve de um paciente do sexo masculino, 20 anos, com diagnóstico de Deficiência Mental moderada, desenvolvido no estágio supervisionado do curso de Musicoterapia da Escola de Música e Artes Cênicas da Universidade Federal de Goiás. Foram realizadas nove sessões, com frequência semanal e duração de 45 minutos cada. As técnicas utilizadas foram a improvisação e a recriação musical. Nas primeiras sessões, o paciente apresentava pouco contato visual e sua expressão musical resumia-se a uma única célula rítmica. Mostrava dificuldade de exercer sua capacidade de escolha, evidenciada durante a eleição de instrumentos musicais e canções. Os objetivos terapêuticos estabelecidos foram: melhorar a autoestima e alcançar autonomia. No fim do processo, foi observada melhora do aspecto sonoro-musical com ampliação dos elementos rítmico-melódicos, da capacidade de escolha e da autoexpressão. Também foi possível observar reflexos desses avanços em sua vida cotidiana, o que ficou demonstrado em apresentação musical pública na escola onde estuda. Descrever este caso propiciou a oportunidade de vislumbrar os resultados que a Musicoterapia trouxe à vida do paciente no resgate de sua subjetividade, bem como explicitou a importância da música no contexto da prática clínica musicoterapêutica.

Palavras-chave: Musicoterapia, Deficiência Mental, Autoestima.

ABSTRACT

This work relates the experience about a brief musictherapeutic process on a 20-year old male patient, diagnosed with a moderate mental disability. This process was carried out

¹ Acadêmica do Curso de Graduação em Musicoterapia da Escola de Música e Artes Cênicas da Universidade Federal de Goiás. Email: ludmilacast@gmail.com

² Acadêmica do Curso de Graduação em Musicoterapia da Escola de Música e Artes Cênicas da Universidade Federal de Goiás. Email: tatittafaria@gmail.com

³ Docente do Curso de Graduação em Musicoterapia da Escola de Música e Artes Cênicas da Universidade Federal de Goiás; Mestre em Música/Musicoterapia (UFG); doutoranda do PPG Ciências da Saúde (UFG). Email: tereza@iineuro.com.br

during the undergraduate training period at the Escola de Música e Artes Cênicas (EMAC) of the Universidade Federal de Goiás (UFG). There has been a total of nine weekly sessions, of forty-five minutes each. The techniques used included musical improvisation and recreation. In the first session, the patient denied visual contact and his musical expression came down to a single rhythmic unit. He also had difficulty in picking up instruments and songs. The therapeutic goals were the improvement of self-esteem and autonomy. At the end of the process, he has improved his musical expression, especially in the expansion of melodic and rhythmic elements, and self-expression, which reflect on his daily routine, and eventually on a public appearance. Describing this event provided the team the opportunity to see the results music therapy can bring to the patient's life, helping the gain of subjectivity and thus the importance of music on the context of clinical practice of music therapy.

Keywords: Music Therapy, Mental disability, Self-esteem.

INTRODUÇÃO

A Deficiência Mental, de acordo com o DSM-IV (Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais) consiste em um estado de redução perceptível do funcionamento intelectual inferior à média, associado a limitações de pelo menos dois aspectos do funcionamento adaptativo: comunicação, cuidados pessoais, competências domésticas, habilidades sociais, utilização de recursos comunitários, autonomia, saúde e segurança, aptidões escolares, lazer e trabalho.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV, 1995), as características essenciais do retardo mental são classificadas segundo três critérios. Critério A: funcionamento intelectual significativamente inferior à média (QI em torno de 70 ou menos); nos casos de retardo mental moderado, o nível de QI pode variar entre 35-40 e 50-55. Critério B: o baixo QI é acompanhado de limitações significativas no funcionamento adaptativo em pelo menos duas das seguintes áreas de habilidades: comunicação, autocuidado, vida doméstica, habilidades sociais/interpessoais, uso de recursos comunitários, autossuficiência, habilidades acadêmicas, trabalho, lazer, saúde e segurança. Critério C: o início da doença deve ocorrer antes dos 18 anos.

Normalmente o indivíduo com retardo mental moderado apresenta algumas dificuldades secundárias que interferem nos aspectos relacionais, entre as quais cabe destacar a baixa autoestima, que é definida por Coopersmith (1967 apud GOBITTA; GUZZO, 2002) como a avaliação que a pessoa faz de si mesma. Também expressa uma atitude de autoaprovação ou desaprovação que indica o grau em que se percebe como capaz, importante e valioso. A autoestima é um juízo de valor que se expressa mediante as atitudes que o indivíduo mantém em relação a si mesmo.

As pessoas com Deficiência Mental podem beneficiar-se da Musicoterapia, que consiste na utilização da música e/ou seus elementos numa relação terapêutica que propicia reações biopsicossociais com o propósito de minimizar os problemas do indivíduo e facilitar a sua integração/reintegração social (BARCELLOS, 1999), já que a estética musical não é almejada em primeiro plano. A expressão ocorre mediante a potencialidade de cada um, por meio dos instrumentos, da voz e até mesmo do corpo (SOUSA, 2007). Ou seja, a manifestação sonoro-musical do paciente pode expressar algo de si mesmo, razão pela qual o valor estético é individualizado e contextualizado e não predeterminado de acordo com padrões socioculturais.

A Musicoterapia, como forma de tratamento para pessoas com Deficiência Mental, tem como funções estimular, pela abertura de canais de comunicação, o desenvolvimento psicomotor, a melhoria da atenção, da concentração e da expressão corporal e verbal; ampliar o entendimento e proporcionar um contato coerente com o mundo externo, visando despertar e manter a atenção e o interesse por si mesmo e pelas pessoas e objetos que as rodeiam (BARANOW, 1999).

O musicoterapeuta deve assumir, ante a pessoa com Deficiência Mental, duas atitudes internas sumamente claras. A primeira é despojar-se dos conhecimentos do QI de seu paciente; a segunda é relacionar-se com o ser humano a quem se dirige utilizando uma linguagem especial que lhe comunique mensagens que servirão para seu desenvolvimento (BENZON, 1985).

A abordagem teórica adotada para este caso foi a behaviorista. De acordo com Ruud (1990) os musicoterapeutas que definem a musicoterapia como uma ciência behaviorista estão preocupados, primeiramente, com a função da música sobre o comportamento do paciente. Assim, conforme Guilhard (2002) a utilização de contingências que reforçam positivamente apresenta várias vantagens: 1. Fortalece os

comportamentos adequados do indivíduo; 2. Produz maior variabilidade comportamental, pode-se dizer que a criança fica mais criativa; 3. Desenvolve comportamentos de tomar iniciativa; 4. Produz sentimentos bons, tais como satisfação, bem-estar, alegria, autoestima, dentre outros.

A música permite a expressão de carga emocional mediante um processo de expressão que se inicia no não verbal para ser, posteriormente, elaborado verbalmente e permite construir uma nova associação vinculada ao presente, de velhas cognições negativas no processo de elaboração e mudança com novas emoções de prazer e satisfação (PÉREZ, 2008).

Este artigo teve como objetivo relatar a experiência de um caso atendido no Laboratório de Musicoterapia da Escola de Música e Artes Cênicas da Universidade Federal de Goiás (EMAC/UFG), visando à troca de experiências na área da Musicoterapia.

METODOLOGIA

O paciente do sexo masculino tinha 20 anos e diagnóstico de Deficiência Mental moderada. O processo musicoterapêutico desenvolveu-se em sessões semanais com a duração de 45 minutos cada, em par terapêutico formado por acadêmicas do curso de Graduação em Musicoterapia (EMAC/UFG) sob a supervisão clínica semanal de professora vinculada ao referido curso. Foi conduzido em quatro etapas:

1. Entrevista Inicial – foram utilizadas a Ficha de Identificação do paciente e a Ficha Musicoterapêutica.
2. Testificação Musical (TM) – realizada com base no modelo de Benenzon (1985), que tem como objetivo observar as reações do paciente ante a produção sonoro-musical. Segundo o autor, esta testificação desenvolve-se em dois momentos. No primeiro, deve-se deixar o paciente livre para explorar os instrumentos durante 20 minutos. No segundo, acontece a audição de quatro estímulos sonoros gravados: no primeiro, prioriza-se o ritmo primitivo; no segundo, a melodia primitiva e arrítmica; no terceiro, um fragmento sinfônico e,

no quarto, um fragmento de música eletrônica. Entre cada estímulo ocorre um espaço de cinco minutos.

3. Sessões musicoterapêuticas.

4. Devolutiva.

As técnicas musicoterapêuticas mais utilizadas foram a Improvisação e a Recriação musical, denominadas por Bruscia (2000) como experiências musicais. Foram utilizados instrumentos musicais de percussão, tais como alfaia, pandeiro, ganzá e chocalho, dentre outros. Também foram utilizados violão, piano e voz.

Os dados foram coletados por meio da entrevista inicial, da testificação musical, de relatórios progressivos, gravações em vídeos e da devolutiva (ou *feedback*), utilizada para avaliar o processo considerando o ponto de vista dos pais ou responsáveis.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo musicoterapêutico desenvolveu-se em nove sessões. Na Entrevista Inicial (EI), a mãe do paciente relatou que, por vezes, ele era discriminado tanto no ambiente escolar quanto no social e familiar, sendo tachado de “burro”, “bobo”, “doido”. Quando indagada sobre as preferências musicais do paciente (A), respondeu que eram as mesmas dela – músicas sertanejas. Trouxe como queixa principal a falta de autonomia do paciente.

Na Testificação Musical (TM), foram disponibilizados os seguintes instrumentos: piano aberto (somente a parte que cobre as teclas), violão e instrumentos de percussão. Na primeira parte da TM, o paciente explorou vários instrumentos de percussão, como bongô, pandeiro, ganzá e alfaia, não permanecendo muito tempo em cada um, o que sugere certo nível de ansiedade. Na segunda parte, durante a audição dos estímulos, o paciente voltou a tocar o instrumento alfaia durante, aproximadamente, 20 minutos, executando uma única célula rítmica (Figura 1) em ostinato, com intensidade forte e andamento rápido. Durante a execução, sua postura corporal permanecia encurvada e não estabeleceu contato visual. Todavia, parecia exercer certo “domínio” sobre o instrumento, mas, ao mesmo tempo, despertou atenção o fato de não “experimentar” novos estímulos. Entendeu-se que se tratava de um possível isolamento

dentro de sua própria produção sonora, o que permitia, de certa maneira, um distanciamento em relação às estagiárias. A permissão de uma proximidade poderia transformar-se numa “janela aberta” para um possível julgamento estético, o que certamente evitava, uma vez que já fazia parte da sua rotina ser criticado e tachado como “burro” pelos familiares e colegas, conforme relato trazido durante a EI. Naquele momento, foi possível observar que, ao mesmo tempo em que o instrumento poderia ser utilizado como objeto intermediário por A. – permitindo a comunicação, apoiando o vínculo terapêutico e mantendo também certa distância (BARCELLOS, 1992) – havia também a possibilidade de ser usado como instrumento de apoio e ainda, conforme definiu Frederico (1999, p. 8) ao se referir ao som dos tambores usados nas cerimônias do homem primitivo, como “[...] uma arma para acalmar a ira dos inimigos superiores”. Neste caso, poderia ser uma “arma” para acalmar a ansiedade e o medo de se expor.

Sem dúvida, era necessária muita cautela no sentido de, durante as sessões seguintes, propiciar um ambiente seguro em que ele pudesse se expressar livremente e, como consequência, perdesse o medo de exercer sua autonomia. Assim, os objetivos dos encontros seguintes foram proporcionar ambiente de confiança e estabelecer o vínculo terapêutico. Para tanto, foram propostas as seguintes atividades: improvisação musical livre e recriação musical. Bruscia (2000) afirma que essas atividades têm como finalidades estabelecer um canal de comunicação não verbal, promover identificação e empatia com os outros e melhorar as habilidades interativas.

No decorrer do processo, a expressão rítmica do paciente resumia-se a uma única célula musical em compasso binário (Figura 1). O paciente também demonstrava dificuldades na escolha dos instrumentos e das músicas a serem executadas. Ficava cada vez mais evidente que sua autoestima estava comprometida negativamente. Segundo Coopersmith (1967 apud GOBITTA; GUZZO, 2002, p. 144), “[...] ansiedade e autoestima estão proximamente relacionadas: se for a ameaça que libera ansiedade, como aparece teoricamente, é a estima da pessoa que está sendo ameaçada”. A autoestima é um sentimento que se desenvolve no decorrer da vida do indivíduo. Esse desenvolvimento se deve ao fato de a pessoa estar inserida num contexto social e está intimamente ligado às relações interpessoais, nas quais a pessoa e seus comportamentos e atitudes serão reconhecidos e reforçados. Assim, se uma criança comporta-se de uma maneira específica e os pais reconhecem-na e oferecem-lhe carinho, sorriso, este

comportamento tende a repetir-se, fazendo com que sua autoestima aumente. Já a criança que foi privada de reforços positivos não aprende a tomar iniciativas, nem a solucionar problemas, desiste diante do insucesso, torna-se dependente dos outros e desenvolve medo, ansiedade, insegurança, etc. (GUILHARDI, 2002). A baixa autoestima caracteriza-se pelos sentimentos de incompetência e incapacidade de superação de desafios (AVANCI et. al, 2007). Estes autores colaboraram para fortalecer nas terapeutas a impressão de que este paciente era uma pessoa insegura, de baixa autoestima e que evitava qualquer tipo de exposição, recusando-se até mesmo a exercitar sua capacidade de escolha para fugir de possíveis julgamentos. A dificuldade apresentada pelo paciente em escolher instrumentos musicais e canções poderia significar também receio de assumir a responsabilidade pela escolha, visto que escolher poderia implicar duas condições: acertar ou errar. Como estava sempre acostumado a ser criticado por recorrentes “erros”, poderia significar que preferia não arriscar.

Com o fim de trazer algo conhecido do paciente, foi realizada uma composição tendo como base a célula rítmica que ele havia expressado (Figura 1). A canção foi facilmente aceita por ele. Foram introduzidas, aos poucos, outras células rítmicas e outros instrumentos musicais na execução desta canção com a finalidade de reforçar sua capacidade de aprender coisas novas (Figura 2). Desse modo, ele pôde observar seu crescimento paulatino sem haver sido exposto a situação constrangedora. Assim, A. poderia adquirir segurança e melhorar sua autoestima.

Vale ressaltar a importância da “musicalidade clínica”, definida por Barcellos (2004) como sendo a capacidade de o musicoterapeuta perceber os elementos musicais presentes na produção e/ou reprodução musical do paciente e estar apto a responder, mobilizar ou intervir musicalmente, de maneira adequada de forma a contribuir para o desenvolvimento do paciente - na clínica musicoterapêutica.

Entre os instrumentos dispostos para a execução desta canção estavam: pandeiro, ganzá, chocalho, guizo, flauta, gaita, bongô, violão e piano. O paciente, em nenhum momento, escolheu o violão, demonstrou preferência pelo pandeiro e pelo ganzá.

A preferência do paciente pelo pandeiro e pelo ganzá, instrumentos de pequeno porte que possuem volume sonoro baixo e não chamam a atenção, pode representar o medo do paciente de expor-se e a percepção que ele tem de si mesmo: diminuído, pouco percebido. A. possui esses instrumentos em casa, portanto significavam algo que ele já

conhecia e que não causava estranhamento. O violão, por sua vez, é um instrumento conhecido que, teoricamente, exige habilidade e conhecimento musical para executá-lo. Por não saber tocar este instrumento, o paciente poderia sentir-se vulnerável à crítica, porque, de certa forma, tocar um instrumento tão popular como o violão representava responsabilidade e ocasião de ser criticado, risco que o paciente não queria correr mais uma vez, pois a exposição em outros contextos resultara em “erro” e, conseqüentemente, em crítica de outras pessoas. Esses acontecimentos tiveram como consequência o medo que o paciente sentia de se expor e fizeram com que ele se sentisse incapaz e inseguro e evitasse novas experiências. Para Branden (1995), quando nosso comportamento conflita com nosso julgamento do que é certo e errado, tendemos a respeitar-nos menos, sentimo-nos incapazes. Segundo Guilhardi (2002), quando o comportamento não é reforçado positivamente, ele tende a ser evitado e até extinto pela pessoa. Por esta razão, no trabalho com A., iniciar a atividade com grau de dificuldade menos intenso e aumentá-lo gradativamente reforçaria positivamente sua capacidade de realizá-la.

A recriação musical (BRUSCIA, 2000) de canções conhecidas pelo paciente foi utilizada para proporcionar-lhe ambiente familiar e seguro, evitando, assim, qualquer possibilidade de estranhamento e constrangimento. “Faz um milagre em mim”, de Régis Danese, foi uma das canções trazidas pelo paciente, o qual, durante a audição, cantava a letra de forma desordenada e com intensidade fraca, demonstrando, mais uma vez, sua dificuldade de se expressar. Segundo Millecco Filho, Brandão e Millecco (2001), esses artifícios podem ser vistos como uma tentativa de mascaramento defensivo do paciente.

A letra da canção “Faz um milagre em mim” sugere um “pedido de socorro”, no qual se afirma o sentimento de inferioridade, a impotência diante dos problemas e a necessidade de ajuda, de cura. A escolha desta música pode representar a necessidade que A. tinha de ser percebido como pessoa, de ser aceito. Para Millecco Filho, Brandão e Millecco (2001), a música trazida pelo paciente pode estar relacionada com a sua necessidade de expressar seu mundo interno, subjetivo, uma vez que ela vem ao encontro de suas necessidades. Por meio do canto, consegue-se traduzir em palavras o que se sente. Os autores, citando Chagas, lembram que o canto tem uma função clarificadora, pois “[...] o ato de cantar possibilita a mobilização emocional quando o cliente expõe mais intimamente as suas feridas” (CHAGAS, 1990 apud MILLECCO

FILHO; BRANDÃO; MILLECCO, 2001, p. 86). Outro fato interessante que ocorreu durante a recriação das canções foi que o paciente permaneceu sentado ao piano junto à terapeuta e acompanhava a canção em *cluster* com a ponta dos dedos. O produto sonoro do *cluster* não permite a identificação de sons isoladamente.

Refletindo um pouco acerca do *cluster*, pode-se inferir que, no caso do paciente, este bloco de notas reflete um pouco a sua maneira de expressar, sem se expor isoladamente como, por exemplo, cantar em voz muito baixa uma canção, pois dificulta o reconhecimento da melodia e da letra, já que os sons se misturam quase que indistintamente. Assim, supostamente não necessita “explicar” e nem “assumir” suas escolhas.

Mais uma vez pode-se afirmar que a produção sonoro-musical de um indivíduo em Musicoterapia reflete conteúdos internos e cabe ao musicoterapeuta, detentor de conhecimentos musicais associados ao contexto sociocultural, fazer a leitura e análise musicoterapêutica regularmente, o que lhe permitirá acompanhar o processo terapêutico e ser capaz de propor intervenções conscientes, seguras e mais eficazes ao paciente.

Na quinta sessão, o paciente trouxe, voluntariamente, um CD com músicas do seu repertório. Esta atitude espontânea demonstrou um processo de crescimento de A. em relação às sessões anteriores. Pode significar que o vínculo terapêutico já estava estabelecido e que o paciente estava mais seguro em manifestar seu gosto musical, o que indica melhora no nível de autoconfiança e de autonomia.

Nas últimas sessões, o paciente continuou demonstrando progresso ao experimentar novos instrumentos e novas células rítmicas e também ao exercitar sua capacidade de escolha quando elegeu os instrumentos para acompanhar as músicas a serem tocadas e cantadas por ele e pelas terapeutas. Foi possível observar melhora da expressão musical por meio de novos elementos sonoros e pela intensidade mais forte que imprimiu na execução dos instrumentos musicais. Todos estes aspectos somente reforçam a percepção de que A. mostrava melhora da autoconfiança e, porque não dizer, da autoestima.

A última sessão se encerrou com a canção “O A. toca” (Figura 2), composta para o paciente pelas musicoterapeutas. Todos deveriam cantar acompanhados por instrumentos musicais escolhidos pelo paciente. Ficou, então, evidente que sua capacidade de fazer escolhas estava melhorando e este fato pode refletir positivamente

no alcance de autonomia, com ganhos importantes para sua vida fora do *setting* terapêutico.

Apesar do pequeno número de sessões foram alcançados os seguintes resultados: estabelecimento de vínculo, aumento do contato visual e corporal, melhora da expressão musical, do reconhecimento e da nominação de alguns instrumentos, aumento da autoconfiança, autonomia e autoestima.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O relato de experiência constitui um trabalho importante para o aprimoramento e a troca de experiências na prática clínica musicoterapêutica que é, sem dúvida, muito rica do ponto de vista sonoro-musical. O conhecimento musical e a musicalidade clínica são dois elementos indissociáveis para uma boa atuação profissional com intervenções musicoterapêuticas adequadas em benefício do paciente.

O presente trabalho proporcionou a oportunidade de vislumbrar os resultados que a Musicoterapia trouxe à vida do paciente que, de certa forma, vivia segregado em seu mundo de baixa autoestima e pouca autonomia, preso nas amarras da discriminação por não corresponder aos padrões cognitivos preestabelecidos pela sociedade. Descrever este caso reafirmou a certeza de que a música, em contexto terapêutico, aproxima as diferenças e diminui o receio do indivíduo em buscar sua subjetividade, tão importante para a vida do ser humano.

REFERÊNCIAS

BARCELLOS, L. R. M. **Cadernos de musicoterapia 1**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1992. 45p.

_____. **Cadernos de musicoterapia 4**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1999.

_____. **Musicoterapia: alguns escritos**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2004, 67p.

BENENZON, R. O. **Manual de Musicoterapia**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1985.

BRANDEN, Nathaniel. **Auto-estima: como aprender a gostar de si mesmo**. 34ª Ed. São Paulo: Saraiva, 1995. Disponível em: <http://api.ning.com/files/9IboDRpEJTB22VpUIWgKl*YKspqasXRdqYRgHyBFPODFo2ATUwLWnfiRgncDcQtdQtkUGqdOu4Zs95qeaMdonXp1UZ39M4LS/Aprenda_a_gostar_de_si_mesmoNathanielBranden.pdf> Acesso em: 12/07/2010.

BRUSCIA, K. E. **Definindo Musicoterapia**. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

COOPERSMITH, S. **The antecedents of self-esteem**. San Francisco: Freeman. 1967.

DSM-IV. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Trad. De Dayse Batista. 4.ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995.

FREDERICO, E. **Música: Breve História**. São Paulo: Irmãos Vitale, 1999. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?id=ZG6q>. Acesso em: 13/07/2010.

GUILHARDI, H. J. Auto-estima, autoconfiança e responsabilidade. In: M. Z. S. Brandão et al. **Comportamento humano: tudo ou quase tudo que você queria saber para viver melhor**. Santo André: Editora Esetec, 2002. p.63-98. Disponível em: <http://www.terapiaporcontingencias.com.br/pdf/helio/Autoestima_conf_respons.pdf>. Acesso em: 12/07/2010.

GOBITTA, M. e GUZZO, R. Estudo Inicial do Inventário de Auto-Estima (SEI). Forma A. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. Porto Alegre, v.15, n. 1, p. 143-150, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?> Acesso em: 24/06/2010.

MILLECCO FILHO, L. A.; BRANDÃO, M. R. E.; MILLECCO, R. P. **É preciso cantar: Musicoterapia, cantos e canções**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2001.

PÉREZ, P.V. **Musicoterapia cognitivo – conductal com drogodependientes**. Anais do XII Congresso Mundial de Musicoterapia. Buenos Aires, Librería Akadia Editorial, 2008. 331 – 334p.

RUUD, E. **Caminhos da Musicoterapia**. Trad. Vera Wrobel. São Paulo: Summus, 1990.

SOUSA, T. P. **A Musicoterapia como auxílio na comunicação de pessoas com deficiência mental**. Goiânia: Universidade Federal de Goiás, 2007. 62 f. Disponível em: <http://www.sgmt.com.br/musicoterapiacomunicacaodeficienciamental_talita_sous.pdf> Acesso em: 24/06/2010 em: <http://www.sgmt.com.br/musicoterapiacomunicacaodeficienciamental_talita_sous.pdf> Acesso em: 24/06/2010.



Figura 1 - Célula rítmica tocada durante a testificação musical em ostinato.

O A. toca...

○ A. toca
Standard tuning
♩ = 80

mf

Canto

○ A. toca o ... (nome do instrumento) ○ A. toca o ...

Perc

mf

(nome do instrumento)

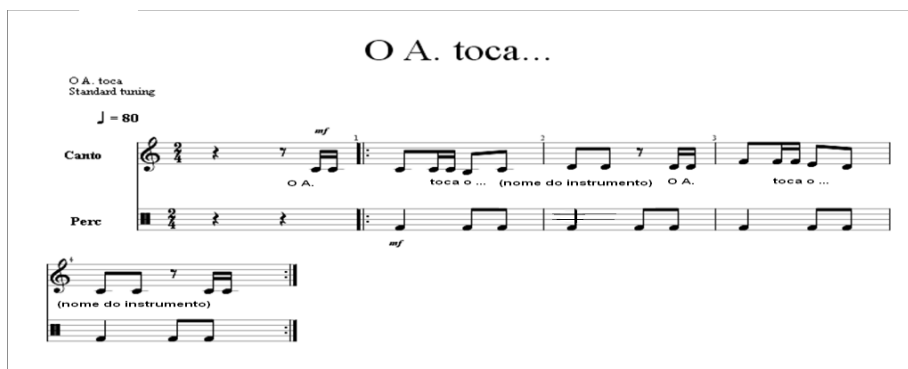


Figura 2 - Composição musical utilizando a célula rítmica trazida pelo paciente.