

**Ana Carla Areias Horácio Baratto**

**A Musicoterapia auxiliando o processo de inclusão do deficiente auditivo no  
contexto social**

**Pontal do Paraná**

**2004**

**Ana Carla Areias Horácio Baratto**

**A Musicoterapia auxiliando o processo de inclusão do deficiente auditivo no  
contexto social**

**Monografia apresentada como  
requisito parcial à obtenção do  
título de especialista pelo curso  
de Inclusão/Educação Especial  
da Universidade Federal do  
Paraná/DEPSI em convênio com  
a Secretaria Municipal de  
Educação de Pontal do Paraná/  
CEAD.**

**Orientadora: Márcia Guimarães**

Pontal do Paraná

2004

## Resumo

A Musicoterapia utiliza-se da música e/ ou de seus elementos (som, ritmo, melodia, harmonia) em um processo destinado a facilitar e promover comunicação, relacionamento, aprendizado, mobilização, expressão, organização e outros objetos terapêuticos relevantes, a fim de atender as necessidades físicas emocionais, mentais, sociais e cognitivas.

Em se tratando de crianças deficientes auditivas, a musicoterapia está a serviço da regeneração da referência de existência no contexto social.

## **Sumário**

**Resumo..... 03**

**Introdução..... 06**

## **Revisão de Literatura**

### **Capítulo 1**

**Música e Sociedade..... 08**

### **Capítulo 2**

**A Musicoterapia..... 15**

2.1 Histórico..... 15

2.2 Conceito..... 17

2.3 Recursos da Musicoterapia..... 17

2.4 Técnicas Musicoterápicas..... 17

2.5 Áreas de Atuação da Musicoterapia..... 26

### **Capítulo 3**

<b>A audição e a Deficiência Auditiva.....</b>	<b>29</b>
3.1 Embriologia do Ouvido.....	29
3.2 Estrutura e Funcionamento do Aparelho Auditivo.....	30
3.3 Órgão de Corti.....	32
3.4 Deficiência Auditiva.....	32
3.5 Classificação da Deficiência Auditiva.....	34
3.6 A Criança Deficiente Auditiva.....	35

### **Capítulo 4**

<b>Atuação da Musicoterapia junto à Criança Deficiente Auditiva.....</b>	<b>37</b>
4.1 A Percepção no Deficiente Auditivo e a Musicoterapia.....	37
4.2 A Expressão no Deficiente Auditivo.....	38
4.3 A Musicoterapia numa Instituição Educacional.....	38

### **Capítulo 5**

Exemplo A.....	41
Exemplo B.....	45

<b>Considerações Finais.....</b>	<b>49</b>
<b>Definição de termos.....</b>	<b>51</b>
<b>Referências.....</b>	<b>52</b>

## **Introdução**

A audição é o radar do ser humano. Radar esse que funciona de dia e de noite, em todos os momentos, mesmo quando contamos naturalmente com a visão, quando ela nos falta lá está a audição a nos guiar.

Nosso complexo auditivo não só percebe pressões acústicas mas também pode analisá-las. Nesse campo é que acontece a intervenção da Musicoterapia, pois, se não é possível desenvolver este complexo campo

auditivo em uma criança deficiente auditiva, é o desenvolvimento da percepção que será trabalhada, permitindo assim que a criança utilize da forma mais ampla e adequada possível as suas condições e seu potencial.

A função maior do ouvido é absorver a linguagem. Segundo alguns estudos em laboratórios, diz-se que há escuta intra-uterina pelo feto e que os diferentes sons da cadeia da fala chegam a atingir o aparelho auditivo em formação, fazendo com que feto participe desde já da vida sonora da qual ele irá fazer parte, através da voz embaladora da mãe.

Ao mesmo tempo que um bebê suga tudo o que toca sua boca, ele também se alimenta de todo alimento vocal que lhe é derramado. O alimento vocal é tão necessário à estruturação humana quanto o mamar.

É claro que as células e o corpo inteiro têm necessidades de nutrição imperativas e indiscutíveis, mas o psiquismo nascente também tem seus imperativos nutricionais.

A prontidão do homem para o aprendizado de fazer sons, sejam agudos, graves, curtos, longos, fortes ou fracos, se dá muito antes da prontidão para a marcha. A vida sonora está inscrita muito antes.

Há uma consciência que deve ser formada: há um fenômeno humano, precioso e frágil em nós que é a possibilidade de emissão sonora e da própria escuta. Um fenômeno que deve ser protegido, pois é possível que penetremos no mundo pelo conhecimento da nossa própria voz.

Esse banho sonoro pelo qual somos envolvidos é o nosso primeiro despertar para a vida, a primeira marca de autonomia e de tomada de consciência da nossa existência. A não vivência dessa experiência pode acarretar um prejuízo considerável à estruturação psíquica posterior.

A Musicoterapia se faz importante no decorrer da vida do deficiente auditivo, pois possivelmente ela será a porta de entrada para trabalharmos a percepção auditiva, via óssea e via aérea, para a liberação de emoções e o melhoramento de sua socialização.

**Revisão de Literatura**

**Capítulo 1**

**Música e Sociedade**

O homem é um ser histórico e social, por isso se constrói como ser humano em sociedade e necessita do outro que o complete, que o legitime, ele necessita estar em relação. Para estabelecer esta relação ela precisa da linguagem, ou de um meio comunicacional. Por ser o homem extremamente rico em suas manifestações, acredita-se na existência de linguagens expressivas diversas, sejam verbais, ou sonoro-corporais.

A música, linguagem não verbal é fruto do trabalho do homem compositor, o homem músico que a utiliza como instrumento de trabalho.

Este homem músico, por sua vez, é um ser social, inserido em um momento histórico, por isso não pode estar desvinculado de sua realidade. Acredita-se que em sua produção musical, estão implícitos seus sentimentos, seus desejos, seus anseios, sua caminhada histórica, seu momento presente, que reflete na sua obra.

Em sua produção, este trabalho, provavelmente irá ao encontro de outro: os ouvintes. Haverá sempre alguém identificando-se com a produção musical de alguém. A música, por ser um produto histórico-social está carregada de significados que dizem respeito aos homens de uma dada realidade e um dado tempo histórico. Mas, acredita-se também na possibilidade de transcendência da música no tempo/espaço uma vez que ela, como as outras formas de arte, traduz o caráter de temporalidade/atemporalidade da produção artística. Esta transcendência no tempo e no espaço torna-se evidente quando hoje as obras de Beethoven, Bach, Mozart e tantos outros compositores são apreciadas.

Sabe-se também que muito da história da música perdeu-se no tempo, por não ter sido registrada e sistematizada. Mas, há alguns registros de que muitos povos tiveram uma cultura musical extremamente rica, como sumérios e assírios, hebreus, chineses, egípcios e outros.

Ao se analisar o caminho pelo qual a música passou através da história humana, percebe-se que o grande fator que a caracterizava e a caracteriza é a relação que se estabeleceu e se estabelece entre música, o homem e a sociedade.

É importante lembrar que esta relação poderá ter significados diferenciados uma vez que o conceito música é subjetivo, social, histórico, havendo mudanças na sua interpretação através dos tempos. Mas também torna-se cultural uma vez que a música está inserida num contexto histórico-cultural.

Por exemplo, os elementos pré-musicais, ritmos, ruídos e sons da natureza, provavelmente representavam a música do homem primitivo. Cabe registrar que

esses elementos vão ser utilizados novamente na composição atual. Assim, o conceito contemporâneo de música, integra-se com a pré-história.

A música pode ser institucionalizada ou construída como tal, ou pode ser reconhecida nos sons, ritmos e movimentos. E essas relações musicais, fizeram parte do mundo circundante do ser humano.

Para o homem primitivo, a natureza era ameaçadora. Provavelmente, sentia-se impotente, inseguro diante de fenômenos que não entendia. Para canalizar os anseios e os medos do desconhecido, o homem primitivo utilizava-se então, da imitação de sons e ruídos. Através da apropriação mágica e mítica desses elementos ele buscava dominar o que não conhecia. Acredita-se que o som, através da imitação, pode ter sido a forma encontrada pelo homem primitivo para aplacar, transformar e dominar o medo do desconhecido, explicando o inexplicável em mitos.

À medida em que o homem foi se organizando e organizando a sua prática de vida, seus anseios e medos, provavelmente também foi conhecendo uma organização sonora. Apesar de não ser música, dentro dos padrões formais de conhecimento musical, esses elementos passaram a ser considerado musical, porque se tornarão música.

Na Grécia, berço da civilização ocidental, o homem começou a pensar e conhecer melhor a realidade, principalmente no que se referia aos fenômenos da natureza. Neste contexto, buscou abandonar a visão mágica e começou a interpretar o mundo de maneira mais lógica. Viu o trovão e a chuva como fenômenos da natureza, e entendeu a embriaguez e o prazer como fenômenos humanos. A concepção mítica já não servia, mas continuava existindo o inexplicável. Algumas coisas estavam além do físico e do explicável, eram “metafísicos”, ou seja, existia algo que era palpável e que dava sentido à existência, à realidade.

O período grego clássico de Aristóteles e Platão até a época de Cristo foi um período antropológico, onde o pensamento se voltou para o ser humano, em busca de sua essência. Para o homem, a explicação última da realidade era a metafísica.

Na Grécia, a música fazia parte da formação do cidadão. A concepção de música relacionada com o homem e a sociedade se fundamentava na doutrina do “Ethos” (costumes, ações), que atribuía à música uma elevada função moral na formação do caráter e atitudes do indivíduo.

O conceito de *ethos* se baseia na relação muito íntima que existia entre os movimentos musicais e psíquicos do homem. Desta forma, a música podia influir

sobre a vontade e o caráter humano. Este poder atribuído à música teve um grande papel na educação dos jovens e também para o homem em sociedade. Segundo os gregos, a música propiciava alívio da alma, denominado pelos gregos de *Katharsis*, que eram momentos de purificação, de purgação. Isto é, as pessoas tomadas pelo entusiasmo da música, experimentavam um conforto espiritual, que segundo Aristóteles, podia ser atribuído à música pelo seu *ethos* apaziguante. Talvez aí, já começassem a aparecer indícios do caráter ideológico com que a música se reveste através dos tempos.

Na era cristã, na baixa Idade Média, a música caracterizava-se por uma concepção religiosa e teológica cristã, ou seja, o pensamento metafísico é voltado para o conceito de que Deus é o centro do universo. O canto gregoriano, que nasceu no começo da Idade Média, tornou-se um canto que veio responder a essa concepção teológica, pois a teologia explica a realidade. Aqui, Deus é o centro do universo, o homem e a sociedade viviam em função da religião.

A música então estava a serviço da oração como forma de elevação do pensamento a Deus e o canto sublimava o sentimento religioso do homem. Mas não se pode perder de vista, que por trás de todos os ideais religiosos estava a necessidade de poder, a dualidade, cultura profana X cultura eclesiástica; senhores feudais X servos e a necessidade de perpetuação do poder vigente.

Na alta Idade Média a música passou a ser considerada como arte, e começou a ser organizada conscientemente. Surgiram as primeiras técnicas de composição, de escrita musical e da música a duas vozes. O canto gregoriano que havia sido a expressão musical da fé, com sua pureza melódica, transformou-se num canto acrescido de outras vozes: é a polifonia que surge. Importante esclarecer que esta modalidade se constitui pela inserção de elementos da cultura bárbara na cultura religiosa.

Com o crescimento das cidades, o centro de gravidade musical aos poucos, afastou-se da Igreja, tornou-se extra-litúrgico e infiltrou-se na sociedade, havendo quase que um sentido inverso. A influência da música extra-litúrgica chegou a tal ponto que tornou muito complicada a música no culto, exigindo que para cantá-la houvesse pessoas treinadas, gerando protestos por parte das autoridades eclesiásticas que afirmavam, que dessa forma a música desvirtuava e perturbava a atenção dos fiéis.

Nos séculos XV e XVI a música continuou nas igrejas, agora separada em duas correntes: o protestantismo que buscava a inspiração da canção popular e o catolicismo que se voltava para sua origem, o gregoriano antigo.

No Renascimento, a música, ao lado da dança, adquiriu uma função essencial, servindo como entretenimento das cortes.

É o renascer da cultura grega que valorizava o homem deixando de lado a cultura medieval que valorizava exclusivamente Deus e a religião.

Essa revitalização da sabedoria antiga foi trazida pelos humanistas, homens cultos que se dedicavam ao estudo das humanidades: a história, poesia e filosofia.

Outro dado deste período, é que devido à importância que a corte dava à música, surgiram dois pontos: um é de que a música afastava-se mais do clero, e outro de que foi instituída a profissão de músico, embora o emprego ainda fosse restrito a poucos.

Quando os manuscritos e tratados musicais dos gregos foram traduzidos para o latim, surgiram novos pensamentos e idéias sobre a música na formação do caráter do homem, à semelhança da formação do cidadão grego.

Ao lado da reforma religiosa, as preocupações da época e a filosofia se voltaram para o homem, “a medida de todas as coisas”, como na antiga Grécia, não mais para Deus, não o negando, mas tirando-o do centro do universo.

No final do Renascimento, as pesquisas sobre a música grega concluíram que porque cantavam a uma só voz, os gregos podiam expressar seus sentimentos através da música. A partir dessa idéia surgiu a ópera (século XVII), uma imitação das tragédias, com a finalidade de expressar emoções intensas através de um drama cantado.

A música dramática caracterizou-se assim, todo século XVII, chamado período Barroco. O que caracterizava também o período Barroco era a expressão filosófico-musical, “Teoria dos Afetos”, que significava que a música possuía uma expressividade emocional, tanto em termos dos acordes, quanto aos intervalos, aos ritmos e aos timbres dos instrumentos. Todos possuíam uma característica própria que afetava o emocional. Assim, toda construção musical tinha que levar em conta esses aspectos, visando um equilíbrio emocional.

O Barroco caracterizava-se também, por uma forte dramaticidade e teatralidade. Outro ponto importante que caracteriza esse período de transição do Renascimento para o Barroco é a entrada da harmonia.

A partir do Renascimento, o que se tem então é o início da ciência moderna, o racionalismo de Descartes, o empirismo de Bacon, o absolutismo de Hobbes. Nesse contexto o que vale é a razão, a experiência, o homem sendo senhor dele mesmo. Esses pressupostos filosóficos culminaram com o Iluminismo, quando o culto à razão chegou ao seu auge. O Iluminismo procura retirar Deus e endeusar a razão, que passa a explicar todas as coisas.

Concomitante a esta forma de pensamento, surgiu o conceito de música pura, baseada mais na razão que na emoção, considerada a forma perfeita de composição, chamada de clássico.

Os músicos da época, tais como Mozart, Bethoven e Schubert, e muitas de suas composições, passaram por cima de seus sentimentos e do estado em que se encontravam, para serem fiéis a uma exigência de construção musical estabelecida na época. Ou seja, a razão em detrimento da emoção. Obviamente não se pode exagerar, pois na realidade, percebe-se a “mistura” de normas e preceitos de alguns períodos sobre os outros. O que se percebe nesse período é uma música para a elite, mesmo que suas origens proviessem da cultura musical do povo. É música só para ouvir, coincidindo assim com a visão filosófica do momento.

Os acontecimentos sociais desse período culminaram na Revolução Francesa, quando o povo conquistou seu espaço surgindo aí o Romantismo, com sua exacerbação da dor e do sentimento. A Revolução Francesa trouxe para o século XIX inúmeras transformações sociais, artísticas, políticas e econômicas.

O Romantismo foi a conquista das liberdades sociais e políticas. Neste período, a música adquiriu liberdade de expressão, propiciando o individualismo e os estilos pessoais. Aí diferentemente do compositor clássico houve uma tomada de posição ideológica através da música. Os sentimentos e as emoções podiam ser percebidos pelo homem comum, culto ou não. A música romântica tornou-se de mais fácil compreensão, pois o sentimento era comum a todos os homens. O Romantismo foi o reflexo da instabilidade social quando a nobreza perdeu seus privilégios e o povo ganhou seus direitos, afirmando seus anseios patrióticos, desembocando no Romantismo Nacionalista, de 1870 a 1890.

No Romantismo Nacionalista o sentimento era direcionado para a pátria, a redescoberta dos valores do país, o folclore, os cantos e as danças, enfim, a alma do povo expressava-se através da música.

Nos fins do século XIX, o Nacionalismo Romântico ainda influenciava os compositores, mas se percebia uma influência da música oriental, bem como uma volta à música do passado.

No fim do século XIX, a música emprestou da pintura os ideais impressionistas, que de forma diversa da narrativa ou drama romântico, procurava agir como um observador, que estivesse a registrar a sua impressão, num determinado momento. Surgiu então, um movimento novo denominado Impressionismo, que gerou outros movimentos artísticos como o Expressionismo e Dodecafonismo. Enfim, o que se tinha, na realidade, eram movimentos artísticos que introduziram formas diferentes de compor, com normas, coloridos e utilização dos elementos musicais de formas diversas. Muitas vezes isso ocorria como um retorno ao passado, à Idade Média, ou procurando acompanhar as transformações sociais, como os pressupostos de Freud e o inconsciente, a Revolução Industrial, Primeira e Segunda Guerras Mundiais, todos fatores para reflexão e tema para composição.

O homem do século XX, agitado, voltou-se às culturas orientais e à meditação, como forma de entender e sobreviver às transformações pelas quais o mundo passava.

A visão de homem perdura ainda no pensamento racional, mas agora talvez mais tecnicista, pois é a máquina que controla o mundo, as idéias, a vida do homem contemporâneo. E isto se percebe na música pela busca e pela quebra das normas vigentes estabelecidas pela composição.

Os experimentos musicais, em decorrência dos fatos da época foram muitos, como o aproveitamento dos ruídos das máquinas, do tic-tac do relógio, do motor dos carros, entre outros. Isto mostra que os compositores viviam e expressavam, através de sua arte, o momento. Os movimentos musicais continuaram sucedendo-se, música concreta, música eletrônica, a utilização de gravadores, de sintetizadores, permitindo a manipulação musical, a reconstrução musical.

Enfim, os músicos e suas músicas sofrem e retratam a influência de uma época.

## **Capítulo 2**

### **A Musicoterapia**

#### **2.1 Histórico**

A função terapêutica da música esteve sempre presente, tornando difícil demarcar uma linha divisória e identificar quando esta característica terapêutica começou, pois mesmo na pré-história, quando o homem se valia do som para afugentar o medo do desconhecido, provavelmente, já se podia perceber o som como uma função catártica, ou de objeto intermediária, entre o homem primitivo e o objeto de seu medo. A princípio, a música tinha um papel terapêutico mais místico, onde o feiticeiro procurava aplacar a ira dos deuses através de cantos, danças, ritmos exorcizadores, pois a conotação de doenças para o homem primitivo era a de possessão de maus espíritos.

Como o som para o homem primitivo tinha uma característica sobrenatural, conseqüentemente a utilização da música para curar e exorcizar era coerente, uma vez que essa natureza sobrenatural, dava a música um caráter de poder, daí a ser utilizada como meio de comunicação com os espíritos causadores da doença.

Com os gregos, já começou a relação e a utilização da música de forma diferenciada, mais harmoniosa, mais de reverência e não de dominação das forças da natureza. A utilização da música se fazia tanto para curas físicas quanto para escape psicológico. A aplicação da música era realizada de forma sistematizada, pois já haviam começado descobrir seus poderes sobre a alma humana.

Percebe-se então, que o conceito grego da utilização da música para enfermidades não era nem mágico, nem religioso, mas clínico.

Na era cristã, os deuses foram substituídos por santos e a relação com a enfermidade tornou-se também diferente. A doença era uma forma do homem se redimir dos pecados, de ganhar o céu.

Os sacerdotes religiosos sabiam da força e da influência também espiritual da música, pois a utilizavam nos cânticos, nas missas, nas procissões e nas cerimônias religiosas. E isso de certo modo, permanece até hoje, coexistindo com outros tipos de uso da música.

O Renascimento foi um período extremamente rico em todos os sentidos, principalmente na medicina, pois foi nessa época que surgiram descobertas da anatomia do ser humano de forma mais científica. Estas descobertas repercutiram inclusive na utilização da música e da arte em geral, servindo como meio inter-relacional e de expressão dos sentimentos do homem. Nesse período, surgiu um grande interesse por parte dos médicos em relação à utilização da música como elemento curativo, principalmente, no campo das doenças com cunho psíquico.

Assim, muitos profissionais da área médica se utilizavam da música como auxiliar no tratamento dos seus pacientes.

No decorrer da história, o que se vê, são mudanças nas figuras que empregavam a música como cura, ou seja, do feiticeiro para o sacerdote e do sacerdote para o médico. Embora o uso da música se ampliasse, pois um não anula a utilização da música da música pelo outro, todos permaneceram usufruindo dela por seus rituais. O que não mudou foi a característica de extrema influência dos elementos pré-musicais, e da música sobre o homem. Encontram-se citações bíblicas do seu uso terapêutico como, por exemplo, Davi, acalmava as crises de depressão do rei Saul, através de sua harpa.

Nos fins do século XVIII, aparecia uma preocupação com o uso indiscriminado da música, exigindo-se que para a sua utilização, houvesse um conhecimento, pois do contrário poderia em vez de beneficiar, prejudicar o paciente.

Pode-se afirmar que a visão de que a música não pode ser usada indiscriminadamente, é a que se tem hoje, quando da aplicação da música para pacientes encaminhados à Musicoterapia. No transcorrer da história principalmente a partir da metade do século XVIII, até o século XX, a aplicação da música começou a despertar o interesse de médicos que percebiam a importância do seu uso nos tratamentos.

Esta relação da música com estes profissionais, principalmente psiquiatras e neurologistas, manteve-se constante na formação da Musicoterapia.

## **2.2 Conceito**

“A Musicoterapia busca desenvolver potências e/ou restaurar funções do indivíduo para que ele alcance uma melhor integração intrapessoal e interpessoal e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida, através da prevenção, reabilitação ou tratamento”.(Comissão Clínica da Federação Mundial de Musicoterapia).

“A Musicoterapia é o campo da medicina que estuda o complexo som/ ser humano/ som, para utilizar o movimento, o som e a música, com o objetivo de abrir canais de comunicação no ser humano, para produzir efeitos terapêuticos, psicoprofiláticos e de reabilitação no mesmo e na sociedade”. (Benenzon).

“Musicoterapia ou vibroterapia sonoro-rítmico-musical, é a ciência que procura a harmonia entre as áreas da conduta humana (mente, corpo e mundo externo), através da busca do som-chave, característica do princípio sonoro do eu interior”. (Maristela Smith).

### **2.3 Recursos da Musicoterapia**

A Musicoterapia utiliza como recursos todos aqueles ligados à música, inclusive a dramatização, expressão corporal, desenho, pintura, canto, coral, etc.

### **2.4 Técnicas Musicoterápicas**

As técnicas da Musicoterapia caracterizam-se pela produção e podem ser classificadas em:

- Recriação Musical;
- Improvisação Musical;
- Composição Musical.

#### **2.4.1 Recriação Musical**

O terapeuta propõe ao paciente uma tarefa vocal ou instrumental que implique em alguma reprodução musical. Isto pode incluir: como usar a voz ou produzir sons num instrumento, imitar melodias ou ritmos, aprender a cantar,

aprender a usar a notação musical, participar de um canto em conjunto, ensaiar, ter lições de música, apresentar um som ou uma peça instrumental de memória, exercitar a interpretação musical ou composição, executar uma apresentação musical ou dramática.

Candidatos ao método de recriação são clientes que necessitam: desenvolver habilidades sensório-motoras, aprender comportamentos adaptados, manter a orientação da realidade, dominar diferentes papéis comportamentais, identificar-se com sentimentos e idéias de outros ou trabalhar cooperativamente em metas comuns.

Estes são os requisitos básicos de cantar ou tocar músicas já compostas pelo método ser de recriação. Por exemplo, aulas individuais de canto podem ajudar pessoas que tem a fala prejudicada auxiliando a melhorar a articulação e a fluência. Cantar em grupo também pode construir uma orientação da realidade em pessoas idosas ou ajudar pessoas deficientes mentais a desenvolver um comportamento adaptado ou construir coesão numa família ou num grupo disfuncional.

Tocar instrumentos pode ajudar pacientes incapacitados a desenvolver coordenação motora fina e geral, como também aos indivíduos mentalmente retardados a entender melhor o mundo dos objetos. Quando combinado com leitura de notas, tocar instrumentos pode ajudar crianças com distúrbios de aprendizagem a desenvolver a integração áudio-motora e viso-motora. Com pacientes com distúrbio emocional, conjuntos instrumentais podem ser usados para superar problemas de comportamento e para controlar a impulsividade.

#### **2.4.1.1 Execução diagnóstica:**

São usadas para avaliar as necessidades do paciente de como ele ou ela executa a música ou tarefas musicais. Comportamentos físicos, psicológicos, cognitivos ou sociais são observados e anotados com o objetivo suprir informações do paciente.

#### **2.4.1.2 Escolha da canção diagnóstica**

Uma seleção individual de canções para cantar ou executar é usada para avaliar os problemas e necessidades clínicas do paciente.

#### **2.4.1.3 Execução imitativa**

Refere-se à produção feita pelo paciente de um estímulo de som em resposta à música viva, pré-gravada ou improvisada. Esta informação pode ser usada para avaliar o “status” perceptivo, cognitivo ou psicológico do paciente.

#### **2.4.1.4 Terapia de entonação melódica**

É usada para ajudar pacientes afásicos a recobrar a fala. Frases e sentenças, que podem ser usadas pelos mesmos em sua situação de viver diária, são postos na música pelo terapeuta de acordo com seus padrões de entonação natural.

Usando um caminho muito gradativo e sistemático, o paciente aprende a cantar, entoar e depois falar estas sentenças.

#### **2.4.1.5 Técnicas recreativas**

Também compreende as técnicas comuns de cantar ou cantar-junto com música pré-composta. Usos de canções variam muito. E incluem metas terapêuticas, educacionais, recreativas e psicoterapêuticas. Cantar pode ser acompanhado de ação, acompanhamento instrumental improvisado, etc.

#### **2.4.2 Improvisação musical**

Numa sessão que envolva improvisação, o paciente “faz” a música, às vezes cantando outras tocando, criando uma melodia, ritmo, som ou peça instrumental. Ele pode improvisar um “solo” ou participar de um dueto, trio ou conjunto que também inclua o terapeuta ou outros pacientes.

O paciente pode usar sua voz ou outro instrumento musical que escolha segundo sua capacidade (por exemplo: tambores, pratos, xilofones, piano).

O terapeuta ajuda o paciente a improvisar, criando um acompanhamento musical que o estimule ou oriente sua produção sonora, dando a ele um tema ou estrutura musical que sirva de base para a sua improvisação (por exemplo: um ritmo, uma melodia, escala, forma) ou dando uma idéia não-musical a ser expressa através da improvisação (por exemplo: uma imagem, sentimento, movimento, situação dramática).

Candidatos básicos ao método de improvisação são pacientes que necessitam desenvolver: espontaneidade, criatividade, liberdade de expressão, senso de identidade ou habilidades interpessoais – estas são as características básicas da experiência da improvisação. Além disso, a improvisação é usada para ajudar o terapeuta a estabelecer um meio de comunicação com o paciente e habilita o mesmo a expressar sentimentos que são difíceis de expressar verbalmente.

A improvisação também produz um lugar seguro de experimentação de comportamentos, papéis ou modelos de interação enquanto desenvolve a habilidade de fazer coisas e tomar decisões dentro de limites estabelecidos.

Diferentes pacientes manifestam estas necessidades terapêuticas: de crianças obsessivo-compulsivas a adultos “borderlines” e com desordens narcisistas da personalidade; de crianças autistas não-verbais a adolescentes agressivos; de crianças impulsivas que “atuam” a adultos deprimidos e inibidos; de crianças atrasadas no desenvolvimento ou com incapacidade física à criança livre de impedimentos.

#### **2.4.2.1 Sugestões de atividades para Explorar a Improvisação:**

##### **2.4.2.1.1 Improvisação Orientada:**

Tem uma estrutura indicada ou um acompanhamento.

#### **2.4.2.1.2 Improvisação Livre:**

Tocar ou cantar sem regras, temas ou estruturas.

#### **2.4.2.2 Atividades de Improvisação:**

##### **2.4.2.2.1 Improvisações rítmico-sonoras:**

- Improvisar dentro de uma entonação, maior ou menor; dentro de escalas;
- Improvisação sobre sinais da dinâmica musical, como: p, pp, ppp, f, ff, fff, <, >; fazendo o paciente sentir com a voz, esta dinâmica sonora;
- Improvisar sobre intervalos dados para provocar diferentes respostas emocionais. Exemplo: agudo, grave; forte, suave;
- curto, longo; rápido, lento;
- Improvisar dentro de uma batida básica e de acordo com o pulso estabelecido e providenciado pelo terapeuta, cliente ou grupo, deixando livre a produção do que surgir, podendo ser só rítmico ou também podendo entrar no melódico;
- Diálogo interativo: perguntas e respostas; jogos rítmicos, sonoros e musicais, entre terapeuta e grupo/ paciente. Exemplo: ecos rítmicos, exageros, intensificações, ostinatos, improvisações vocais ou instrumentais, etc. Numa base rítmica simples onde o paciente primeiro escuta, depois é convidado a acompanhar a pulsação com o corpo, batendo as mãos, caminhando pela sala, etc., em seguida convida-se o paciente a associar-se a esta movimentação uma melodia;
- Improvisação de sons que foram significativos na vida do indivíduo.

##### **2.4.2.2.1.1 Comunicação através de instrumentos musicais:**

- Alguém faz uma frase com seu instrumento e outro responde também com seu instrumento.

#### **2.4.2.2.1.2 Sonorização de situações concretas**

- Construir usando apenas sons de uma história, um episódio ou uma imagem dada. É efetuado com a finalidade predominante de integração grupal a partir da elaboração conjunta do tema proposto (exemplo: uma excursão grupal, reencontro após as férias, etc.).

#### **2.4.2.2.2 Improvisação vocal**

- A partir de letras, palavras, frases, que sejam significativas para o paciente, levá-lo a entoar de formas diferentes tornando-as mais rítmicas ou melódicas. Exemplo: pode-se trabalhar também com provérbios, parlendas, etc;
- Ainda pode-se trabalhar emoções diferenciadas: “ eu estou muito bem”, “eu estou muito mal”. Ou também palavras que transmitam emoções diferenciadas: alegria, tristeza, dor, etc.. Também trabalhar com sons de vogais e consoantes, inventando palavras;
- Trabalhar com o nome do paciente ou do grupo, entoando-o de formas diferentes;
- Trabalhar melodias com palavras diversas: profundo, triste, frio tornando-se quente, de pesado a leve. Considerar os sons sugeridos naturalmente pelas palavras, exemplo: abismo, energia, vôo, labirinto. Valores das emoções nos tons musicais;
- Modificações de altura: eu te amo (em tom agudo e em tom grave);
- Modificações de força: eu te amo (forte e moderado);
- Modificações de compasso: eu te amo (rápida e lentamente).

#### **2.4.2.2.3 Improvisação vocal em melodias**

- Canto espontâneo ou vocalizações estruturadas. Improvisação sobre a “melodia da fala”: inflexões diferenciadas, uma melodia movendo-se em liberdade, a mesma melodia enriquecida pela intensidade, a

mesma, quebrada pelo silêncio. Exploração dos sons da voz: com vibratos, glissandos sussurro, grito, rosnado, guinchos ou cantos, improvisados em vários tons, para trabalhar necessidades específicas. Exemplos: respiração, relaxamento, controle da dor, etc.

#### **2.4.2.2.4 Improvisação de movimentos para a música**

- Leva-se o indivíduo a movimentar-se ou criar movimentos segundo o que pede a música. Pode ainda o terapeuta improvisar uma música segundo o movimento do paciente.

#### **2.4.2.2.5 Comunicação verbal através do movimento**

- A partir de temas musicais, cada um deve imaginar histórias ou situações próprias e traduzi-las em movimentos. Por exemplo, escutar três temas musicais de características diferentes a partir dos quais deve-se imaginar histórias e situações que depois serão trabalhadas corporalmente. Mais tarde cada paciente escolhe um desses temas, depois narra ou mostra com movimentos para os outros o que imaginou durante a audição. No final desse ciclo cada um pensa numa história ou imagens que queira transmitir aos seus companheiros.

#### **2.4.2.2.6 Improvisação através de músicas específicas (Problema focalizado)**

Aspectos específicos do paciente ou do grupo são focalizados e aproveitados para desenvolver ou trabalhar. Pode-se trabalhar a “atenção” de um grupo, melodicamente ou ritmicamente.

Pode-se fazer improvisação para imagens que surgem espontaneamente. Pode-se levar o indivíduo primeiramente a ouvir uma música e depois improvisar com sons e movimentos as próprias imagens que surgiram na escuta.

#### **2.4.2.2.7 Improvisação de sons ou música pelo terapeuta**

Esta improvisação pode ser feita através de instrumentos, para retratar os sentimentos do paciente, que também reage ao tocar os instrumentos ou quando os escuta.

#### **2.4.2.2.8 Audição de discos de temas específicos**

Depois de ouvirem peças antagônicas, levar os pacientes a escolherem um que sentimento que lhe seja mais importante e procure discos que falem desse sentimento escolhido.

#### **2.4.2.2.9 Improvisação com um tema específico**

Dado pelo terapeuta, posteriormente, o paciente/ grupo, ouve a improvisação que foi gravada e faz análise verbal desta produção e da dinâmica do grupo.

#### **2.4.2.2.10 Reprodução sonora do caráter de discos escutados**

Escutar temas musicais de características distintas levando a reconstruir o clima percebido em cada uma das audições levando a vivenciar emoções diferenciadas.

#### **2.4.2.2.11 Improvisar sobre texturas**

Muitas linhas musicais combinadas produzem texturas densas, poucas linhas (duas) produzem texturas mais claras.

#### **2.4.2.2.12 Esquema corporal**

Vivências concretas com o próprio corpo, exploração de espaço total e parcial (exemplo: deitados no chão devem ocupar o máximo espaço, depois ocupar o mínimo espaço; fazer com as mãos, no chão, traços de diferentes formas, Tateando, aproximando-se da parede, interagindo entre o grupo, ocupando o maior e o menor espaço), interagindo com materiais diferenciados, como arcos, elásticos, bolas, etc. Ir desenhando a imagem própria e a do companheiro no espaço ou no chão;

exercícios de relaxamento permitindo o sentir parte por parte do corpo, escutar, (sem se mover) um tema musical e imaginar os movimentos e ações que faria; movimentar-se em forma de espelho.

#### **2.4.2.2.13 Tensão e relaxamento**

Usar a flauta: som agudo tensiona o corpo, som grave, relaxa; deslocar-se como um boneco de pau e como um boneco de pano. Improvisar com instrumentos musicais procurando expressar tensão e relaxamento; esforço e descanso; duro e mole, etc.

#### **2.4.2.2.14 Exploração de sons corporais e instrumentais**

Identificar sons do exterior e depois sons corporais, fazer também com instrumentos musicais, expressão corporal e sonora de sentimentos antagônicos, treinando a discriminação de afetos opostos utilizando-se de sons vocais, corporais, instrumentais e de movimentos.

### **2.4.3 Composição musical**

Em uma sessão que envolva composição, o terapeuta ajuda o paciente a escrever músicas, letras ou peças instrumentais ou criar algum tipo de produção musical tal como: vídeos ou programas de auditório.

Comumente o terapeuta simplifica o processo engajando o paciente em aspectos mais fáceis da composição (exemplo: desenvolvendo a melodia, ou escrevendo a letra da canção) e assumindo a responsabilidade de aspectos mais técnicos (exemplo: harmonia, notação).

Candidatos ao método da composição são aqueles que precisam organizar a sua tomada de decisão, aprender a selecionar e a se comprometer, identificar e desenvolver temas, organizar sentimentos e pensamentos internos, ou ter evidência tangível de realização – já que estes são alguns dos aspectos do compor.

Talvez o melhor exemplo seja compor música, que é dos métodos mais comumente usados. Para crianças hospitalizadas, escrever música pode ser uma maneira de expressar e entender seus medos, e depois deixá-los lá no papel. Escrever música pode também dar a adultos que estão morrendo de câncer uma continência para expressão de seus sentimentos sobre a vida e a morte e ser um presente de despedida para aqueles que ama. Clientes adictos em drogas e álcool freqüentemente encontram em grupos de composição musical um excelente veículo para examinar suas crenças e medos irracionais e para testemunhar sua determinação de mudança.

### **2.4.3.1 Técnicas de Composição**

#### **2.4.3.1.1 Composição Diagnóstica**

Materiais de composição de clientes podem ser utilizados para tratamento, e por esta razão, os procedimentos em composição diagnóstica podem ser utilizados.

#### **2.4.3.1.2 Composição Instrumental**

Pacientes que tiveram o treinamento musical prévio poderão se envolver em composição instrumental original. Além disso, adolescentes seguidamente trabalham em grupo para produzir.

#### **2.2.3.1.3 Vídeos musicais originais usando canções que eles criaram**

#### **2.4.3.1.4 Escrever canções**

Paciente, de acordo com sua habilidade, podem substituir uma ou mais letras para uma canção pré-composta, podem escrever completamente novas letras para uma pré-existente melodia, podem escrever uma nova melodia e /ou harmonia para pré-existentes letras, ou podem compor uma melodia original com letras originais.

## **2.5 Áreas de atuação da Musicoterapia**

São muitas as áreas onde atua a musicoterapia. Podemos dividir em áreas e depois especificá-las um pouco mais.

### **2.5.1 Área social**

- Transtornos relacionados a substâncias: álcool, drogas;
- Estresse e inadaptação (desvios sócio-emocionais): agressão, delinquência, etc.;
- Gerontologia;
- Prevenção/ Profilaxia.

### **2.5.2 Área educacional**

- Distúrbio de aprendizagem;
- Deficiente mental (nível leve, moderado, severo e profundo);
- Autismo;
- Transtorno de habilidades motoras: Encefalopatia crônica da infância, seqüelas de poliomielite, defeitos congênitos;
- Transtornos sensoriais: surdos e hipoacústicos, cegos e portadores de visão subnormal;
- Estimulação essencial;
- Deficiências múltiplas;
- Alterações cromossômicas;
- Prevenção /Profilaxia.

### **2.5.3 Área Clínico-hospitalar**

- Atendimento hospitalar: internação, manutenção, pré e pós-operatório;
- Pediatria hospitalar;
- Terminal /Coma;
- Transtornos de habilidades motoras;
- Afecções neurológicas;
- Geriatria;

- Gestação: gestantes de alto risco;
- Neoplasias;
- Pacientes queimados;
- UTI;
- Prevenção/ Profilaxia.

#### 2.5.4 Área psiquiátrica

- Transtornos mentais: esquizofrenia (catatonia, paranóia, fobias, ansiedades);
- Transtornos de humor: bipolar, depressão maior;
- Depressão reativa;
- Manias
- Demências.

### Capítulo 3

#### A Audição e a Deficiência Auditiva

##### 3.1 Embriologia do ouvido

Semana fetal	Ouvido interno	Ouvido médio	Ouvido externo
3 <sup>a</sup>	Formação do tubo neural.	Começa o desenvolvimento	Desenvolvimento do

	Otocistos dividem-se em zonas utricular e conduto. Endolinfático	da cavidade timpânica e da tuba auditiva.	pavilhão auricular.
4 <sup>a</sup>	Reconhecem-se a futura porção vestibular e futura cóclea.	Passagem do conduto auditivo e passagem da tuba auditiva (sulcos branquiais).	
5 <sup>a</sup>			Início do conduto auditivo externo.
6 <sup>a</sup>	Começo dos canais semicirculares; sáculo e utrículo diferenciam-se.		Formação das saliências e reentrâncias do pavilhão (sulco branquial).
7 <sup>a</sup>	1 <sup>a</sup> volta da cóclea		Emigração lateral do pavilhão
9 <sup>a</sup>		Martelo e bigorna são cartilagens e têm conformação similar à adulta	
11 <sup>a</sup>	Completam-se as 2 e ½ voltas da dimensão total da cóclea		
12 <sup>a</sup> (3 <sup>o</sup> mês)	Labirinto membranoso alcança sua plena configuração; células ciliadas desenvolvidas.		
16 <sup>a</sup>		Estribo cresce como estrutura cartilaginosa	
18 <sup>a</sup>		Ossículos começam a calcificar-se.	
20 <sup>a</sup> (5 <sup>o</sup> mês)	Cóclea completa sua maturidade em crescimento e expansão		Pavilhão auditivo de forma adulta.
21 <sup>a</sup>		Tímpano visível	Conduto auditivo continua desenvolvendo-se; tampão meático se desintegra.
32 <sup>a</sup> (8 <sup>o</sup> mês)		Martelo e bigorna completamente calcificados.	

### 3.2 Estrutura e funcionamento do Aparelho Auditivo

O ouvido humano divide-se em três partes, cada uma com funções especiais. O ouvido externo compõe-se de orelha, constituída de pele e cartilagem, do conduto

auditivo externo e do tímpano, uma fina membrana localizada no final do conduto auditivo.

O ouvido médio é a parte seguinte, separada do ouvido externo pelo tímpano. É uma cavidade cheia de ar, com cerca de 15mm de altura e 5mm de largura, onde ficam três ossos minúsculos, os menores do corpo humano, chamados ossículos do ouvido. Um pequeno tubo flexível, a tuba de Eustáquio, comunica o ouvido médio com a faringe; ele tem cerca de 40mm de comprimento. O ouvido interno é a parte mais complexa do aparelho auditivo. Nele estão os órgãos sensoriais da audição e do equilíbrio. Essas delicadas estruturas, repletas de fluido, estão instaladas numa série de partes ocas do osso craniano, o chamado labirinto ósseo. Esses órgãos são a cóclea, os três canais semicirculares (tubos em forma de alça), o utrículo e o sáculo. Juntos, são chamados de labirinto membranoso, pois suas paredes são feitas de finas membranas, torcidas de modo a formar um minilabirinto de tubos, canais e saliências no duríssimo osso do crânio.

A parte do ouvido interno relacionado à audição é a cóclea, um tubo enrolado em espiral que lembra um caracol de  $2\frac{3}{4}$  voltas. Dentro desse tubo, são detectadas as diversas variedades de sons, que se transformam em impulsos nervosos.

O líquido contido nesses canais se move quando mudamos a cabeça de posição. Na base de cada canal há uma pequena saliência chamada ampola. Ela contém mecanismos sensoriais que convertem os movimentos do líquido em sinais nervosos.

Na junção dos três canais, existe uma grande cavidade conhecida como utrículo. Do seu lado há outra cavidade, ligeiramente menor chamada sáculo. Ambas também são preenchidas de líquido e registram a posição da cabeça e para onde ela está direcionada: se para cima, para baixo, ou para um dos lados.

O nervo coclear sai da cóclea e vai até o cérebro. Ele se junta ao nervo vestibular que sai da ampola, do utrículo e do sáculo. Os dois nervos juntos atravessam o osso craniano e entram no cérebro.

O maior ossículo do ouvido é o martelo, que tem cerca de 9mm de comprimento. Seu “cabo” está preso ao tímpano, formando uma saliência que pode ser notada do lado de fora da membrana timpânica. O ossículo seguinte da cadeia é a bigorna, que se conecta com o terceiro ossículo, o estribo. O estribo, por sua vez, liga-se à janela oval, localizada no forro do ouvido interno.

Os três ossos do ouvido estão ligados por minúsculas juntas, da mesma maneira que os ossos das pernas se articulam nos joelhos. Juntos, eles funcionam como uma série de alavancas. As vibrações passam do tímpano para cada um dos ossículos e vão ficando mais intensas.

O principal órgão da audição é a cóclea. Ela converte as energias das vibrações em impulsos nervosos elétricos que são enviados ao cérebro através do nervo coclear.

Ao longo de toda sua extensão, a cóclea tem três compartimentos, semelhantes a três tubos que tivessem sido prensados juntos, ficando com lados achatados.

A janela oval, coberta por uma membrana, fica na parte bulbosa do compartimento superior – a rampa vestibular. O compartimento inferior é chamado de rampa timpânica. Ele também tem uma janela coberta por uma membrana, a janela redonda, muito menor que a janela oval.

Tanto a rampa vestibular quanto a timpânica estão cheias de um líquido que recebe o nome de perilinfa. Na ponta da cóclea, esse dois compartimentos se ligam através de uma minúscula abertura por onde flui a perilinfa.

O compartimento central, muito menor, é o ducto coclear, que tem paredes flexíveis e membranosas e cheias de um líquido chamado endolinfa.

Quando o estribo bate na janela oval, faz vibrar o líquido do outro lado, isto é, no interior da cóclea. Essas vibrações são transmitidas através da perilinfa e provocam outra vibração nas paredes do ducto coclear. Este contém células especializadas cuja função é transformar essas vibrações em mensagens nervosas.

### **3.3 Órgão de Corti**

O órgão de Corti, forma uma “fita” comprida ao longo da parede inferior do ducto coclear. Essa fascinante e complexa estrutura tem três partes principais. Uma delas é a membrana basilar, que forma uma faixa do assoalho do ducto. Na superfície da membrana basilar existem células receptoras, de cuja extremidade superior se elevam cílios. As pontas desses cílios ficam encravadas em outra membrana fina, a membrana tectórica, que se projeta da parede lateral do ducto

coclear. Das células receptoras auditivas saem filamentos nervosos que se reúnem para formar o nervo coclear.

As vibrações na perilinfa e na endolinfa do ouvido interno fazem trepidar as paredes membranosas do ducto coclear. Quando as vibrações passam através do Órgão de Corti, elas movimentam a membrana basilar em relação à membrana tectórica, de modo que uma desliza sobre a outra. Isso faz com que os cílios das células receptoras se curvem ou se estiquem, estimulando-as a produzir impulsos nervosos elétricos.

A maioria dos sons causa vibrações ao longo do Órgão de Corti. O padrão de impulsos nervosos produzidos depende não somente da distância percorrida pelas vibrações, mas também da intensidade e rapidez com que as células de Órgão de Corti são estimuladas.

### **3.4 Deficiência Auditiva**

A audição depende de uma cadeia de fatos, desde as ondas sonoras que entram no conduto auditivo até os impulsos nervosos que são percebidos no cérebro. Um problema em qualquer estágio dessa cadeia pode levar a dificuldades de audição.

Às vezes usa-se a palavra “surdez” para descrever essas dificuldades, embora existam hoje outros termos, como “perda de audição” ou “deficiência auditiva”.

A pessoa com audição normal pode captar sons muito baixos, de apenas 10 a 15 decibéis (unidade comumente usada para medir o volume de um som). A perda de audição passa a ser um problema sério quando não se consegue ouvir sons com menos de 70-80 decibéis. Os mais altos produzidos na fala normal. Existem dois tipos considerados básicos de perda de audição: o de condução e o de percepção (ou sensorio-nervoso).

Na surdez de condução, as vibrações que representam ondas sonoras não atingem o ouvido interno. Algumas causas desse tipo de surdez podem ser corrigidas com facilidade. Um pequeno objeto, ou acúmulo de cera no ouvido, pode obstruir o conduto auditivo e impedir que a maioria das ondas sonoras chegue ao

tímpano. Isso pode ser resolvido por um médico especialista. Quando o conduto auditivo infecciona ou fica inchado tem-se uma otite externa.

Outra causa da surdez de condução é a otosclerose. Nesse caso, pedacinhos adicionais de osso, em forma de favo de mel, crescem em volta do estribo, fixando-o e impedindo-o de passar vibrações para o ouvido interno. A otosclerose pode ser curada por meio de uma delicada cirurgia para liberar o estribo ou removê-lo completamente, substituindo-o por uma minúscula prótese.

Na surdez de percepção, o problema será na cóclea ou no nervo que vai até o cérebro. Se a falha for no Órgão de Corti, um aparelho auditivo pode ser a solução. No entanto, se o dano for no nervo, a perda auditiva é definitiva, pois as células receptoras e as fibras nervosas, uma vez danificadas, não mais se regeneram.

O som é importante no nosso cotidiano. Grande parte do aprendizado envolve escutar a fala do outro, e muitas sentem prazer em fazer ou escutar música. Quem nasce com audição muito limitada enfrenta problemas para aprender a falar. É difícil aprender a falar quando não se consegue ouvir o que os outros dizem, inclusive a própria voz. As crianças que apresentam esse tipo de problema aprendem a sentir as vibrações sonoras, por exemplo, tocando a garganta do professor. Quando depois passam a tocar a sua garganta, elas procuram reproduzir sons que imitem essas vibrações, usando a própria voz.

A incapacidade da criança, congenitamente surda, para adquirir a fala da maneira coerente e a sua impossibilidade de ouvir a fala dos outros constituem as suas deficiências mais óbvias. Contudo, as deficiências orais e auditivas dos surdos, são muito mais amplas do que isso. Participar de uma linguagem comum é um requisito prévio da plena integração de uma criança na família, comunidade e sociedade. Ouvir e falar adequadamente são tremendas ajudas no comportamento cooperativo. Os sons – mesmo os não verbais – atuam como guias de comportamento e da compreensão. Ouvir é, normalmente, uma importante fonte de agradáveis experiências sociais. Uma linguagem comum é o principal meio de interação do homem. Além de serem duas das nossas principais vias de informação, o ouvido e a fala contribuem tanto para a aceitação social como para o sentimento de segurança pessoal de cada um, e ainda ajudam na aprendizagem e manutenção de capacidades não verbais. O fato de que crianças severa e profundamente surdas, mas em todo o resto normais sentam-se engatinham e andam mais tarde que seus irmãos normais, indica a importância do ouvido e da fala no desenvolvimento dos

hábitos não-verbais. À criança portadora de uma grave deficiência auditiva falta muito mais do que sua capacidade de ouvir outras pessoas e de adquirir a fala, num processo normal de desenvolvimento.

### **3.5 Classificação da Deficiência Auditiva**

A deficiência auditiva é classificada como:

#### **3.5.1 Deficiência Auditiva Leve**

O indivíduo capta sons entre 26 a 39 dB (decibéis). Tem dificuldades em discriminar alguns sons da fala; perceber sons da fala à distância. Essa perda não impede a aquisição normal da linguagem.

#### **3.5.2 Deficiência Auditiva Moderada**

Capta-se sons entre 40 a 70 dB (decibéis). Tem-se dificuldade para discriminar sons da fala em ambientes com ruídos. Apresenta-se uma estruturação da linguagem características, como omissão e/ ou acréscimo.

#### **3.5.3 Deficiência Auditiva Severa**

Capta-se sons entre 71 a 90 dB. Tem-se dificuldades em perceber a fala sem aparelhos de ampliação sonora individual. Faz-se uso de gestos característicos para se comunicar. A compreensão verbal dependerá do trabalho de reabilitação auditiva.

#### **3.5.4 Deficiência Auditiva Profunda**

Capta-se sons acima de 90 dB. Tem-se dificuldade para perceber a voz, ainda que amplificada. Apresenta voz característica mesmo quando trabalhada.

### 3.6 A Criança Deficiente Auditiva

A criança deficiente auditiva necessita da mesma espécie de oportunidades para aprender e compreender a fala que a criança normal, mas precisa delas em maior quantidade. Pode ser que se torne necessário criar situações especiais para enfatizar a relação entre sons tenuemente ouvidos e as pistas visuais para o que eles significam, mediante a referência concreta a pessoas, objetos, atividades e situações.

A criança deve crescer em um ambiente falante. Esforços especiais devem ser feitos para reforçar as reações da criança aos sons e às suas vocalizações espontâneas. Falar cuidadosamente, de maneira distinta, quando a criança está observando o rosto de quem lhe fala, e o resto está situado em plena luz, encorajá-la a combinar a visão e o ouvido como fonte de pistas para o significado das coisas.

A linguagem usada espontaneamente em situações naturais em que ela serve um objetivo e é significativa, com aceitação, atenção e compreensão de outros, agindo como recompensas, é a situação ideal para aquisição da fala pela criança auditivamente deficiente, tal como no caso de qualquer de criança não deficiente.

O mais importante na relação deficiente auditivo/ sociedade, é a atitude dos pais em relação à criança e sua deficiência.

## **Capítulo 4**

### **Atuação da Musicoterapia junto à Criança Deficiente Auditiva**

#### **4.1 A percepção no Deficiente Auditivo e a Musicoterapia**

A maioria das áreas de tratamento pelas quais passa uma criança deficiente auditiva objetiva à reabilitação da percepção da audição na mesma. Trabalhando para que essa percepção aconteça, contribui-se também para o desenvolvimento psíquico da criança.

A Musicoterapia de forma nenhum menospreza a intensa necessidade de objetivar a percepção no trabalho com o deficiente, já que a música é e seria essencial para esse tipo de reabilitação por conta de seus elementos construtivos.

O trabalho musicoterápico tem um cuidado especial com a criança deficiente auditiva, para que ela se interesse pelo fato de “ouvir” os sons, não só pela percepção através das vibrações, sentidas por via óssea, mas também a desenvolver a percepção por via aérea.

Os sons são vibrações que não podem ser evitadas, mas a percepção do terapeuta é fundamental para que ele saiba onde está se situando seu paciente quanto à audição ou percepção das mesmas.

É importante não reforçar ou estimular a permanência da criança em um estágio cômodo de percepção vibratória ou de audição, mas levá-la a se interessar e se inteirar no mundo dos sons e assim conseguir dar passos em direção à sua evolução psíquica.

O mundo dos sons é uma fonte de riqueza imensurável para a maturação da criança, aos poucos ela descobrirá o prazer de permanecer nesse mundo sonoro e, produzindo seus próprios sons, fazer parte desse mundo com sua própria consciência auditiva, já que a maioria das crianças atendidas tem algum resíduo, previamente sabido pelo terapeuta, e também faz uso de aparelho de amplificação.

Utilizar sons na musicoterapia que não são perceptíveis à criança ou fora do seu campo de audição significa levá-la à percepção apenas da vibração, por via óssea. Assim é possível alcançar a criança com determinadas frequências que fazem com que ela seja envolvida sonoramente por via aérea e via óssea. A criança passa a ser apresentada a um novo mundo, mesmo que já existente nela mesma, necessitando de bons estímulos e de um continente de volta, uma segurança, ou seja, uma boa relação terapeuta-paciente.

#### **4.2 A Expressão no Deficiente Auditivo**

É importante ressaltar que, na maioria das vezes a criança deficiente auditiva se comunica pelo toque. A intensidade de suas reações e opiniões são sentidas e percebidas pelo terapeuta não só pelo que ela consegue produzir sonoramente, via instrumentos ou vocalizações, mas também por sua expressão corporal e facial e mais intensamente pela sua maneira de tocar. Seu toque e sua expressão é sua “fala”.

Permanece o questionamento se seria possível a expressão real de pensamentos, sentimentos e emoções de um deficiente auditivo por uma linguagem adquirida que não lhe é natural, mas sim conveniente ao meio social, sendo que é perceptível o instinto da expressão corporal pela língua de sinais.

Não nos cabe aqui esta discussão, pois a Musicoterapia não necessita ser parcial no sistema de educação para a comunicação do deficiente, já que não faz parte de sua abordagem uma adesão a alguma metodologia de alfabetização ou apoio à mesma, e sim dar oportunidades à criança de se expressar e se descobrir como ser humano único, capaz de se relacionar, se conhecer e escolher. Num meio terapêutico ela jamais poderia ser tolhida em suas expressões, pelo contrário desenvolvida e valorizada pelo que é e pelo que é capaz de realizar, por isso a impossibilidade da parcialidade da Musicoterapia quanto à metodologia de ensino nas escolas, sem se privar de manter o questionamento.

### **4.3 Musicoterapia numa Instituição Educacional**

A criança deficiente auditiva descobre na Musicoterapia uma nova maneira de estar no mundo e de ser compreendida nesse novo ambiente. O Musicoterapeuta é o agente proporcionador e direcionador nessa paisagem sonora recebida ou criada pela criança.

Enquanto a criança está num ambiente escolar, é presente um esforço de aprendizado constante para conseguir se relacionar com o mundo de igual para igual, realidade distante e que já não existe, pela própria deficiência. Já num processo iniciado de Musicoterapia, um estar no mundo próprio, um mundo sonoro, onde as expressões e criações são valorizadas e enriquecidas pela própria criança, partindo de um processo de resgate de identidade, elevação da auto-estima, liberação e canalização das emoções tão contidas pela exigência da vivência em um mundo de uma maneira que não lhe é natural.

Há muitas maneiras de uma escola existir e por isso não podemos generalizá-las, mas as que são próximas à nossa realidade podemos sim estudá-las.

A experiência com a Musicoterapia dentro de instituições educacionais nos leva a perceber que talvez este não seria o melhor lugar para o próprio processo musicoterápico acontecer.

Um ambiente terapêutico é bem diferente de um ambiente de sala aula, onde não se leva sempre em consideração o estado emocional da criança, mas educá-la e ensiná-la conforme regras do currículo escolar.

Num ambiente institucional se lidam com os limites de maneira geral, todos devem seguir a mesma regra de disciplina e devem ser analisados conforme um padrão de referência previamente estabelecido ou criado pela escola e não há tempo nem condições para que eles tenham atenção individual. Nem mesmo um grupo menor, para se trabalhar determinados temas que, ao nosso ver, não fazem parte do papel de professores, mas de terapeutas.

Fica o questionamento de como a criança se organiza dentro de um contexto institucional desde cedo, com ordens, regras, tarefas a cumprir, enfim como ela se organiza com tudo o que diz respeito a um sistema de educação.

Dentro de sua rotina escolar cumprida, em determinada hora do dia, algumas vezes por semana vai para a sala de musicoterapia onde o que ela traz é de suma importância para sua reconstrução e valorização como pessoa. Sua criação vai ser tratada de forma de forma ímpar e toda sua vitalidade estudada e canalizada para uma melhor compreensão da sua história. Ao sair da porta, deixando o *setting* terapêutico, já se molda aos valores da escola, pois talvez se lembre que o mundo onde ela está inserida é bem diferente.

A Musicoterapia, dentro de um contexto institucional de educação para o deficiente auditivo, não é apenas uma contribuição terapêutica à reeducação auditiva das crianças através da música, tampouco um apoio ao desenvolvimento da fala, num sistema oralista, ou à linguagem de sinais e fala num sistema bilíngüe. A Musicoterapia também não tem por abordagem fundamental tão somente a melhoria do equilíbrio emocional do deficiente, justificativa esta pelos infinitos canais de comunicação que a música pode proporcionar ao deficiente auditivo, mas com afincamento se volta, com profundidade, à evolução psíquica do ser humano ali presente, que teve o desenvolvimento da sua audição interrompida por algum motivo, em algum momento de sua história.

## **Capítulo 5**

Com base nesse intuito fundamental de contribuir para a evolução psíquica da criança deficiente auditiva é que serão citados dois diferentes exemplos, sendo atendidos em uma escola normal, apenas com uma ala da escola par os mesmos, na cidade de Araucária.

Os dois exemplos foram atendidos e direcionados dentro de uma abordagem musicoterapêutica humanista, justificando a presentificação dos temas trazidos pelos pacientes e a abertura, da parte do musicoterapeuta, para utilização de materiais e atividades que não estejam diretamente relacionados à música, mas que num momento oportuno poderiam ser direcionados.

## 5.1 Exemplo A

### Identificação

Paciente: M. G. B., sexo masculino, idade: 09 anos.

O atendimento foi realizado em 20 sessões com encontros semanais de 45 minutos cada uma – M. fazia parte de um grupo de cinco crianças com o mesmo nível de aprendizagem. As sessões aconteceram em uma sala comum destinada a Musicoterapia, no Centro de Atendimento Especializado ao Surdo, do Município de Araucária, PR.

### Antecedentes Históricos

É o filho mais, velho; mora com a mãe e mais dois irmãos menores, sendo que M. é filho do primeiro casamento. Todos vivem da pensão alimentícia paga pelo pai de M., pois atualmente a mãe está separada, desempregada e não está recebendo ainda a pensão devida aos outros filhos.

A separação da mãe e do pai de M. deu-se principalmente em virtude do alcoolismo grave do pai e pelo fato de que o mesmo não aceitava a deficiência auditiva do filho, agindo para com ele como se este fosse normal e exigindo comportamento de criança ouvinte.

A mãe de M. relatou que aos três meses de gestação teve muita febre e uma alergia, que depois desapareceu sem qualquer acompanhamento médico (supostamente rubéola).

M. nasceu de parto por cesariana aos oito meses de gestação, ficando 45 dias na incubadora.

M. contraiu caxumba aos dezoito meses (um ano e meio), o que evoluiu para um quadro de infecção testicular, o que levou à realização de uma cirurgia aos 24 meses (dois anos).

Aos dois anos desenvolveu bronquite asmática, que persiste até hoje.

Apresenta cardiopatia congênita, controlada através de medicamentos e Eletrocardiograma.

O diagnóstico realizado pelo Setor de Fonoaudiologia da Secretaria Municipal da Saúde /Sistema Único de Saúde do Município de Araucária relata que M. apresenta dificuldade auditiva e do aparelho fonoarticulatório.

A última audiometria realizada, mostra que M. possui perda auditiva de severa profunda bilateralmente; utiliza Aparelho de Amplificação Sonora Individual nos dois ouvidos.

M. percebe sons fortes e graves; reconhece seu nome quando dito em voz alta.

M. foi encaminhado à Musicoterapia em grupo pelas professoras do Centro de Atendimento Especializado ao Surdo, apenas por demonstrar falta de atenção na hora de realizar atividades pedagógicas determinadas (tarefas), o que elas acreditam ser o maior problema de M.

Nas sessões foram utilizadas técnicas musicoterápicas de improvisação musical, re-criação musical, em atividades lúdicas, dramatização com instrumentos de bandinha rítmica, violão, caixa e bongô.

Nas primeiras sessões M. demonstrava grande interesse por todos os instrumentos, era como se nunca houvesse visto instrumentos musicais. Sempre que conseguia, pegava um instrumento e o explorava bastante, depois tentava determinar os instrumentos de todos e ficava pedindo a atenção do grupo, par que fizessem o que ele desejava. Parecia não perceber que o grupo não estava preocupado com ele e nem com o que ele queria.

A musicoterapeuta tentava explicar para M. que o grupo preferia outros instrumentos e atividades, mas ele agia como se ela não estivesse presente. Passava a sessão toda nessa atividade e, ao término, enquanto o grupo auxiliava a guardar os instrumentos, M. permanecia no centro da sala de cabeça baixa, no local onde mais atrapalhava. Ao final da sessão não ia embora com o grupo, M. só saía da sala de atendimento quando ficava só, aí ele cruzava os braços e voltava para a sala com expressão “emburrada”.

A terapeuta objetiva levar M. a participar do grupo cooperativamente, concordando em repartir instrumentos de sua preferência com os demais componentes do grupo, e para isso utilizou da técnica de recriação musical, proporcionando à M. a reprodução rítmica de melodias simples com um “rodízio” de instrumentos, a cada reprodução trocava-se o instrumento com o colega ao lado, até

chegar o instrumento de início. M. ficava visivelmente ansioso enquanto não pegava o instrumento que mais gostava, e gratificando quando o pegava novamente.

Depois de seis sessões M. começou a agir de forma diferenciada, passou então a agir como se estivesse só, pegava o violão e não deixava que ninguém mais tocasse, somente após a interferência da musicoterapeuta é que ele o entregava à mesma, nunca aos colegas. M. começou a se relacionar através de um objeto integrador com a musicoterapeuta.

Não participava de nenhuma atividade do grupo, e quando contrariado jogava-se no chão e debatia-se chorando, “fazendo birra”, principalmente quando alguém pegava o violão antes dele. A musicoterapeuta foi, aos poucos, intervindo nessa atitude, explicando que cada um tinha o direito de tocar um pouco, e que o violão era para todos, porém, ele não aceitava, e demonstrava bastante irritação.

Antes do final de cada sessão era avisado, pela musicoterapeuta, que estava faltando apenas mais um pouco de tempo, sendo que, por duas vezes, neste momento era colocada sobre a mesa uma folha de papel em branco para cada componente do grupo, bem como diversos lápis de cor para que fizessem um desenho do ocorrido durante a sessão.

Na 1ª vez, M. só começou a desenhar quando foi avisado que acabara o tempo, enquanto a musicoterapeuta acompanhava o restante do grupo de volta à sala de aula, M. permaneceu na sala de atendimento, quando ficou só, foi embora correndo e com expressão “emburrada”.

Na 2ª vez, M. demorou para começar o desenho, mas iniciou antes de terminar o tempo, porém tentou fazer igual ao de outro componente do grupo, não conseguiu fazer e pediu para o colega desenhar para ele, mas o colega não aceitou, M. ficou bastante contrariado e parou de desenhar. Quando acabou a sessão saiu correndo na frente de todos, sendo que quando a musicoterapeuta chegou na sala de aula, acompanhando os outros, M. virou o rosto ignorando a sua presença.

De acordo com as reações que M. apresentava, a musicoterapeuta proporcionou-lhe a utilização dos instrumentos para a improvisação musical livre – no início da sessão todos os componentes do grupo escolhia um instrumento e o exploravam tocando, cantando e dançando, após trocavam entre si. M. resistia na troca, quando esta dava para que ele se desfizesse do violão ou da caixa, o que foi melhorando nas demais sessões.

Nas últimas sessões M. demonstrou mais maleabilidade, aceitava ir até a sala de atendimento sem ser o primeiro da fila, “concordava” com a troca de instrumentos, todavia tentava fazê-la com os colegas, quando estava se o violão ou a caixa, até conseguir um dos dois instrumentos, nesse momento era necessário intervir, pois M. recusava-se a trocá-los por outros instrumentos.

Foram trabalhadas atividades lúdicas o vencedor poderia escolher o instrumento de sua preferência e usá-lo por tempo previamente combinado, sendo que logo em seguida retornaria à atividade coletiva. Quando M. vencia, não queria retornar ao jogo, às vezes tentava participar da atividade, segurando o instrumento, porém o grupo não aceitava, e ele era obrigado a deixá-lo, contudo ficava nervoso e contrariado.

Já nas últimas sessões M. pegava o violão e pedia a musicoterapeuta que lhe ensinasse posições de acordes para tocar o violão corretamente, e quando podia pegar o violão durante a sessão, M. sentava e tentava tocar corretamente, sorrindo para a musicoterapeuta. M. demonstrava a interação e permitia a aproximação do grupo e da musicoterapeuta.

É uma criança que demonstra muita sensibilidade, gosta de instrumentos que possuem sonoridade mais suave, apesar de não escutá-los.

M. é uma criança debilitada fisicamente apresentando desnutrição acentuada, com desenvolvimento físico muito comprometido. Este aspecto frágil, desencadeou um comportamento bastante diferenciado em relação a ele, por parte de uma das serventes, que durante o horário de recreio (quinze minutos), buscava-o e levava-o para a sala das servente – às vezes no colo – para que lá ele se alimentasse com o lanche que ela trazia especialmente para ele, e só depois de lanchar é que ele voltava para a sala de aula, às vezes demorava mais de trinta minutos após o término do recreio para retornar, pois a servente ficava cuidando e adiando propositadamente o seu retorno a sala de aula.

Na tentativa de entender tal comportamento a musicoterapeuta foi informada pela professora da turma que a servente, mulher de meia idade, é solteira sem filhos, e alega que senta compaixão por M. e tenta ajudá-lo.

Informalmente a professora encarregou-se de conversar com o serviço de orientação pedagógica do Centro de Atendimento Especializado ao Surdo para que seja tentada uma solução administrativa.

M. necessita de atendimento musicoterápico individual e em grupo durante mais tempo, pois a melhora no comportamento é lenta, porém gradativa.

## **5.2 Exemplo B**

### **Identificação**

Paciente: D. R., sexo masculino, idade: 08 anos.

Foram realizadas 23 sessões de 35 minutos, durante seis meses.

### **Antecedentes Históricos**

Nasceu de parto normal. Sua mãe não teve uma gravidez planejada, mas mesmo assim foi desejada. Quase houve um aborto espontâneo. Ela fez pré-natal a partir do segundo mês de gestação num posto de saúde.

D. é o terceiro filho, de uma prole de quatro; o pai é falecido. D. contraiu varicela com doze meses, andou com um ano e oito meses. A causa da surdez é desconhecida.

Em entrevista com a mãe de D., esta disse a musicoterapeuta que D., quando era pequeno, era muito quieto, quase não se relacionava com outras pessoas, chegando a mãe a pensar que D. era tímido somente. Uma tia, que observando o menino, percebeu algo estranho e disse a mãe para levá-lo ao pediatra para realização de um “exame de ouvido”, pois o menino não respondia sempre aos sons e barulhos feitos. O pediatra o encaminhou para uma audiometria. Após ter feito este exame foi constatada a surdez e D. foi encaminhado Centro de Atendimento Especializado ao Surdo. Estava então com dois anos e quatro e meses.

A mãe disse que o relacionamento de D. com outras crianças é normal, ou seja, se comunica por gesto e fala, brinca e gosta de conviver com outras crianças e com os irmãos.

D. gosta de ajudar a mãe nos afazeres da casa, organizando e arrumando as coisas que estão ao seu alcance.

D. foi encaminhado ao atendimento em Musicoterapia com a queixa de ser agressivo, de ter dificuldades de relacionamento com as crianças e profissionais, de ser inquieto e agitado.

No contexto musicoterápico foi observado que tinha pouco ou nenhum contato com um instrumento musical até então, por que os experimentava um a um olhando forma, cor, explorando sonora e ritmicamente, sem uma estrutura musical. Após um tempo explorando-os, D. os colocava um por cima do outro, lado a lado, dentro um do outro, parecendo estar fazendo uma escultura. Isto aconteceu nos primeiros encontros de D. com a musicoterapeuta.

Ao chegar na sala de Musicoterapia ia direto a caixa de instrumentos, que continha: caxixi, reco-reco de madeira, atabaque, chocalho, ganzá, triângulo, pandeiro, flauta, um par de pratos pequenos, agogô, clavas e tamborim.

O vínculo com a musicoterapeuta aconteceu lentamente. D. , nos primeiros encontros, esquivava-se corporalmente, não mantinha muito contato visual, porém às vezes olhava a musicoterapeuta e sorria para ela. Quando se esquivava, pegava os instrumentos musicais ou a caixa e se escondia em um canto qualquer da sala. A musicoterapeuta o deixava livre para tal, pois queria observar suas atitudes e movimentos.

Na sexta sessão, D. chegou à sala de musicoterapia, pegou o atabaque e uma baqueta e , andando pela sala, tocava o instrumento num ritmo muito rápido e muito forte. A musicoterapeuta percutiu o pandeiro, acompanhando o modo e ritmo de andar de D.. Logo D. percebeu o que a musicoterapeuta fazia e lhe foi agradável a atitude dela, pois sorriu e entendeu que naquele momento era a vez dele.

D. fez o mesmo com o atabaque e perguntou o nome da musicoterapeuta, não oralmente e sim apontando-a e mostrando que era o momento dela tocar e falar seu nome. Isso se repetiu em mais algumas sessões. Foi o início de estabelecimento do vínculo terapeuta-paciente.

Após estas observações e início de vinculação, foi estabelecido como objetivo principal o interagir musicoterapeuta-paciente e paciente-musicoterapeuta.

D. ainda se esquivava e fugia nos atendimentos. Insistindo, a musicoterapeuta, no objetivo de trazê-lo para aquele momento tomou a atitude de fingir ignorá-lo. Sentada no chão com o surdo a sua frente, o percutia num ritmo compassado e forte. D. estava em um canto da sala com o atabaque, mas sem tocá-lo, percebia o que a musicoterapeuta tocava e a acompanhava. Chegou mais perto e a musicoterapeuta continuava a tocar, mas sem olhá-lo. D., então teve a iniciativa de pegar no braço da musicoterapeuta e tocar o atabaque junto com a mesma. Ficavam de frente um para o outro, percutindo os dois instrumentos juntos.

Foram observadas mudanças quanto ao aspecto rítmico do paciente no ocorrer do atendimento. D., no início, estruturava ritmicamente um som com um pouco de dificuldade, talvez pelo fato de se esconder muito e não manter muito contato visual com a musicoterapeuta, não percebendo assim o que ou quais sons poderiam sair dos instrumentos. Já no decorrer dos atendimentos e com um contato mais próximo com a musicoterapeuta D. passou a perceber mais o que aconteceria e o que poderia explorar a mais nos instrumentos, como sons e vocalizações. No início dos atendimentos, D. vocaliza seu nome e algumas vogais e sons ascendentes e descendentes, após os atendimentos, D. procurava ao percutir os instrumentos, vocalizar concomitantemente ao instrumento e não separadamente.

A musicoterapeuta usou muito de improvisação e criatividade para suscitar o interesse do paciente. Buscou estimular sua percepção auditiva, pois D. respondia aos estímulos sonoros.

A queixa de comportamento observada pela instituição não foi observada no paciente durante o processo de atendimento de musicoterapia. D. deverá permanecer em atendimento musicoterápico.

## **Considerações Finais**

Um dos elementos que tem se revelado dos mais promissores na reabilitação do surdo é a descoberta da música como elemento de inserção social.

O surdo, como elemento da sociedade, é normalmente discriminado, inclusive por seus pais e parentes, que esperam dele um comportamento de ouvinte. A cultura ouvinte é altamente presente em todos os setores sociais e do conhecimento. O homem é definido por alguns autores como “o animal que fala”. Portanto, não é de se estranhar que o surdo seja tão marginalizado numa cultura onde o falar e o ouvir sejam referências de humanidade.

Tão ou mais importante que a referência de humanidade é a referência de existência. Se pela referência de humanidade o surdo vai se sentir parte da

sociedade, pela referência de existência ele pode começar a cogitar e buscar respostas para questões existenciais; quem sou eu? O que ou quem eu desejo ser? Será que posso escolher?

A Musicoterapia funciona como uma poderosa alternativa para abrir as portas de um mundo que só o som pode dar ao indivíduo, inclusive levando-o a se interessar pelo som. O fato de o surdo não ter noção de ritmo e intensidade serve para enxergarmos duas das maiores deficiências cognitivas provocadas pela surdez e que a Musicoterapia pode superar.

A Musicoterapia vem a favor e ajuda a dar uma realidade de vida aos surdos, que se vêem perdidos, submissos diante de um mundo regido pelos ouvintes. E o elo de ligação, o começo da integração surdo – ouvinte através de uma linguagem comum.

Nas relações escolares raramente o surdo tem oportunidade de ter estímulos afetivo – emocionais que poderiam facilitar e incrementar o seu aprendizado da forma como a Musicoterapia é encaminhada cria-se essa rara oportunidade. Sendo que a própria música é evocadora de emoções, gera-se um ambiente favorável à troca afetiva, que elimina as barreiras criadas entre ouvinte e surdo na sociedade.

Não se pode pensar em uma educação de surdos de melhor qualidade que não passe pelo aproveitamento de todos os recursos que venham a facilitar esse trabalho tão árduo. A Musicoterapia tem se firmado nos últimos anos como uma das mais sólidas alternativas para um trabalho de reconstrução de vida através de um relacionamento mais estreito entre educadores e surdos.

A música, para qualquer ser humano, surdo ou não, é um caminho para a alma. Não importa que o que o surdo percebe seja apenas nuances de sons que, para os ouvintes são grandiosos e profundos. Mesmo este pouco pode ter um efeito transformador surpreendente. Ninguém é indiferente ao poder da música.

## Definição de Termos

**Cóclea** – estrutura em forma de caracol na qual as vibrações produzidas pelas ondas são convertidas em impulsos nervosos;

**Conduto Auditivo** – pequeno tubo que conduz o som do ouvido externo até o tímpano;

***f*** - forte;

***ff*** – muito forte;

***fff*** – fortíssimo;

**Janela Oval** – “orifício” coberto por uma membrana entre o ouvido médio e o labirinto ósseo do ouvido interno, de encontro ao qual se movimenta o estribo;

**Janela Redonda** – “orifício” coberto por uma membrana entre o ouvido médio e o ouvido interno, que se flexiona para compensar as mudanças de pressão causadas pelos movimentos da janela oval;

**Membrana Basilar** – membrana fina da cóclea, que vibra em resposta aos movimentos do líquido coclear;

**Membrana Tectórica** – longa e fina membrana em contato com os cílios do órgão de Corti. As vibrações sonoras causam movimentos na membrana tectórica e nas células sensoriais, produzindo impulsos nervosos;

**Nervo Coclear** – carrega os impulsos nervosos da cóclea ao cérebro;

**Nervo Vestibular** – nervo que carrega os impulsos vindos dos vários órgãos do equilíbrio no interior do ouvido até o cérebro;

**Órgão de Corti** – faixa de células sensoriais na membrana basilar da cóclea. Recebe vibrações na endolinfa, convertendo-as em impulsos nervosos.

**p** – piano – suave;

**pp** – piano – muito suave;

**ppp** – pianíssimo – suavíssimo;

**Perilíngua** – líquido aquoso que passa pelo exterior de tubos que se estendem através da cóclea;

**Pulso** – andamento da música.

## Referências

**BARCELLOS**, Lia Rejane Mendes – Cadernos de Musicoterapia 3 . Enelivros Editora. Rio de Janeiro. 1994.

**BRUSCIA**, Kenneth, apostila traduzida por Marly Chagas, extraída do livro Cases Studies in Music Therapy. Phoenixville: Barcelona Publishers, 1991.

**FREGTAMAN**, Carlos Daniel. Corpo Música e Terapia. São Paulo: Cultrix, 1989.

**HOWARD**, John. Aprendendo a compor. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1991.

**LECOURT**, Edith. La musicoterapia. Assisi – Itália: Cittadella Editrice, 1992.

**MARANTTO**, Cheryl Dileo. Music Tretrapy : International Pespectives. U.S.A.: 1993.

**MESSAGI**, Jônia Maria Dozza. *A prática pedagógica do Professor Musicoterapeuta: Implantação na Formação Profissional.* Curitiba. PR.PUC. 1997.

**NORTHERN** e **DOWNS**, Jerry L. e Marion P. – *Audição em crianças.* Editora Manole Ltda. São Paulo. 1989.

**PARKER**, Steve - *O ouvido e a audição.* Editora Scipione. São Paulo. 1989.

**RUUD**, Even – *Caminhos da Musicoterapia.* Summus editorial. São Paulo. 1990.