Lusíada
Repositório das Universidades Lusíada

Universidades Lusíada

Camelo, Carlos Filipe Vicente, 1981-

A comunicação e a relação em musicoterapia na deficiência mental

http://hdl.handle.net/11067/1930

Metadados

Data de Publicação 2016-02-19

Resumo Cada vez mais surge a necessidade de respostas efetivas para melhorar a qualidade de vida e potenciar todas as áreas desenvolvimentais da pessoa portadora de deficiência mental ou multideficiência que permitam uma melhor inclusão e diminuam barreiras. Em quadros de deficiência mental profunda ou multideficiência a área da comunicação e relação encontra-se, normalmente, bastante lesada. Este é um dos principais requisitos para o desenvolvimento do ser-humano. É na relação e comunicação que se dá ...

Palavras Chave Doenças mentais - Tratamento, Musicoterapia - Prática profissional, Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental - Ensino e estudo (Estágio)

Tipo masterThesis

Revisão de Pares Não

Coleções [ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-19T18:53:29Z com informação proveniente do Repositório

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

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

A comunicação e a relação em musicoterapia na deficiência mental

Realizado por:
Carlos Vicente Camelo
Supervisionado por:
Prof.ª Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite
Orientado por:
Dr.ª Sara Cravo

Constituição do Júri:

Presidente:	Prof.ª Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Supervisora:	Prof.ª Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer
Arguente:	Prof. Doutor Ricardo Nuno Futre Pinheiro

Relatório aprovado em: 4 de Fevereiro de 2016

Lisboa

2015

UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Mestrado em Musicoterapia

A comunicação e a relação em musicoterapia na deficiência mental

Realizado por:

Carlos Vicente Camelo

Supervisionado por:

Prof.ª Dr.ª Teresa Leite

Orientado por:

Dr.ª Sara Cravo

Lisboa

Julho 2015

Agradecimentos

Agradeço a todos os que me acompanharam ao longo deste trajecto, que me ouviram a partilhar experiências e frustrações, sonhos e objectivos, ideias mirabolantes e outras indistintas.

Um grande agradecimento aos meus pais pelo apoio incondicional, demonstrando a sua confiança nas minhas decisões e orgulho pelas minhas conquistas.

Um especial agradecimento à Prof.ª Dr.ª Teresa Leite pela sua dedicação à musicoterapia e por procurar, cada vez mais, desenvolver a musicoterapia em Portugal através do ensino e da passagem dos seus conhecimentos aos alunos.

Um agradecimento a todos os técnicos da APPACDM de Setúbal que, desde que surgiu a possibilidade de efectuar um estágio na instituição deram-me todo o apoio logístico para que fosse possível, sobretudo à Dr.ª Isabel Almeida e à orientadora de estágio Dr.ª Sara Cravo.

Os maiores agradecimentos vão para todos os utentes com quem privei ao longo deste tempo e com os quais aprendi imenso, sobre mim e sobre eles. Este trabalho também lhes pertence.

"...A música transcende todas as linguagens e barreiras e é a mais bonita forma de comunicação que podemos ter. A música faz-nos experienciar diferentes emoções. Diferentes tipos de música, seja vocal ou instrumental, Oriental ou Ocidental, Clássica, Pop ou Folk, de qualquer parte do mundo, todas podem ser espirituais, têm o poder para tocar a alma da pessoa e fazer transcender o tempo. Faz-nos arrepiar o corpo e a mente e atingir o maior orgasmo mental e soltar lágrimas de gratidão!..."

(Ravi Shankar Quotes. Janeiro, 2009)

Resumo

Cada vez mais surge a necessidade de respostas efetivas para melhorar a qualidade de vida e potenciar todas as áreas desenvolvimentais da pessoa portadora de deficiência mental ou multideficiência que permitam uma melhor inclusão e diminuam barreiras. Em quadros de deficiência mental profunda ou multideficiência a área da comunicação e relação encontra-se, normalmente, bastante lesada. Este é um dos principais requisitos para o desenvolvimento do ser-humano. É na relação e comunicação que se dá a aprendizagem. O presente relatório procura caracterizar e reflectir sobre a intervenção musicoterapêutica criativa na Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental de Setúbal, no Centro Sócio Educativo (CSE) e no Centro de Actividades Ocupacionais (CAO) 2. Ao longo de cerca de oito meses foram efectuadas sessões individuais com dois utentes de 21 e 15 anos respectivamente com quadros de multideficiência e atraso global de desenvolvimento. Para avaliação foi aplicada uma grelha de observação, baseada no *Individualized Music Therapy Assessment Profile,* que se reparte por seis áreas distintas. Os resultados apontam para uma melhoria significativa em todas as dimensões avaliadas podendo concluir-se que a musicoterapia criativa tem uma influência positiva no desenvolvimento da relação e comunicação no cidadão com deficiência mental.

Palavras-chave: Musicoterapia criativa; deficiência mental; Comunicação; Relação.

Abstract

Increasingly there is a need for effective responses to improve the quality of life and enhance all areas of developmental mental disabled person allowing better inclusion and reduce barriers. In profound intellectual disabilities case is quite common for the communication and relationship areas to be disabled. This is a key requirement for the human-being development. It is in the relationship and communication that the learning occurs. This report seeks to characterize and reflect on the creative music therapy intervention in the Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental de Setúbal, in the Centro Sócio Educativo (CSE) and the Centro de Actividades Ocupacionais (CAO) 2. Over the course of about eight months were made individual sessions with two clients with 21 and 15 years respectively with mental handicap and developmental delay. For the evaluation an observation grid was applied, which was based on Individualized Music Therapy Assessment Profile, which is divided by six different areas. The results point to a significant improvement in all aspects evaluated and it can be concluded that creative music therapy has a positive influence in the development of the relationship and communication in the person with developmental disabilities.

Keywords: creative music therapy; mental disability; Communication; Relationship.

Lista de tabelas

Tabela 1 - Casos de intervenção individual 37

Tabela 2 - Elementos grupo 1 38

Tabela 3 - Elementos grupo 2 38

Tabela 4 - Agenda semanal 49

Tabela 5 - Plano terapêutico Maria 52

Tabela 6 - Plano terapêutico Mário 65

Lista de abreviaturas

APPACDM – Associação portuguesa de pais e amigos do cidadão deficiente mental

CAO – Centro de actividades ocupacionais

CSE – Centro sócio educativo

IMTAP - Individualized music therapy assessment profile

IPSS – Instituição particular de solidariedade social

QI – Quociente intelectual

Índice

Introdução **10**

Descrição da instituição **12**
APPACDM de Setúbal 12
Centro sócio-educativo 13
Centro de actividades ocupacionais 15
População - alvo 15

Enquadramento teórico **17**
A deficiência intelectual e quadros de multideficiência 17
A Musicoterapia 20
Musicoterapia na deficiência mental e quadros de multideficiência 25
Musicoterapia, deficiência mental e multideficiência – desafios 33

Objetivos **36**

Metodologia **37**
Amostra 37
Procedimentos 39
Primeira fase – Logística do estágio *39*
Segunda fase – Integração e observação *40*
Terceira fase – A intervenção *41*
Metodologia das sessões 41
Actividades desenvolvidas 44
Descrição das técnicas musicoterapêuticas utilizadas 44
Recursos materiais 47
Instrumentos de avaliação 48
Agenda semanal 49

Estudo de Caso 1 – Intervenção individual **50**
"Onde está o Papá?" – Musicoterapia criativa em multideficiência 50
Descrição do sujeito *50*
Avaliação preliminar *51*
Descrição da intervenção musicoterapêutica *52*
Descrição das sessões *54*
Resultados *58*
Conclusão *59*

Estudo de caso 2 – Intervenção individual **62**
"Entre a comunicação e o isolamento" 62
Descrição do sujeito *62*
Avaliação preliminar *63*
Descrição da intervenção musicoterapêutica *66*
Descrição das sessões *67*
Resultados *70*
Conclusão *70*

Outras intervenções **73**
Intervenções individuais 73
Caso 1 – O rapaz que queria ser tartaruga ninja *73*
Caso 2 – Ao som da Maré *74*
Caso 3 – Comunicar com o olhar *75*
Casos de grupo 76

Grupo 1 – "À procura de um rumo" *76*
Grupo 2 – "Ruído de fundo" *77*

Conclusão **78**

Reflexão final **85**

Referências **87**

Introdução

O presente relatório pretende caracterizar e descrever a intervenção realizada no âmbito do estágio curricular do curso de mestrado em musicoterapia da universidade Lusíada de Lisboa, realizado na associação portuguesa de pais e amigos do cidadão deficiente mental (APPACDM) de Setúbal.

A APPACDM de Setúbal é uma instituição particular de solidariedade social (IPSS), com múltiplas valências, cujo trabalho é direcionado para promover a inclusão e a melhoria da qualidade de vida da população com deficiência intelectual, e/ou multideficiência, desde a intervenção precoce à terceira idade. A intervenção repartiu-se entre utentes do centro sócio-educativo (CSE) e dos centros de actividades ocupacionais (CAO) 2 e 3 desta instituição.

Ao longo desta tese será apresentada a descrição da instituição, da sua história e objetivos, seguindo-se uma descrição das características da população-alvo, das suas necessidades e potencialidades. Seguidamente, será apresentado o enquadramento teórico que serviu de base a toda a intervenção onde é abordada a problemática da deficiência mental, a evolução da musicoterapia, reflectir acerca do papel da musicoterapia na deficiência mental e quadros de multideficiência e delinear um pouco os desafios para a deficiência mental. Desta forma, pretende-se criar uma base teórica sólida que, por um lado, demonstre as necessidades desta população-alvo e, por outro, fundamente o papel da musicoterapia na intervenção no âmbito da deficiência mental. Nesta perspectiva o foco foi sobretudo na relação e comunicação.

Após a reflexão acerca do enquadramento teórico são apresentados os objectivos gerais para o estágio académico e, seguidamente, é descrita, de forma pormenorizada, toda a metodologia seguida ao longo deste processo. Nesta secção estão englobados os dois estudos de caso levados a cabo durante o estágio.

A intervenção musicoterapêutica decorreu em sessões individuais e sessões de grupo. A nível individual foram seguidos cinco casos de utentes com deficiência ou quadros de multideficiência e atraso global do desenvolvimento. A nível de grupo foram seguidos dois grupos com seis e oito utentes cada. As sessões decorreram com uma periodicidade semanal e foram aplicadas as técnicas e metodologias mais adequadas a cada individuo ou grupo tendo em conta os objectivos propostos no respectivo plano terapêutico.

As intervenções privilegiaram a musicoterapia activa sobretudo através de improvisações instrumentais e vocais, jogos por turnos, entre outros. O modelo seguido foi inspirado na musicoterapia criativa de Nordoff & Robbins (1977) partindo das iniciativas musicais dos clientes e do seu potencial. As intervenções com os grupos seguiram uma metodologia mais directiva de forma a promover uma estrutura e aproximação comum a todos os constituintes de cada grupo.

Para avaliação foi criada uma ficha de avaliação musicoterapêutica baseada no *Individualized music therapy assessment profile* (Baxter, et al, 2007) que permitiu fazer uma comparação entre os resultados no inicio da intervenção e no final da mesma.

O relatório termina com uma conclusão acerca dos resultados alcançados no estágio em geral e, nos estudos de caso em particular. Pretende-se no final que o leitor fique bem enquadrado com o trabalho efectuado no âmbito do estágio de musicoterapia e, espera-se que esta tese caracterize a importância desta terapia no trabalho com populações com deficiência intelectual e multideficiência.

Os nomes próprios utilizados neste relatório são fictícios para proteger a identidade dos utentes.

Descrição da instituição

APPACDM de Setúbal

A associação portuguesa de pais e amigos do cidadão deficiente mental de Setúbal, é uma instituição particular de solidariedade social, foi fundada no dia 8 de Novembro de 1962. A delegação de Setúbal foi criada a 9 Novembro de 1970 sendo que, em Maio de 2000, deixou de ser uma delegação da APPACDM Nacional e passou ao estatuto de associação com autonomia jurídica. Atualmente está sediada na rua da Batalha do Viso pertencente à freguesia de São Julião, Nossa Senhora da Anunciada e Santa Maria da Graça no Concelho e Distrito de Setúbal.

A instituição tem como objetivos apoiar pessoas com deficiência e suas famílias para promover uma cidadania de pleno direito, contribuindo, directa ou indirectamente, para a melhoria da sua qualidade de vida intervindo em áreas como a educação, ocupação, trabalho e saúde.

Atualmente, a APPACDM de Setúbal conta com 15 valências para dar resposta a mais de 500 cidadãos de diversas idades e graus de deficiência distintos e suas famílias. Dentro das valências existem serviços de creche, intervenção precoce, centro sócio educativo, centro de actividades ocupacionais, entre outros.

A pessoa com deficiência mental é conceptualizada na sua globalidade, no seu todo, com todo o seu potencial. Todos os agentes interventivos da comunidade institucional contribuem, de todas as formas possíveis, para a aceitação da pessoa portadora de deficiência mental no seu todo. Procura-se quebrar barreiras e minimizar as diferenças, assumindo a luta pela igualdade de oportunidades.

A instituição procura manter relações privilegiadas com a comunidade envolvente assumindo que é um facto-chave para concretizar a missão a que se propõe. A filosofia organizacional baseia-se na conjugação de esforços para manter

uma dinâmica de trabalho de equipa, promovendo o diálogo permanente, flexibilidade e co-responsabilização pelas opções de intervenção a implementar. A qualidade e eficácia da intervenção são a meta da equipa de trabalho.

Além de todo o trabalho de cariz social e educativo, a APPACDM de Setúbal promove, dinamiza e participa em actividades de cariz desportivo, tais como: equitação, natação, atletismo, futebol, ciclismo, contando já com diversas medalhas nestas modalidades. Na área cultural promove e dinamiza grupos de dança, folclore, um encontro de teatro e dança que se realiza em Setúbal, Palmela e Moita no qual participam instituições congéneres, um concurso de poesia que conta com uma adesão exponencial de participantes a nível nacional e um leque diversificado de patrocinadores e parceria com o conservatório regional de Setúbal e TAS – Teatro de animação de Setúbal. No CAO1 funciona um núcleo museológico em parceria com o museu do trabalho Michel Giacometti.

Para manter boas relações institucionais e permitir o bom funcionamento da instituição, a APPACDM conta com várias parcerias em diversas áreas como o instituto de emprego e formação profissional, a câmara municipal de Setúbal, banco alimentar e muitas outras parcerias que ajudam a promover o trabalho da APPACDM de Setúbal.

A APPACDM de Setúbal foi agraciada pela junta de freguesia de S. Sebastião com a atribuição da medalha honorífica da freguesia pelo trabalho desempenhado na área de intervenção da freguesia.

Centro sócio-educativo

O centro sócio-educativo da APPACDM foi a primeira valência criada inicialmente com o nome de Centro de Terapêutica Educacional. Esta valência da

APPACDM está direcionada para crianças e jovens dos 6 aos 18/19 anos, e respectivas famílias, em regime de semi-internato. Integram o CSE crianças e jovens em situação de atraso global do desenvolvimento, associado ou não a deficiência, deficiência mental, multideficiência e dificuldades de aprendizagem.

O CSE corresponde a uma escola de ensino especial com lotação de 70 alunos e alunas, desenvolvendo vários projetos de parceria com escolas de todos os ciclos do ensino básico dos concelhos de Setúbal e Palmela. Desde o ano lectivo de 1996/97 que tem vindo a ser desenvolvida uma aposta firme na integração e inclusão de crianças na comunidade escolar através de vários projetos de cooperação com escolas do ensino regular.

Para dar uma resposta educativa adequada aos alunos e alunas do CSE, a intervenção baseia-se em técnicas multidisciplinares que visam a estimulação das potencialidades individuais nas várias dimensões de desenvolvimento. Este é um processo contínuo e significativo de aprendizagem. O apoio nesta valência segue um modelo transdisciplinar, através da intervenção de técnicos com formações específicas e diversas. O plano de intervenção deste modelo baseia-se num trabalho colaborativo, potenciando o trabalho de equipa, a partilha de informação e conhecimentos para promover respostas cada vez mais adequadas e a elaboração de um projecto educativo de Escola contingente com as necessidades da comunidade escolar.

O CSE tem como principais objetivos a promoção do desenvolvimento global das crianças e jovens com deficiência mental num processo contínuo de aprendizagem. Privilegiam-se os contextos normalizantes para promover a integração dos alunos e alunas na comunidade estimulando-os a colaborar activamente na criação de respostas efectivas. As grandes metas relacionam-se com o aperfeiçoar das

experiências, indagando acerca das necessidades educativas e promovendo a igualdade de oportunidades, bem como, a melhoria da qualidade do serviço prestado.

Centro de actividades ocupacionais

Os centros de actividades ocupacionais são uma resposta de apoio a pessoas com deficiência intelectual e incapacidade tendo em vista o seu desenvolvimento e manutenção das suas autonomias pessoais e sociais proporcionando o seu equilíbrio emocional. Destinam-se a pessoas com deficiência intelectual e incapacidade com idade igual ou superior aos 18 anos. Os centros de actividades ocupacionais da APPACDM de Setúbal, procuram promover o desenvolvimento, a valorização e a dignificação de pessoas com deficiência intelectual assegurando a prestação de cuidados e serviços adequados às necessidades e expectativas dos clientes, através de actividades socialmente úteis, de actividades estritamente ocupacionais e de todo um conjunto de outras actividades adaptadas às suas características, capacidades e potencialidades. Toda a intervenção visa proporcionar bem-estar, lazer e melhor qualidade de vida, procurando desenvolver um projeto de vida adequado e melhorar as dimensões bio-psico-sociais dos clientes e a sua reabilitação funcional.

As intervenções no CAO, de forma sucinta, procuram promover as potencialidades dos seus utentes a nível emocional, cognitivo e comportamental e prestar o apoio necessário ás famílias. O grande objectivo é olhar o utente como um todo e potenciar o seu desenvolvimento para facilitar a sua integração e inclusão.

População - alvo

Atualmente, a instituição intervém directamente com mais de 500 cidadãos, das mais diversas idades, desde bebés na intervenção precoce, a crianças, jovens e

adultos. A maioria dos casos são de deficiência mental, multideficiência, atraso global do desenvolvimento, associado ou não a deficiência e dificuldades de aprendizagem.

Dentro da instituição existem utentes que estão institucionalizados no lar residencial, outros distribuídos pelas residências autónomas que frequentam o CAO e as crianças do CSE estão em regime de escola.

No seu todo, que engloba as várias valências, a APPACDM de Setúbal intervém com cerca de 500 utentes. No CSE são cerca de 44 os alunos e, distribuídos pelos diversos CAOS são cerca de 127 utentes.

Enquadramento teórico

Ao longo deste enquadramento teórico pretende-se elaborar uma reflexão acerca das características, em traços gerais, da deficiência mental e aprofundar o papel da musicoterapia no trabalho com esta população. O enquadramento termina com uma reflexão sobre os desafios e os princípios orientadores que norteiam a intervenção musicoterapêutica.

A deficiência intelectual e quadros de multideficiência

O crescente progresso da medicina permitiu, mesmo em condições adversas e muitos riscos, criar procedimentos para fazer face às necessidades específicas de crianças com múltiplas deficiências e necessidades (Ghetti, 2002). Actualmente, existe uma crescente preocupação em proporcionar a pessoas com deficiência intelectual uma maior qualidade de vida e fomentar a inclusão social, envolvendo, educando e sensibilizando, também, a comunidade envolvente.

A definição da deficiência intelectual tem evoluído ao longo dos anos, bem como os objectivos e as metodologias de intervenção junto de tais casos. Segundo o DSM-IV (2002) a deficiência mental caracteriza-se por um funcionamento intelectual abaixo da média e pela existência simultânea de limitações em duas ou mais das seguintes áreas do comportamento adaptativo: comunicação, cuidados pessoais, vida autónoma, capacidades sociais, uso dos serviços da comunidade, auto-direcção, saúde e segurança, capacidades académicas funcionais, tempos livres e trabalho e que se manifesta até aos 18 anos de idade. A deficiência mental pode ser classificada em quatro níveis: leve ou ligeiro, moderado, grave ou severo e profundo, que estão associados a diferentes níveis de quociente intelectual.

Associada à deficiência mental, sobretudo na severa, é comum existirem outras problemáticas surgindo assim o termo multideficiência para descrever estes casos. O autismo é uma das patologias que, não raras vezes, surge associada a deficiência mental. De forma geral, o autismo é uma patologia que afecta a relação, ou seja, o próprio diagnóstico acarreta um comprometimento ao nível da interacção social, da comunicação, na imaginação e pensamento simbólico, sendo frequentemente acompanhado de estereotipias repetitivas e comportamentos e interesses obsessivos. (Gattino, Riesgo, Longo, Leite & Faccini, 2011; Wigram, 2000).

A epilepsia é outra das problemáticas mais comuns associadas à deficiência mental (Arain et al, 2006). Existem vários tipos de epilepsia, um deles é a epilepsia mioclónica ou síndrome de Dravet e distingue-se das restantes epilepsias pelos tremores e movimentos involuntários na parte superior do corpo e dos membros. Este tipo de epilepsia não tem uma etiologia conhecida, ocorre durante a infância com crises convulsivas e de longa duração afectando predominantemente a linguagem, ataxia e a autonomia (Caraballo et al., 2013; Genton, Velizarova & Dravet, 2011)

Pessoas com multideficiência estão entre os grupos mais vulneráveis na sociedade e são um grupo com necessidades muito heterogéneas no que respeita à integridade do sistema nervoso central, desenvolvimento físico e desenvolvimental e padrões comportamentais. São pessoas que aliadas a uma deficiência mental profunda têm uma motricidade fina e grossa lesada, falta de equilíbrio e dificuldades a nível sensorial (Brunk & Coleman, 2000; Zijlstra & Vlaskamp, 2005).

De forma geral, a deficiência intelectual e quadros de multideficiência são definidos como um conjunto de limitações substanciais caracterizadas por um funcionamento cognitivo abaixo da média, défice na adaptação e plasticidade de

pensamento e dificuldades ao nível da autonomia pessoal (Davis, Gfeller & Thaut, 2000). Paralelamente ao funcionamento intelectual abaixo da média, podem existir, um conjunto de dificuldades ao nível da comunicação, linguagem, autonomia, competências sociais, autocontrolo, exclusão social, entre outras, bem como, outras patologias associadas. É aceite que pessoas com deficiências profundas têm acesso reduzido à estimulação sensorial devido ás problemáticas associadas a nível motor e sensorial (Ghetti, 2002).

Um dos problemas de crianças e adultos com deficiência mental e quadros de multideficiência está relacionado com a dificuldade em manter atenção conjunta ou partilhada que consiste na capacidade de dois sujeitos partilharem a atenção sobre um mesmo objecto ou acontecimento. Esta é uma componente essencial para futuras aquisições como a comunicação, interacção social e linguagem. Sem esta aquisição, o desenvolvimento das referidas funções estará mais lesado (Kim, Wigram & Gold, 2008).

Muitas das pessoas portadoras de deficiência ou com quadros de multideficiência têm uma capacidade reduzida a nível perceptual e sensorial que podem colocar dificuldades ao processo terapêutico. É fundamental proceder-se a uma boa avaliação das capacidades do utente e das suas dificuldades (Wigram, 1988).

Devido à natureza das suas limitações as crianças e adultos com deficiência mental ou múltiplas deficiências têm competências adaptativas, seja de índole física, neurológica, cognitiva, entre outras, bastante limitadas e necessitam de uma rede de suporte e apoio para as atividades diárias. A própria comunicação revela-se problemática. Durante o desenvolvimento infantil podem ocorrer défices nas respostas comunicativas aos cuidadores, durante as interacções comunicativas, o que vai reduzindo ainda mais a comunicação e a estimulação (Ghetti, 2002). Estas limitações

e dificuldades tornam premente a necessidade de intervenções psicossociais que vão ao encontro das necessidades específicas desta população.

Todo o ser-humano difere no seu desenvolvimento e todos, independentemente das suas necessidades, adquirem competências na interação com o ambiente e dão sinais que promovem alterações nesse mesmo ambiente Apesar das necessidades especiais, crianças com deficiência intelectual ou atrasos de desenvolvimento enfrentam os mesmos desafios desenvolvimentais e têm a mesma necessidade de serem amados, estimulados e educados, tal como uma criança sem atraso de desenvolvimento. O desafio terapêutico no trabalho com estas populações é conseguir potenciar as capacidades e maximizar o potencial inato para que as suas limitações sejam minimizadas (Aldridge, Gustroff & Neugebauer, 1995).

As qualidade terapêuticas inerentes à música e a facilidade com que esta população se envolve com a música, tornam a musicoterapia como uma ferramenta terapêutica muito útil para a promoção do desenvolvimento nas várias dimensões, bem como, um momento terapêutico e recreativo com imenso potencial para promover uma melhor qualidade de vida. A música promove ligações que podem extrapolar para outros contextos (Ghetti, 2002; McFerran & Shanahan, 2011).

A Musicoterapia

Desde tempos remotos que a música é perspectivada como uma contribuição para o total desenvolvimento do ser-humano e, quando utilizada em musicoterapia, com objectivos terapêuticos e um plano específico, traz grandes benefícios em termos do desenvolvimento intelectual, emocional, social, físico e estético (Betés de Toro, 2000; Poch, 1999). O ouvir e produzir música envolve praticamente todas as funções cognitivas e produz alterações ao nível da bioquímica do ser-humano. Enquanto arte,

a música tem o poder de sugestão, projecção, catarse, de realização de desejos inconscientes, meio de comunicação e função estruturante do *eu* (Wigram, Pedersen & Bonde, 2002).

Existe uma ligação entre a componente biológica do ser-humano e a música. Segundo Nordoff (1977 cit in Ansdell, 1995) o ser-humano é composto por música. Fazemos e experienciamos música porque a nível biológico os nosso corpos têm tom e pulsação, tensão e resolução, acções, intenções, repetições e desenvolvimentos. A música é experienciada num todo, no corpo, no emocional, no intelectual e no social. A pessoa deve ser compreendida como um todo, como seres musicais com padrões, ritmos e contornos melódicos. É esta relação simbiótica entre música e biologia que permite ao musicoterapeuta compreender a expressão musical do cliente como um espelho da sua identidade (Aigen, 2005a).

A música revela ainda uma grande capacidade evocativa e associativa e um enorme potencial como meio de auto-expressão podendo funcionar como uma ferramenta para desenvolver a identidade e a comunicação com o outro. É comum a música ou sons serem associados a episódios da história pessoal individual, que são categorizados emocionalmente e evocados posteriormente. Reside, na música, este poder de evocar imagens ou sensações associadas a estados psíquicos nos quais a individualidade, o espaço e o tempo tomam outra dimensão. A música funciona, muitas vezes, como uma ponte entre o consciente e o inconsciente (Alvin, 1967; Bruscia, 1997; Davis et al., 2000; Poch, 1999; Wigram, 1988; Wigram et al.,2002).

Não é apenas a nível individual que a música produz efeitos, sendo a mais social das artes é também uma enorme força integradora de ordem, tempo e continuidade. A música afecta o grupo, da mesma forma que afecta o individuo e, em grupo, a música não expressa os sentimentos de um individuo, mas sim da

combinação dos vários indivíduos, transmitindo assim o sentimento do grupo. Permite uma liberdade de expressão individual dentro do grupo, estabelecendo relações pessoais múltiplas entre todos os seus membros, sendo o todo superior à soma das partes (Poch, 1999; Wigram et al., 2002).

Actualmente, existe um progressivo interesse em estudar os efeitos da música no ser-humano e afastar um pouco o ideal místico comum na antiguidade. São as qualidades inerentes da música (estrutura, forma, melodia, harmonia, ritmo, intensidade, timbre, entre outras) e seus efeitos amplamente reconhecidos que contribuem para a especificidade da musicoterapia (Pellitteri, 2000).

A música actua como um meio emocional, relacional e motivacional e, em musicoterapia, a interacção musical funciona como um veículo de comunicação não verbal e revela um enorme potencial em vários níveis, sobretudo no trabalho com pacientes com problemas na comunicação e linguagem verbal (Gold, Voracek & Wigram, 2004; Kim, Wigram & Gold, 2009).

Segundo Bruscia (1997), a musicoterapia é um processo sistemático de intervenção onde o terapeuta auxilia o cliente a chegar a níveis de saúde através das experiências musicais e das relações que se estabelecem por meio delas como forças dinâmicas de transformação. Atualmente, cada vez mais tem vindo a ser utilizada com êxito em várias instituições pelos seus reconhecidos efeitos positivos que promovem o relaxamento ou acção, criando uma atmosfera de alegria, confiança e boa disposição.

Existem vários modelos de musicoterapia que se baseiam em diversificados enquadramentos teóricos incluindo o psicodinâmico, humanista ou comportamental, com técnicas que podem ser classificadas como activas ou receptivas e podem ser mais improvisacionais ou estruturadas (Gold et al., 2004).

Um dos modelos mais utilizados é o denominado musicoterapia criativa concebido por Nordoff & Robbins (Nordoff & Robbins, 1977). Este modelo é denominado como criativo porque implica o terapeuta num trabalho criativo onde em primeiro lugar cria e improvisa a música que será utilizada como terapia espelhando o estado emocional e os impulsos do cliente, promovendo uma estrutura rítmica coerente com continuidade. Em segundo, utiliza a música de improvisação de forma criativa em cada sessão para ir ao encontro do cliente e manter a sua atenção e, em terceiro, o terapeuta concebe um conjunto de experiências terapêuticas que, progressivamente, apoia e enquadra o cliente. Estudos demonstram que a musicoterapia criativa pode auxiliar à regulação emocional e a estados de maior agitação e, ao mesmo tempo, promover a comunicação. (Bruscia, 1999; Nordoff & Robbins, 1977; Trevarthen, 2001).

A base é a relação musical, com um enfoque mais activo, onde a criança é encorajada a tocar vários instrumentos, cantar ou vocalizar, enquanto é acompanhada musicalmente pelo terapeuta. O cliente dá o mote musical, seja através da sua música ou do movimento ou apenas de um padrão de respiração. O terapeuta improvisa com o cliente encorajando-o, cada vez mais, a tomar um papel mais activo. A relação musical poderá ser apenas tocarem de forma sincronizada, no tempo (Aldridge et al., 1995; Nordoff & Robbins, 1977). O processo ocorre sobretudo a nível não-verbal e multimodal envolvendo a voz e a partilha instrumental, contacto visual, expressões faciais, movimento e gestos. Neste contexto, o cliente parece experienciar a música do terapeuta como relacionada com a sua própria expressão o que pode motivá-lo a responder, sincronizar-se com ele e iniciar interacções musicais (Kim et al., 2009).

Inicialmente os musicoterapeutas procuram estabelecer contacto e criar uma relação com o paciente através da música, observando a forma como este utiliza a

música e que problemas ou dificuldades podem surgir que coloquem em causa a comunicação interactiva (Duffy & Fuller, 2000). Tal como em outras terapias a empatia e a relação terapêutica, e futura aliança terapêutica com o cliente, são pontos fundamentais para promover um contexto terapêutico. É nesta relação que o cliente vai expressar a sua vida interior ou *self*. Todo o comportamento exibido pelo cliente é uma manifestação do seu *self* (Pellitteri, 2000; Wigram, 1988). Benenzon (1988) definiu um dos conceitos mais importantes em musicoterapia que procura retratar o *self* musical, que é o ISO ou identidade sonora. Este é um conceito dinâmico, baseado num som ou conjunto de sons, que caracterizam cada ser-humano e que se encontram em movimento perpétuo.

Em musicoterapia a relação terapêutica é essencialmente musical e espelha a relação primária de aprendizagem da comunicação onde o desenvolvimento ocorre. As interações rítmicas e melódicas são importantes para o desenvolvimento da linguagem, socialização e comunicação. Desde o nascimento que a criança está sincronizada fisiologicamente com a mãe, com os seus ritmos internos, e influenciam-se mutuamente para encaixar nessa estrutura. O desenvolvimento individual, afectos e atenção são aprendidos no ritmo da relação. O olhar, escutar e agarrar são alguns dos reflexos no qual o desenvolvimento cognitivo se baseia. É pela escuta da voz humana que as crianças são orientadas para o social, para a comunicação com o outro. Em musicoterapia, a relação terapêutica procura recriar esta estrutura e sincronização. É na relação que a musicoterapia ocorre e a mudança acontece, tendo a música como mediador (Aldridge et al.,1995; Alvin, 1967; Trevarthen, 2001).

O musicoterapeuta procura criar relações significativas com o cliente através da partilha musical. É no processo desta partilha que se identifica o "mundo interior" do cliente expressos através dos elementos musicais (tempo, batimento, padrões

rítmicos, dinâmicas, tom e melodia) e no seu comportamento não-musical. Tendo por base estes elementos a intervenção em musicoterapia oferece uma estrutura musical empática para atrair e envolver o cliente (Aigen, 2005b; Berger, 2002).

A música é mais do que uma forma de arte, é um meio para a comunicação e o veículo para a terapia (Aigen, 2005b). É utilizada como um meio emocional, relacional e motivacional onde se procura criar uma relação interpessoal empática e de aceitação.

Musicoterapia na deficiência mental e quadros de multideficiência

A música e as suas características inerentes promovem a conexão e a adaptabilidade criativa e, para grupos com deficiência mental, torna-se uma poderosa ferramenta para as competências sociais e contacto, estimula a memória, a antecipação e plasticidade de pensamento e tem o potencial de organizar e estruturar a partir do caos (Bétes de Toro, 2000; Ramey, 2011).

São vários os autores que referem que todas as pessoas, independentemente das suas problemáticas, possuem algum tipo de musicalidade. Segundo Nordoff-Robbins todo o ser-humano tem uma capacidade inata para responder à música e que a sua utilização para fins terapêuticos pode estimular e extrapolar para várias dimensões da pessoa (Robbins & Robbins, 1991). Eagle (1996 cit em McFerran & Shanahan, 2011) teorizou que todas as pessoas possuem algum grau de musicalidade independentemente das suas deficiências ou dificuldades.

Actualmente, num contexto de intervenção médica e hospitalar, a musicoterapia é recomendada como um bom complemento aos tratamentos e intervenções na pessoa com deficiência mental ou multideficiência. Os baixos custos, ausência de efeitos secundários nocivos e o elevado grau de satisfação manifestado

pelos pacientes são vantagens que ajudam a cimentar a posição da musicoterapia como uma terapêutica efectiva na intervenção e promoção de qualidade de vida na deficiência mental e quadros de multideficiência (Hatampour, Zadehmohammadi, Masoumizadeh & Sedighi, 2011).

Nesta área, a musicoterapia apresenta bons resultados para restaurar, manter ou potenciar áreas físicas, competências sociais, regulação emocional, fisiológica, melhorar os padrões de comunicação, estimular a linguagem expressiva e a cooperação, a aceitação, identidade e auto-estima (Duffy & Fuller, 2000; Hooper, Wigram, Carson & Lindsay, 2010). É criado um ambiente informal e prazeroso em que aqueles, que muitas vezes apenas experienciam o fracasso e insucesso, têm oportunidade para experienciarem o sucesso e a valorização pessoal. Neste processo, na experiência musical os clientes já estão a melhorar o contacto visual, atenção, concentração, linguagem receptiva e expressiva, imitação verbal, memória, motricidade e discriminação auditiva (Hanser, 1999).

A versatilidade e multidisciplinariedade da musicoterapia, no âmbito da sua aplicação, tornam-na um ótimo complemento a programas de Educação Especial podendo intervir quer a nível individual com clientes com maiores necessidades, quer em grupo. O facto de cruzar com várias disciplinas amplia o raio de ação, podendo ser endereçada a múltiplos objetivos utilizando apenas a actividade musical, nomeadamente, na linguagem e expressão oral, ao nível da motricidade e desenvolvimento motor, competências educacionais, psicológicas e sociais, bem como, a nível estético. Nesta perspectiva a musicoterapia, pode ter uma papel muito positivo na pessoa com deficiência intelectual e tem sido considerada como uma mais valia na educação especial (Ropp, Caldwell, Dixon, Angell & Vogt, 2006).

A utilização da música como mediador cruza múltiplas áreas que ajudam a promover o desenvolvimento na funcionalidade de crianças e adultos com deficiência intelectual (Brunk & Coleman, 2000; Pellitteri, 2000). Nesta perspetiva, o musicoterapeuta que trabalha com crianças ou jovens com deficiência intelectual está consciente das características da música e da forma como ela pode evocar prazer, valorização pessoal, motivação, estimulação e alegria. Utiliza os seus elementos de forma estruturada para potenciar algumas competências psicolinguísticas. Num ambiente musical as crianças e jovens aprendem de forma multissensorial que combina a visão, a escuta, o cantar e tocar.

Existem várias investigações que promovem a intervenção com musicoterapia em populações com deficiência intelectual. Têm sido comprovados efeitos ao nível das competências sociais e regulação emocional, nas competências psicomotoras, na comunicação e linguagem e, nas competências pré-académicas (Colwell & Murlless, 2002; Davis et al., 2000; Hanser, 1999; Schwartzberg & Silverman, 2014; Wigram et al., 2002).

Numa investigação comparativa entre a musicoterapia em educação especial e num hospital com crianças com atrasos desenvolvimentais profundos, os autores concluíram que, apesar de as estratégias musicoterapêuticas serem semelhantes existiram algumas diferenças nas repostas das crianças. Enquanto que, no ambiente impessoal do hospital, as crianças comunicavam sobretudo de uma forma convencional (contacto visual, movimentos corporais) para serem compreendidos, no ambiente familiar da escola de educação especial as crianças tiveram maior iniciativa no contacto musical e expressaram-se de uma forma mais criativa. Apesar destas diferenças as crianças demonstraram uma grande intencionalidade comunicativa em ambos os *settings* (McFerran & Shanahan, 2011).

Os resultados de um estudo piloto realizado por Aldridge e colaboradores (1995), indicam que, a musicoterapia, aparentemente, facilita o desenvolvimento em crianças com deficiência, sobretudo, nas competências comunicacionais, verbais ou não-verbais. Neste estudo, as crianças que receberam musicoterapia criativa alcançaram níveis desenvolvimentais maiores comparado com as crianças que não tiveram acesso a musicoterapia. Os autores referem que este salto no desenvolvimento foi resultado de tocar música improvisada no seio de uma relação terapêutica. A musicoterapia pode despertar um lado criativo e comunicativo na criança que, muitas vezes, não é visível em outros contextos (McFerran & Shanahan, 2011).

As experiências musicais permitem um variado leque de vivências activas e integrativas, na sua forma e estrutura, nas relações com o tempo e ritmo, fundamentais na música, e na organização extramusical para organização da rotina diária. Os elementos melódicos contém tudo o que foi descrito anteriormente com a evolução para o discurso que obtém paralelo nas canções. Estes são os conceitos inerentes e dinâmicos que ocorrem na relação homem – música (Nordoff & Robbins, 1977). Seja o que for que funcione para envolver um cliente específico através da música deve ser explorado daí que, o essencial seja a flexibilidade do musicoterapeuta (Aigen, 2005a). Ao invés de focar a sessão consoante os objectivos previamente estipulados, o importante é ter bem presente uma direcção ou um rumo em que o cliente está a progredir.

O ser-humano é social por natureza e procura a comunicação e contacto. Apesar desta tendência existem algumas patologias que tornam esta capacidade lesada. Para uma comunicação efectiva é necessário existir um código comum que possa ser descodificado e, nesta perspectiva, a comunicação não verbal é revestida de grande importância. Representa os gestos, contacto visual, postura, movimentos,

expressões faciais, entre outros. A música pode funcionar como comunicação em indivíduos com défices comunicacionais (Silverman, 2008).

Dadas as dificuldades ao nível da comunicação exibidas por populações com deficiência intelectual a musicoterapia tem como objetivos promover formas alternativas de comunicação o que satisfaz as necessidades emocionais desta população e ajuda a criar relações e conexões entre pares (Wigram, 1988). Os problemas de comunicação estão, muitas vezes, relacionados pela utilização de palavras, gestos e vocalizações sem contexto ou intencionalidade comunicativa (Gattino et al, 2011).

Segundo Aldridge e colaboradores (1995) a escuta activa num contexto estruturado de música improvisada são uma base para o desenvolvimento da comunicação. A linguagem, o ritmo, sequência, tom, timbre, jogo por turnos, entre outros, são conceitos musicais na sua natureza e, ao focar estes pontos em outra pessoa, cumprem-se os pré-requisitos para uma comunicação mutual efectiva e diálogo. Apesar de a escuta activa ser benéfica quando surge a oportunidade para fazer música, a envolvência e motivação é maior. É neste ponto que residem as várias actividades de musicoterapia, o tocar música em conjunto e interagir com o cliente ou grupo através da música. Investigações recentes têm revelado que a descriminação auditiva de sons, mudanças de tom e altura, estão relacionadas com competências para a leitura. O desenvolvimento de competências musicais pode melhorar a linguagem (Colwell & Murless, 2002).

Para incentivar à comunicação musical, ou seja, à musicalidade comunicativa em musicoterapia são utilizadas algumas técnicas para despertar respostas no cliente para entrar neste "jogo" simbólico. As principais técnicas são: imitação; musicar por turnos; pausa; expectante; variações num tema; drama musical (Wigram et al., 2002).

A musicoterapia tem obtido bons resultados no trabalho com necessidades ao nível da comunicação, não só permite estabelecer uma comunicação verbal ou não-verbal através de experiências musicais, como também, representa uma oportunidade para estabelecer formas alternativas de comunicação que ajudem a criança ou o adulto a interagir e relacionar-se com os pares (Gattino, 2011). A comunicação está dependente também da coordenação motora sendo que, as respostas motoras são indicadores do desenvolvimento da criança. A musicoterapia activa é relevante pois concentra e promove a utilização de movimentos intencionais que ocorrem num tempo e na relação, ou seja, o tocar música (Aldridge et al.,1995).

A música tem sido utilizada para promover comportamentos comunicativos em utentes com deficiência mental e autismo, tal como, o cantar e vocalizar, para aumentar as vocalizações e respostas comunicativas. Vários investigadores aconselham a utilização de música ao vivo para aumentar a atenção e resposta em crianças e adultos com deficiência mental profunda (Ghetti, 2002). A própria utilização de canções de boas-vindas e despedida são benéficas para criar algum conforto e rotina no paciente (Griggs-Drane & Wheeler, 1997).

Num estudo para avaliar o papel da musicoterapia na intervenção com crianças com atrasos de desenvolvimento concluiu-se que a musicoterapia facilitou o processo de desenvolvimento, no que respeita à capacidade de comunicação, seja verbal ou não-verbal, nos participantes. Este estudo concluiu ainda que, a escuta numa improvisação musical estruturada, sem os requisitos léxicos da linguagem, é uma plataforma para a evolução da comunicação. Algumas componentes da linguagem e comunicação como o ritmo, a articulação, sequenciação, altura, timbre, o jogo por turnos são de natureza musical por si só. O escutar o outro é um pré-requisito para

poder evoluir-se para a comunicação e diálogo. A coordenação olho-mão é um componente vital para o desenvolvimento (Aldridge et al., 1995).

Não é possível falar de comunicação sem falar na relação. A relação é imprescindível para podermos falar sobre comunicação. A musicoterapia improvisada criativa com ênfase na dinâmica da relação promove activamente o desenvolvimento um pouco à semelhança desenvolvimento infantil que ocorre na relação e no "jogo". No que a criança faz e não tanto no que diz. É no contacto com o outro, em relação que a aprendizagem ocorre. A relação e o contacto com o outro é uma necessidade básica do ser-humano (Ruud, 2010).

Para existir esta relação é fundamental existir uma atenção partilhada ou conjunta. A capacidade de duas pessoas partilharem a sua atenção numa mesma acção conjunta. A musicoterapia tem demonstrado resultados no que respeita ao desenvolvimento da atenção conjunta ou partilhada. Um estudo para medir os efeitos da musicoterapia improvisada no desenvolvimento da atenção partilhada em jovens autistas concluiu que a musicoterapia, de uma forma geral, obteve melhores resultados comparativamente com a ludoterapia. O contacto visual e os jogos por turnos permitiram um melhor desenvolvimento da atenção partilhada ou conjunta (Kim et al., 2008).

Uma investigação para medir os efeitos da musicoterapia relacional na comunicação em crianças com autismo obteve resultados inconclusivos, apenas numa das premissas a musicoterapia relacional melhorou comportamentos não-verbais comunicativos. Alguns dos aspectos que podem ter influenciados os resultados são o *setting* (ambiente hospitalar) e a falta de instrumentos de avaliação (Gattino et al, 2011).

No trabalho com deficiência mental severa ao nível da comunicação, reacção e iniciativa, a musicoterapeuta Steen-Moller (1996, Wigram et al., 2002) desenvolveu um modelo para permitir avaliar as alterações ao nível do contacto com o utente. Dentro deste modelo foram denominados cinco níveis de contacto. No nível 1, o terapeuta sente o contacto com o cliente. O nível de contacto é bastante fugaz, muito reduzido e quase inaudível. O objectivo neste nível é o terapeuta conseguir comunicar com o cliente e de dar-lhe a oportunidade para querer/tentar dirigir a sua atenção para o terapeuta e o ambiente envolvente. Neste nível o trabalho do terapeuta passa por absorver as características e potencialidades do cliente, os seus sons, movimentos, cadência de respiração, com o objectivo de criar um ambiente securizante e prazeroso ao utente.

No nível 2, o terapeuta ouve e vê o contacto. Neste nível o vislumbre do mundo exterior já está estabelecido através da utilização da música. Existem reacções evidentes por parte do utente, ainda que não sejam momentos de comunicação consciente, existe já uma reacção aos acontecimentos do mundo exterior onde o utente consegue perceber como sendo algo exterior a ele próprio. Não existe ainda uma auto-consciência plenamente desenvolvida. O objectivo neste nível é tornar o utente auto-consciente ao escutar as reacções musicais do terapeuta.

No nível 3 o cliente controla o contacto. O utente, neste nível, tem consciência de si próprio e da sua habilidade para produzir sons para chamar a atenção para o ambiente envolvente. Neste momento a interacção baseia-se na iniciativa do utente. O objectivo é aumentar a consciência da comunicação e motivar o utente a ter o controlo da situação. O papel da música é agora aumentar a reacção do utente e tornar a sua participação mais activa, promovendo diferentes maneiras que tocar instrumentos e novos movimentos.

No nível 4 o contacto toma a forma de diálogo. O utente está consciente da interacção com o terapeuta. É possível tocar por turnos onde o utente dirige a sua atenção à interacção com o terapeuta. A interacção adopta a forma de diálogo. O grande objectivo neste nível é criar uma comunicação dirigida onde o utente consciencializa-se que o seu modo de auto expressão é o ponto de partida para o diálogo. A música é utilizada como uma forma de comunicação recíproca, possibilita ao utente entrar num diálogo e a sua consciência de comunicação materializa-se através da música.

No nível 5 existe o contacto entre cliente e terapeuta através de improvisações musicais. Neste nível o utente já tem uma clara percepção de si próprio na interacção com o ambiente circundante. Há indícios de comunicação verbal muito limitados. O objectivo é suportar e prolongar a componente de o utente ser uma parte activa na comunicação. A música oferece um espaço para o cliente experienciar independência e autonomia. A música é livre e as interacções musicais podem, futuramente, promover competências ao nível da comunicação, sensibilidade, flexibilidade, criatividade, entre outros.

Musicoterapia, deficiência mental e multideficiência – desafios

Crianças e adultos com deficiências profundas e multideficiência têm uma variedade de necessidades tão elevada que os torna dependentes nos mais básicos aspectos da sua rotina diária. Independentemente das necessidades é importante influenciar e promover a sua independência e autonomia ao máximo para potenciar uma melhor qualidade de vida (van der Putten, Vlaskamp, Reynders & Nakken, 2005). Dentro da população de educação especial as maiores dificuldades que

influenciam o progresso educacional são a falta de resposta e adaptação/assimilação ao ambiente circundante (Ghetti, 2002).

Dificuldades na comunicação é uma das áreas mais prevalentes na deficiência mental. Enquanto que algumas pessoas com deficiência mental conseguem ter uma boa compreensão e expressão ao nível da linguagem falada, seja pela componente vocal, expressões faciais ou gestos, uma grande fatia desta população não consegue comunicar. Este é um dos principais obstáculos à integração do cidadão deficiente mental (Graham, 2004). Com a capacidade relacional e comunicativa lesada a integração torna-se muito difícil. Com a dificuldade na comunicação e relação com o outro podem surgir problemáticas como o isolamento e a auto-exclusão. (Oldfield, 1995; Wigram, 2000).

A musicoterapia, pelas suas características, pode ter uma intervenção multimodal que pode ter vários objectivos e facilitar o desenvolvimento em várias áreas (Pellitteri, 2000). O foco principal centra-se no utente e em potenciar a sua personalidade um pouco e cada vez mais. A musicoterapia oferece uma estrutura onde o paciente pode expressar-se de forma livre, sentir experiências positivas e de sucesso e que pode ser visto, escutado e valorizado pelas suas criações (Robbins & Robbins, 1991; Wigram et al., 2002).

No âmbito da educação especial os objectivos descritos por musicoterapeutas procuram desenvolver uma vasta área de competências como a comunicação, competências sociais, físicas ou formação de uma identidade plena. Objectivos de curto prazo são utilizados para registar as evoluções observadas (McFerran & Shanahan, 2011).

De forma sucinta, a musicoterapia pode promover competências sociais através do desenvolvimento da imitação, articulação e competências de linguagem

expressiva e comunicação, ao mesmo tempo que, promove a interacção e contacto entre pares, encorajando a cooperação e aceitação. Pode auxiliar utentes a explorarem e manipularem instrumentos musicais e, com eles, expressarem-se sentimentalmente. Pode melhorar ao nível da construção de uma auto-estima sólida, assente na valorização pessoal e reduzindo a agitação. Em alguns casos a musicoterapia activa pode proporcionar melhorias ao nível de objectivos físicos, promover o corpo, a consciência corporal e espacial, para além da componente cognitiva com melhorias na motivação, concentração, capacidade perceptiva e capacidade de memória e retenção. É uma mais-valia para fomentar a comunicação, o contacto e a relação. As suas características tornam-na um excelente veículo para a partilha e intencionalidade comunicativa (Aldridge et al., 1995; Hooper et al., 2010).

O desafio da musicoterapia na deficiência mental e quadros de multideficiência relaciona-se com a capacidade de encontrar um canal de comunicação com o paciente ou grupo, conseguir despertar o seu potencial e esperar que toda a estimulação musical e criativa influencie outras áreas de desenvolvimento.

Objetivos

Tal como descrito, durante a caracterização da APPACDM de Setúbal, a população intervencionada na instituição é muito heterogénea e, o facto de o estágio decorrer em ambientes distintos como o CSE e o CAO tornam a intervenção muito ampla.

Assim, pretende-se de forma geral que a instituição e os utentes intervencionados beneficiem das qualidades terapêuticas da musicoterapia e que esta se torne uma mais valia para a promoção da inclusão e qualidade de vida. Foram definidos os seguintes objetivos gerais:

- Promover e desenvolver as competências sociais e o contacto interpessoal;
- Estimular as competências cognitivas sobretudo ao nível da atenção e concentração;
- Potenciar as capacidades comunicativas, verbais e não verbais, dos utentes promovendo actividades de sucesso que permitam a valorização pessoal.

Espera-se, no final do estágio, que a musicoterapia tenha um impacto positivo na APPACDM de Setúbal e promova mudanças significativas nos utentes envolvidos e na comunidade escolar.

Metodologia

Neste capítulo são descritas todas as fases e metodologias levadas a cabo durante o estágio académico em musicoterapia que decorreu de Novembro de 2014 a Junho de 2015 na APPACDM de Setúbal. O objectivo deste capítulo é descrever todos os procedimentos até ao momento da intervenção.

Amostra

O musicoterapeuta estagiário interveio directamente com 18 utentes inseridos no CSE, CAO2 e CAO3 e distribuídos em casos individuais e de grupo. Os elementos foram destacados pelas professoras responsáveis em parceria com o musicoterapeuta estagiário. Tendo em conta as necessidades de cada utente foram estipuladas sessões individuais ou de grupo.

Tabela 1

Casos de intervenção individual

Nome	Idade	Data de Nascimento	Patologia	Entrada na Instituição	Regime
José R.	12	20/06/2002	Síndrome de Lesch Nyhan	Outubro 2013	Semi-Internato
Alexandre R.	13	03/05/2001	Paralisia cerebral com epilepsia não controlada e atraso global de desenvolvimento	Setembro 2012	Semi - Internato
Mário P.	15	31/12/1999	Trissomia 21 com quadro de autismo	Setembro 2014	Semi - Internato
Maria L.	22	28/10/1992	Epilepsia mioclónica com atraso global de desenvolvimento	Setembro 2007	Semi - Internato
Joana B.	22	24/12/1992	Microcefalia e atraso global de desenvolvimento		Lar residencial

Tabela 2

Elementos constituintes Grupo 1

Nome	Idade	Data de Nascimento	Patologia	Entrada na Instituição	Regime
Júlio R.	8	27/07/2006	Atraso global de desenvolvimento	Setembro 2013	Semi-Internato
Dinis N.	18	24/01/1997	Microcefalia com quadro clínico de hipotonia muscular. Atraso global de gesenvolvimento	Setembro 2003	Semi - Internato
Márcia P.	13	24/02/2002	Síndrome polimalformativo e défice cognitivo moderado	Setembro 2013	Semi - Internato
Dalila F.	15	04/03/2000	Atraso global de desenvolvimento	Setembro 2007	Semi - Internato
Francisca F.	12	09/04/2003	Trissomia 21	Setembro 2012	Semi - Internato
Sara F.	15	22/10/1999	Trissomia 21	Setembro 2012	Semi - Internato

Tabela 3

Elementos constituintes Grupo 2

Nome	Idade	Data de Nascimento	Patologia	Entrada na Instituição	Regime
Marco P.	19	03/02/1999	Perturbação de espectro do autismo	Setembro 2013	Semi-Internato
Marisa M.	15	07/06/2001	Síndrome de Angelman	Setembro 2014	Semi - Internato
Miriam G.	17	21/05/1999	Perturbação de espectro do autismo	Setembro 2012	Semi - Internato
David F.	16	16/07/1999	Perturbação de espectro do autismo com atraso global de desenvolvimento	Setembro 2014	Semi - Internato
Isabel G.	18	19/02/1998	Síndrome de Rhett	Setembro 2009	Semi - Internato

Bruno C.	14	02/04/2002	Trissomia 21	Outubro 2014	Semi - Internato
Jaime P.	15	31/10/2000	Défice cognitivo moderado	Novembro 2013	Semi - Internato
Mário P.	15	31/12/1999	Trissomia 21 com quadro de autismo	Setembro 2014	Semi - Internato

Procedimentos

Os procedimentos adoptados para a intervenção no estágio académico em musicoterapia foram divididos em três fases distintas onde são explicitados os vários passos seguidos até à intervenção prática.

Primeira fase – Logística do estágio

Inicialmente, o musicoterapeuta estagiário deslocou-se à quinta pedagógica da APPACDM, em Setúbal, onde funciona o centro sócio educativo e o CAO 3 para reunir com as professoras responsáveis e conhecer a instituição e os seus técnicos. Nesta reunião foi explicado de forma sumária o papel da musicoterapia na educação especial e deficiência mental e os objetivos gerais para o estágio. Seguidamente foram, desde logo, destacadas várias crianças e jovens adultos por parte das professoras e técnicos responsáveis.

Os utentes destacados foram sobretudo aqueles para os quais a instituição tem menos respostas e que poderiam ter potencial para beneficiarem das sessões de musicoterapia, seja devido à patologia ou ao interesse revelado pela música. O estágio ficou organizado com três casos individuais e dois grupos no CSE e dois casos individuais com jovens adultos, um no CAO 2 e outro no CAO 3.

Segunda fase – Integração e observação

As primeiras semanas foram destinadas a ultimar pormenores logísticos para passar à intervenção nomeadamente, foi discutido com as professoras e técnicos sobre a sala a trabalhar e o respectivo horário. Não foi necessário elaborar um documento a requerer autorização para filmagens visto que, todos os utentes da instituição, têm um documento assinado pelos pais/encarregados de educação em que permitem registos audiovisuais dos seus educandos.

Paralelamente, o estagiário iniciou a observação nas salas e a consulta de processos das várias crianças e jovens adultos que vão participar nas sessões de musicoterapia. O objetivo inicial foi recolher o máximo de informação possível acerca de cada utente, das suas características e necessidades, do seu comportamento. Durante esta observação foi também recolhida informação acerca dos gostos pessoais musicais de cada utente, junto dos técnicos responsáveis, com o objetivo de adequar o repertório ao individuo ou grupo, ou seja, conhecer o ISO de cada utente.

A integração do estagiário decorreu de forma positiva e bastante natural, mantendo contacto salutar com todos os/as colaboradores/as da instituição. Rapidamente o estagiário foi integrado na estrutura da APPACDM e reconhecido por todos os utentes. Existiu um acolhimento muito positivo à musicoterapia e uma curiosidade por perceber como esta se processava tendo, as professoras responsáveis assistido ás primeiras sessões de grupo.

Durante todo o período de estágio, o musicoterapeuta estagiário manteve-se em contacto permanente com os técnicos da instituição, bem como, com as professoras responsáveis para discutir acerca dos casos, dos progressos ou comportamentos dos utentes.

Terceira fase – A intervenção

Visto que o estágio iniciou-se num período algo tardio, por força de circunstâncias alheias à instituição, a intervenção terapêutica ocorreu durante a segunda semana. Assim, após a recolha da informação foram iniciados os primeiros contactos exploratórios em sessão. As primeiras três sessões destinaram-se a elaborar um diagnóstico acerca de cada utente, dos seus comportamentos em sessão e da sua relação com a música, instrumentos musicais e pares quando em grupo e preencher a uma grelha de avaliação musicoterapêutica (anexo A) com o objetivo de avaliar o progresso dos utentes intervencionados.

As sessões decorreram ao longo de cerca de sete meses, com uma periodicidade semanal, com excepção das interrupções lectivas. Foram projectadas e planificadas semanalmente a partir dos planos terapêuticos e evolução registada. As sessões individuais foram estruturadas para terem uma duração entre os 30 e 45 minutos e, as de sessões grupo foram organizadas entre os 45 e os 60 minutos.

No total foram realizadas cerca de 23 sessões por utente/grupo com algumas excepções por motivos de faltas.

Metodologia das sessões

Durante o período de estágio na instituição, a intervenção musicoterapêutica teve sempre o papel principal dentro da sessão e, após observação cuidada e conhecimento aprofundado acerca das dificuldades e potencialidades de cada utente, foi elaborado um plano terapêutico individual com o objetivo de nortear as sessões e projetar um patamar de evolução.

O modelo de intervenção seguido inspirou-se, sobretudo nas sessões individuais, na musicoterapia criativa de Nordoff & Robbins (1977). Prevaleceu a

dimensão não-verbal na díade utente e terapeuta, recorrendo sobretudo a improvisações musicais que incorporassem as iniciativas musicais dos clientes.

A metodologia de intervenção foi baseada nas quatro experiências musicais descritas por Bruscia (2007). Tendo em conta os objectivos e os utentes/grupos foram utilizadas experiências de *improvisação*, onde se procura um momento de interacção espontânea a nível musical e um meio para a auto-expressão, bem como, o desenvolvimento de competências e habilidades sociais. As experiências *re-criativas* composições e canções existentes e familiares aos utentes. Nestas experiências foram combinadas as variações instrumentais, vocais e jogos musicais. As experiências de *composição* foram vividas no trabalho com um utente. Foram também utilizadas experiências *receptivas* destinadas à audição de músicas.

As sessões individuais basearam-se sobretudo em técnicas de musicoterapia activa assentes em improvisações, rítmicas e melódicas, no cantar canções de repertório conhecido e manipulação instrumental. Foi dado um ênfase muito grande na criação de uma relação empática com os utentes. É ponto assente em qualquer terapia que um clima de aceitação incondicional e um ambiente securizante são um meio indispensável para promover alterações positivas no comportamento e dinâmica dos utentes. Estas sessões decorreram sobretudo num plano sonoro-musical e, apenas num dos casos, foi possível, dadas as características do utente, passar para um plano verbal.

As sessões de grupo tiveram um registo mais directivo de forma a poder organizar o grupo em torno de uma actividade e, de forma geral, tiveram por base três planos distintos que invariavelmente se interligam entre si: plano sonoro, verbal e corporal. No plano sonoro estão inseridas todas as actividades relacionadas com a produção musical activa ou passiva. As improvisações musicais, dinâmicas musicais

por turnos, círculos de percussão, cantar canções, entre outros. Neste plano, o objectivo é que os utentes comuniquem tendo a música como principal recurso, utilizando os instrumentos musicais ou a voz. O plano verbal é composto pelas actividades relacionadas sobretudo com a cognição, nomeadamente na análise cognitiva e simbólica de letras de canções, na expressão de sentimentos e sensações e na criação de uma canção. No plano corporal o trabalho incide sobretudo na expressão corporal e psicomotricidade, na activação de membros, no contacto corporal com o outro, na coordenação espacial e motora.

Enquanto que as sessões individuais tiveram uma estrutura mais livre, procurando o ponto de equilíbrio entre o seguir as iniciativas dos utentes e a proposta de actividades, as sessões de grupo foram estruturados com uma introdução, desenvolvimento e conclusão. Na introdução foi utilizada uma canção de boas-vindas (anexo B) pré-composta para contextualizar e enquadrar o grupo no presente e, ao mesmo tempo, criar uma rotina de antecipação.

O desenvolvimento é o período em que se combinam diferentes técnicas sejam de musicoterapia activa ou receptiva tendo em conta o estado emocional do grupo. A conclusão é o momento em que o musicoterapeuta estagiário prepara os utentes para o final da sessão, promovendo uma dinâmica que dê o sentido de fim, normalmente com a canção de despedida (anexo C).

A maioria das sessões foram gravadas para posterior análise e acompanhamento e avaliação do progresso dos utentes, bem como, para recolher informações extra acerca da dinâmica das sessões e do comportamento dos utentes.

Actividades desenvolvidas

Ao longo do estágio foram realizadas sessões de musicoterapia individuais e sessões de musicoterapia de grupo. Juntamente com estas sessões, o musicoterapeuta estagiário colaborou com o grupo de CAO 3 nas actividades de dança de grupo no ginásio, bem como, durante uma hora tocava e improvisava musicalmente com o grupo alargado do CAO 3, na denominada "Sala de conforto". Estas actividades basearam-se sobretudo em musicoterapia recreativa e em proporcionar alguma estimulação sensorial permitindo aos utentes manipularem instrumentos, bem como, incentivando à comunicação musical entre pares.

À margem destas sessões o musicoterapeuta participou, com os utentes do CAO 2, na festa "Dá e leva" organizada pela APPACDM com o objetivo solidário de angariar alimentos em troca de plantas. Nesta festa o musicoterapeuta foi responsável por dinamizar um círculo de percussão com os utentes do CAO 2 e algumas das pessoas que se voluntariaram a participar. Esta actividade teve como objetivo a integração da pessoa deficiente e a diminuição de barreiras através da música.

No período de férias lectivas de Verão, o musicoterapeuta estagiário foi convidado a participar numa dinamização de um círculo de percussão, com algumas actividades de musicoterapia receativa, com os utentes do CSE da APPACDM.

Descrição das técnicas musicoterapêuticas utilizadas

Dependendo do *setting*, (individual ou grupo), do tipo de intervenção planificada e dos objetivos terapêuticos propostos, foram utilizadas várias técnicas. Estas técnicas visam diferentes objectivos terapêuticos e foram utilizadas em contexto individual e/ou grupal tendo sempre em atenção as necessidades presentes do individuo ou grupo.

Dentro das sessões foram utilizadas técnicas de musicoterapia activa, de musicoterapia receptiva, bem como, técnicas mistas consoante os objetivos a atingir. As técnicas de musicoterapia activa relacionam-se com o "fazer música". Dentro destas técnicas de musicoterapia destaca-se a improvisação musical (livre ou dirigida). É uma técnica activa que promove a liberdade de expressão num clima de segurança, confiança e estrutura. Esta técnica promove a relação, a sincronização entre cliente e terapeuta permitindo ao terapeuta aceder à vida interior do cliente (Alvin, 1967; Wigram et al, 2002). Relacionado com as improvisações destaca-se a técnica de ecos rítmicos que consiste em repetir e sublinhar ritmos e sonoridades propostas pelo/a utente. Pretende-se desta forma estabelecer uma comunicação não-verbal, abrir os canais de comunicação e permitir que o/a utente tome contacto com o *outro*. Esta técnica promove a evolução para os turnos e, posteriormente, poderá ser revestida de uma intencionalidade comunicativa deixando de ser um eco para ser uma forma de comunicação musical intencional.

Dentro das técnicas de musicoterapia activa realça-se ainda utilização da canção de boas-vindas e despedida. Uma canção pré-composta que consiste em enquadrar musicalmente, através de uma canção personalizada, com referências temporais e meteorológicas, o início e final de cada sessão. Pretende-se desta forma antecipar e estruturar a sessão, promovendo um ambiente securizante e promovendo competências sociais. Foram também utilizados os diálogos musicais ou tocar por turnos em que cada participante munido de um instrumento ou utilizando a percussão corporal, contacta visualmente com um colega e estabelece um diálogo musical. É uma actividade para promover a interacção entre pares de uma forma dinâmica, as competências sociais e o contacto visual.

O cantar e/ou vocalizar foi bastante estimulado. São a primeira forma de expressão humana e um meio de comunicação por excelência que promove a percepção do *eu* e do *outro*, bem como, um sentimento de união e pertença. As propriedades terapêuticas do cantar, para além de serem um canal direto de auto-expressão, permitem uma grande liberdade de improvisação ao mesmo tempo que estimula a linguagem e a memória (Davis et al, 2000). Na utilização desta técnica os utentes tomaram sempre o papel activo na escolha do repertório a cantar.

Foram utilizadas canções orientadas que promovem a linguagem receptiva e a organização e estruturação cognitiva. Esta actividade corresponde a algumas músicas que procuram promover a coesão do grupo e algumas competências sociais. São canções com indicações acerca das dinâmicas e características musicais que os utentes têm de seguir. Desta forma trabalha-se a atenção, concentração, turnos, coesão de grupo e linguagem receptiva.

A manipulação instrumental foi outra técnica de musicoterapia activa utilizada. É um meio de comunicação não-verbal, pode ser facilmente adaptado a várias populações ao mesmo tempo que promove a união, a envolvência e a comunicação (Wigram et al, 2002). Dentro da manipulação instrumental destacam-se os círculos de percussão. Uma técnica mais directiva utilizada em grupo para promover a atenção, concentração e, indirectamente promove a estrutura e a organização interna.

Nas técnicas mistas estão um conjunto de actividades que pretendem ser terapêuticas e, ao mesmo tempo, recreativas. Destaca-se o jogo do lençol onde se movimenta um lençol com uma bola consoante o "andamento" da música e o jogo do saco de feijão que consistia em passar um saco aos colegas após dizer o nome com uma música de fundo. Integradas nas técnicas mistas destaca-se a música e o

movimento. A música foi utilizada para promover o movimento, seja como movimento orientado, livre ou danças estruturadas do repertório tradicional infantil. O objetivo é promover uma maior consciência corporal e contacto interpessoal. As técnicas de musicoterapia receptiva basearam-se, sobretudo, no escutar música da escolha dos utentes.

O musicoterapeuta funcionou, sobretudo, como um mediador o que, simbolicamente, pode promover uma autonomia e potenciar a auto-estima e a valorização pessoal nos utentes.

Importante sublinhar que todas estas técnicas foram utilizadas consoante os objetivos delineados no plano terapêutico e o estado emocional do cliente ou grupo.

Recursos materiais

As sessões decorreram entre o centro de recursos educativos e o Snoezlen na quinta da APPACDM, bem como, no gabinete terapêutico do CAO 2 na sede da APPACDM. O centro de recursos educativos é um espaço com luminosidade, no entanto, está muito lotado com materiais originam distrações. Não existe um espaço amplo que possa facultar a liberdade de movimentos ou a exploração livre do espaço. O facto de ser uma sala que é utilizada como biblioteca e jogos, faz com que seja necessário controlar antecipadamente todos os materiais que possam originar distrações. Esta espaço tem duas mesas redondas e cerca de 8 cadeiras, várias estantes, jogos, livros e dvds. A sala Snoezlen é relativamente ampla e está equipada com uma piscina de bolas, um colchão de água aquecido, uma cadeira de baloiço e uma coluna de luz. O gabinete terapêutico do CAO 2 é uma sala pequena com uma mesa redonda e uma secretaria, uma poltrona e 6 cadeiras.

Ao nível de instrumentos a instituição tem um conjunto de pandeiros e pandeiretas, pulseiras de guizos, maracas e claves. Estes instrumentos serão utilizados em conjunto com uma darabuka, concertina, viola e *boomwhackers*. Será utilizada ainda uma máquina de filmar *Sony handycam* DCR-SR37 para gravar as sessões.

Instrumentos de avaliação

Para avaliação foram efectuados registos vídeo das sessões, um diário clínico (anexo D) das sessões preenchido após as sessões e uma grelha de avaliação musicoterapêutica.

Todas as sessões foram registadas em vídeo por uma máquina *Sony handycam* DCR-SR37 e um tripé. A máquina era colocada na sala antes de os utentes se deslocarem para a sessão.

No diário clínico foram apontados os eventos mais importantes ocorridos durante a sessão, nomeadamente, o comportamento do utente, a sua postura e a relação estabelecida com o terapeuta e os pares, no caso de grupo. Os instrumentos utilizados e as actividades desenvolvidas. De uma forma sucinta o diário clínico procura dar uma ideia dos episódios principais da sessão.

A grelha de avaliação musicoterapêutica é baseada no *Individualized music therapy assessment profile* (IMTAP) (Baxter, et al, 2007) e reparte-se por seis áreas distintas: área cognitiva, psicomotora, sócio-emocional, sensório-perceptiva, comunicação/relação e musicalidade. Cada área é subdividida em sub-áreas e tem uma pontuação total prevista que é dividida pela pontuação efectiva o que dará os resultados em termos de percentagens. Procurou-se, com esta grelha, ter um instrumento de avaliação que permita fazer o ponto de situação da evolução de cada utente ao longo do processo de terapêutico.

Agenda semanal

Tendo em conta a disponibilidade do musicoterapeuta estagiário e a disponibilidade dos utentes foi definido um horário de trabalho. As sessões individuais tiveram uma duração média de 30 minutos enquanto que, as sessões de grupo, tiveram em média entre 45 a 60 minutos.

Tabela 4

Agenda Semanal

Dias da Semana/Horas	Quinta-Feira	Sexta-Feira
09:00 – 09:30	Consulta de processos	Consulta de processos
09:30 – 10:00	Preparação da Sala	Preparação da Sala
10:00 – 10:30	Caso Individual – José	Caso Individual - Maria
11:00 – 11:30	Caso Individual – Mário	Musicoterapia recreativa na sala de conforto (CAO 3)
11:30 – 12:00	Caso Individual - Alexandre	
12:00 – 12:30	Avaliação	Avaliação
12:30 – 13:30	Almoço	Almoço
13:30 – 14:00	Grupo 1	
14:00 – 14:30		Caso individual Joana
14:30 – 15:00	Grupo 2	Avaliação
15:00 – 15:30		
15:30 – 16:00	Avaliação	

Estudo de Caso 1 – Intervenção individual

"Onde está o Papá?" – Musicoterapia criativa em multideficiência

Descrição do sujeito

A Maria L. é uma jovem de 22 anos diagnosticada com uma epilepsia mioclónica grave com atraso global de desenvolvimento. A Maria integrou o agrupamento de escolas de Azeitão e, com 15 anos, integrou o centro sócio educativo da APPACDM integrando, aos 18 anos, o centro de actividades ocupacionais 3 em regime de semi-internato.

No seu historial clínico, de acordo com as informações recolhidas na APPACDM, as avaliações psicológicas apresentam a Maria como tendo dificuldades graves em todas as áreas de desenvolvimento e uma eficiência intelectual bastante inferior. Ao nível da linguagem e comunicação existem dificuldades graves ao nível da recepção, expressão e manutenção da comunicação com os outros. Tem um discurso verborreico, difuso e estereotipado, com muitas ecolálias. Utiliza, ainda que de forma limitada, algumas palavras chave para comunicar e alguns gestos e expressões faciais.

Ao nível motor apresenta uma marcha autónoma, no entanto, tem algumas dificuldades no equilíbrio, coordenação visuo-motora e na motricidade fina. Apresenta um funcionamento cognitivo muito abaixo da média, com dificuldades acentuadas na atenção, concentração e memória, bem como, ao nível da orientação espacial e temporal.

Na análise do comportamento social a avaliação apresenta a Maria como tendo dificuldades na interação com os outros, muito centrada em si e na satisfação das suas necessidades. Interage pouco com os pares, preferindo o contacto com os adultos.

Revela interesses restritos, repetitivos e obsessivos, bem como, estereotipias comportamentais.

Avaliação preliminar

Do que foi observado no decorrer das primeiras sessões, a Maria é uma jovem simpática, com uma grande falha ao nível da atenção e concentração, sempre com uma excessiva actividade e interesses obsessivos que lhe ocupam grande parte do tempo. Recorrentemente colhe objectos e mantém-se com eles num registo obsessivo e, quando contrariada, pode entrar num registo de histeria. Inicialmente, é resistente ao contacto físico e o seu foco de atenção é muito difuso, tal como, o seu discurso, com vocalizações sem significado aparente e exploração de múltiplos objectos e cabelos, que apanha e guarda para si.

No domínio do comportamento musical, a Maria, é muito musical, gosta de dançar ao som da música, apresentando movimento contingentes e uma expressão de contentamento com o estímulo musical, bem como, algumas risadas sonoras. Por vezes, aproxima-se da fonte sonora e interage musicalmente através de vocalizações. Não explora nem produz som com os instrumentos por sua iniciativa. Quando incentivada, a Maria, pode então manter a sua atenção focada no instrumento, seja quando o musicoterapeuta toca ou quando lhe é facultado um instrumento, durante períodos muito breves.

Tendo por base este perfil foi elaborado um plano terapêutico onde se definiram alguns objectivos orientadores do processo de intervenção em musicoterapia.

Tabela 5

Plano Terapêutico Maria

Problema Nº1:		
Dificuldades interacção e relacionamento social.		
Objetivo:		
- Promover a interacção relacional com o musicoterapeuta.		
Sub-objetivos:		
- Promover a interacção e comunicação musical através de dinâmicas de pergunta-resposta.	- Estimular improvisações musicais interactivas.	- Promover a tomada de consciência do Outro.
Problema Nº2:		
- Regulação emocional		
Objetivo:		
- Promover a regulação emocional.		
Sub-objetivos:		
- Promover a atenção partilhada num enquadramento musical	- Manter o envolvimento numa sonoridade estruturada.	- Imprimir a expressão de um afecto numa produção musical improvisada.
Problema Nº3:		
- Produção sonora e verbal estereotipada e não comunicativa.		
Objetivo:		
- Aumentar a produção sonora/verbal comunicativa.		
Sub-objetivos:		
- Aumentar a produção de frases musicais completas.	- Aumentar as vocalizações interactivas	- Diminuir o discurso verborreico

Descrição da intervenção musicoterapêutica

A intervenção com a Maria desenvolveu-se ao longo de 21 sessões, com periodicidade semanal, desde finais de Novembro de 2014 a meados de Junho de 2015. Todas as sessões tiveram a duração aproximada de trinta minutos.

Inicialmente, as sessões eram realizadas num espaço comum, demasiado amplo, com muito material e várias portas e janelas, o que impossibilitava a focagem nas actividades da sessão ou na interacção com o terapeuta. Posteriormente, as sessões passaram a decorrer na sala de Snoezlen, uma sala claramente isolada e com materiais de relaxamento. Esta sala proporcionava um ambiente mais controlado e com menos factores de distracção. Para as sessões foram utilizados vários instrumentos de percussão, tamborins, *boomwhackers*, pandeiretas e maracas, juntamente com instrumentos melódicos como a guitarra ou a concertina.

A abordagem de intervenção musicoterapêutica baseou-se no modelo Nordoff-Robbins (1977; Robbins & Robbins, 1991), onde prevalece a dimensão não-verbal e a interacção sonoro-musical entre utente e terapeuta. Procurou-se, através da improvisação musical, ir ao encontro do estado emocional da Maria, bem como, reflectir e acompanhar a sua expressão individual e assim, construindo assim um repertório individual que potencie e capitalize a sua musicalidade e que reflita a sua individualidade. A música era produzida de forma espontânea e criativa, no sentido em que todas as produções da Maria - sejam instrumentais, vocais ou mesmo movimento corporal - foram percebidas e incorporadas na produção musical do musicoterapeuta.

Segundo Kim, Wigram e Gold (2009) é pela partilha musical e pela criação de uma estrutura musical empática que se envolve o cliente no processo terapêutico. Deste modo, as sessões eram conduzidas a partir das iniciativas da utente, nas suas vocalizações e no enquadramento musical do seu discurso difuso. Era tido em atenção o seu ritmo, a forma como se movimentava ou dançava, bem como, os batimentos que poderiam ocorrer nos objectos que obstinadamente transportava consigo.

As músicas de referência da Maria estavam sobretudo ligadas ao repertório infantil e à "Balada do desajeitado" do grupo D.A.M.A. que se revelou uma música muito apaziguadora e um elo de ligação para contactar com a utente, promover o seu foco de atenção no terapeuta e na relação. Robbins e Robbins (1991) referem que é importante que o musicoterapeuta responda contingentemente e suporte musicalmente as respostas musicais do cliente, independentemente da sua natureza, promovendo oportunidades de exploração. O objectivo é proporcionar respostas vocais ou instrumentais no cliente que o encorajem a desenvolver a sua produção musical, criando progressivamente uma estrutura que, em si, irá reflectir um processo de estruturação dos processos cognitivos. Dado que no seu perfil psicológico a Maria apresenta um discurso difuso e verborreia, alguns componentes do discurso foram integrados e musicados de forma criativa numa estrutura musical que se tornou uma canção de referência.

Tendo por base o modelo de Steen-Moller (Wigram et al., 2002) sobre os níveis de comunicação, reacção e iniciativa, a avaliação preliminar colocou a Maria no nível 2, ainda que, com alguns momentos de contacto fugaz e reduzido, característicos do nível 1. Inicialmente o musicoterapeuta estagiário captou ocorrências de contacto e interacções mas que pareciam não ser plenamente conscientes nem intencionais mas antes uma reacção ao estímulo musical.

Descrição das sessões

Ao longo do processo de intervenção musicoterapêutica individual registaram-se boas evoluções e alguns períodos de estagnação. Neste processo é possível enquadrar as sessões em duas fases distintas as quais se diferenciam pela evolução realizada pela utente nível do estabelecimento de uma relação síncrona genuína.

1ª Fase – Foco na relação

Numa primeira fase o musicoterapeuta estagiário procurou observar o comportamento da utente no contacto individual com sessões pouco dirigidas com o objectivo de observar o comportamento e expressividade da utente. Durante as primeiras três sessões foi preenchida a grelha de avaliação musicoterapêutica.

A primeira sessão, que decorreu num espaço pouco aconselhável, ficou marcada por um grande descontrolo emocional da utente, com tentativas de fuga e exploração do espaço em busca de objectos. As sessões seguintes decorreram na sala Snoezlen e o comportamento da Maria alterou-se e melhorou progressivamente.

Dado o comportamento exibido pela utente na primeira sessão, o musicoterapeuta estagiário optou por fechar trancar a porta em resposta à insistência da utente em tentar sair. Era comum, durante esta fase, vocalizar palavras básicas relacionadas com a higiene para procurar sair. Por vezes entrou num registo de maior histeria que, no entanto, era acalmado e contido pelo musicoterapeuta estagiário. Procurou-se sempre regular emocionalmente a utente antes de dar a sessão por terminada.

Durante esta fase pretendeu-se encontrar um canal de comunicação facilitador da relação que promovesse o contacto e a atenção partilhada. O musicoterapeuta estagiário procurou enquadrar as vocalizações da utente reflectindo o seu ritmo e prosódia do discurso, funcionando como um eco das suas estereotipias verbais. Nesta perspectiva, a sonoridade da guitarra foi bem aceite pela Maria e tornou-se o instrumento preferencial durante a intervenção..

Um dos pontos-chave nesta fase e que contribuiu para a construção da relação foi a canção "A balada do desajeitado" dos D.A.M.A. Com o musicoterapeuta a cantar e tocar esta canção foi perceptível a focagem da utente no terapeuta e, a partir

deste momento o envolvimento da utente aumentou progressivamente. Existiu uma aproximação, uma resposta e uma atenção partilhada sobre a mesma acção.

Esta fase foi caracterizada como o estabelecer do contacto e da relação e, ao mesmo tempo, observar a forma como a Maria reage com a música e os instrumentos. Foi possível notar que a Maria é bastante musical, gosta de vocalizar canções e movimentar-se ao som das mesmas. Demonstra satisfação quando cantamos para ela, com risos, aproximações físicas e muito contacto visual.

2ª Fase – Conter, organizar e estruturar

Após a fase inicial de constante agitação e tentativas de fuga da sessão, o processo terapêutico entrou numa fase distinta caracterizada por uma maior proximidade relacional, uma maior intencionalidade comunicativa e iniciativas da utente. A Maria deixou de ter iniciativas para sair da sala e, em contrapartida, aumentou as iniciativas musicais com vocalizações, gestos para o musicoterapeuta estagiário tocar e pequenas explorações na guitarra. Existiu uma maior proximidade e contacto físico com o terapeuta durante as sessões.

A sua presença nas sessões tornou-se bastante tranquila, com a utente a manifestar-se confortável no *setting* e familiarizada com o musicoterapeuta estagiário. Nesta fase foi possível procurou-se promover, gradualmente, uma estrutura e enquadramento musicais promotores de estruturação.

Progressivamente, a utente foi reduzindo o discurso difuso e verborreico. A partir de algumas das suas vocalizações recorrentes surgiu a necessidade de construir uma canção que integrasse e estruturasse estas frases repetidas recorrentemente. Assim, a partir da frase vocalizada pela Maria "Onde está o papá?" (anexo F) foi criada uma canção que foi evoluindo na sua lírica e integrada nas sessões. A Maria já

se mostrava bastante organizada estruturalmente, antecipando cada trecho da canção e terminando as frases quando incompletas.

Paralelamente a esta canção, a Maria aumentou as suas vocalizações e a sua intencionalidade comunicativa e, em alguns momentos de silêncio a utente "desafiava" o musicoterapeuta estagiário através de vocalizações ritmadas e dinâmicas de pergunta-resposta por turnos que se iam repetindo. As suas iniciativas musicais e de contacto aumentaram bastante, bem como, o envolvimento no enquadramento e suporte musical promovido pelo musicoterapeuta.

Esta segunda fase incidiu sobre a canção "Onde está o papá", procurando integrar mais elementos líricos iniciados pela Maria, e nas interacções vocais assentes num jogo por turnos espontâneo. O grande objectivo sempre presente nas sessões foi a estrutura e organização. Balizar o movimento perpétuo exibido pela Maria de forma a criar uma concepção interna de estrutura, de princípio, meio e fim.

3ª Fase – A criação

A partir de meados de Março de 2015 a Maria não mais tentou sair da sala deixando de ser necessário ao musicoterapeuta estagiário trancar a porta. Este facto revela uma evolução existente ao nível da construção da relação, manifestando confiança e aceitação. A própria entrada na sala tornou-se mais fluída com a utente a acompanhar o musicoterapeuta estagiário sem resistências e de forma organizada.

Nesta fase, as sessões decorreram à volta das iniciativas da Maria, sobretudo com a estruturação da canção "Onde está o papá?". Depois de interiorizada a canção, a Maria acrescentou mais um trecho "Está a fazer ó-ó". Este último trecho foi imediatamente incorporado na estrutura da canção. Esta dinâmica criativa revela, por parte da Maria, uma capacidade de conceptualizar a questão "Onde está o papá?" e

dar-lhe um conteúdo, uma lógica "Está a fazer ó-ó". O seu envolvimento nas sessões e no enquadramento musical tornou-se evidente, com um aumento do contacto visual e da intencionalidade comunicativa, bem como, no aumento dos tempos de atenção partilhada numa mesma acção.

No final do processo de intervenção foi possível perceber evoluções significativas ao nível do comportamento, na redução do discurso verborreico e difuso e, sobretudo, um maior envolvimento e comunicação com o terapeuta.

Resultados

Na análise comparativa entre as grelhas de avaliação musicoterapêutica inicial e final (anexo F) os resultados demonstram que existiram progressos em todas as áreas, comparativamente com a avaliação inicial.

Na área cognitiva destaca-se a evolução da atenção e concentração, fundamentais para o desenvolvimento de funções superiores. A área da comunicação também evoluiu, sobretudo ao nível da vocalização e verbalização. O perfil de improvisação evoluiu ao nível da liberdade rítmica. A área psicomotora manteve-se praticamente inalterada, bem como, a área sensório perceptiva.

Na área sócio-emocional estão conceitos como a expressão emocional, a regulação emocional, o contacto social, a participação e interacção os turnos. Todos estes conceitos obtiveram uma grande evolução comparativamente com os resultados da avaliação inicial. Na área da musicalidade, outra das áreas que se destacou na evolução comparativamente com a avaliação inicial, a musicalidade vocal aumentou exponencialmente. Estas áreas foram as que mais se destacaram e, para questões de plano terapêutico, são as que os resultados mais contribuem, bem como, a área

cognitiva sobretudo devido à melhoria da atenção e concentração. Todas as restantes áreas obtiveram melhores resultados, comparativamente com a avaliação inicial..

Apesar destes resultados a manipulação instrumental manteve-se praticamente ausente. A utente não demonstrou interesse em manipular instrumentos, apesar de, permanecer interessada na viola e, por vezes, tomar a iniciativa para a tocar, de forma ritmada e a acompanhar a improvisação vocal do momento ou pequenos trechos de canções.

Com a aproximação do final do estágio e, consequentemente final da intervenção individual com a Maria, as últimas sessões foram destinadas por um lado a continuar o trabalho musical à volta da canção criada "Onde está o papá?" e por outro, a preencher uma avaliação final acerca da intervenção. Manteve-se o objectivo de integrar novas líricas e continuar a contenção do discurso difuso e verborreico e promover a regulação emocional.

Conclusão

A Maria necessita de uma forte estimulação, organizada e contida, de ser como que encaminhada nos seus ímpetos e no seu discurso difuso dentro de um enquadramento relacional de aceitação. Necessita de contenção que a balize e estruture, que conceba uma organização de princípio, meio e fim para contrastar com o seu continuum interminável, quer de vocalizações, quer de gestos e movimentos. O seu perfil é como um movimento constante, caótico e desorganizado e, apesar de procurar a relação com musicoterapeuta estagiário, algumas vezes, isolava-se.

A intervenção musicoterapêutica com a Maria, à semelhança do trabalho de Wigram (1991), procurou equilibrar a liberdade com a estrutura, ou seja, partir de

dinâmicas livres, improvisacionais e ecos da cliente para afunilar numa estrutura e num enquadramento observável, vivenciado pela Maria.

Tendo em conta os resultados obtidos através da grelha de observação musicoterapêutica é possível afirmar que foram atingidos os objectivos propostos no plano terapêutico. Ao longo do processo de intervenção a Maria evoluiu de forma contínua, sobretudo na área sócio emocional onde se encontrava mais lesada. Os resultados apontam para um comportamento mais constante, mais estruturado, revelando uma melhor regulação e expressão emocional, seja a expressar-se com sorrisos, afectos e contacto visual, ou a controlar a sua impulsividade e auto-regular-se na interacção musical. Evoluiu bastante nos turnos, com capacidade de antecipação e de estrutura, bem como, ao nível da musicalidade vocal.

A participação da Maria tornou-se mais activa e dinâmica, com momentos vocais de diálogo, com uma percepção da antecipação e aumento das iniciativas para o contacto. A utente aumentou as suas iniciativas musicais, maioritariamente vocais, na relação com o musicoterapeuta, comunicando a sua vontade para o musicoterapeuta continuar a tocar a guitarra ou a procurar a sua atenção para uma dinâmica vocal por turnos. Existiu uma crescente intencionalidade comunicativa e uma musicalidade interactiva. Esta estratégia utilizada em musicoterapia encontra um paralelo nos jogos e diálogos entre pais e filhos que promovem o desenvolvimento da comunicação verbal. Em ambos os casos é proporcionado um enquadramento que promove a mutualidade, a maturação e o desenvolvimento (Aldridge et al, 1995; Trevarthen, 2001).

Foi possível observar a construção de uma relação empática forte, com comunicação intencional, com aproximações e iniciativas. As vocalizações comunicativas intencionais aumentaram progressivamente. Segundo Graham (2004),

estas podem desempenhar um papel muito importante para desenvolver a relação terapêutica proporcionando um meio para as competências comunicacionais dos clientes. Paralelamente, foi notória a regulação emocional exibida pela paciente com o decorrer das sessões, mostrando-se mais concentrada, comunicativa, com menor agitação, com uma redução significativa do discurso verborreico e redução significativa, nula no final, de tentativas para sair da sala.

Ao enquadrar a Maria num ambiente de mutualidade e comunicação musical partilhada foi possível observar uma melhoria nas funções de atenção conjunta ou partilhada, bem como, no envolvimento musical. A Maria e o musicoterapeuta estagiário partilharam e vivenciaram momentos musicais comuns, de sincronização e de diálogo. Esta é uma evolução muito importante, tal como referido no enquadramento teórico, para o desenvolvimento.

Poderá afirmar-se que a utente evoluiu para o nível 4 do modelo elaborado por Steen-Moller (Wigram et al., 2002). A interacção cliente-terapeuta tomou a forma de um diálogo, com a Maria a ter iniciativas num jogo vocal por turnos. Existiu uma clara percepção que as iniciativas da Maria e a sua expressão eram o ponto de partida para a comunicação e diálogo.

De forma geral, conclui-se que os objectivos delineados no planto terapêutico foram atingidos. A Maria melhorou significativamente ao nível da regulação emocional e, ao mesmo tempo, demonstrou uma evolução ao nível do envolvimento numa sonoridade comum partilhada com o musicoterapeuta. As produções sonoras comunicativas e interactivas aumentaram, paralelamente, o discurso difuso ficou reduzido. Foi evidente a evolução da qualidade da relação com o musicoterapeuta, assente numa relação empática promotora do desenvolvimento.

Estudo de caso 2 – Intervenção individual

"Entre a comunicação e o isolamento"

Descrição do sujeito

O Mário é um rapaz de 15 anos diagnosticado com trissomia 21 e uma perturbação do espectro do autismo. Nasceu em parto prematuro onde sofreu anóxia, necessitou ser reanimado tendo permanecido em incubadora durante duas semanas.

Com quatro anos de idade frequentou o jardim de infância até aos seis anos, altura em que entrou no 1ºciclo. Foi acompanhado pelos serviços de intervenção precoce da APPACDM de Setúbal e, em Outubro de 2014 entrou no CSE da mesma instituição em regime de semi-internato.

Segundo os relatórios de avaliação psicológica da APPACDM de Setúbal, o Mário é um rapaz meigo e disponível que, apesar de não comunicar verbalmente, é bastante comunicativo, utilizando gestos e sinais. Ao nível do comportamento apresenta vários tiques e estereotipias, sobretudo com as mãos e a tendência para levar as mãos e outros objectos à boca. Quando contrariado fica bastante irritado e demonstra-o através de vocalizações ou a bater os pés no chão. Segundo os relatórios de avaliação psicológica o Mário apresenta uma área psicomotora e locomotora autónoma. Apesar das graves dificuldades ao nível da linguagem é comunicativo e consegue obedecer a ordens simples. Tem um bom comportamento alimentar. Precisa de apoio para algumas tarefas mais complexas na área autónoma, sobretudo ao nível da alimentação e higiene.

Na sala de aula o Mário executa tarefas simples e tem alguma interacção com os colegas, no entanto, procura muitas vezes virar-se para o lado e assim permanece até ser chamado à atenção.

O Mário foi destacado pelas professoras responsáveis para a musicoterapia porque as suas características da perturbação do espectro do autismo estavam a acentuar-se. A mãe queixava-se de um maior isolamento e, dadas as características da musicoterapia, o Mário poderia beneficiar de uma intervenção deste género para promover uma maior interacção e contacto interpessoal.

Ficou decidido que o Mário frequentaria sessões de musicoterapia individuais, com a duração 30 minutos e uma periodicidade semanal. Paralelamente, integrou as sessões do Grupo 2 com os seus colegas de sala.

Avaliação preliminar

As primeiras três sessões foram destinadas sobretudo a preencher o registo de avaliação musicoterapêutica e observar o comportamento do Mário. Assim, as primeiras sessões foram pouco directivas para permitir recolher dados sobre a expressividade e o comportamento do Mário e perceber quais as necessidades prementes para poder estipular um plano terapêutico e os respectivos objectivos.

O processo de avaliação inicial desenvolvido pelo musicoterapeuta estagiário não tem uma sequência formal ou rígida, mas antes, um conjunto de conceitos norteadores que favoreçam a observação do comportamento desejado. O estilo é sobretudo livre, assente na improvisação e diálogos musicais. Procura-se, dentro de um enquadramento terapêutico e de aceitação incondicional, proporcionar ao Mário um leque alargado de oportunidades para expressar-se.

Do comportamento observado o Mário demonstrou ser uma criança acessível e disponível, tendo manifestado, desde o inicio, uma grande vontade em deslocar-se ás sessões e uma disponibilidade para a relação e contacto. Demonstrou iniciativa e familiaridade com o tambor e as baquetas, iniciando, sem nenhuma indicação por

parte do musicoterapeuta estagiário, a manipulação instrumental convidando, posteriormente, o musicoterapeuta estagiário a participar entregando-lhe um tambor e umas baquetas.

Manifesta contentamento durante algumas dinâmicas, no entanto, demonstra pouca flexibilidade e criatividade, focando-se sobretudo em actividades rotineiras e que são habituais. Pouca disponibilidade para explorar novas alternativas e experiências ou movimento. Fugindo da rotina a tendência foi para o isolamento.

Ao nível corporal tem uma postura algo fechada, debruçado sobre o instrumento e com a cabeça baixa. Exibe algum contacto visual mas fugaz. Tem uma boa coordenação dos membros superiores e é capaz de tocar com as duas mãos e utilizar as baquetas.

No comportamento musical revelou uma boa pulsação, por alguns períodos de tempo, e ainda que de forma inconstante, conseguiu adaptar-se à pulsação do musicoterapeuta estagiário e acompanhar as dinâmicas, mostrando sincronização. Procurava sobretudo manipular os instrumentos de percussão utilizando as baquetas entre o polegar e o indicador. Manifestou reconhecimento da música "O balão do João", reagindo positivamente quando era cantada e tocada, balançando-se e envolvendo-se na actividade, ainda que, nem sempre de forma constante.

Invariavelmente, manifestou a tendência para, no final da sessão, focar-se em algumas rotinas de auto-estimulação como "bater com o *boomwhacker* na boca de forma contínua" ou "virar a darabuka e colocar objectos dentro". Este comportamento poderá ser entendido como uma evitamento ao contacto, uma não relação. Com um comportamento mais intrusivo por parte do musicoterapeuta, a reacção do Mário mantinha-se no evitamento do contacto e com maior pressão, tendencialmente, virava costas.

Tendo em conta este comportamento observado e o registo da grelha de avaliação musicoterapêutica foi desenvolvido um planto terapêutico a seguir durante o processo de intervenção.

No que respeita aos níveis de contacto preconizados por Steen-Moller (Wigram, 2002) o Mário, tendo em consideração a avaliação preliminar, encontra-se no nível 3, ou seja, existe um contacto em que o Mário procura a reacção do musicoterapeuta estagiário. Tem consciência desta relação sonora que se move entre o diálogo e a chamada de atenção para a reacção.

Tabela 6

Plano terapêutico Mário

Problema Nº1:		
- Dificuldades relacionais.		
Objetivo:		
- Promover a interacção relacional com o musicoterapeuta.		
Sub-objetivos:		
- Promover a interacção/comunicação musical através de dinâmicas por turnos.	- Promover improvisações musicais interactivas.	- Estimular a atenção partilhada.
Problema Nº2:		
- Comunicação com dificuldades acentuadas.		
Objetivo:		
- Estimular a comunicação não-verbal expressiva.		
Sub-objetivos:		
- Promover a intencionalidade comunicativa através de improvisações e diálogos musicais.	- Estimular jogos de turnos.	- Promover a sincronização musical.

Problema Nº3:

- Períodos de isolamento e fuga ao contacto

Objetivo:

- Contrariar os períodos de isolamento e de fuga à relação

Sub-objetivos:

- Reforçar a iniciativa e intencionalidade comunicativa.	- Espelhar e propor pontos de contacto musicais para fomentar a relação.	- Conceber um ambiente musical estimulante.

Descrição da intervenção musicoterapêutica

O processo de intervenção musicoterapêutica com o Mário decorreu ao longo de 23 sessões de finais de Novembro de 2014 a Junho de 2015. As sessões decorreram com uma periodicidade semanal com a duração de cerca de trinta minutos. As sessões decorreram no centro de recursos do CSE da instituição onde foi delimitado um espaço "terapêutico" com um lençol no chão. Para as sessões foram utilizados vários instrumentos como: tambor, darabuka, pandeiro, pandeireta, *boomwhackers*, adufe, guitarra e concertina.

O Mário, dado pertencer ao grupo 2, além de ter beneficiado de sessões individuais ficou também integrado nas sessões de grupo. De modo geral, ao longo do processo de intervenção foi possível observar evoluções ao nível do comportamento e dos objectivos estipulados no plano terapêutico.

O método seguido, à semelhança do estudo de caso anterior, baseou-se no modelo de musicoterapia criativa centrada na música e na relação sonoro-musical entre cliente e terapeuta. As interacções musicais basearam-se, inicialmente, nas iniciativas do Mário procurando, a partir daí, criar uma relação empática significativa.

Descrição das sessões

Durante a intervenção musicoterapêutica individual registaram-se algumas evoluções respeitantes ao comportamento inicial do Mário ainda que, necessitasse de mais tempo para maturação e para explorar e vivenciar novas experiências.

Ao longo do processo foram dadas poucas directrizes e as sessões foram preferencialmente não verbais com muito pouco recurso à palavra falada mas com algum recurso à palavra cantada e vocalizações.

1ª Fase – "Aqui estou eu!": Sessão 1 a 5

Desde o inicio o Mário mostrou-se bastante disponível e partiu dele as primeiras iniciativas para tocar. Perante a "não-acção" do musicoterapeuta estagiário, o Mário entregava-lhe o tambor ou darabuka e umas baquetas. Aqui começava a dinâmica em que o utente tocava e procurava resposta no musicoterapeuta criando uma espécie de jogo dinâmico. Esta dinâmica foi evoluindo ao longo das sessões tornando-se cada vez mais contingente. Através desta interacção musical por turnos, em algumas vezes, era possível observar uma sincronização e comunicação a dois revelador de uma atenção partilhada entre cliente e musicoterapeuta estagiário.

Esta dinâmica repetiu-se ao longo das sessões e, ainda que de forma inconstante, o Mário conseguia mostrar ou acompanhar propostas para diferentes dinâmicas rítmicas, como por exemplo o *crescendo*. Eram utilizadas vocalizações sem que o Mário demonstrasse algum interesse ou tentativa para vocalizar.

Na terceira sessão, o musicoterapeuta integrou a concertina com a canção "O balão do João" e o Mário demonstrou o que foi entendido como contentamento, acompanhou com o tambor na pulsação e envolveu-se corporalmente, movimentando-se ao som da música.

2ª Fase – "Entre a atenção partilhada e o isolamento": Sessão 5 a 23

Apesar da disponibilidade do Mário para musicar em conjunto e partilhar diferentes interacções musicais, na realidade, durante a parte final de cada sessão isolava-se e evitava o contacto. Apesar de já exibir este comportamento na fase anterior, com a introdução de instrumentos melódicos mais cedo e tentativas do musicoterapeuta estagiário explorar novas dinâmicas, este comportamento aumentou na sua periodicidade e duração. Em algumas sessões, este isolamento manifestou-se numa fase precoce sendo necessário voltar à actividade de dinâmica musical por turnos para despertar novamente a atenção e o envolvimento ou recorrer à canção "O balão do João".

A rotina das sessões manteve-se inalterada. O Mário entrava na sala e entregava um instrumento de percussão ao musicoterapeuta e escolhia um para ele. Iniciava o contacto musical e mantinha-se neste diálogo durante algum tempo, com diferentes dinâmicas, por vezes, com o musicoterapeuta estagiário apenas a manter a pulsação à qual, ainda que de forma inconstante, o Mário sincronizava-se.

Durante quase todas as sessões as dinâmicas repetiam-se tornando-se difícil conseguir contrariar esta tendência e estimular outras competências ou proporcionar novas experiências musicalmente mais ricas. O ponto de interesse durante todas estas sessões manifestava-se nas dinâmicas por turnos que foram evoluindo na intencionalidade comunicativa com respostas cada vez mais contingentes e períodos de sincronização musical em *crescendo*.

Na nona sessão foi introduzido o xilofone de madeira e o Mário, apesar de o ter manipulado, improvisou de forma desregulada e desestruturada como um tambor, sem explorar os diferentes tons e sons, apenas tocava de forma mecânica sem focar a

sua atenção no instrumento. Mesmo com o acompanhamento da guitarra a postura permaneceu igual, sem envolver-se com o musicoterapeuta estagiário, mantendo-se na sua postura.

Na décima sessão ocorreu uma dinâmica de diálogo no adufe em que o Mário atirava um *boomwhacker* contra o adufe, na direcção do musicoterapeuta estagiário e este, repetia o mesmo em direcção ao Mário. Assistiu-se a uma partilha de dinâmica intencional, com uma pulsação mais ou menos constante e uma cadência sonora à qual, o musicoterapeuta improvisou uma canção.

Na décima sétima sessão ocorreu um episódio bastante elucidativo do potencial do Mário, da sua compreensão acerca de si e do outro, com uma resposta positiva à canção "Vamos tocar o tambor" (anexo G). Durante esta dinâmica o Mário manteve-se bastante envolvido e correspondeu de forma contingente, respeitou os turnos e esperou pela sua vez.

Na vigésima sessão foram introduzidos dois microfones, ligados a colunas, para testar alguma diferente reacção do Mário e a possibilidade de vocalizar algo, no entanto, apesar de o Mário pegar no microfone não vocalizava, apenas soprava para o microfone.

Foi registado um ponto de evolução nesta dinâmica por turnos em que, perante a ausência de resposta do musicoterapeuta estagiário, para avaliar a reacção do Mário, ele contactou visualmente o musicoterapeuta em busca de uma resposta sonora que permitisse continuar o diálogo. Esta dinâmica evoluiu para um diálogo musical comunicativo.

Resultados

No que respeita aos resultados, a comparação entre os valores obtidos na grelha de observação no inicio da intervenção e os valores obtidos na grelha de observação final da intervenção (anexo H), registam-se melhorias significativas em praticamente todas as áreas avaliadas.

Na área cognitiva destaca-se a atenção e a concentração. A área psicomotora revelou alguma evolução, no entanto, não se destaca visto que já apresentava bons resultados na avaliação inicial.

Na componente sócio-emocional, apesar de apresentar bons resultados na avaliação inicial, dentro dos parâmetros avaliados, a participação, a interação, a expressão e regulação emocional obtiveram um bom desenvolvimento.

Na área sensório perceptiva existiu uma evolução a todos os níveis, no entanto, os valores no teste inicial já eram médio altos. A área da comunicação também apresentou bons resultados em alguns dos itens avaliados, sobretudo na comunicação perceptiva, na comunicação expressiva e na comunicação relacional. Nos restantes itens não existiram alterações significativas.

A área da musicalidade também teve uma boa evolução sobretudo ao nível da percepção e expressão rítmica, nos restantes itens, apesar de observar-se alguma evolução não é significativo. No que respeita ao perfil de improvisação o Mário evoluiu ao nível do ritmo estável e alguma liberdade rítmica. Os restantes itens sofreram alguma evolução sem ser significativa.

Conclusão

Como conclusão do processo de intervenção os resultados apontam que o Mário apresentou uma evolução positiva ao nível do contacto tendo manifestado uma

boa relação empática e comunicação interpessoal por alguns períodos de tempo. As sessões de musicoterapia permitiram contrariar o isolamento exibido pelo Mário.

Ao nível do desenvolvimento a coordenação mão - olho revelada pelo Mário é um bom pronuncio para o desenvolvimento em várias áreas. Segundo Aldridge, Gustroff e Neugbauer (1995) esta competência de coordenação mão – olho é uma componente vital do desenvolvimento para áreas como a comunicação não verbal, aquisição da linguagem e desenvolvimento cognitivo. Ainda segundo os mesmos autores, o acto de tocar tambores, como o que ocorreu entre o Mário e o musicoterapeuta estagiário, pressupõe uma dinâmica reveladora de musicalidade intencional dentro da relação.

Ao longo do processo de intervenção o Mário revelou competência para manter a atenção e envolvimento em algumas dinâmicas musicais com o musicoterapeuta. De acordo com o enquadramento teórico, a música pode auxiliar no desenvolvimento de padrões de atenção, ou seja, os elementos musicais podem ser manipulados para estimular e manter a atenção num estímulo ou actividade. Esta prerrogativa vai ao encontro da evolução do Mário ao longo do processo e da sua capacidade em manter a atenção direccionada nas dinâmicas musicais por turnos. Ao mesmo tempo é perceptível a existência de uma musicalidade intencional entre musicoterapeuta e utente.

Assim, foram notados progressos ao nível do desenvolvimento da atenção partilhada ou conjunta, com o Mário a revelar respostas positivas e cada vez mais contingentes nas dinâmicas por turnos e no contacto visual, bem como, nos momentos de sintonização e sincronia com o musicoterapeuta estagiário. À luz da teoria, o desenvolvimento da atenção partilhada entre musicoterapeuta e utente, numa mesma

acção é um pressuposto fundamental para o desenvolvimento da relação e estruturação cognitiva.

Em suma, apesar de não ter sido possível contrariar totalmente a tendência para o isolamento demonstrada pelo Mário, foi possível atingir resultados bastante positivos ao nível da comunicação não verbal, da atenção partilhada e, indirectamente, proporcionar o desenvolvimento cognitivo e de consciência corporal através da manipulação instrumental. Um dos fundamentos desta evolução reside no facto de o Mário, por várias vezes, conseguir adequar-se ao ritmo proposto pelo musicoterapeuta e a acompanhar as suas mudanças e dinâmicas. Esta capacidade para integrar-se num ritmo proposto, sincronizar-se e sintonizar-se musicalmente demonstra um envolvimento no enquadramento musical da sessão. Esta é uma componente essencial para contrariar o isolamento e promover a aproximação e busca pelo *outro*.

O Mário manteve os traços autistas que revelou na avaliação preliminar, ainda que menos evidentes, mantendo um comportamento ritualista e pouca tolerância à novidade. Ainda assim, dado o seu comportamento em algumas fases do processo de intervenção, acredita-se que, com o tempo, o Mário atingiria uma fase de maior maturação das suas competências.

Outras intervenções

Intervenções individuais

Caso 1 – O rapaz que queria ser tartaruga ninja

José, uma criança de 12 anos, nascido a 20 de junho de 2002 em São Tomé que reside numa instituição religiosa. Está diagnosticado com síndrome de Lesch Nyhan e uma distonia grave de etiologia metabólica que faz com que tenha de estar numa cadeira de rodas. Apresenta limitações a todos os níveis, com uma mobilidade muito reduzida sobretudo devido à hipotonia axial sem controlo cefálico e uma perturbação acentuada na linguagem, sobretudo na expressiva. É uma criança comunicativa mas com um ritmo de iniciativa e acção bastante reduzido.

Ao longo das sessões o musicoterapeuta apresentou algumas dificuldades para conseguir estabelecer uma relação empática com o José. O pouco interesse manifestado pelo utente na manipulação instrumental e na dinâmica musical tornaram difícil integrar a música nas sessões. O ponto de viragem nas sessões ocorreu na sessão 12 em que o José participou de forma mais activa e tocou numa *darabuka* numa dinâmica de desafio. Dado o seu interesse pelas tartarugas ninja as sessões assentaram em dinâmicas e jogos de ninjas a partir dos tubos *boomwhackers.* Desenvolveu-se um projecto de curta metragem com uma história de ninjas e com a composição de uma banda sonora original. Este trabalho de composição lírica foi elaborado pelo José.

A um nível geral o José apresentou uma evolução positiva ao longo das sessões de musicoterapia. Ultrapassada a barreira relacional e empática, a envolvência e a disponibilidade exibidas pelo José aumentaram e permitiram que se observassem melhorias no que respeita à motricidade fina, aumentando os tempos de preensão dos tubos conseguindo mantê-los na sua mão mesmo no jogo de lutas *"ninja"*.

Caso 2 – Ao som da Maré

O Alexandre é um rapaz de 14 anos com diagnóstico de epilepsia mioclónica refractária não controlada e perturbação global do desenvolvimento com autismo atípico. Todas as suas áreas estão afectadas e tem graves dificuldades globais. Não comunica verbalmente mas emite sons. Muitas dificuldades na compreensão. A sua função psicomotora também está muito lesada, com dificuldades no equilíbrio. Tem várias convulsões durante o dia. Devido ás suas convulsões a assiduidade do Alexandre ficou algo comprometida tendo faltado por diversas vezes, não dando uma continuidade evidente à intervenção.

A intervenção com o Alexandre foi bastante difícil devido à sua patologia e ao facto de a sua atenção e concentração serem mínimas. Tem um elevado índice de agitação que não lhe permite sentar-se ou dedicar-se a uma tarefa durante algum tempo. Várias vezes caminhava pela sala em busca de estímulos. Tem a tendência de pegar em objectos e atirá-los ao ar para observar a cair e manipular outros objectos como estereotipias.

A metodologia das sessões baseou-se na musicoterapia criativa e foi utilizada a técnica de improvisação. A busca pela sincronia e o despertar alguma interacção comunicativa. Manifestou algum interesse pela música mas com muito pouco foco ou envolvência, apenas no tambor de água ou no adufe era possível observar algum atenção partilhada entre cliente e musicoterapeuta.

Poucos progressos foram observados, a sua patologia associada a uma fraca assiduidade fez com que a intervenção fosse intermitente. Ainda assim, em algumas sessões foi possível regular emocionalmente o Alexandre, mantendo-o concentrado no tambor de água e diminuindo a sua agitação.

Caso 3 – Comunicar com o olhar

A Joana é uma jovem de 22 anos com microcefalia e um atraso global de desenvolvimento. É residente no Lar da APPACDM onde entrou com. Foi retirada à família por negligência. É uma jovem muito carente, que necessita de uma grande atenção podendo tornar-se bastante fusional. Comunica e compreende algumas indicações simples e directivas. Além do atraso cognitivo fruto da patologia e falta de estimulação, a Joana tem um reduzido contacto ocular, mantendo-se preferencialmente de cabeça baixa, a olhar o chão. Tem uma postura mais prostrada.

A intervenção musicoterapêutica com esta utente teve duas fases distintas, a primeira decorreu a nível individual e, posteriormente, a partir da décima sessão, foram integrados dois elementos fazendo um pequeno grupo. As sessões individuais tiveram como objectivo promover um contacto musical entre utente e musicoterapeuta. Foram utilizadas técnicas de improvisação, canção de boas-vindas com ordens simples e interacções através de diálogos musicais por turnos. A ideia foi deixar sempre alguns espaços em branco para que a Joana pudesse completar e, ao mesmo tempo, contrariar a sua prostração. Sempre que a Joana era bem sucedida ou contactava o musicoterapeuta visualmente recebia um reforço positivo manifestado por palavras de encorajamento, risos e uma mudança na dinâmica musical.

De uma maneira geral foi possível observar progressos no contacto visual. A Joana aumentou bastante o seu contacto com o musicoterapeuta estagiário e, posteriormente, com os colegas. Simultaneamente, foi contrariada a sua prostração, tornando-se mais activa e, por vezes, iniciando a dinâmica de pergunta – resposta.

Casos de grupo

Grupo 1 – "À procura de um rumo"

Este é um grupo relativamente homogéneo jovem e imaturo, quer no comportamento, quer na própria expressão e musicalidade e é composto por seis elementos, o Júlio, o Dinis, a Márcia, a Dalila, a Francisca e a Sara.

Durante as primeiras sessões assistiu-se a uma fase de criação do grupo. O inicio da compreensão das regras e semelhanças entre pares. Musicalmente, sobretudo durante as improvisações, não existia ligação entre os elementos e entre o musicoterapeuta estagiário. Este contacto ou sincronia apenas ocorria por breves momentos. Revelaram uma fraca escuta activa. Existiu sempre uma agitação muito grande, com os elementos a trocarem os instrumentos durante as actividades, a interromperem e falarem entre si ou levantarem-se para tocarem em pé ou dançarem.

Tendo em conta este quadro a metodologia das sessões foi sobretudo directiva, com alguns momentos mais livres e destinados a improvisação. Era importante dar uma estrutura e conseguir criar actividades conjuntas que permitissem o envolvimento do grupo enquanto grupo e não apenas como um somatório de elementos.

Numa fase posterior da intervenção observou-se o surgimento de alguns focos reactivos, com alguns elementos a adoptarem uma atitude de maior individualidade e comportamento desafiante. Estas atitudes não eram bem assumidas pelos restantes elementos, ainda assim, contribuíram para criar uma maior interacção e contacto interpessoal e, estes elementos foram sendo assimilados e adquirindo um papel de maior destaque dentro do grupo.

Apesar de o grupo não ter atingido uma fase de amadurecimento, foi possível observar bons progressos ao nível da coesão. Foi possível observar o envolvimento em actividades musicais enquanto grupo, de uma forma coesa e estruturada.

Grupo 2 – "Ruído de fundo"

Este é um grupo já formado previamente que partilham a mesma sala. É bastante heterogéneo, com distintas patologias e idades composto por oito elementos, tornando muito difícil conceber uma actividade de conjunto que consiga ir ao encontro do potencial emergente de cada um.

A metodologia adoptada foi directiva e estruturada. As sessões iniciavam-se com a música de boas-vindas previamente composta, seguindo-se um trabalho mais corporal e musical e finalizava com a canção de despedida. Um dos grandes objetivos elaborados pelo musicoterapeuta estagiário foi de promover actividades de sucesso de grupo que proporcionassem uma ideia de coesão grupal e os colocasse numa partilha conjunta. O grupo não demorou muito tempo a assimilar a estrutura das sessões e, desde logo, alguns elementos destacaram-se na liderança, o Marco e a Isabel.

Ao longo das sessões existiram grandes progressos com vários momentos de coesão, com a assimilação da canção de boas-vindas e sua dinâmica particular. Na última sessão, observaram-se progressos em alguns dos elementos como o Mário que correspondeu durante alguns momentos numa interacção comunicativa com os colegas e a Miriam, pela primeira vez aceitou um instrumento e tocou-o com os colegas, de forma envolvente e no tempo do grupo. Ao nível de competências sociais foi importante observar que respeitaram os turnos de uma forma natural fruto das dinâmicas musicais.

No final, creio que os objectivos terapêuticos estipulados anteriormente para o grupo foram alcançados, ainda que, tivessem que ser reformulados com o decorrer das sessões. Foram observados momentos de coesão e união no grupo, de comunicação interactiva e intencional, bem como, progressos individuais em cada um dos participantes.

Conclusão

Através deste relatório procura-se relatar a experiência e a vivência da musicoterapia dentro de uma instituição de educação especial como a APPACDM de Setúbal, bem como, os resultados obtidos com as intervenções. Ao longo deste processo foram efectuadas cinco intervenções individuais, duas das quais são estudos de caso e duas intervenções com grupos: o grupo 1 e grupo 2 com seis e oito elementos respectivamente.

Desde o inicio da intervenção que se procurou conceber uma visão holística de cada utente, seja em contexto individual ou de grupo e proporcionar aceitação incondicional e tempo de maturação para que a mudança possa ocorrer e fluir. Tal como refere Boxill (1985) é fundamental dar espaço para que a assimilação e a acomodação se processe sendo estas as bases da aprendizagem e mudança.

Existiu sempre uma preocupação em manter um contexto e enquadramento terapêutico, ausente de frustração e que promovesse a relação e contacto. Priestley (1994) defende que é nesta dimensão que a transformação ocorre. Na relação e partilha musical que se abrem canais de comunicação que permitem escutar, sintonizar e sincronizar com cada um dos utentes intervencionados (Aigen, 2005b).

Por outro lado, Nordoff e Robbins (1977) acrescentam que é importante nutrir criativamente cada um, explorar ao máximo cada iniciativa e integrá-la, contextualizando-a num ambiente musical rico e estruturado. Foi com esta base teórica que se enveredou por um modelo inspirado na musicoterapia criativa. O musicoterapeuta estagiário procurou partir das iniciativas e capacidades exibidas pelos utentes, procurando proporcionar vivências positivas e bem sucedidas, sem o risco de causar frustração.

Tal como explicado durante a metodologia as sessões de musicoterapia processaram-se em contexto individual e em contexto de grupo. Existem enormes diferenças no trabalho em ambos os contextos. As sessões individuais permitem o estabelecimento de uma relação terapêutica mais personalizada e uma intervenção mais precisa e focada nas necessidades do cliente (Pellitteri, 2000; Poch, 1999). As sessões de grupo permitem chegar a mais crianças e/ou adultos, no entanto, os objectivos individuais terão de ser enquadrados nos objectivos do grupo sendo extremamente importante criar um grupo homogéneo ao nível de patologias.

Dadas as necessidades observadas em cada um dos utentes intervencionados, em contexto individual, a intervenção focou-se, sobretudo, ao nível da comunicação e relação. Na sua maioria, os objectivos propostos no plano terapêutico foram alcançados, alguns mais evidentes que outros. Segundo Ruud (2010) apenas nos tornamos seres-humanos no contacto com os outros, na relação, na busca pelo contacto, pela vivência interactiva e intencional. Desta forma, optou-se por ir ao encontro do utente e promover a abertura de canais de comunicação que permitissem o contacto e a interacção comunicativa.

De certa forma, as sessões decorreram como um ambiente regressivo, ao nível da pré-linguagem, com estimulação para o contacto e relação. Segundo Graham (2004) ir ao encontro das vocalizações dos clientes é bastante comum em musicoterapia, não se trata de imitar as vocalizações mas utilizar alguns trechos e explorá-los dando uma forma e um conteúdo. Nesta perspectiva, ao longo das sessões o musicoterapeuta estagiário procurou promover um ambiente musical rico e estimulante que potenciasse e enquadrasse as iniciativas da Maria proporcionando-lhe uma estrutura.

Foi assente nesta base que o estudo de caso com a Maria evoluiu. Realça-se a evolução do seu comportamento, a sua regulação emocional através da música e momentos de sintonização e sincronização com o musicoterapeuta estagiário. Do discurso descontextualizado e sem intenção evoluiu para uma intencionalidade comunicativa com dinâmicas vocais por turnos. Esta evolução é reveladora do desenvolvimento de uma atenção partilhada ou conjunta de musicoterapeuta e utente numa mesma acção. Paralelamente a Maria revelou uma evolução ao nível da estrutura cognitiva e regulação emocional, antecipando a canção criada, correspondendo temporalmente nos turnos e sincronizando com o musicoterapeuta estagiário. As suas tentativas de fuga diminuíram drasticamente e, no final, deixaram de se manifestar.

Ao longo do processo de intervenção com a Maria, foi possível observar a criação de uma relação empática e de confiança, Segundo Trevarthen (2001) a musicoterapia improvisacional ou criativa, que é contingente com qualquer iniciativa do cliente, pode proporcionar momentos de prazer pelo contacto com o outro e promover a criação de uma relação intima, afectuosa e de confiança, criando um enquadramento coerente e uma estrutura. Com base na evolução manifestada pela utente, acredita-se que a adopção da musicoterapia improvisacional promoveu a estrutura na utente o que é visível na redução do seu comportamento difuso.

No estudo de caso do Mário, apesar de terem sido atingidos alguns objectivos delineados no plano terapêutico, na realidade, faltou alguma maturação para conseguir aceder de forma mais evidente ao mundo interno do Mário. Existiram momentos de musicalidade comunicativa, reveladores de uma intenção para comunicar e uma procura pelo outro nos jogos por turnos, bem como, uma sincronização musical em alguns momentos através da partilha musical e da atenção conjunta partilhada. Esta

interacção musical intersubjectiva pode promover momentos de sincronia e sintonia entre utente e terapeuta e, por consequência, promover a criação de uma relação empática. Segundo Raglio, Traficante e Oasi (2011) a utilização de instrumentos musicais promovem uma interacção musical entre utente e terapeuta tornando-se facilitadores da expressão e de organização.

Apesar de alguns progressos, o Mário manteve sempre o padrão obsessivo e ritualista em algumas partes da sessão. Mostrou-se resistente à mudança e à novidade, característica do espectro do autismo (Trevarthen, 2001), refugiando-se por alguns momentos em si próprio, nos seus rituais e na sua auto-estimulação. Ainda assim, os resultados apontam para uma melhoria ao nível das competências sociais medidas através do aumento do contacto visual e de iniciativas para o contacto. Segundo Wimpory, Chadwick e Nash (1995) esta base poderia originar, com continuidade e maturação, a evolução para a interacção e o jogo simbólico.

Os restantes casos individuais foram semelhantes ao nível dos planos terapêuticos, com excepção do José, onde foi possível fazer um trabalho mais criativo, com criação de uma narrativa musical e uma curta-metragem que retratasse o seu gosto pessoal pelas tartarugas ninja. Este processo melhorou a sua motricidade fina e a sua valorização pessoal. Os restantes dois casos individuais basearam-se no desenvolvimento da relação com vista ao estabelecimento e aumento do envolvimento musical e da atenção conjunta e partilhada. No caso da Joana foram evidentes os progressos, o aumento do contacto visual é demonstrativo, no entanto, com o Alexandre apenas por breves momentos foi possível vivenciar um envolvimento a dois.

No que respeita ao trabalho com grupos conseguiram-se alguns progressos, no entanto, dada a heterogeneidade dos grupos, sobretudo do Grupo 2, foi difícil

conseguir encontrar uma evolução contínua e um crescimento ao nível de grupo. A bibliografia refere que a musicoterapia tem, ao longo dos anos, demonstrado os seus efeitos ao nível das competências sociais, regulação emocional, competências psicomotoras e pré-académicas, comunicação, relação e linguagem (Colwell & Murlless, 2002; Davis et al., 2000; Hanser, 1999; Wigram et al., 2002).

Tal como preconizado nos objectivos do estágio, foi possível observar uma boa evolução ao nível das competências sociais, sobretudo com os Grupo 1 e Grupo 2. Dentro do grupo notaram-se desenvolvimentos ao nível das relações entre pares, momentos de sincronização e atenção partilhada dentro de uma estrutura, uma maior escuta do outro. Foi interessante observar que, inicialmente, cada elemento do grupo 1 manifestava uma fraca escuta activa, com uma postura curvada sobre o seu instrumento e, no final da intervenção, a postura corporal foi-se tornando mais "aberta" e mais disponível para ir ao encontro do outro e para escutá-lo. A música, de alguma maneira, despertou este lado criativo e comunicativo, tal como referem McFerran e Shanahan (2011) na sua investigação.

O impacto das intervenções foi bastante positivo e foram atingidos grande parte dos objectivos delineados inicialmente, tanto para o estágio, como para os planos terapêuticos individuais e de grupo. As sessões forem bem acolhidas pelos utentes e existiu um grande envolvimento e a construção de uma relação empática que proporcionou um contexto nutrido e criativo musicalmente. Os resultados demonstram esse processo com as componentes sócio-emocionais e relacionais a obterem bons resultados comparativamente com a fase inicial da intervenção. Estes resultados vão ao encontro do estudo piloto de Aldridge e colaboradores (1995) que concluiu que a musicoterapia criativa, o tocar e escutar música improvisada numa relação terapêutica e num contexto estruturado de música improvisada, sem as

exigências lexicais da linguagem, é uma excelente plataforma para o desenvolvimento da comunicação em crianças com deficiência.

Igualmente se conclui, através dos resultados demonstrados nas intervenções, que a musicoterapia foi facilitadora do desenvolvimento da atenção partilhada ou conjunta, um das componentes essenciais para a aprendizagem. Os utentes intervencionados envolveram-se na vivência e experiência musical, melhoraram o contacto visual e o diálogo musical através dos jogos por turnos. Estes resultados vão ao encontro da investigação elaborada por Kim e colaboradores (2008).

Ao nível geral, nas intervenções levadas a cabo durante o estágio académico, conclui-se que as intervenções individuais obtiveram melhores resultados e uma estrutura mais evidente que as intervenções com os dois grupos. Em contexto individual foi possível construir uma relação empática facilitadora da mudança e, mais facilmente, aceder ao mundo interno de cada indivíduo e sincronizar com ele. A nível de grupo, dada a heterogeneidade dos grupo, sobretudo o Grupo 2, tornou-se difícil atingir uma fase de maturação que permitisse passar para uma fase posterior ao nível de evolução. Existiram alguns momentos de sincronização entre todos os elementos, quer de um, quer de outro grupo, no entanto, foi sempre demasiado inconstante.

As sessões individuais, por sua vez, permitiram uma maior liberdade criativa para enquadrar as iniciativas musicais dos utentes ao passo que, em contexto de grupo, as sessões tenderam a ser mais directivas. Desta experiência conclui-se que as sessões individuais permitem um maior envolvimento com os utentes e uma maior disponibilidade para aceder ao mundo interno e promover um contexto musical estimulante e estruturado que permite as transformações.

Torna-se evidente que em algumas patologias, o tratamento individual é quase indispensável, sobretudo ao nível do autismo e casos de multideficiência ou deficiência intelectual profunda. Casos que necessitam de maior atenção e que, não estão preparados, numa primeira fase, para integrar um grupo com tudo o que isso implica. No entanto, as sessões de grupo podem ser bastante positivas para trabalhar as competências sociais e a relação interpessoal. Boxill (1985) refere que nas sessões de grupo, os objectivos de forma geral procuram promover o auto-conhecimento e induzir alterações nos afectos, cognições e comportamentos, bem como, promover as competências sociais sendo bastante importantes para fomentar a socialização. No entanto, aconselha que os grupos devem ser homogéneos na sua construção, o que não aconteceu uma vez que, se interveio com o grupo-turma com adição de um ou outro elemento exterior.

Os objectivos do estágio foram atingidos na sua maioria, observaram-se evoluções na população intervencionada. A musicoterapia conquistou o seu espaço no seio da instituição e foi reconhecida por todos os técnicos como uma mais-valia no trabalho com os utentes, mesmo aqueles com maiores necessidades.

Reflexão final

O estágio académico em musicoterapia na APPACDM de Setúbal foi bastante enriquecedora a nível pessoal e profissional. Foram-me facultadas todas as condições para poder desenvolver o meu trabalho com confiança. Senti um enorme à vontade, confiança e apoio por parte de todos os técnicos/as e professores/as da instituição e demais funcionários.

Sinto que tive uma integração muito fácil e que fui muito bem acolhido por todos, desde funcionários a utentes, tornando-me facilmente reconhecido em grande parte por ser o técnico que mais instrumentos, malas e demais objectos transportava consigo pelos corredores da instituição. Simbolicamente remete-me para a imagem de uma árvore de natal enfeitada com viola, concertina, mala com instrumentos pequenos, *djembe*, *darabuka,* adufe e afins. Era essa a imagem que me ocorria quando me dirigia para as diferentes salas onde as sessões se processavam.

O facto de já ter algum conhecimento na área da deficiência mental creio que, em grande parte, ajudou-me na forma como abordei o estágio e integrei na equipa. Senti uma excelente valorização e reconhecimento pela minha dedicação a todos os utentes e na integração no seio da equipa.

As maiores dificuldades foram sentidas no trabalho com os grupos e nas sessões em que não consegui cativar o utente de uma forma natural. Observar-me nos vídeos em constante acção e agitação foi um pouco frustrante, no entanto, aprendi que muitas vezes é necessário, tal como na música, o silêncio, escutar o que está latente para continuar a peça musical.

Tinha, até ao momento de estágio, muito pouca familiaridade com crianças com deficiência mental e multideficiência. A constante agitação, actividade e a sonoridade caótica e desorganizada que senti inicialmente fez-me repensar os meus

objectivos para o grupo e reflectir sobre as minhas próprias expectativas. Creio que é sempre uma luta entre as expectativas que criamos e o concreto quando iniciamos uma intervenção. Foi um crescimento pessoal enorme conseguir estar atento a todos os pormenores e tentar envolver todos e cada um dos elementos de cada grupo procurando uma sincronização e um ponto de sucesso comum. É fantástico poder regozijar-me com pequenos progressos como vivenciar um momento de partilha musical com um utente com deficiência mental profunda ou experienciar uma sincronização musical comum num grupo, sentir a coesão e a carga emocional prazerosa presente nesses momentos, com uma enorme partilha e observar a satisfação nos elementos por este envolvimento.

Ao longo do estágio existiram alguns momentos de dúvida e de necessidade de "colo", esse "colo" que, enquanto terapeutas, temos de estar sempre disponíveis para facultar aos nossos clientes. Foram os momentos em que senti estagnação e frustração, quer por não observar evoluções ou por ter expectativas diferente. Nessas alturas foi importantíssimo a partilha de experiências e casos no seminário de estágio para relembrar que todo o processo, e todo o sujeito, tem o seu tempo e no fundamental que é para mim, enquanto musicoterapeuta, encontrar o meu tempo em comum com o tempo daqueles com quem trabalho.

Continuo a surpreender-me pelo potencial imenso da música e como a simples partilha musical pode ser tão envolvente para todos os que nela participam. É um prazer experienciar esta arte como forma de expressão pessoal e, em musicoterapia, como uma forma de comunicar e relacionar com o outro e promover um desenvolvimento e crescimento pessoal.

Só posso sentir-me orgulhoso desta caminhada depois deste ano exigente.

Referências

Aigen, K. (2005a). *Being in music: Foundations of Nordoff-Robbins music therapy*. Vol 1. Gilsum: Barcelona Publishers.

Aigen, K. (2005b). *Music-Centered music therapy.* Gilsum: Barcelona Publishers.

American Psyachiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estatístico de los Transtornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.

Ansdell, G. (1995). *Music for life: Aspects of creative music therapy with adult clientes*. London: Jessica Kingsley Publishers Ltd.

Arain, A., Shihabuddin, B., Niaz, F., Modur, P., Taylor, H., Fakhoury, T. & Abou-Khalil, B. (2006). Epilepsy and the impact on an epileptology clinic for patients with mental retardation and associated disabilities in an institutional setting. *Epilepsy,* 47(12), 2052 – 2057 doi: 10.1111/j.1528-1167.2006.00862.x

Aldridge, D., Gustroff, G. & Neugbauer, L. (1995). A pilot study of music therapy in the treatment of children with developmental delay. *Complementary Therapies in Medicine*, 3, 197 – 205.

Alvin, J. (1967). *Musicoterapia.* Barcelona. Ediciones Paidós Iberica.

Baxter, H., Berghofer, J., MacEwan, L., Nelson, J., Peters, K. & Roberts, P. (2007). *The individualized music therapy assessment profile*. Philadelphia, PA: Jessica Kingsley Publishers.

Benenzon, R. (1988). *Teoria da Musicoterapia: Contribuição ao conhecimento do contexto não-verbal.* São Paulo: Summus.

Berger, D. (2002). *Music therapy, sensory integration and the autistic child*. London: Jessica Kingsley.

Betés de Toro, M. (2000). *Fundamentos de musicoterapia*. Madrid. Ediciones Morata.

Boxill, E. (1985). Tratment in process. In Pro-Ed (Eds.), *Music Therapy for the Developmentally Disabled* (pp. 87 – 120). Austin, Texas: PRO-ED.

Brunk, B. & Coleman, K. (2000). Development of a special education music therapy assessment process. *Music Therapy Perspectives*, 18(1), 59-68.

Bruscia, K. (1988). A Survey of treatment procedures in improvisational music therapy. *Psychology of Music*, 16, 1-24.

Bruscia, K. (1997). *Definiendo musicoterapia.* Salamanca. Amarú Ediciones.

Bruscia, K. (1999). *Modelos de improvisación en musicoterapia*. Vitoria-Gasteiz. Agruparte.

Bruscia, K. (2007). *Musicoterapia: Métodos y practicas* (2ª Edição). Santa Cruz. Editorial Pax México.

Caraballo, R., Flesler, S., Pasteris, M., Avaria, M., Fortini, S. & Vilte, C. (2013). Myoclonic epilepsy in infancy: An electroclinical study and log-term follow-up of 38 patients. *Epilepsia,* 54(9), 1605-1612. doi: 10.1111/epi.12321

Colwell, C. & Murlless, K. (2002). Music activities (singing vs. chanting) as a vehicle for reading accuracy of children with learning disabilities: A Pilot Study. *Music Therapy Perspectives*, 20(1), 13 – 19.

Davis, W., Gfeller, K., Thaut, M. (2000*). Introducción a la musicoterapia*. Barcelona. Editorial Boileau S. A.

Duffy, B. & Fuller, R. (2000). Role of music therapy in social skills development in children with moderate intelectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 13, 77-89.

Gattino, G., Riesgo, R., Longo, D., Leite, J. & Faccini, L. (2011). Effects of relational music therapy on communication of children with autismo: a randomized controlled study. *Nordic Journal of Music Therapy*, 20(2), 142 – 154.

Genton, P., Velizarova, R. & Dravet, C. (2011). Dravet syndrome: The long-term outcome. *Epilepsia,* 52(2), 44-49. doi: 10.1111/j.1528-1167.2011.03001.x

Ghetti, C. (2002). Comparison of the effectiveness of three music therapy conditions to modulate behavior states in students with profund disabilities: A pilot study. *Music Therapy Perspectives*, 20(1), 20 – 30.

Gold, C., Voracek, M. & Wigram, T. (2004). Effects of music therapy for children and adolescentes with psychopathology: a meta-analysis. *Journal of Child and Psychology and Psychiatry,* 45(6), 1054-1063.

Graham, J. (2004). Communicating with the uncommunicative: music therapy with pre-verbal adults. *British Journal of Learning Disabilities*, 34, 24-29.

Griggs-Drane, E. & Wheeler, J. (1997). The use of functional assessment procedures and individualized schedules in the tratment of autism: recomendations for music therapists. *Music Therapy Perspectives*, 15(2), 87-93.

Hanser, S. (1999). *The new music therapist's handbook*. Boston: Berklee Press.

Hatampour, R., Zadehmohammadi, A., Masoumizadeh, F. & Sedighi, M. (2011). The effects of music therapy on sensory motor functions of multiple handicapper people: Case study. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 30, 1124 – 1126.

Hooper, J., Wigram, T., Carson, D. & Lindsay, B. (2010). The practical implication of comparing how adults with and without intelectual disability respond to music. *British Journal of Learning Disabilities*, 39, 22-28.

Kim, J., Wigram, T. & Gold, C. (2008). The effects of improvisational music therapy on joint attention behaviors in autistic children: A randomized controlled study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 1758 – 1766. DOI 10.1007/s10803-008-0566-6

Kim, J., Wigram, T. & Gold, C. (2009). Emotional, motivational and interpersonal responsiveness of children with autismo in improvisational music therapy. *The National Autistic Society*, 13(4), 389 – 409.

McFerran, K. & Shanahan, E. (2011). Music Therapy Practice in Special Education and Children's Hospice: A Systematic Comparison of Two Music Therapists Strategies with Three Preadolescent Boys. *Music Therapy Perspectives*, 2(2), 103 – 111.

Nordoff, P. & Robbins, C. (1997). *Criative Music Therapy*. New York, John Day Co.

Oldfield, A. (1995). Communicatin through music: The balance between following and initiating. Em Wigram, T., Saperston, B. & West, R. (Eds.), *The art & science of music therapy: A handbook*. 226 – 237. New York, Routledge.

Pellitteri, J. (2000). Music Therapy in the Special Education Setting. *Journal of Educational and Psychological Consultations,* 11(3&4), 379-391.

Poch, S. B. (1999). *Compendio de Musicoterapia*. Barcelona. Herder Editorial.

Priestley, M. (1994). *Essays on analytical music therapy*. Gilsum: Barcelona Publishers.

Raglio, A., Traficante, D. & Oasi, O. (2011). Autism and music therapy. Intersubjective approach and music therapy assessment. *Nordic Journal of Music Therapy,* 20(2), 123-141.

Ramey, M. (2011). *Group music activities for Adults with Intellectual and Developmental Disabilities*. London. Jessica Kingsley Publishers.

Robbins C, & Robbins, C. (1991). Self-Communications in Creative Music Therapy. In Barcelona Publishers (Ed.). *Case Studies in Music Therapy* (pp. 55-72). Gilsum.

Ropp, C., Caldwell, J., Dixon, A., Angell, M. & Vogt, P. (2006). Special education administrators' perceptions of music therapy in special education programs. *Music Therapy Perspectives,* 24(2), 87 – 93.

Ruud, E. (2010). *Music therapy: A perspective from the humanities*. Gilsum: Barcelona Publishers.

Schwartzberg, E. & Silverman, M. (2014). Music therapy song repertoire for children with autismo spectrum disorder: A descriptive analysis by treatment áreas, song types, and presentation styles. *The Arts in Psychotherapy*, 41, 240 – 249.

Silverman, M. (2008). Nonverbal communication, music therapy, and autismo: A review of literature and case exemple. *Journal of Creativity in Mental Health*, 3(1), 3 – 19.

Sussman, J. (2009). The effect of music on peer awareness in preschool age children with developmental disabilities. *Journal of Music Therapy*, 46(1), 53 – 68.

Trevarthen, C. (2001). Autism, sympathy of motives and music therapy. *Enfance,* 1, 86 – 99.

van der Puten, A., Vlaskamp, C., Reynders, K. & Nakken, H. (2005). Children with profound intelectual and multiple disabilities: the effects of functional movement activities. *Clinical Rehabilitation*, 19, 613-620. Doi: 10.1191/0269215505cr899oa

Wigram, T. (1988). Music Therapy – developments in mental handicap. *Psychology of Music,* 16, 42-51.

Wigram, T. (1991). Music therapy for a girl with Rett's syndrome: Balancing structure and freedom. In Barcelona Publishers (Ed.). *Case Studies in Music Therapy* (pp. 55-72). Gilsum.

Wigram, T. (2000). A method of music therapy assessment for the diagnosis of autismo and communication disorders in children. *Music Therapy Perspectives,* 18, 13-22.

Wigram, T., Pedersen, I. & Bonde, L. (2002). *Comprehensive guide to music therapy: theory, clinical practice, research and training*. London. Jessica Kingsley Publishers.

Wimpory, D., Chadwick, P. & Nash, S. (1995). Brief report: Musical interaction therapy for children with autismo: An evaluative case study with two-year follow-up. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 25(5), 541 – 552.

Ziljstra, H. & Vlaskamp, C. (2005). The impact of medical conditions on the support of children with profound intelectual and multiple disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 18, 151-161.

ANEXOS

Lista de anexos

Anexo A – Grelha de avaliação musicoterapêutica

Anexo B – Canção de boas – vindas

Anexo C – Canção de despedida

Anexo D – Exemplo diário clínico de sessão

Anexo E – Gráfico dos resultados da grelha de avaliação musicoterapêutica inicial e final da Maria

Anexo F – Canção "Vamos tocar o tambor"

Anexo G – Gráfico dos resultados da grelha de avaliação musicoterapêutica inicial e final do Mário

Anexo A

Grelha de avaliação musicoterapêutica

Questionário de Observação - Musicoterapia					
Paciente:		**Data:**			
Respostas: (1) Nunca = 0% **(2)** Raramente = <50% **(3)** Inconstante = 50%-79% **(4)** Constante = >80%					
Área cognitiva	**Objectivo**				
A. Memória longo prazo	- Recorda o nome do terapeuta	1	2	3	4
	- Recorda canções já aprendidas	1	2	3	4
	- Pede actividades/canções já aprendidas	1	2	3	4
B. Memória curto prazo	- Recorda as instruções dadas	1	2	3	4
	- Recorda o título da canção que foi cantada/ouvida	1	2	3	4
	- Recorda e repete um ritmo dado	1	2	3	4
	- Recorda e repete um conjunto de instrumento tocados	1	2	3	4
	- Aprende novas canções	1	2	3	4
C. Cognição	- Demonstra compreensão das regras/estrutura	1	2	3	4
	- Procura objectos caídos	1	2	3	4
	- Consegue recorrer ao pensamento simbólico	1	2	3	4
	- Manifesta criatividade em tarefas não direccionadas	1	2	3	4
	- Segue instruções	1	2	3	4
D. Atenção	- focaliza a atenção na tarefa musical	1	2	3	4
	- Mantém a atenção durante a maior parte do tempo da sessão	1	2	3	4
E. Concentração	- Mantém a concentração na tarefa musical	1	2	3	4
	- Mantém a concentração durante a maior parte do tempo da sessão	1	2	3	4
Área Psicomotora	**Objetivo**				
A. Psicomotricidade	- Integra dois estímulos distintos	1	2	3	4
	- Movimenta-se ao som da música	1	2	3	4
B. Motricidade Grossa	- Move-se espontaneamente	1	2	3	4
	- Lateralidade definida	1	2	3	4
	- Manipula instrumentos	1	2	3	4
	- Consegue realizar actos motores pedidos	1	2	3	4
	- Coordena dois instrumentos	1	2	3	4
	- Move-se de forma organizada	1	2	3	4
	- Demonstra agitação motora (tremores/espasmos)	1	2	3	4
C. Motricidade Fina	- Consegue agarrar objetos com firmeza	1	2	3	4
	- Consegue agarrar objetos com pouca firmeza	1	2	3	4
	- Organiza e alterna as mãos a tocar	1	2	3	4
	- Consegue tocar com baquetas por mais de 4''	1	2	3	4
Área Sócio-emocional	**Objectivo**				
	- Sorri/Ri durante a sessão	1	2	3	4

A. Expressão Emocional	- Demonstra variedade de afetos	1	2	3	4
	- Expressa emoções apropriadas ao contexto	1	2	3	4
	- Demonstra sensibilidade aos componentes musicais	1	2	3	4
B. Regulação Emocional	- Canaliza a agitação através de um instrumento de percussão	1	2	3	4
	- Acalma-se com suporte musical	1	2	3	4
	- Controla a impulsividade	1	2	3	4
	- Auto-regula-se numa actividade musical	1	2	3	4
C. Social	- Responde pelo nome	1	2	3	4
	- Demonstra interesse nas actividades	1	2	3	4
	- Utiliza normas sociais adequadas	1	2	3	4
	- Mantém contacto visual apropriado	1	2	3	4
D. Participação e interacção	- Entra na sala com indicação mínima	1	2	3	4
	- Toca com o terapeuta	1	2	3	4
	- Envolve-se na interacção musical	1	2	3	4
	- Demonstra flexibilidade na interacção musical	1	2	3	4
	- Participa numa actividade de audição em grupo	1	2	3	4
	- Participa numa actividade de canto em grupo	1	2	3	4
	- Interactua a nível verbal com colegas e terapeuta	1	2	3	4
	- Interactua a nível não-verbal (contacto físico/musical)	1	2	3	4
E. Turnos	- Antecipa o seu turno	1	2	3	4
	- Espera pela vez	1	2	3	4
	- Pede a vez quando apropriado	1	2	3	4
Área Sensório-Perceptiva	**Objectivo**				
A. Percepção/descriminação sonora	- Busca estímulos auditivos	1	2	3	4
	- Descrimina diferentes sonoridades	1	2	3	4
	- Demonstra atenção/resposta ao estímulo auditivo	1	2	3	4
	- Reconhece melodias	1	2	3	4
B. Percepção/descriminação visual	- Demonstra percepção a estímulos visuais	1	2	3	4
Área Comunicação	**Objectivo**				
A. Comunicação Receptiva/Percepção Auditiva	- Descrimina som e silêncio	1	2	3	4
	- Segue instruções verbais	1	2	3	4
	- Localiza a fonte sonora	1	2	3	4
	- Demonstra percepção de mudanças bruscas na intensidade	1	2	3	4
	- Demonstra percepção de mudanças bruscas na velocidade	1	2	3	4
	- Demonstra percepção de mudanças bruscas na dinâmica	1	2	3	4
B. Comunicação Expressiva	- Procura comunicar	1	2	3	4
	- Comunica desejos e ideias	1	2	3	4
	- Comunica sem frustração	1	2	3	4
C. Comunicação Não verbal	- Gesticula	1	2	3	4

	- Combina gestos com vocalizações	1	2	3	4
D. Vocalização	- Vocaliza com volume apropriado	1	2	3	4
	- Vocaliza com o terapeuta	1	2	3	4
	- Vocaliza apenas por imitação	1	2	3	4
E. Verbalização	- Verbalização imperceptível	1	2	3	4
	- Verbaliza palavras individuais	1	2	3	4
	- Verbaliza frases completas	1	2	3	4
F. Comunicação Relacional	- Participa em conversa recíproca	1	2	3	4
	- Responde a questões	1	2	3	4
G. Idiossincrasias Vocais	- Vocalizações com balbuceio	1	2	3	4
	- Vocalizações com ecolália	1	2	3	4
	- Vocalizações inconstantes	1	2	3	4
	- Vocalizações em *stacatto*	1	2	3	4
Área Musicalidade	**Objetivo**				
A. Comportamento Musical	- Expressa satisfação pela música	1	2	3	4
	- Indica desejo para tocar instrumentos	1	2	3	4
	- Manipula instrumento quando lhe é dado	1	2	3	4
	- Explora o instrumento	1	2	3	4
	- Toca instrumentos espontaneamente	1	2	3	4
	- Canta espontaneamente	1	2	3	4
B. Percepção e Expressão no Tempo	- Toca no seu próprio tempo	1	2	3	4
	- Toca no tempo do terapeuta	1	2	3	4
	- Inicia mudanças no tempo	1	2	3	4
	- Adapta-se ás mudanças no tempo	1	2	3	4
C. Percepção e Expressão Rítmica	- Imita padrões rítmicos simples	1	2	3	4
	- Imita padrões rítmicos intermédios	1	2	3	4
	- Muda ritmo em resposta à música	1	2	3	4
	- Inicia diferentes padrões rítmicos nos jogos por turnos	1	2	3	4
D. Dinâmica Musical	- Demonstra plasticidade nas dinâmicas musicais	1	2	3	4
	- Inicia diferentes dinâmicas musicais	1	2	3	4
	- Utiliza expressivamente *crescendo/diminuendo*	1	2	3	4
E. Musicalidade Vocal	- Vocalizações em resposta a estímulo musical	1	2	3	4
	- Vocalizações comunicativas	1	2	3	4
	- Completa canções conhecidas	1	2	3	4
	- É capaz de improvisar uma canção	1	2	3	4
	- Aprecia quando lhe cantam uma canção composta para determinadas situações	1	2	3	4
	- Canta no tom	1	2	3	4
	- Responde a indicações sugeridas através do canto	1	2	3	4
F. Criatividade e Desenvolvimento de Ideias Musicais	- Cria melodias independentes	1	2	3	4
	- Improvisa estrutura rítmica	1	2	3	4
	- Improvisa melodias para um padrão rítmico	1	2	3	4
	- Apresenta liberdade rítmica (responde ao terapeuta)	1	2	3	4

Perfil de Improvisação	- Apresenta um ritmo estável (autoexpressão)	1	2	3	4
	- Apresenta golpeado evasivo	1	2	3	4
	- Resposta rítmica compulsiva (apenas no seu "tempo")	1	2	3	4
	- Resposta rítmica limitada (dependente de certos estímulos)	1	2	3	4

Sumário Avaliação

Área	**Cognitiva**			
Sub-Domínio	**N/R**	**Pontuação Efectiva**	**Pontuação Possível**	**Pontuação Final**
A. Memória longo prazo			:12	%
B. Memória curto prazo			:20	%
C. Cognição			:20	%
D. Atenção			:8	%
E. Concentração			:8	%
Total			:68	%

Área	**Psicomotora**			
Sub-Domínio	**N/R**	**Pontuação Efectiva**	**Pontuação Possível**	**Pontuação Final**
A. Psicomotricidade			:8	%
B. Motricidade Grossa			:28	%
C. Motricidade Fina			:16	%
Total			:52	%

Área	**Sócio Emocional**			
Sub-Domínio	**N/R**	**Pontuação Efectiva**	**Pontuação Possível**	**Pontuação Final**
A. Expressão emocional			:16	%
B. Regulação emocional			:16	%
C. Social			:16	%
D. Participação e interacção			:32	%
E. Turnos			:12	%
Total			:92	%

Área	**Sensório Perceptiva**			
Sub-Domínio	**N/R**	**Pontuação Efectiva**	**Pontuação Possível**	**Pontuação Final**
A. Percepção/ Descriminação auditiva			:16	%
B. Percepção/ Descriminação visual			:4	%
Total			:20	%

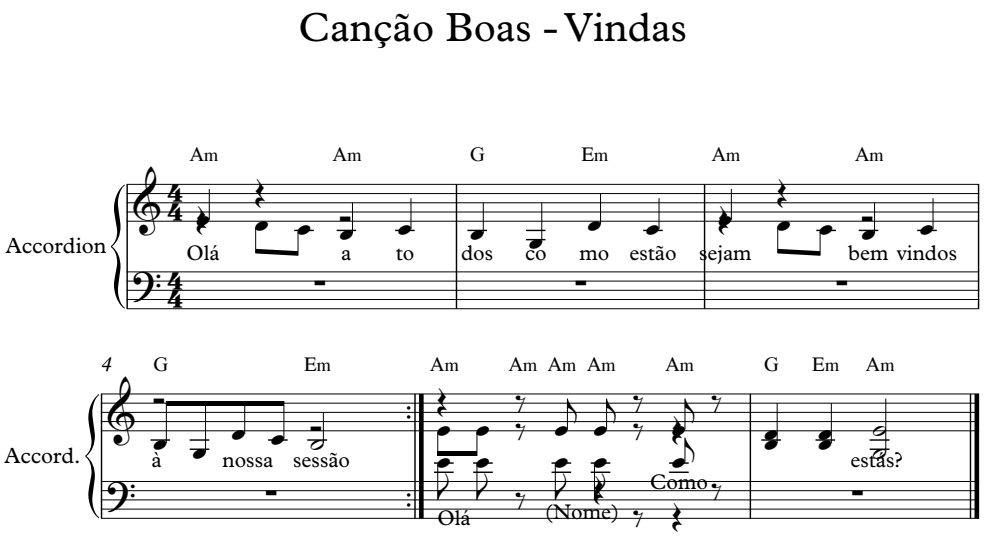
Área	Comunicação			
Sub-Domínio	**N/R**	**Pontuação Efectiva**	**Pontuação Possível**	**Pontuação Final**
A. Comunicação receptiva/percepção auditiva			:24	%
B. Comunicação expressiva			:12	%
C. Comunicação não-verbal			:8	%
D. Vocalização			:12	%
E. Verbalização			:12	%
F. Comunicação relacional			:8	%
G. Idiossincrasias vocais			:16	%
Total			:92	%

Área	Musicalidade			
Sub-Domínio	**N/R**	**Pontuação Efectiva**	**Pontuação Possível**	**Pontuação Final**
A. Comportamento musical			:24	%
B. Percepção e expressão no tempo			:16	%
C. Percepção e expressão rítmica			:16	%
D. Dinâmica musical			:12	%
E. Musicalidade vocal			:28	%
F. Criatividade e desenvolvimento de ideias musicais			:12	%
Total			:108	%

Área	Perfil de Improvisação			
Sub-Domínio	**N/R**	**Pontuação Efectiva**	**Pontuação Possível**	**Pontuação Final**
A. Liberdade rítmica			:4	%
B. Ritmo estável			:4	%
C. Golpeado evasivo			:4	%
D. Resposta rítmica compulsiva			:4	%
E. Resposta rítmica limitada			:4	%
Total			:24	%

Anexo B

Canção de Boas-Vindas

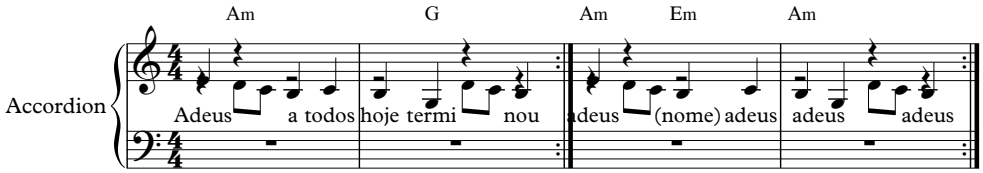


Anexo C

Carlos Vicente Camelo

Canção de Despedida

Canção Despedida



Anexo D

Diário Clínico da Sessão

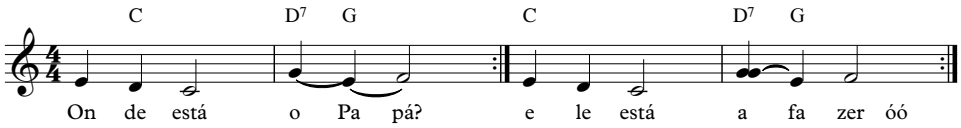
Nº de Sessão: ___

Nome:	Data:
Principais Eventos	
Principais instrumentos	
Reflexão sobre a sessão	

Anexo E

Canção "Onde está o papá?"

Onde está o Papá?



Anexo F

Gráficos Grelha de Avaliação Maria

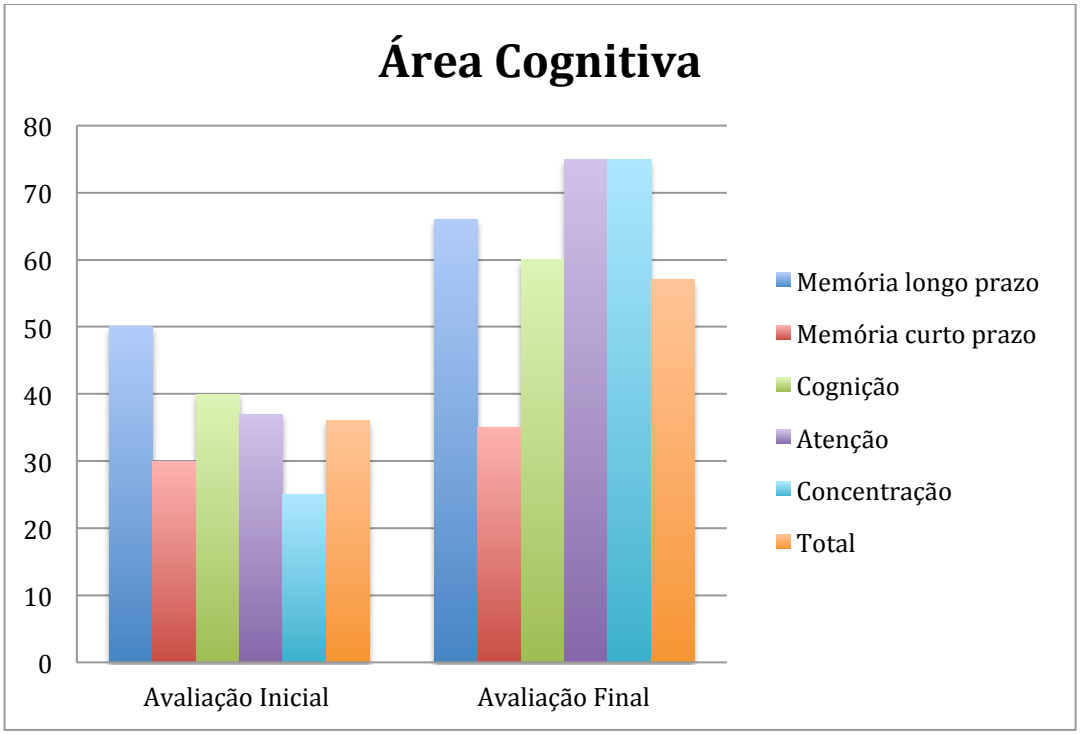


Figura 1. Representa os resultados obtidos na área cognitiva na grelha de avaliação musicoterapêutica inicial e final.

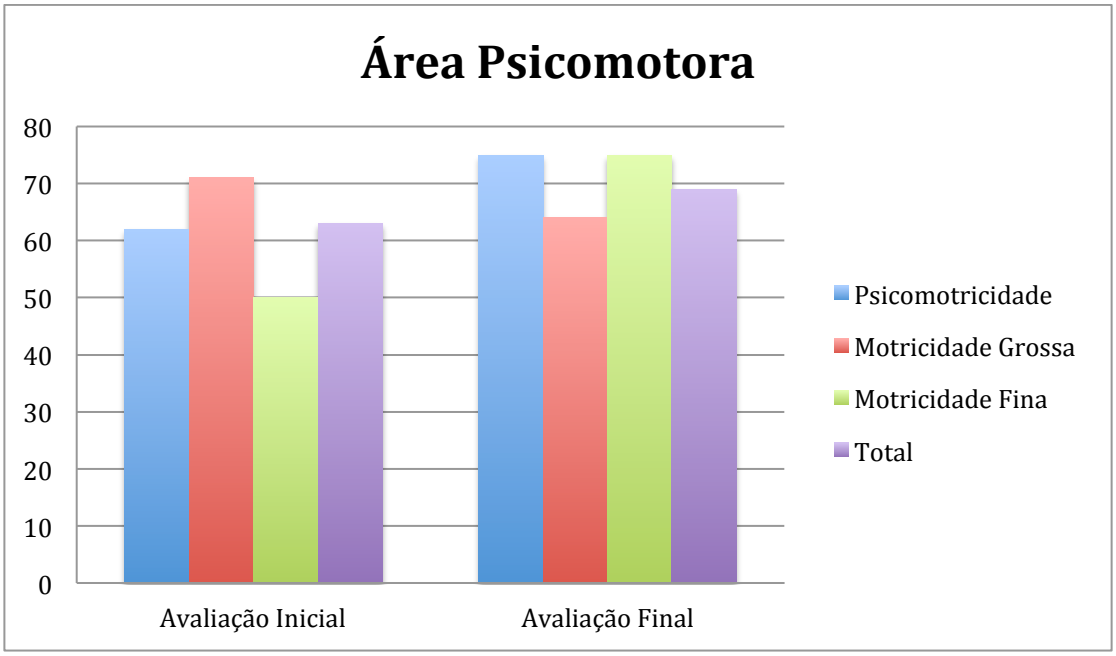


Figura 2. Representa os resultados obtidos na área psicomotora na grelha de avaliação musicoterapêutica inicial e final.

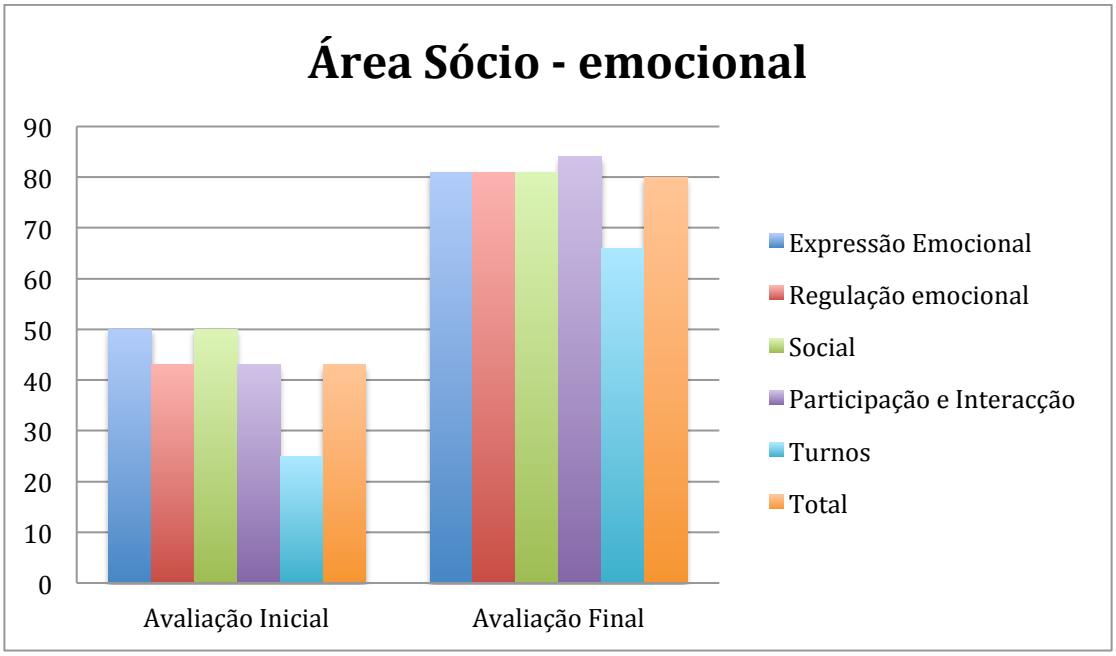


Figura 3. Representa os resultados obtidos na área sócio-emocional na grelha de avaliação musicoterapêutica inicial e final.

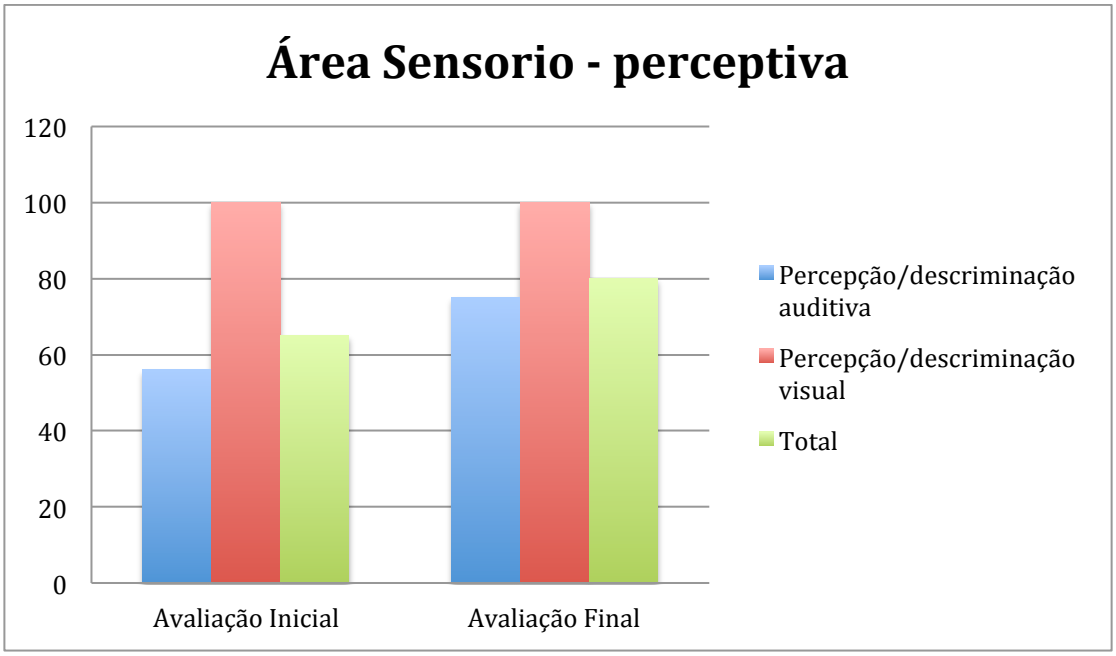


Figura 4. Representa os resultados obtidos na área sensório - perceptiva na grelha de avaliação musicoterapêutica inicial e final.

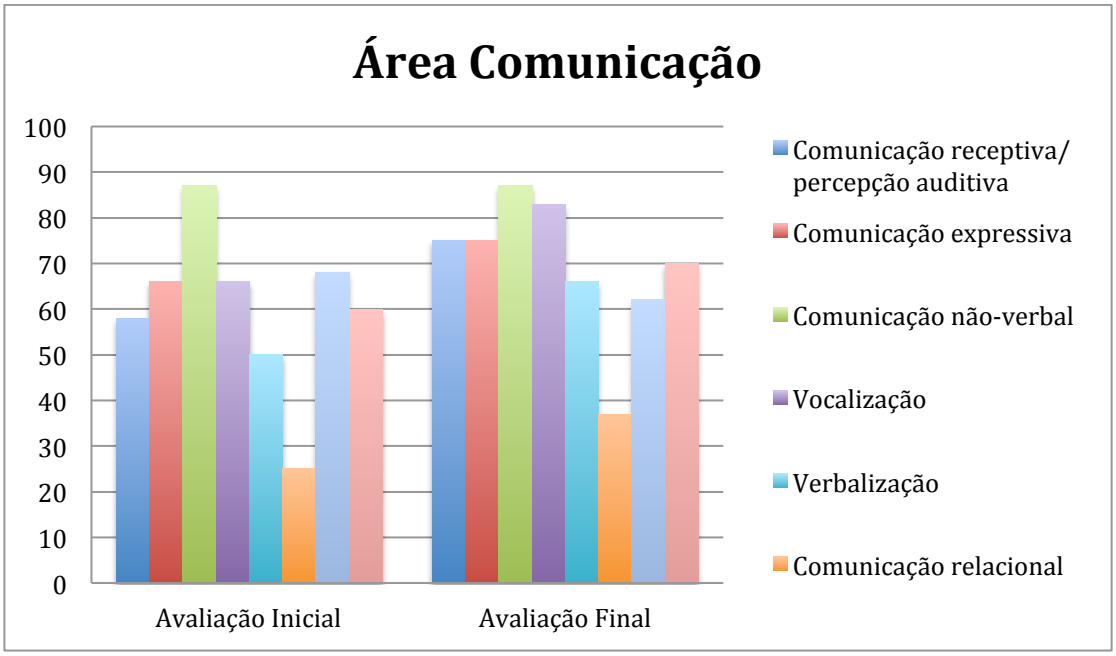


Figura 5. Representa os resultados obtidos na área da comunicação na grelha de avaliação musicoterapêutica inicial e final.

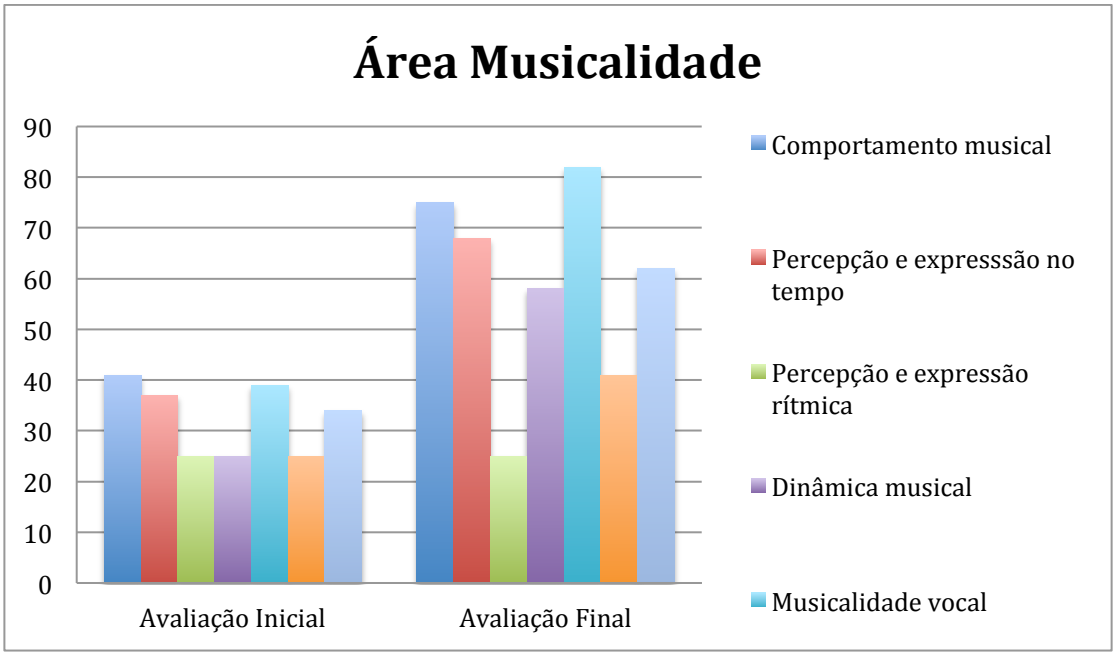


Figura 6. Representa os resultados obtidos na área da musicalidade na grelha de avaliação musicoterapêutica inicial e final.

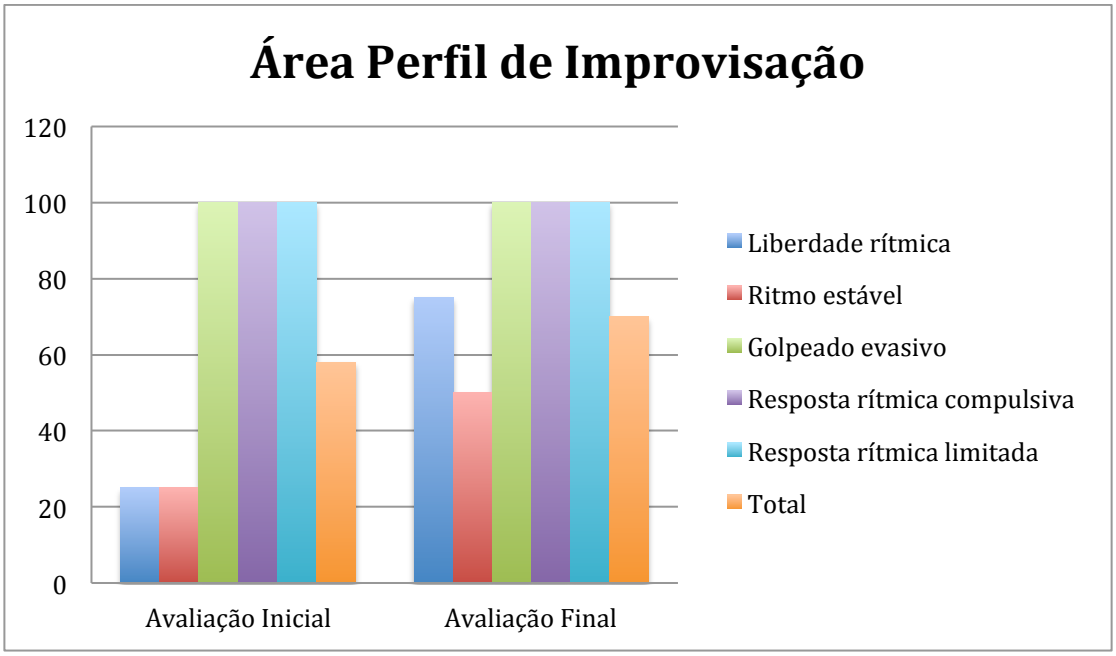
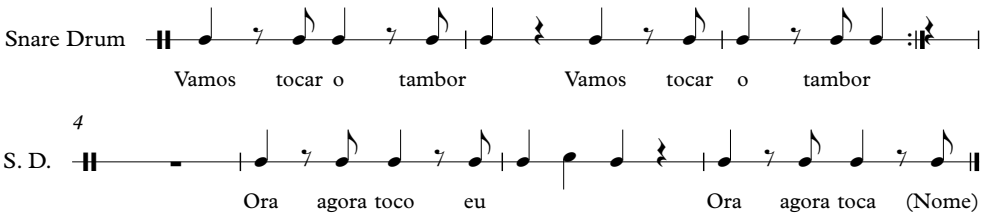


Figura 7. Representa os resultados obtidos na área do perfil de improvisação na grelha de avaliação musicoterapêutica inicial e final.

Anexo G

Canção "Vamos tocar o tambor"



Anexo H

Gráfico Grelha de Avaliação Final – Mário

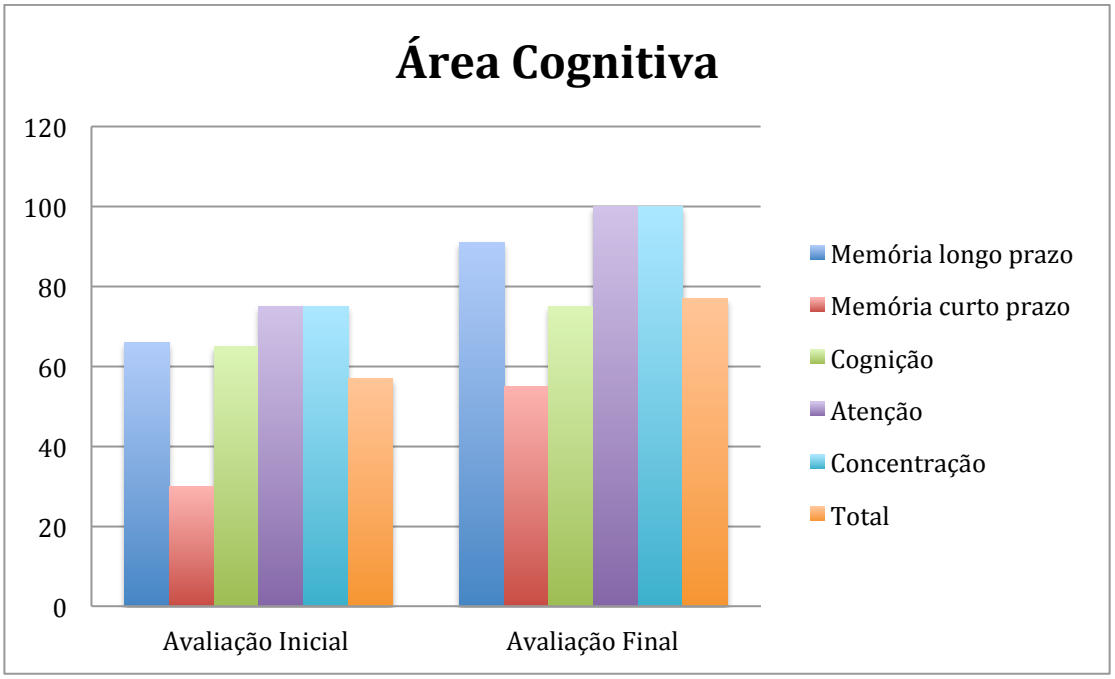


Figura 1. Representa os resultados obtidos na área cognitiva na grelha de avaliação musicoterapêutica inicial e final.

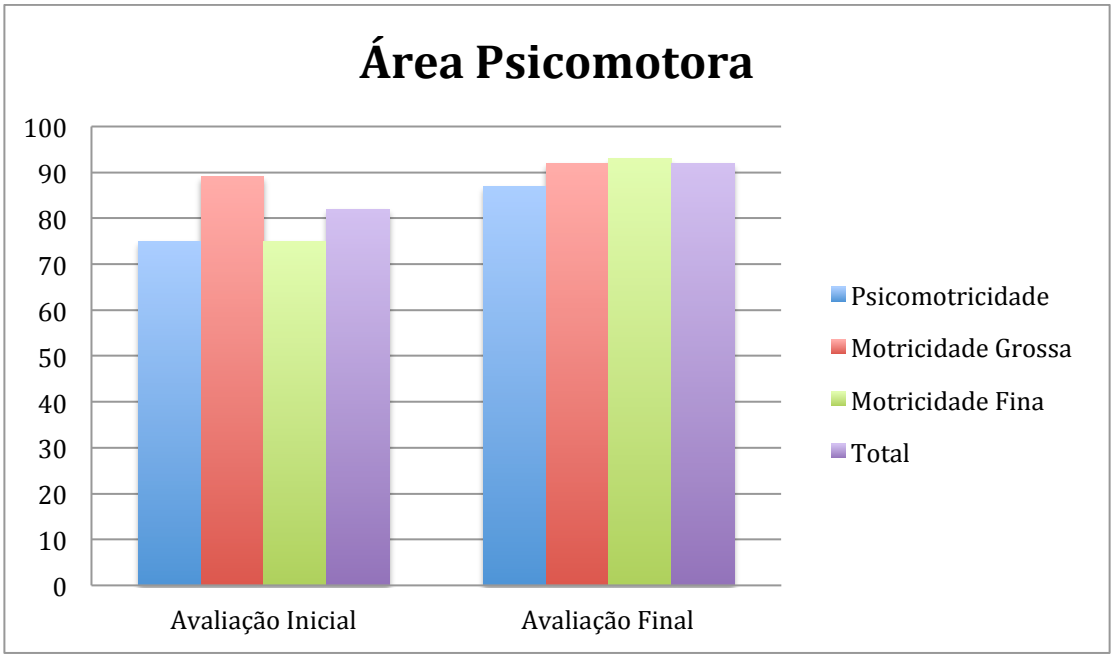


Figura 2. Representa os resultados obtidos na área psicomotora na grelha de avaliação musicoterapêutica inicial e final.

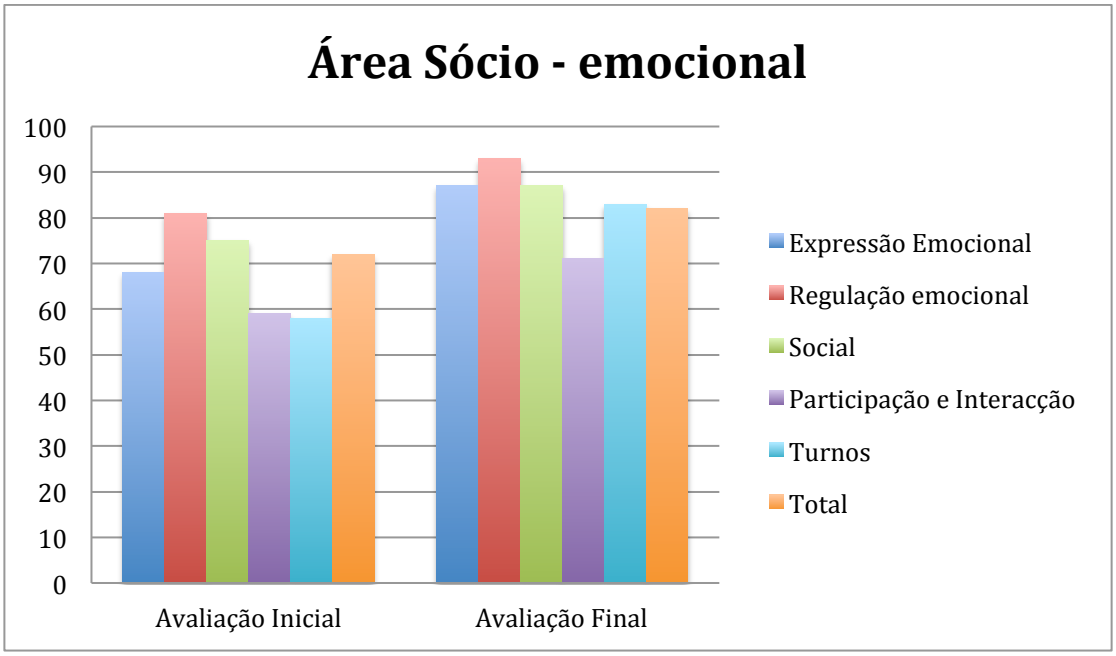


Figura 3. Representa os resultados obtidos na área sócio - emocional na grelha de avaliação musicoterapêutica inicial e final.

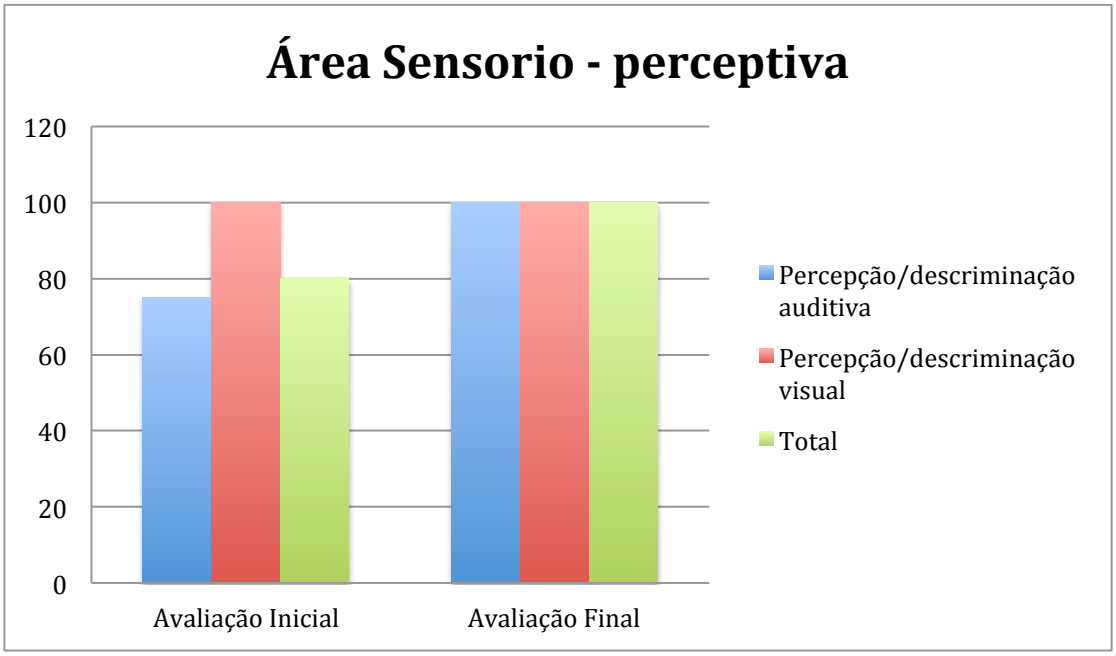


Figura 4. Representa os resultados obtidos na área sensório - perceptiva na grelha de avaliação musicoterapêutica inicial e final.

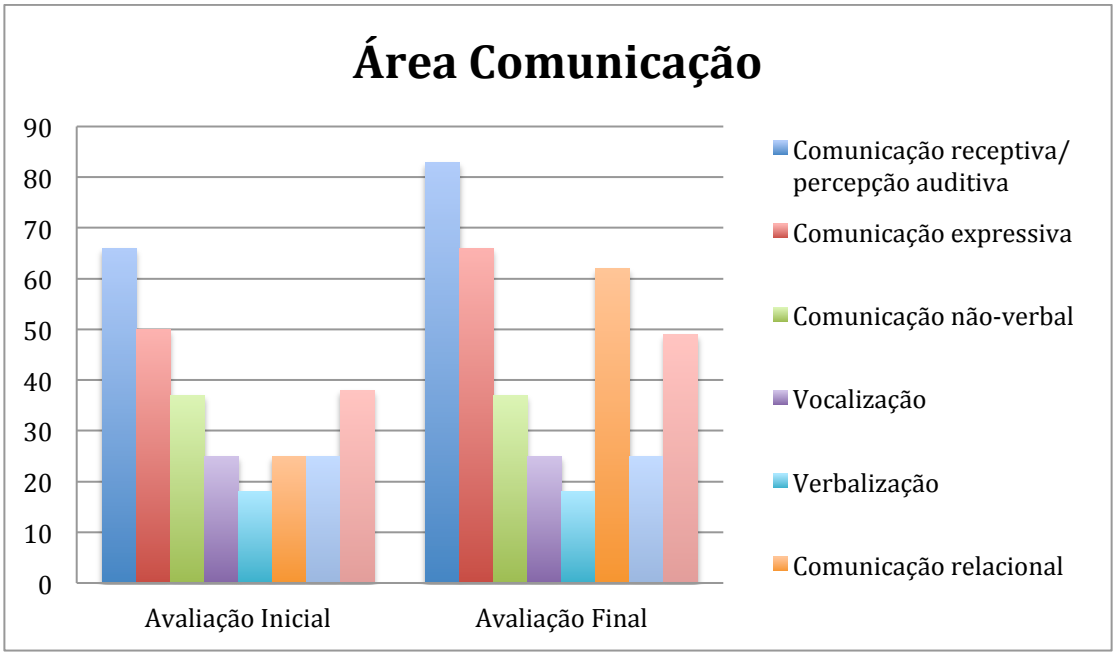


Figura 5. Representa os resultados obtidos na área da comunicação na grelha de avaliação musicoterapêutica inicial e final.

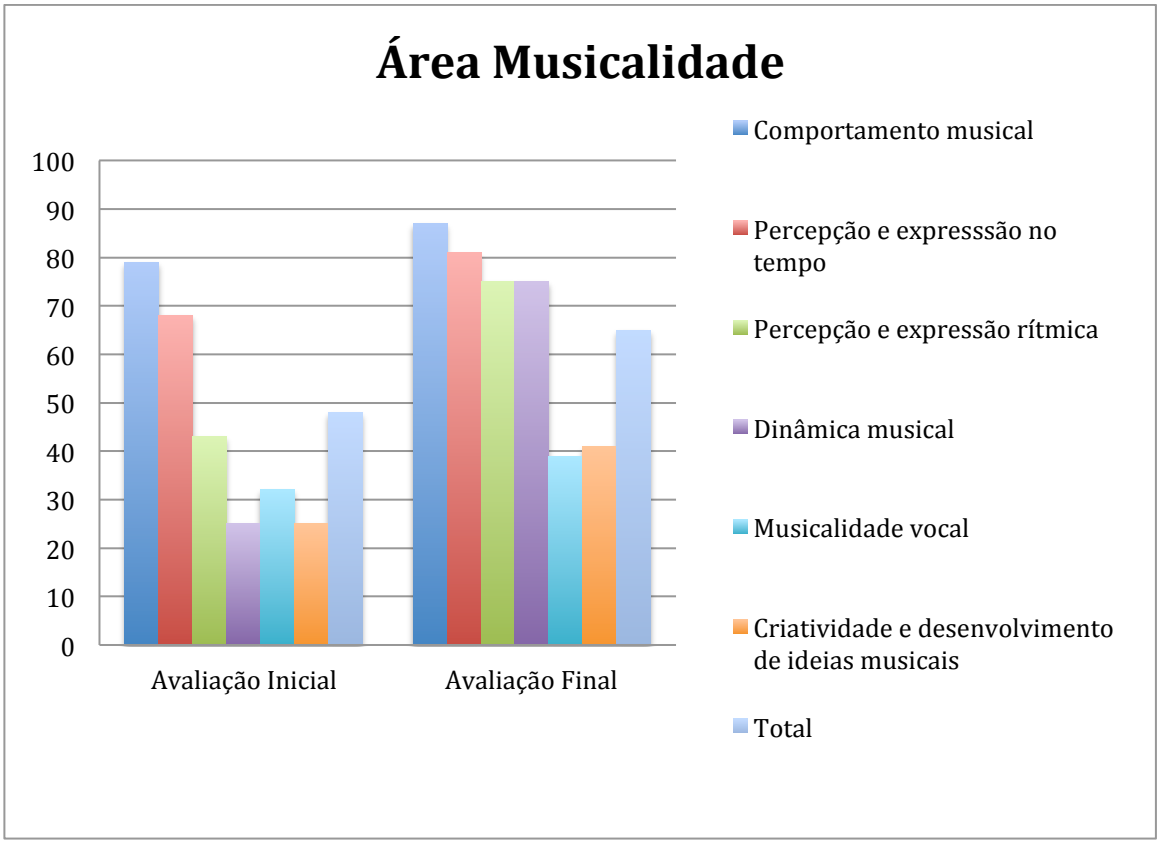


Figura 6. Representa os resultados obtidos na área da musicalidade na grelha de avaliação musicoterapêutica inicial e final.

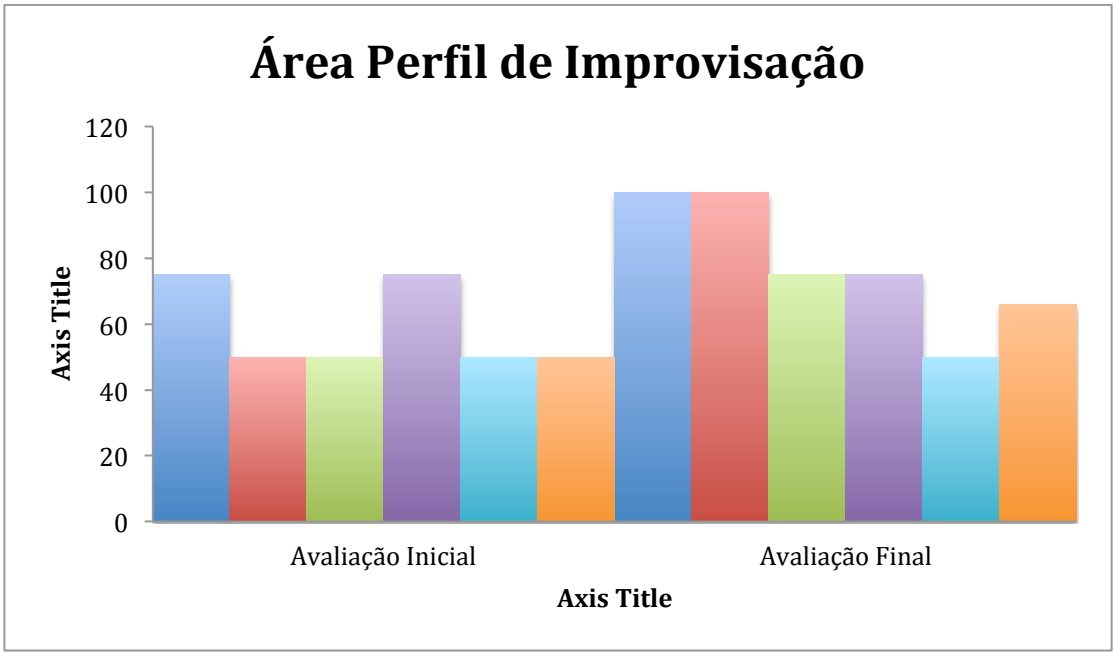


Figura 7. Representa os resultados obtidos na área de perfil de improvisação na grelha de avaliação musicoterapêutica inicial e final.