



Universidades Lusíada

Arcanjo, Margarida Inês Godinho de Jesus, 1987-

A intervenção da musicoterapia em jovens e adultos portadores de deficiência

<http://hdl.handle.net/11067/2033>

Metadados

Data de Publicação	2016-03-08
Resumo	O presente relatório visa dar a conhecer um trabalho de estágio do mestrado em Musicoterapia, com jovens e adultos portadores de deficiência, realizado entre dezembro de 2013 e julho de 2014 no Centro de Atividades Ocupacionais da Fundação Liga em Lisboa. Relatando a preponderância da musicoterapia do desenvolvimento e da musicoterapia comportamental na deficiência, a amostra deste estudo diz respeito a 12 clientes com idades compreendidas entre os 17 e os 34 anos de idade. Cinco casos são indi...
Palavras Chave	Pessoas com deficiência - Assistência em instituições - Portugal - Lisboa, Musicoterapia, Fundação LIGA (Lisboa, Portugal) Ensino e estudo (Estágio)
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-25T19:25:10Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

A intervenção da musicoterapia em jovens e adultos portadores de deficiência

Realizado por:

Margarida Inês Godinho de Jesus Arcanjo

Supervisionado por:

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

Orientado por:

Dr.^a Isabel Lopes Ferreira Amaro

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 Março de 2016

Lisboa

2015



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 intervenção da musicoterapia
em jovens e adultos portadores de deficiência**

Margarida Inês Godinho de Jesus Arcanjo

Lisboa

junho 2015



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 intervenção da musicoterapia
em jovens e adultos portadores de deficiência**

Margarida Inês Godinho de Jesus Arcanjo

Lisboa

junho 2015

Margarida Inês Godinho de Jesus Arcanjo

A intervenção da musicoterapia em jovens e adultos portadores de deficiência

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

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

Orientadora de estágio: Dr.^a Isabel Lopes Ferreira Amaro

Lisboa

junho 2015

Ficha Técnica

Autora Margarida Inês Godinho de Jesus Arcanjo

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

Orientadora de estágio Dr.^a Isabel Lopes Ferreira Amaro

Título A intervenção da musicoterapia em jovens e adultos portadores de deficiência

Local Lisboa

Ano 2015

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

ARCANJO, Margarida Inês Godinho de Jesus, 1987-

A intervenção da musicoterapia em jovens e adultos portadores de deficiência / Margarida Inês Godinho de Jesus Arcanjo; supervisionado por Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer; orientado por Isabel Lopes Ferreira Amaro. - Lisboa : [s.n.], 2014. - Relatório de estágio do Mestrado em Musicoterapia, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa.

I - LEITE, Teresa Paula Rodrigues de Oliveira, 1964-

II - AMARO, Isabel Lopes Ferreira, 1963-

LCSH

1. Deficientes - Assistência em instituições - Portugal - Lisboa
2. Musicoterapia
3. Fundação LIGA (Lisboa, Portugal) - Ensino e Estudo (Estágio)
4. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
5. Teses - Portugal - Lisboa

1. People with disabilities - Institutional care - Portugal - Lisbon

2. Music therapy

3. Fundação LIGA (Lisbon, Portugal) - Study and Teaching (Internship)

4. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations

5. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. ML3920.A73 2014

Agradecimento

Muito obrigada a quem me apoiou e acompanhou nesta jornada musicoterapêutica.

When we feel, we begin to be alive. When we express a feeling, we share with the rest of the world that we are alive. When we express a feeling through music, we invite the rest of the world to share in our experience of the feeling, and to be alive with us.

Unknown

Resumo

A intervenção da musicoterapia em jovens e adultos portadores de deficiência

Margarida Inês Godinho de Jesus Arcanjo

O presente relatório visa dar a conhecer um trabalho de estágio do mestrado em Musicoterapia, com jovens e adultos portadores de deficiência, realizado entre dezembro de 2013 e julho de 2014 no Centro de Atividades Ocupacionais da Fundação Liga em Lisboa.

Relatando a preponderância da musicoterapia do desenvolvimento e da musicoterapia comportamental na deficiência, a amostra deste estudo diz respeito a 12 clientes com idades compreendidas entre os 17 e os 34 anos de idade. Cinco casos são individuais e os restantes sete foram divididos em três grupos distintos. Das patologias associadas, é possível destacar-se a referência ao atraso mental profundo, paralisia cerebral, multideficiência ou até encefalopatia epiléptica grave.

Nos estudos de caso serão apresentadas duas situações distintas quer ao nível de idade quer ao nível de quadro patológico: ao adolescente foi diagnosticado síndrome de West. Por outro lado, o adulto possui hidrocefalia com hemiparesia espástica esquerda.

A voz, a improvisação, a audição e construção de canções deram o mote para um processo terapêutico que se mostrou positivo, dando espaço para a possibilidade deste trabalho continuar a ser feito no sentido de contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos clientes.

Palavras-chave: musicoterapia, deficiência mental, deficiência motora, multideficiência

Abstract

The intervention of music therapy in adolescents and adults with deficiencies

Margarida Inês Godinho de Jesus Arcanjo

This report aims to inform the work of the master's degree in music therapy internship with young people and adults with disabilities, held between December 2013 and July 2014 at the Centre of Occupational Activities League Foundation in Lisbon.

Reporting the preponderance of music therapy and the development of music therapy behavioral disability, the sample of this study relates to 12 clients aged between 17 and 34 years old. Five cases are individual and the remaining seven were divided into three groups. Of associated diseases, it is possible to highlight the reference to profound mental retardation, cerebral palsy, multiple disabilities or even severe epileptic encephalopathy.

In the case studies two different situations are presented both in terms of age or the level of pathological picture: adolescent was diagnosed with West syndrome, while the adult has hydrocephalus with spastic left hemiparesis.

The voice, improvisation, listening and building songs set the tone for a therapeutic process which was positive, making room for the possibility that this work continues to be done in order to contribute to improving the quality of life of clients.

Keywords: music therapy, motor disability, mental deficiency, multiple disabilities

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

AADM – Associação Americana para a Deficiência Mental

AEC – Atividade de Enriquecimento Curricular

APD – Associação Portuguesa de Deficientes

APMT – Associação Portuguesa de Musicoterapia

CAO – Centro de Atividades Ocupacionais

CAOIPPD - Área da Pessoa Portadora de Deficiência

EDF/FED – European Disability Forum/Fórum Europeu da Deficiência

GAE – Gabinete de Apoio ao Estudante

ISO Musical – Identidade Sonora Musical

MTADD – Music Therapy Assessment for Developmental Disabilities

OMS – Organização Mundial de Saúde

Índice

Introdução.....	1
Caracterização da Instituição.....	3
Fundação Liga.....	3
CAO.....	4
Descrição da população-alvo.....	5
Enquadramento teórico.....	6
A deficiência.....	6
Deficiência motora.....	6
Deficiência mental.....	7
Deficiência sensorial.....	8
Multideficiência.....	9
Abordagem psicossocial à deficiência.....	11
<i>A pessoa diferente ou a pessoa não diferente</i>	13
A Musicoterapia e a deficiência.....	14
Musicoterapia comportamental.....	16
A importância da voz no processo terapêutico.....	17
A intervenção da Musicoterapia em clientes portadores de deficiência.....	19
Objetivos do estágio.....	22
Metodologia.....	23
Descrição da amostra.....	23
Procedimentos.....	23
Setting das sessões de Musicoterapia.....	24
Técnicas e métodos musicoterapêuticos utilizados.....	25

Instrumentos de avaliação utilizados	29
Questionário inicial	29
Grelha de avaliação	29
Registo diário de cada sessão	30
Entrevista de avaliação final	30
Agenda semanal	31
Estudos de caso.....	32
Salvador, o jovem do assobio	32
Diagnóstico.....	32
Plano Terapêutico.....	32
O processo terapêutico	33
Resultados e conclusão.....	34
Afonso, o homem da rádio.....	37
Diagnóstico.....	37
Plano Terapêutico.....	37
O processo terapêutico	38
Resultados e conclusão.....	39
Outras intervenções musicoterapêuticas: casos individuais	40
David	40
Frederico.....	42
Íris.....	43
Outras intervenções musicoterapêuticas: casos de grupo.....	45
Ana, Sara e Clara.....	45
Martim, Letícia e Maria	47

Santiago, Letícia e Maria	48
Conclusões.....	50
Reflexão final	52
Referências	55
APÊNDICES	61
Lista de Apêndices.....	62
Apêndice A – Organigrama da Fundação Liga (versão original).....	65
Apêndice B – Resultados dos indicadores de desempenho relativos a clientes (versão original)	66
Apêndice C – Distribuição dos clientes, da Fundação Liga, por sexo e por programa (versão original).....	66
Apêndice D – Distribuição dos clientes, da Fundação Liga, por faixa etária (versão original).....	67
Apêndice E – Distribuição dos clientes, da Fundação Liga, por concelho de residência (versão original).....	67
Apêndice F – Domínios e Áreas de Qualidade de Vida (versão original)	68
Apêndice G – Exemplo de pedido de autorização de gravação das sessões de Musicoterapia enviada, pela Dr. ^a Isabel Amaro (Coordenadora do programa CAO), para todos os encarregados de educação dos clientes	69
Apêndice H – Exemplo de declaração de autorização de gravação das sessões de Musicoterapia enviada pela Dr. ^a Isabel Amaro (Coordenadora do programa CAO) e assinada pelo encarregado de educação de cada cliente.....	70
Apêndice I – Exemplo de comunicação, enviada pela estagiária aos encarregados de educação, a solicitar o preenchimento do questionário de Musicoterapia	71

Apêndice J – Exemplo de questionário inicial feito pela estagiária aos encarregados de educação e auxiliares de cada cliente	72
Apêndice K – Avaliação de Musicoterapia para criação de plano terapêutico (versão original de “Music Therapy Assessment” do livro <i>Music Therapy for the Developmentally Disabled</i> de Edith Boxill, 1985).....	73
Apêndice L – Exemplo de plano terapêutico de cada cliente (versão adaptada de “Music Therapy Assessment” do livro <i>Music Therapy for the Developmentally Disabled</i> de Edith Boxill, 1985).....	73
Apêndice M – Exemplo de folha de presença de cada cliente nas sessões de Musicoterapia	94
Apêndice N – Exemplo de folha de sessão de cada cliente.....	95
Apêndice O – Fotografias da sala de estágio de Musicoterapia na Fundação Liga	96
Apêndice P – Instrumentos utilizados pelos clientes da Fundação Liga durante as sessões de Musicoterapia, em que a última imagem apresenta os dois instrumentos reciclados feitos pela estagiária	97
Apêndice Q – Agenda semanal da estagiária	98
Apêndice R – Tabela de níveis de comportamento adaptativo de um deficiente mental (versão original).....	100
Apêndice S – Canção-hino das sessões de Musicoterapia	101
Apêndice T – Letra de uma canção criada durante as sessões de Musicoterapia.....	102
Apêndice U – Exemplo de entrevista de avaliação final elaborada pela estagiária e feita a encarregados de educação e auxiliares dos clientes das sessões de Musicoterapia...	103

Apêndice V – Grelha de avaliação utilizadas nas sessões de Musicoterapia (versão original de “MTADD Data Form” do livro <i>Music Therapy for the Developmentally Disabled</i> de Edith Boxill, 1985).....	104
Apêndice W – Grelha de avaliação utilizada nas sessões de Musicoterapia (versão adaptada de “MTADD Data Form” do livro <i>Music Therapy for the Developmentally Disabled</i> de Edith Boxill, 1985) – Resultados do estudo de caso do Salvador.....	105
Apêndice X – Grelha de avaliação utilizada nas sessões de Musicoterapia (versão adaptada de “MTADD Data Form” do livro <i>Music Therapy for the Developmentally Disabled</i> de Edith Boxill, 1985) – Resultados do estudo de caso do Afonso	111
Apêndice Y – Calendário de participações da estagiária em eventos da Fundação Liga.....	115
Apêndice Z – Como ajudar um deficiente com cadeira de rodas (versão original)	116

Introdução

O presente relatório expõe o trabalho realizado no âmbito do estágio curricular do curso de mestrado em musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa.

Realizado nas instalações da Fundação Liga, este estágio teve intervenção directa com jovens e adultos do programa CAO. A fase de observação decorreu de 3 de dezembro de 2013 a 6 de janeiro de 2014 e a fase de intervenção desenrolou-se de 7 de janeiro até 30 de julho de 2014. No total, foram cumpridas 409 horas de estágio.

A intervenção da musicoterapia em jovens e adultos portadores de deficiência é o título deste trabalho que visa falar das potencialidades deste tipo de terapia, proporcionando uma melhor qualidade de vida a cada um dos clientes.

Foi feita uma apresentação geral da instituição, a Fundação Liga, bem como do CAO onde a estagiária incidiu o foco do seu trabalho. A par disso, foi descrita também a população-alvo para se perceber que tipo de clientes frequenta este local.

O enquadramento teórico sucede o capítulo anterior e aprofunda a etiologia da deficiência motora, mental, sensorial e multideficiência para assim se poder compreender que a musicoterapia do desenvolvimento e a musicoterapia comportamental são determinantes nestes quadros patológicos.

A qualidade de vida de um deficiente está também expressa neste trabalho. Não importa só compreender as lacunas existentes e quais os responsáveis por elas, mas também valorizar o programa, que vigorará de 2007 a 2025, e que foi instituído pelo Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.

No que diz respeito à intervenção directa com os clientes, foram definidos três objectivos de acordo com as características e necessidades da Fundação Liga para dar fundamento e sustentação ao estágio em musicoterapia em questão.

Para uma avaliação mais pormenorizada dos dois estudos de caso escolhidos, recorreu-se a uma grelha avaliação (proveniente do trabalho desenvolvido por Edith Boxill) que demonstra os resultados positivos obtidos ao longo das diversas sessões. Através de técnicas musicoterapêuticas como a improvisação, a audição e construção de canções, o Salvador e o Santiago mostraram que a música pode contribuir, em muito, para a melhoria da sua qualidade de vida, independentemente da patologia que possuem.

Caracterização da Instituição

Fundação Liga

A Fundação Liga foi criada por um grupo de famílias, no ano de 1952, para dar apoio a crianças e jovens portadores de deficiência motora.

Em 1956, o Dr. João dos Santos (prestigiado médico e psicanalista português) preside à direção desta fundação e iniciam-se diversos projetos: programa de reabilitação para crianças e jovens com deficiência motora; ateliês de expressão artística; escola de cerâmica; escola primária oficial; ações de formação e centro de acolhimento para crianças com paralisia cerebral.

Com o avançar do tempo, a fundação foi estabelecendo parcerias com instituições e empresas diversificadas – Câmara Municipal de Lisboa, Administração Regional de Saúde, Secretaria de Estado da Juventude, IBM Portugal e Inatel – que possibilitaram a sua divulgação na comunidade e enriquecimento da sua oferta profissional.

A cada dia, a instituição recebe dezenas de pessoas – vindas do concelho de Lisboa e de zonas limítrofes – de todas as idades com e sem qualquer patologia que se encaminham para as diferentes áreas de atividade que aqui existem: centro de recursos para a funcionalidade humana (intervenção precoce na infância, recursos para a educação, atividades ocupacionais, clube sénior, formação profissional e emprego); clínica de medicina, (re)habilitação e bem-estar (saúde e (re)habilitação e vida autónoma); acessibilidade; centro de estudos e casa das artes (formação inicial e avançada nos diversos domínios artísticos, Plural – núcleo de dança contemporânea e galeria “O corredor”). Não obstante, a instituição proporciona também outro tipo de

serviços: catering; restauração; aluguer de espaços; tecnoteca e liga acesso (apêndice A).

CAO

Inserido no Centro de Recursos para a Funcionalidade Humana, o CAO foi o local de realização deste estágio académico.

A coordenação desta valência da Fundação Liga está a cargo da Dr.^a Isabel Amaro, psicóloga educacional de formação e coordenadora no local do estágio em musicoterapia em questão.

O CAO é um programa concebido para pessoas, com idade igual ou superior a dezasseis anos, que possuem alterações da funcionalidade. Ao fazer parte deste núcleo, o cliente está a intervir – ao nível individual – no melhoramento da sua qualidade de vida em diferentes áreas de atuação (diversidade física, mental, social e cultural), com vista a estimular-se e reconhecer-se como cidadão, permitindo a redução da sua dependência funcional e social.

Atualmente, o programa tem cerca de 90 clientes (apêndice B) que estão distribuídos por diferentes grupos de acordo com as suas alterações da funcionalidade. A intervenção desenvolvida abrange atividades artísticas (dança, teatro, movimento e drama), ocupacionais (ateliê de papel machê), culturais, recreativas, desportivas e terapêuticas (fisioterapia e terapia ocupacional). Alguns jovens desenvolvem também atividades socialmente úteis (administrativa, pastelaria, de limpeza e manutenção), recebendo uma remuneração consoante a função que exercem.

Descrição da população-alvo

Segundo o Relatório e Contas 2012 elaborado pela Fundação Liga, esta instituição recebeu 785 clientes dos quais 345 são do sexo feminino e 440 do sexo masculino (apêndice C).

O programa ocupação para o emprego de pessoas com deficiência é o que obtém um maior número de interessados (total de 494 pessoas). É de realçar o facto de que a faixa etária da população-alvo (apêndice D) é muito dinâmica (dos 0 meses até mais de 86 anos de idade), sendo o concelho de Lisboa a zona de residência da maioria dos intervenientes, logo seguido pelos concelhos de Odivelas e de Loures (apêndice E).

Alguns clientes apresentam patologias concretas (paralisia cerebral, perturbações globais do desenvolvimento, deficiências motoras, deficiências cognitivas e multideficiências), estando distribuídos pelas diversas salas consoante a idade e o diagnóstico previamente feito.

A Fundação Liga recebe, em regime laboral (das 9h às 17h), a presença da população mencionada acima e nenhum deles mora na instituição. A chegada e o retorno a casa, de cada cliente, podem ser feitos de duas formas distintas: na viatura de um familiar ou numa ambulância dos Bombeiros Voluntários da zona de residência do interessado. Quanto às refeições, cada pessoa almoça e lancha no refeitório da instituição, mediante o pagamento de um valor simbólico. Contudo, há clientes que já trazem a comida de casa e fazem as suas refeições no mesmo local e à mesma hora que os outros colegas.

Enquadramento teórico

A deficiência

Segundo Reis e Peixoto (1999), o termo deficiência diz respeito a uma alteração do modelo biomédico do indivíduo que só pode ser avaliada por pessoas qualificadas para fazer essa análise detalhada quer ao nível mental e quer ao nível físico. Não obstante, surgem perdas ou mudanças que podem apresentar-se de forma temporária ou permanente, existindo ou aparecendo sempre uma deformidade, imperfeição ou perda de um membro, órgão, tecido ou outro elemento do corpo.

Um estudo feito pelo Fórum Europeu da Deficiência [EDF/FED] (n.d.) considerou serem mais de 50 milhões, em todo o mundo, os cidadãos com deficiência e uma em cada quatro famílias tem um membro com esse tipo de patologia.

Relativamente à Educação, muitas crianças com deficiência não têm oportunidade igualitária de acesso a esta área e possuem menos condições de ter rendimentos provenientes do trabalho, sendo eles – geralmente – mais baixos do que uma pessoa sem deficiência. Vivendo, por norma, num ambiente condicionado ao nível de infra-estruturas e acessos, uma em cada duas pessoas nunca participou numa actividade de lazer, cultural ou desportiva nem teve possibilidade de ir a um teatro, cinema, concerto, bar, restaurante ou biblioteca. Há registo de serem mais de 200 mil os deficientes forçados a viver em instituições, sem direito a fazer escolhas na sua vida e privados de exercer os seus direitos humanos (Associação Portuguesa de Deficientes [APD], 2009).

Deficiência motora

Numa informação digital veiculada pelo Gabinete de Apoio ao Estudante da Universidade de Évora – Apoio aos Alunos com Necessidades Educativas Especiais

[GAE] (n.d.), é expresso o significado de deficiência motora que também pode ser designada por deficiência física. Aparecendo de forma inata ou adquirida e podendo ser passageira ou duradoura, afeta a mobilidade, a coordenação motora e a fala do indivíduo.

Estando internamente ligado ao funcionamento do aparelho locomotor (sistema osteoarticular, sistema muscular e sistema nervoso), este tipo de patologia possui diferentes níveis de gravidade segundo a parte do corpo afetada e a lesão que é tida. Para que o deficiente motor possa ter uma satisfatória qualidade de vida (como por exemplo caminhar ou subir escadas com pouca ou grande dificuldade) é necessário recorrer a métodos, recursos didáticos e equipamentos especiais como é o caso de uso de próteses, cadeira de rodas ou outro tipo de aparelhos auxiliares que lhe permitirá uma maior autonomia no seu dia-a-dia (Área da Pessoa Portadora de Deficiência – Ministério Público do Estado do Paraná [CAOIPPDP], 2011).

Deficiência mental

Para a OMS, a deficiência mental é definida como sendo um desenvolvimento incompleto ou insuficiente das capacidades mentais. Também Reis e Peixoto (1999) afirmam que uma pessoa deficiente é alguém que tem dificuldade em adaptar-se ao mundo que o rodeia, devido a uma redução substancial nas funções do intelecto que ocorrem durante o seu período de desenvolvimento. Para se assumir que um dado cliente tem deficiência mental é necessário ser assinalado segundo um sistema de classificação.

Em 1992, a AADM, propôs um documento em que Reis e Peixoto (1999) realçam algumas principais características: (a) criação, classificação e descrição do diagnóstico da deficiência mental e (b) identificar o perfil e intensidades de apoio

necessários consoante as quatro dimensões existentes (funcionamento intelectual e capacidades adaptativas, considerações psicológicas/emocionais, considerações físicas/etiológicas/de saúde e considerações do meio envolvente).

Foram, então, determinados os três tipos de causas da deficiência mental: (a) ambientais (biológicas pré-natais – alcoolismo, rubéola... - perinatais – anoxia – e pós-natais – acidente ou psicossociais afetivas); (b) genéticas (génicas ou cromossómicas) e (c) desconhecida ou mista. Todavia, o estudo da deficiência mental dá como critérios etiológicos: (a) causas orgânicas ou disfunções; (b) alterações genéticas (cromossómicas); (c) causas socioculturais; (d) causas de etiologia afectiva, psicopatologia grave ou devido a institucionalização precoce ou prolongada; (e) causas culturais-familiares devido à pobreza do património hereditário ou até (f) causas desconhecidas (Reis e Peixoto, 1999).

Sloan e Birch (1955) definiram níveis de comportamento adaptativo que Reis e Peixoto (1999) apresentam numa tabela (apêndice Q). Nessa imagem, a faixa etária é dividida em três grupos distintos (idade pré-primária – dos 0 aos 5 anos de idade; idade escolar – dos 6 aos 21 anos de idade e adulto – a partir dos 21 anos de idade) que se desenrolam em quatro graus diferentes de comportamento (ligeiro, moderado, severo e profundo). Constata-se, assim, que existem três blocos temporais na vida de um deficiente mental: (a) maturação e desenvolvimento; (b) educação e treino e (c) ajustamento social.

Deficiência sensorial

É um tipo de patologia com uma vasta gama de dificuldades sensoriais, multi-sensoriais e físicas que podem ser segmentadas em quatro tipos diferentes: (a) visual (perda total ou parcial da visão); (b) auditiva (perda total ou parcial da audição); (c)

surdo-cegueira (perda – congénita ou adquirida – da audição e da visão de tal forma que a combinação das duas deficiências impossibilita o uso dos sentidos, levando a necessidades especiais de comunicação e causando muita dificuldade na conquista de metas educacionais, vocacionais, recreativas ou sociais) e (d) múltipla deficiência sensorial (deficiência visual e auditiva associadas a outras condições de comportamento e comprometimentos, sejam eles na área física, intelectual ou emocional, bem como dificuldades de aprendizagem) (*Special Educational Needs Code of Practice*, 2001).

A escala sensorial estende-se desde a profunda e permanente surdez ou deficiência visual até a algo temporário. Por outro lado, as deficiências físicas podem surgir a partir de causas físicas, neurológicas ou metabólicas que requerem apenas o acesso a instalações e equipamentos de ensino adequados. Não obstante, outras pessoas podem necessitar de uma aprendizagem mais complexa e social: (a) mecanismos de ensino flexíveis; (b) condicionamento acústico e de iluminação; (c) adaptações ao ambiente físico da escola; (d) adaptações às políticas e procedimentos da escola; (e) acesso a formas de comunicação alternativa ou aumentada; (f) prestação de materiais táteis (ação do toque) e cinestésicos (ação corporal); (g) o acesso a diferentes sistemas de amplificação e (h) acesso frequente de apoio especializado (*Special Educational Needs Code of Practice*, 2001).

Multideficiência

Alberto e Heller (1995) recorrem a Hart (1988) quando afirmam não existir uma definição concreta deste tipo de deficiência. Por norma, diz respeito a um indivíduo que tem duas ou três deficiências que afetam significativamente a sua funcionalidade ao nível educacional, vocacional e de ambiente em comunidade.

Segundo Pueschel e Mulick (1990), a multideficiência pode ocorrer na fase pré-natal como deficiência do desenvolvimento (síndrome de down) ou pós-natal como parcialidade adquirida (meningite, abuso de substâncias, abuso físico ou malnutrição), podendo ser diagnosticada através de exames e diagnóstico médico. Em alguns casos, pode ser descoberto mesmo antes do nascimento da criança, pouco tempo depois de ter ocorrido o acidente ou infecção. Todavia, há situações que só podem ser analisadas durante a infância ou adolescência como é o caso da paralisia cerebral ou retardo mental recorrendo a exames neurológicos, raio X, testes visuais e auditivos, exames do desenvolvimento, testes psicológicos ou exames psiquiátricos (Alberto e Heller, 1995).

Existem quatro categorias determinadas onde a multideficiência ocorre: deficiências cognitivas, físicas, sensoriais e psiquiátricas ou de comportamento. Para se considerar que uma determinada pessoa tem esta patologia, é necessário que tenha uma ou mais deficiências de cada categoria ou da mesma categoria (Alberto e Heller, 1995).

Alberto e Heller (1995) destacam também as combinações mais frequentes: cognitiva e física (retardo mental e paralisia cerebral ou espinha bífida), cognitiva e sensorial (retardo mental e surdez), cognitiva e comportamental (retardo mental e hiperactividade), física e sensorial (paralisia cerebral e cegueira), física e comportamental (lesão medular e distúrbio emocional), sensorial e comportamental (audição parcial e autismo). As combinações mais comuns dentro da mesma categoria apresentam-se como sendo parcialidade sensorial (surdo-cego), parcialidade física dupla (paraplegia e amputação do membro) ou parcialidade comportamental dupla (distúrbio emocional e abuso de substâncias).

Não existem medidas pré-definidas que previnam esta doença. Contudo, Alberto e Heller (1995) defendem que antes da concepção, esquemas genéticos e aconselhamento

médico podem decrescer o risco de síndromes e gravidezes indesejadas. Durante a gravidez, há a possibilidade de se recorrer a um bom cuidado ao nível obstétrico, nutrição própria e não consumo de álcool e drogas. Depois da criança nascer resta haver a alimentação e cuidados apropriados, incluindo a não permissão de comportamentos abusivos e a prevenção de acidentes.

Uma criança com multideficiência tem uma reduzida oportunidade de experienciar novas situações; dificuldade em tratar a informação que lhe chega; dificuldade de simbolização; ausência de linguagem; necessidade de ter uma aprendizagem apoiada por terceiros e dificuldade em interagir com pessoas e objectos (Clarisse Nunes e Isabel Amaral, 2008).

Segundo Alberto e Heller (1995), o tratamento adequado para este tipo de deficiência restringe-se a intervenções ao nível médico (medicação, cirurgias, instrumentos adaptativos e terapia – ocupacional, física ou terapia da fala), educacional (instituições de educação especial com recurso a braille, técnicas de mobilidade e treino de competências sociais) e técnicas reabilitativas (apoio ao emprego, adaptação do meio envolvente melhorando as condições quer no trabalho quer em casa e aconselhamento psicológico relativo também a drogas e álcool).

Abordagem psicossocial à deficiência

Segundo a OMS, é peremptório dar importância à qualidade de vida do indivíduo deficiente de forma a proporcionar os mesmos direitos que a um cidadão comum. Por isso, foi criado um programa pelo Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (2007) que visa estar em pleno funcionamento de 2007 até 2025.

O conceito de qualidade de vida tanto pode ser aplicado à definição de políticas para o cidadão deficiente como para o cidadão em geral, visto estar em causa a

necessidade do ser humano em se realizar nos diversos campos onde o seu bem-estar e a sua vida são os focos principais. Assim, definiram-se domínios de qualidade de vida que foram agrupados em três áreas distintas (apêndice F).

A primeira área apresentada refere-se ao *bem-estar físico e material* e a domínios como: (a) rendimentos e prestações sociais; (b) cuidados de saúde; (c) trabalho e emprego; (d) habitação; (e) mobilidade; (f) turismo e (g) lazer. A segunda área diz respeito à autodeterminação e desenvolvimento pessoal onde estão abrangidos: (a) a autonomia e resiliência; (b) acessibilidade comunicacional e pragmática; (c) desenvolvimento psicológico e de capacidades sociais; (d) educação e formação ao longo da vida; (e) criatividade e (f) expressão emocional. Por último, a terceira área determina os direitos e inclusão social através dos domínios: (a) aceitação e respeito; (b) proteção jurídica; (c) desempenho de papéis e funções na vida pública; (d) solidariedade; (e) integração em redes sociais; (f) família e (g) ativação de direitos (Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, 2007).

Para esta estratégia se fazer valer, é necessário centrá-la em três ações primordiais: (a) aumentar a oferta de oportunidades concedidas pelas instituições a cidadãos com deficiências e incapacidades; (b) colaborar com as pessoas com deficiências e incapacidades no sentido de permitir que estas tenham um desenvolvimento das suas competências pessoais e de participação social; (c) modificar a mentalidade que o deficiente tem de si mesmo e que as instituições têm do próprio deficiente (Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, 2007).

Fernando Gomes da Costa (2001) defende que a qualidade de vida de cada um é um conceito muito pessoal, visto cada indivíduo ser único. Alerta também para o facto

de que, enquanto um cidadão comum pode buscar qualidade de vida por si próprio, o deficiente mental, por exemplo, não o pode fazer sem o auxílio de terceiros.

A pessoa diferente ou a pessoa não diferente

Pessoa diferente como sendo a pessoa deficiente e *pessoa não diferente* como sendo o cidadão em geral. Definições ambíguas para distinguir uma pessoa. Fernando Gomes da Costa (2001) recorre a elas para nos mostrar as vivências de um indivíduo com deficiência e outro sem deficiência. Ambos nascem, de forma geral, no seio de uma família que os acompanha diariamente. Quando chega a fase pré-escolar e escolar, dividem o seu tempo entre a escola/instituição e a casa onde moram.

Ao surgir a fase juvenil cria-se uma distância maior entre ambos: o *não diferente* passa mais tempo fora de casa e tem o seu grupo de amigos, enquanto que o *diferente* continua a depender de terceiros para cumprir os seus hábitos do dia-a-dia. Assim que a fase adulta chega, o *não diferente* cria uma maior autonomia da família, começa a ter planos para constituir o seu núcleo familiar, mas o *diferente* continua a sua rotina entre a instituição onde está e a casa onde habita. Os pais, em muitos casos, passam a ser o seu maior apoio. Quando eles morrem, o *diferente* continua a conseguir orientar a sua vida, a ter o seu emprego e a capacidade de se autogovernar. Por outro lado, o *não diferente*, que no exemplo de Fernando Gomes da Costa (2001) é o deficiente mental severo ou profundo, não consegue nortear-se sozinho. Falta-lhe terceiros. E se não tiver familiares que o acolham e protejam, mais difícil se torna.

Em 1983, o Secretariado Nacional de Reabilitação redigiu um documento intitulado *Como ajudar um deficiente com cadeira de rodas* (apêndice V) onde são expressos diversos conselhos para que qualquer indivíduo possa colaborar com um deficiente que utilize diariamente o transporte móvel em questão. São dadas dez dicas

(a) de quando acompanhar um deficiente; (b) como manusear uma cadeira de rodas; (c) como fazer a subida ou (d) descida de um passeio ou degrau; (e) como fazer a subida ou (f) descida de uma escada; (g) qual a melhor forma de transferência de um deficiente para um automóvel ou autocarro; (h) formas de dobrar uma cadeira de rodas; (i) como ajudar o deficiente a sair de uma cadeira de rodas e (j) a deslocá-lo para outro sítio.

A qualidade de vida de uma pessoa deficiente (por exemplo o acesso à alimentação, higiene, vestuário, saúde, ocupação, estímulos, apoios sociais, defesa dos seus direitos civis e jurídicos) deve ser, segundo Fernando Gomes da Costa (2001), assumido não só por uma instituição, mas também ser pensado com tempo para que o deficiente possa usufruir de uma estrutura estável e assim ter, ao longo da sua vida, o bem-estar emocional e físico que merece.

A Musicoterapia e a deficiência

Seashore (1938) defende que toda a percepção envolve memória, inteligência e ação, enquanto que todos os sentimentos envolvem percepção, imaginação e ação. O organismo responde como um todo. De uma forma generalizada, toda a ação de um comportamento normal representa quer atração quer repulsa, gostar ou não gostar, concordância ou discordância. A música, por seu lado, lida com o sentimento de agradabilidade, gosto, atração e também com os seus opostos (desagradabilidade, não gostar e repulsa).

A música, através das suas propriedades físicas e do seu valor emocional, permite mudanças ao nível mental e físico no ser humano. Essas mudanças são medíveis e progressivas. O conhecimento já adquirido da música, da criatividade e das artes liberais concede as ferramentas necessárias à musicoterapia para poder atingir os objetivos de reabilitação na manutenção da saúde e nos cuidados (Gileno, n. d.).

Quando se trata de deficiência, o musicoterapeuta tem de aprender a trabalhar com clientes que, há partida, não parecem saber comunicar. Compreender, por exemplo, os gritos de uma jovem mulher deficiente e fazer com que a comunicação exista entre terapeuta e paciente. Há sempre o receio de não se ser compreendido. Mas se nós permitirmos que os outros cheguem a nós, então a comunicação é possível, visto que ela não reside numa só pessoa. É a mutualidade que tem importância nas nossas vidas (Aldridge, 2005).

Gileno (n. d.) mencionou existirem quatro métodos em musicoterapia: (a) musicoterapia improvisada (a música vai sendo criada à medida que o terapeuta vai observando o cliente ou o grupo de clientes, recorrendo-se à utilização da voz, de instrumentos ou aparelhos electrónicos); (b) musicoterapia vocal (dar respostas vocais aos clientes ou para os clientes através de uma canção); (c) musicoterapia adaptativa (utilizar a música com o intuito de condicionar ou educar os clientes no campo da reabilitação cognitiva, física ou psicológica); (d) musicoterapia multimodal (junção de diversos métodos musicoterapêuticos para alcançar objectivos específicos de cada cliente ou grupo de clientes).

Musicoterapia do desenvolvimento

Fidler, Lawson e Hodapp (2003) demonstraram que a musicoterapia é cada vez mais associada com a educação especial, nomeadamente com a educação de estudantes com deficiências graves. É vista como um componente desejável de educação por parte de alguns pais de alunos com deficiência (Stephenson, 2006).

Frans W. Schalkwijk (1994) mostra-nos que a deficiência do desenvolvimento era vista como uma doença psiquiátrica. As pessoas eram escondidas em casa longe de todos ou numa instituição e destinadas a ter a vida de um intocável. Pouco a pouco foi-

se percebendo que era importante conceder outro tipo de atividades como andar, fazer terapia, fazer música, cantar, tocar bateria ou tocar em orquestra de forma a proporcionar prazer e satisfação aos destinatários. Juliette Alvin descobriu que as pessoas com deficiência do desenvolvimento tinham uma enorme reacção quando a viam ou ouviam tocar. Tinha por hábito visitá-las, fazer música com elas e tocar-lhes o seu violoncelo. Eram assim estimulados e convidados a ter prazer numa atividade. Também Paul Nordoff e Clive Robbins desenvolviam, em escolas e centros de dia dos Estados Unidos da América, jogos musicais onde cada pessoa – de acordo com as suas capacidades – poderia participar.

O tratamento das deficiências de desenvolvimento baseia-se em quatro tipos de problemáticas: déficits mentais, comportamentos mal adaptativos, disfunções físicas e distúrbios emocionais. Para o terapeuta, tornar-se necessário ter consciência das características de aprendizagem deste tipo de população: (a) incapacidade de generalizar; (b) pensamento concreto; (c) capacidade limitada ou inexistente para pensar em abstrações; (d) incapacidade de participar ou manter a atenção; (e) grandes disparidades na memória de longo e curto prazo; (f) atraso na resposta a uma actuação baseada em estímulos; (g) necessidade de mais do que o tempo médio para assimilar algo (Boxill, 1985).

Musicoterapia comportamental

Para Madsen (n. d.), a abordagem comportamental na Musicoterapia diz respeito à aplicação científica da música para alcançar objetivos terapêuticos, sejam eles comportamental, desenvolvimental e/ou médico, recorrendo a programas de avaliação. A música pode ser usada como: (a) sugestão; (b) estruturando o movimento do corpo; (c) foco de atenção e (d) recompensa. A eficácia do modelo comportamental é

extremamente complexo e requer extensa formação. É frequente dizer-se que o behaviorista tenta negar as complexidades do comportamento humano ou que os clientes deste tipo de abordagem vão tornando a sua ação mais mecanizada, ou seja, menos inata.

Condicionamento, descondicionamento, anulação, dessensibilização e desempenho de papéis são alguns dos métodos comportamentais utilizados em musicoterapia (Rudd, 1990).

A importância da voz no processo terapêutico

A primeira expressão de um sentimento instintivo é feita através da voz: choros, lamúrias, gemidos, risadas, gargalhas, soluços e gritos transportam a nossa raiva, tristeza, alegria e medo do nosso mundo interior (da nossa experiência psíquica) para o mundo exterior da comunicação. (Newham, 1999)

Muitas pessoas optam por trabalhar a sua voz através da terapia. Os seus problemas conectam-se a um conflito entre pensamento e sentimento, fazendo com que a voz, por seu lado, se sinta incapaz de exprimir, vocalizar, regurgitar, expelir, silenciar e digerir devido à ambivalência e confusão que são criadas. (Newham, 1999)

Para Newham (1999), expandir a garganta é um processo psicológico que tem implicações emocionais profundas. O tubo vocal, em particular a garganta, é uma parte altamente carregada do corpo. Neurologicamente, é uma parte do corpo onde está um vasto circuito de nervos. Psicologicamente, é o núcleo de diversos problemas psicológicos: (a) problemas de expulsão e retenção; (b) problemas de extroversão e introversão; (c) problemas de penetração; (d) problemas de fala ou de se manter em silêncio; (e) problemas relacionados com o comer e digestão e (f) problemas que estão relacionados com o facto de se ter ou não “voz”. Os exercícios psicológicos permitem

encorajar a expansão vocal ao nível da garganta, estimulando reações psicossomáticas que precisam de ser tratadas em conjunto com a existência de sensibilidade, exatidão, compaixão e carinho.

No caso da deficiência, o uso da voz – combinada com o movimento – é uma das ferramentas válidas para ser utilizada com esta população. Segundo Newham (1999), muitas das pessoas com quem ele trabalhou eram incapazes de articular algo para além de algumas palavras. Porém, conseguiam acompanhar através de gestos. Em adultos que simultaneamente sofrem de disfunções musculares ou neuromusculares, os movimentos expressivos do corpo aparecem muitas vezes extremamente contorcidos. Por outro lado, a tensão muscular tem efeitos bastante prejudiciais para a laringe, produzindo uma voz que é esticada, tensa e que requer grande esforço para produzir.

O que uma estratégia terapêutica não-verbal como terapia do movimento de voz pode oferecer é uma nova visão em que os padrões de som e movimento podem ser percebidos como uma linguagem alternativa para verbalmente articular pensamento. Quando se trabalha com os clientes para quem a aquisição da linguagem verbal não é uma opção, a única escolha é relacionar-se com eles na sua “língua”, que são o som e o movimento. Isso significa que o terapeuta deve, em primeiro lugar, estar disposto a ouvir e ver expressões do cliente como significativo e expressivo. Depois, ter vontade de usar a sua própria voz e o seu corpo, da mesma forma como o cliente, para partilharem uma linguagem não-formal de voz e movimento. Quando se trabalha com pessoas com deficiências ou doenças graves graves, como por exemplo a esclerose múltipla, as vozes muitas vezes revelam uma grande vibração. Uma das coisas mais gratificantes sobre como trabalhar através da voz é perceber que as pessoas que estão fisicamente imobilizadas podem trabalhar através do som (Newham, 1999).

A intervenção da Musicoterapia em clientes portadores de deficiência

Num artigo escrito por si em 2006, Stephenson recorda os seis objetivos musicoterapêuticos que Meadows (1997) considerou determinantes para este tipo de população durante a infância: (a) criar um ambiente confiável em torno da criança de forma a satisfazer as suas necessidades básicas; (b) fortalecer o sentido criança dentro dela mesma, permitindo que crie proximidade com os instrumentos, com a música e com o terapeuta; (c) estabelecer/restabelecer relações interpessoais; (d) desenvolver competências específicas da criança, como por exemplo o contacto visual, levando a um atenuar do comportamento patológico; (e) permitir um desenvolvimento da sua consciência e sensibilidade para a beleza da música.

Em 2005, o Centro de Musicoterapia da Califórnia criou diversas fichas técnicas onde são apresentados, em seguida, os benefícios de sessões de musicoterapia para clientes portadores, por exemplo, de autismo, paralisia cerebral, surdo-cegueira, síndrome de Down, síndrome de Rett.

No caso do autismo, é possível (a) adquirir capacidade para contar, identificar um número, resolver problemas matemáticos ou fazer uma tarefa durante um longo período de tempo através da interpretação de canções (ao nível da cognição); (b) pode permitir o desenvolvimento da comunicação verbal, fala e habilidades de linguagem através do ato de cantar (ao nível da fala); (c) a música fornece estimulação concreta e multissensorial – através da audição, da visão e do tato -, permitindo que haja um melhoramento da coordenação motora se se recorrer à prática, por exemplo, de frases rítmicas (ao nível da habilidade motora); (d) recorrer a canções, fazer jogos em parceria, aumento da auto-estima, interação e construção de relações positivas com terceiros (ao nível social).

Em relação à paralisia cerebral, a música pode ser usada para (a) motivar, reforçar e recompensar o processo de aprendizagem ao recorrer-se a canções com recursos visuais (ao nível da cognição); (b) usar técnicas baseadas em frases rítmicas ajudam à fluência e velocidade da fala, fornecendo uma base estruturada e previsível para as respostas verbais (ao nível da fala); (c) estruturar e guiar o alongamento ou amplitude de movimentos, através da prática de instrumentos musicais (ao nível da habilidade motora); (d) canções conhecidas podem permitir interação social adequada, olhar nos olhos ou perceber diferentes expressões faciais, também se forem feitas sessões de grupo (ao nível social).

No que diz respeito à surdo-cegueira, consegue-se (a) ensinar todo o corpo através de movimentos corporais, de forma a perceber-se as vibrações musicais, ritmos, dinâmica musical (ao nível da cognição); (b) aumentar as vocalizações, o emparelhamento com a linguagem de sinais, criação de oportunidades para se fazer escolhas, utilizar música em braille que auxiliam na alfabetização através de experiências musicais (ao nível da fala); (c) a música como estrutura de forma a sugerir a marcha ou a paragem (ao nível da habilidade motora); (d) socialização com terceiros, através da participação em grupos e performances (ao nível social).

Em relação à síndrome de Down, a música (a) permite a memorização de um número de telefone, uma morada, um nome ou as letras do alfabeto quando combinadas com recursos visuais (ao nível da cognição); (b) desenvolvimento da comunicação expressiva e receptiva, tomada de escolha e consciência fonética, por exemplo, através das canções que são ouvidas e interpretadas; (c) melhora a postura, a capacidade de sentar ou caminhar e a motricidade fina através da prática de instrumentos (ao nível da

habilidade motora); (d) tocar instrumentos e interagir com outras pessoas através da participação em grupos de música e performances.

A música pode trazer benefícios ao tratamento da síndrome de Rett permitindo que o cliente possa (a) aprender cores, números ou letras (ao nível cognitivo); (b) permite desenvolver a comunicação expressiva e receptiva, a tomada de escolha e melhoria da vocalização, comunicando informação/conhecimento (ao nível da fala); (c) treino da marcha, proporcionado uma estrutura estável, e movimentação dos membros inferiores e posteriores, bem como diminuição de movimentos estereotipados; (d) parcerias com outras pessoas, utilização e execução de instrumentos em grupo, podendo levar a uma melhoria do contacto visual e reforçando as competências relacionais (ao nível social).

Objetivos do estágio

O trabalho desenvolvido neste estágio académico, com a duração de oito meses, foi ao encontro das características e necessidades da Fundação Liga e dos clientes que dela fazem parte. Seguindo uma vontade antiga da parte da coordenação do programa CAO no sentido de serem feitas sessões de musicoterapia com técnicos especializados, surgiu então a oportunidade de se satisfazer esta necessidade na instituição.

Foram então definidos quatro objectivos fundamentais:

- Complementar a oferta dos serviços prestados pela instituição à comunidade;
- Criar situações de bem-estar numa perspetiva de recreação terapêutica;
- Promover a autonomia ao nível da gestão de atividades diárias;
- Promover as competências de interação entre os clientes e entre os clientes e os auxiliares.

Metodologia

Descrição da amostra

12 clientes

5 casos individuais

3 casos de grupo

Procedimentos

Houve quatro fases distintas ao longo do estágio curricular na Fundação Liga: fase de integração e observação; fase de avaliação inicial; fase de intervenção e fase de avaliação final.

A fase de integração iniciou-se em dezembro de 2013 e foi feita de forma muito calma e positiva. O ambiente vivido na instituição era muito satisfatório. Os clientes tinham uma boa relação com os técnicos e, entre todos, existia empatia e camaradagem. A estagiária conheceu as diversas salas, técnicos e atividades existentes no CAO ao longo desta primeira etapa e – a par disso – foi observando com atenção cada um dos sujeitos, tendo já a intenção de que alguns deles se tornassem participantes das sessões de musicoterapia.

A fase de avaliação inicial teve como base as conversas tidas – sempre que possível – com a coordenadora do programa CAO, técnicos e auxiliares que trabalhavam com cada um dos clientes seleccionados e com os familiares/tutores dos mesmos. Para além disso, foi criado um questionário onde eram colocadas algumas questões generalizadas por forma a conhecer-se a Identidade Sonoro-Musical de cada cliente. O preenchimento deste documento era feito pelos familiares/tutores de cada um dos participantes.

Cada sessão era gravada em vídeo e, por isso mesmo, foi elaborado um pedido de gravação a todos os encarregados de educação e enviado pela própria coordenadora do programa CAO, Dr.^a Isabel Amaro. (apêndices G e H). Todos os intervenientes concederam autorização para a gravação audiovisual das sessões.

A fase de intervenção foi iniciada em meados de janeiro de 2014 numa sala confortável e com todos os equipamentos necessários à realização das sessões. A instituição já tinha alguns instrumentos, mas a estagiária optou por trazer outros como foi o caso da guitarra clássica. Não há a registar incidentes, ambiente negativo ou falta de adaptação da estagiária e clientes nas sessões. A relação entre ambos foi sendo estabelecida de forma natural e muito positiva.

A fase de avaliação final decorreu nos últimos dois meses e meio de estágio. Para isso, recorreu-se a três ferramentas que permitiram avaliar o resultado final do trabalho feito. Inicialmente, foram visualizadas todas as sessões feitas com cada cliente ou grupo de clientes. A segunda etapa foi pedir a colaboração, uma vez mais, dos encarregados de educação e auxiliares para que respondessem a duas questões de uma entrevista de avaliação final (percebendo se se tinha notado alguma alteração ao nível comportamental, emocional ou relacional no cliente e se seria benéfico que o mesmo continuasse a ter esta terapia). A terceira e última etapa consistiu no preenchimento e interpretação dos resultados obtidos na grelha de avaliação feita com base no MTADD Data Form elaborado, em 1985, por Edith Boxill.

Setting das sessões de Musicoterapia

Uma das salas de atividades existentes na instituição foi reorganizada para receber as sessões de Musicoterapia durante o estágio e que se pretende que permaneça a receber esta atividade. O espaço era amplo, tinha um ar-condicionado, muita

luminosidade e possuía um wc. Ao nível de material existia um colchão, duas mesas, quatro cadeiras, dois armários e quatro placards.

A grande maioria dos instrumentos existentes nas sessões já estavam na Fundação Liga, embora espalhados por diversas valências e não eram, por elas, utilizados. Com a ajuda da coordenadora do programa CAO, foi possível reunir tudo e colocar na sala de Musicoterapia. A estagiária levou apenas mais alguns instrumentos de percussão que eram seus e uma guitarra clássica.

No pouco tempo livre que lhe restava, a estagiária conseguiu fazer dois instrumentos musicais (adufe e ovinho/shaker) com material reciclado.

Foi feito um registo fotográfico da sala de estágio de Musicoterapia concedida pela Fundação Liga (apêndice N) e é de notar que a própria instituição ia recolhendo cada vez mais instrumentos que estavam espalhados pelas diversas salas e colocava-os à disposição na sala de Musicoterapia para serem utilizados pela estagiária, mas também por outros técnicos e clientes que assim o desejassem (apêndice O).

Técnicas e métodos musicoterapêuticos utilizados

Há diferentes terminologias para identificar o significado de abordagem, procedimento, modelo e técnica. Bruscia (2000) defende que (a) método é um tipo de experiência musical utilizada para avaliação inicial, tratamento e avaliação final; (b) procedimento é uma sequência organizada de ações que permitem que o terapeuta motive o seu cliente a participar na sessão; (c) técnica é uma parte do procedimento, visto que o procedimento é constituído por um conjunto de técnicas; (d) modelo é uma abordagem de avaliação inicial, tratamento e avaliação final, que inclui princípios teóricos, recorrendo à utilização de determinadas sequências de procedimentos e técnicas.

Bruscia (2000) definiu quatro categorias de experiências musicais: (a) re-creativas (em que o cliente aprende ou executa música vocal ou instrumental com base num modelo; (b) improvisação (onde o cliente cria uma melodia, um ritmo ou uma canção, recorrendo ao canto ou à prática de instrumentos musicais; (c) receptiva (em que o cliente ouve música ao vivo ou gravada e a sua atitude de resposta pode ser feita através do silêncio, da verbalização ou da não verbalização); (d) composição (escrita e composição de canções).

No campo das categorias de música utilizada em musicoterapia, Boxill (1985) afirmou a existência de três tipos: (a) improvisação musical clínica – instrumental e/ou vocal (com recurso ou não há utilização de texto); (b) composição de música de todos os géneros, idiomas, estilos e origens quer seja instrumental e/ou vocal; (c) adaptação de música composta por diversos géneros, idiomas, estilos e origens – instrumental e/ou vocal.

Em 1985, Boxill definiu diversas estratégias e técnicas que poderiam ser aplicadas no trabalho musicoterapêutico feito com clientes de qualquer idade ou nível de funcionalidade. Dessa seleção, a estagiária optou por fazer em sessão: (a) canção de contacto; (b) espelhamento; (c) utilização de música que é familiar ou tem significado para o cliente ou grupo de clientes; (d) repetição exata de padrões rítmicos, palavras de uma canção e frases musicais para percepção auditiva e memória; (e) repetição exata de música para segurança emocional; (f) canto de pergunta e resposta para percepção auditiva e imitação de sons; (g) imitação musical usando instrumentos; (h) selecção e uso de instrumentos para efeitos terapêuticos específicos; (i) combinação do registo tonal do terapeuta com o do cliente para criar sincronia e estabelecer contacto com este último; (j) uso de sílabas e sons não verbais (vocalizações) para estimular capacidades

de comunicação; (k) movimentos exagerados e expressivos do corpo enquanto se canta ou toca um instrumento transmitindo um estado, qualidade e padrões rítmicos da música de forma a obter respostas dos clientes; (l) utilização de música gravada (em cd) como ferramenta terapêutica para percepção auditiva, consciência de si próprio, distinção ou auto-estima.

A improvisação, a audição, interpretação e construção de canções foram as técnicas utilizadas ao longo das sessões feitas pela estagiária.

A improvisação é a ferramenta principal que o musicoterapeuta tem para envolver alguém, de forma imediata, numa experiência musical criativa. A improvisação permite que se faça música a começar num nível que é duplamente adequado e possível. Enquanto que improvisar pode ser natural para uma criança ou uma pessoa deficiente mental, por outro lado, pode ser um grande quebra-cabeças e uma ideia intimidante. Para Ravi Shankar, Keith Jarrett ou Paco Peña, a improvisação não é somente uma liberdade ocasional. É uma aproximação à criação e performance musical (Ansdell, 2000).

Bruscia (1987) afirmou que a improvisação em Musicoterapia visa: (a) tomar consciência de si, fisicamente, emocionalmente, intelectualmente e socialmente; (b) consciência do ambiente físico; (c) consciência dos outros, incluindo pessoas da família, desconhecidos ou grupos; (d) atenção a si mesmo, aos outros e ao ambiente físico; (e) percepção e discriminação em áreas sensório-motoras; (f) auto-expressão; (g) comunicação interpessoal; (h) visão sobre si mesmo, outros e do meio ambiente; (i) integração do eu (níveis de consciência, partes de auto-conhecimento); (j) relacionamentos interpessoais com outras pessoas ou grupos que tenham significado; (k) liberdade pessoal e interpessoal.

Como objectivos principais da improvisação, Bruscia (1987) destaca: (a) capacidade de estabelecer relacionamento com o cliente, ajudando-o a sentir-se seguro e protegido; (b) trazer prazer e motivação ao cliente; (c) facilitar a interação do cliente com o ambiente social e físico; (d) preparar o cliente emocionalmente e intelectualmente para um encontro terapêutico; (e) trazer a consciência e discernimento; (f) induzir a experimentação e mudança; (g) apoiar o cliente durante a experimentação e mudança; (h) trazer uma sensação de encerramento ou conclusão.

A audição e conseqüente interpretação de canções através da voz, ou seja, o ato de cantar permite (a) uma fonte de segurança emocional e obtenção de estabilidade; (b) forma de estimulação em todos os domínios da funcionalidade; (c) melhorar a comunicação verbal; (d) adaptar musicalmente e textualmente a pessoas com níveis diferentes de funcionalidade; (e) experienciar de um momento libertador. O ato de tocar uma canção também é determinante para: (a) aumentar o envolvimento e participação numa atividade musical; (b) estimula e liberta emoções; (c) concede um sentido imediato de realização e sucesso; (d) estrutura e dá forma ao comportamento musical; (e) desenvolve a motricidade fina e grossa; (f) melhora a percepção auditiva, visual e tátil (Boxill, 1985).

A construção de canções em musicoterapia tem objetivos terapêuticos diferentes dependendo das necessidades e expectativas do indivíduo ou grupo no qual o método é aplicado. A maioria dos terapeutas utiliza este método como um veículo para a expressão de sentimentos. Grande parte das vezes, as canções criadas referem-se à vida emocional do cliente, mas também às questões, experiências e conflitos com os quais eles foram, são ou esperam trabalhar em terapia. (Baker e Wigram, 2005)

No estágio, recorreu-se à criação de músicas e letras através do improviso. A música era composta com base num movimento de percussão corporal/ instrumental ou estrutura harmónica tonal tido pelo cliente, mas também recorrendo a canções da identidade sonoro-musical do cliente. Por outro lado, a letra era criada partindo de um monossílabo, palavra, frase ou ação tida pelo cliente até se obter um diálogo entre ambas as partes.

Instrumentos de avaliação utilizados

Neste estágio – e com base na agenda semanal da estagiária – recorreu-se à criação de um questionário inicial, a uma grelha de avaliação com base na teoria de Edith Boxill, ao registo diário das sessões e a uma entrevista de avaliação final.

Questionário inicial

Ficha de dados pessoais e avaliação inicial com perguntas-base feitas a encarregados de educação, auxiliares e coordenação da Fundação Liga para se obter o maior e mais rigoroso número de dados acerca do cliente. Este instrumento foi criado pela estagiária com o intuito de criar um plano terapêutico que fizesse jus à necessidade de cada cliente.

Os apêndices I e J mostram o questionário que foi feito a encarregados de educação e auxiliares no sentido de se conhecer melhor a história musical de cada participante.

Grelha de avaliação

Em 1999, Pais Ribeiro defendeu a ideia de Anastasi (1990) ao afirmar que a observação naturalista trata-se de técnicas de observação directa de comportamento espontâneo em contexto natural. A observação naturalista recorre a inúmeras técnicas a longo termo como o método de diário, a métodos mais breves como a amostra temporal.

Pode consistir na observação da totalidade do comportamento ou de um aspecto particular como a linguagem, a motricidade ou a relação interpessoal. Como qualquer teste é um método de observação rigoroso que difere da situação de teste descrita acima, porque na observação naturalista não se controla a situação estímulo e, geralmente, abrange uma amostra de comportamento mais ampla.

Feita com base na teoria desenvolvida por Edith Boxill, a grelha de avaliação que avaliou o trabalho desenvolvido pela estagiária permitiu reconhecer resultados positivos. Esta ferramenta pode ser aplicada a qualquer pessoa, independentemente da sua idade e do tipo de deficiência que possui. Foram contempladas três categorias de avaliação: motora, cognitiva e social.

Registo diário de cada sessão

No final de cada sessão, eram registadas – num documento elaborado para o efeito (apêndices L e M) – as presenças, atividades feitas e os momentos que se mostraram de evolução ao nível terapêutico. Esta ação permitiu avaliar o desenrolar do processo terapêutico de cada caso individual e de grupo. O preenchimento era feito pela estagiária.

Entrevista de avaliação final

A entrevista, segundo Kaplan e Saccuzzo (1993) e José Pais Ribeiro (1999), é como um teste e/ou um método de recolha de dados, utilizada para fazer previsões. Pode ser avaliada em termos de fidelidade e validade e aplicada de forma individual ou em grupo, sendo ou não estruturada.

Foram feitas entrevistas de avaliação final a encarregados de educação e auxiliares com o intuito de se perceber se as sessões de Musicoterapia tinham trazido alguma evolução ao estado físico e mental de cada cliente. Neste caso, foi também

elaborado um documento (apêndice T) que pudesse expressar as opiniões dos intervenientes através de duas questões generalizadas, visto ser um grupo de pessoas que não pôde estar presente nas sessões e apenas assistindo a elas através de um registo de vídeo – de cerca de 10 minutos – apresentado pela estagiária numa das reuniões proporcionadas pelo CAO.

Agenda semanal

A estagiária tinha a seu cargo quatorze clientes com idades compreendidas entre os 16 e os 35 anos de idade. As sessões eram feitas três dias por semana, das 9h às 13h. Cada sessão durava entre 20 (sessão individual) a 40 minutos (sessão em grupo) e decorria sempre na sala de musicoterapia.

A agenda semanal (apêndice P), foi elaborada pela Dr.^a Isabel Amaro em parceria com a estagiária.

Foi também contemplado um dia semanal, que neste caso eram as 3^a feiras, onde a estagiária fazia uma sessão extra para o público em geral do programa CAO, de forma a sensibilizá-los para esta atividade.

Existiam oito grupos, com quatro a cinco elementos cada um, que acabaram por ter duas sessões, trinta minutos cada uma delas. Neste tipo de encontro era feita uma abordagem introdutória e recreativa da musicoterapia. Cada grupo estava sentado em círculo e no meio eram dispostos os diversos instrumentos existentes na sala. A estagiária dirigia a sessão com base nas informações previamente dadas pela coordenadora do CAO, Dr.^a Isabel Amaro, e pelo discurso dos clientes ao longo do tempo. A interpretação de canções da identidade sonoro-musical dos participantes era um dos métodos mais utilizados.

Estudos de caso

Salvador, o jovem do assobio

16/08/1996

Tem 17 anos de idade, vive com os pais e tem um irmão mais velho. Entrou para a Fundação Liga através de um projeto de inclusão de multideficiência existente, há época, na Lapa.

Diagnóstico

Ao Salvador foi diagnosticado Síndrome de West. Segundo a Fundação de Epilepsia (n. d.), a patologia mencionada pode também designar-se de espasmos infantis, ou seja, puxões (de um ou dois segundos) que ocorrem no corpo e são precedidos de um endurecimento. Geralmente surgem entre os 3 e os 12 meses de idade e param entre os 2 e os 4 anos de idade, ocorrendo normalmente após o acordar e raramente durante o sono. Cerca de 60% das crianças afectadas com este síndrome possuem algum distúrbio ou lesão cerebral antes das convulsões se iniciarem.

Para além do síndrome, o cliente tem asma e possui uma limitada capacidade visual.

Plano Terapêutico

Na Fundação Liga, os objetivos de cada cliente são definidos logo nos primeiros meses do ano lectivo, ou seja, geralmente até ao mês de outubro. Tendo em conta que o estágio só foi iniciado em dezembro, a estagiária criou um plano terapêutico (apêndice K) que fosse ao encontro dos objectivos já estipulados para o cliente no ano lectivo 2013/2014 pelos técnicos e auxiliares (de fisioterapia ou de terapia ocupacional) que com ele trabalhavam. Assim, foram determinadas as seguintes metas a alcançar: (a)

orientar a cabeça e dirigir o olhar; (b) explorar o meio que o rodeia; (c) manter a mobilidade.

Para o Salvador conseguir atingir o primeiro objectivo – orientar a cabeça e dirigir o olhar – foi criada a estratégia de colocá-lo sentado numa cadeira ao invés de estar no colchão. A estagiária passou a estar em frente ao cliente e colocava alguns instrumentos próximo a ambos os membros superiores do Salvador. Esta mudança permitiu uma maior reciprocidade entre os dois participantes e a prática de mais instrumentos pelo cliente.

O segundo objectivo – explorar o meio que o rodeia – vem no seguimento do anterior. Devido à quase total incapacidade do Salvador, tornou-se necessário criar uma estratégia que permitisse a maior participação musical do mesmo. Assim, a estagiária colocou alguns instrumentos próximo aos braços do cliente. Nas primeiras vezes, foram colocados os mesmos instrumentos, na mesma posição e no mesmo lado. Contudo, com o avançar do tempo estes instrumentos foram alterados por outros para que fosse perceptível se havia um desconforto do cliente perante esta alteração. Mesmo assim, não se notaram resultados negativos, isto é, continuou a haver resposta do cliente aos estímulos criados pela estagiária.

O terceiro e último objectivo definido – manter a mobilidade – vem no seguimento dos anteriores e interliga-se com ambos. O cliente manteve e aumentou a sua vontade em mover-se graças ao facto de estar sentado numa cadeira adequada. A postura mais direita que adquiriu fê-lo explorar mais e melhor os instrumentos que estavam próximo a ele e assim responder de forma notória aos sons produzidos e canções interpretadas pela estagiária.

O processo terapêutico

No questionário respondido pelos pais do Salvador foram obtidas informações muito importantes para que o seu processo terapêutico fosse desenvolvido no melhor sentido. O cliente gosta de ouvir música clássica, religiosa, inca e instrumental; costuma ouvir música em casa ou no carro acompanhado pela sua família; tem asma, mas mostra não gostar do barulho do aerossol; mostra gostar do som do tambor e de sons calmos e detestar o som da guitarra eléctrica. Ri bastante quando ouve sacos de plástico a serem apertados ou garrafas também de plástico a serem espalmadas.

Por ser um adolescente simpático, embora muito sensível ao toque de terceiros (nas suas mãos ou no seu rosto), foi fácil perceber que era acarinhado por todos que com ele trabalhavam ou se relacionavam diariamente.

Nas primeiras sessões, houve uma aproximação verbal e de contato físico criterioso e sempre acompanhado por suporte musical. O cliente era colocado no colchão – com a ajuda das auxiliares da sua sala – e apoiado por diversas almofadas. A estagiária colocava os instrumentos próximo aos braços e pernas do Salvador para permitir que ele pudesse tocar-lhe ou ter a noção de que os mesmos estavam próximos a si. Os seus movimentos involuntários, por vezes, permitiam que soasse o jogo de sinos, a pandeireta e a guizeira.

Pouco tempo após o início do trabalho terapêutico tornou-se determinante modificar o sítio onde a estagiária e o cliente se sentavam e também a disposição dos instrumentos. Assim, o Salvador passou a utilizar a sua cadeira móvel. Sentada à sua frente, a estagiária colocava, estrategicamente, os instrumentos de percussão próximo ao Salvador. Inicialmente eram colocados os mesmos instrumentos (jogo de sinos, pandeireta e adufe) para permitir uma situação de reconhecimento e conforto por parte

do cliente, mas – com o passar das sessões – a ordem foi sendo alterada, sem que se notasse desconforto por parte do Salvador.

Um dos instrumentos mais apreciados pelo cliente era a harmónica. Chegou a ser possível um entendimento musical sincronizado entre estagiária e paciente na 47ª sessão. Enquanto a estagiária tocava harmónica, o Salvador respondia ao estímulo tocando bongós com a mesma intensidade com que ouvia o ambiente sonoro à sua volta.

Resultados e conclusão

Ao fim de 51 sessões, Salvador mantinha contacto verbal e físico com a estagiária, reagia positivamente a novas texturas e respondia a cada estímulo musical que era alvo.

Se no início das sessões o cliente se mostrava apático e inseguro perante o ambiente sonoro que o rodeava. Após ter melhorado a sua postura, sendo colocado numa cadeira, o Salvador mostrou maior interesse pelo que se passava nas sessões e passou a participar ativamente. Os instrumentos eram quase sempre colocados na mesma posição em cada sessão e ele já sabia onde tocá-los e que som iria ouvir.

A estagiária recorreu também às canções infantis que o Salvador ouvia enquanto era bebé, mas não houve uma resposta vocal ou expressiva de grande relevância por parte do destinatária. Nesta situação, era comum ficar apenas a ouvir e o seu silêncio imperava.

Ficou comprovado o gosto do Salvador pelo tambor. Mostrou ter interesse em tocar um outro instrumento também de percussão e semelhante ao primeiro mencionado: os bongós. Por outro lado, a estagiária verificou que os sons fortes que eram tocados passaram a ser um dos objectivos do cliente nas sessões em que estava mais bem disposto, ou seja, sempre que os mesmos caíam ao chão, o cliente gostava

muito do que ouvia. E quando respondia aos estímulos sonoros feitos pela estagiária, o Salvador optava por bater, por vezes com demasiada força, na mesa ou na sua cadeira.

No que diz respeito à resposta vocal, o cliente demonstrou gostar de sons agudos e respondia com assobios sempre que as canções ou os sons lhe agradavam.

Conclui-se, desta forma, que os três objetivos definidos no processo terapêutico do Salvador, ou seja, (a) orientar a cabeça e dirigir o olhar; (b) explorar o meio que o rodeia e (c) manter a mobilidade foram alcançados com sucesso, mas havendo a necessidade de continuar este trabalho para permitir um reforço das competências já adquiridas (apêndice W).

Afonso, o homem da rádio

27/01/1980

Tem 34 anos, vive com os pais e tem dois irmãos (uma rapariga e um rapaz). Afonso é o filho do meio. Está na Fundação Liga há muitos anos. Nos anos 90, chegou a frequentar a Unidade da Lapa (1.º ciclo com unidade de multideficiência).

Diagnóstico

O cliente está diagnosticado com hidrocefalia com hemiparesia espástica esquerda.

Hidrocefalia diz respeito à acumulação do líquido céfalo-raquidiano dentro das cavidades e posterior dilatação dos ventrículos. Esta situação pode levar a problemas de aprendizagem, de concentração, de raciocínio lógico, de memória a curto prazo, problemas de coordenação, de organização e dificuldades de visão (Neurocirurgia.com, n. d.). Já a hemiparesia espástica está relacionada com determinados tipos de malformações cerebrais, devido a acidentes cerebrovasculares ocorridos dentro do útero (Psicologicus, 2013).

Plano Terapêutico

No seguimento do que foi mencionado no caso do Salvador, também os objectivos do plano terapêutico do Afonso foram elaborados com base no que foi previamente estabelecido pelos técnicos e auxiliares (de fisioterapia ou de terapia ocupacional) que com ele trabalhavam. Neste caso, a estagiária definiu apenas uma meta a alcançar: (a) criar maior mobilidade no lado direito do seu corpo.

Para se alcançar o objetivo final, foi iniciado um processo composto por três etapas. A primeira foi criar empatia com o Afonso de forma a permitir que ele acesse ao toque de terceiros, ou seja, da estagiária. Depois, recorreu-se à prática de

instrumentos variados de forma a compreender quais os que detinham o maior agrado do cliente. O órgão eletrónico e os bongós eram as suas preferências. Contudo, devido à patologia existente, o Afonso tocava os instrumentos musicais da mesma forma isto é, como se estivesse a percuti-los. A sua mão esquerda estava, obviamente, mais à vontade para marcar a pulsação durante uma música.

A terceira etapa foi alcançada proporcionando-se a utilização da mão direita na prática de instrumentos. Foi notório que esta mão só estava ativa por breves segundos. Todavia, era o essencial para se criar o mecanismo de identificação daquele outro membro e da capacidade do mesmo para agir. Aconteceu também a aquisição/pegar de instrumentos como a pandeireta ou os ovinhos com a mão direita, mas com a ajuda da estagiária.

O processo terapêutico

As conversas tidas com a mãe do Afonso e os técnicos e auxiliares que com ele trabalhavam foram mais do que suficientes para perceber que se estava perante um adulto com um repertório musical muito vasto e eclético. Em breves minutos, era possível que na sessão se cantasse a canção do “Coelhinho” ou o “Problema de expressão” dos Clã. Na grande maioria das vezes, era o cliente que sugeria as canções com base na sua identidade sonora musical.

No questionário preenchido pelos seus familiares, é afirmado que o Afonso gosta de qualquer som musical, gosta de ouvir relatos de futebol na rádio e que gosta muito de ouvir música quando está sozinho no seu quarto. Ouve também música no carro, tendo preferência pela RFM e a Rádio Renascença.

A família não soube indicar quais os instrumentos que ele gosta de tocar. Mas indicou que o Afonso não gosta de sons irritantes, como por exemplo das gaitas. Ele

gosta de quase todos os cantores e de todo o tipo de géneros. Quando não gosta sai do quarto e só volta quando a música terminar ou então tapa os ouvidos e começa a emitir sons para não ouvir a música. Gosta dos estilos do rock ao fado. Reconhece as músicas, sabe o nome de quem as canta e qual o nome da canção.

Quanto ao desenrolar das sessões, ao longo do tempo a estagiária ia aconselhado o Afonso a utilizar a sua mão direita, mas não poderia insistir demasiado, levando à irritação do cliente.

Resultados e conclusão

Segundo os resultados expressos (apêndice X) feitos com base nas sessões tidas pelo Afonso, é possível verificar que foi conseguido aumentar a mobilidade no lado direito do corpo do cliente.

Passou a tocar, em alguns momentos, com a mão direita, quando se tratava de instrumentos de percussão. Mas eram apenas breves segundos, passando logo a utilizar mais a sua mão esquerda. Ainda assim, os progressos obtidos foram visíveis e satisfatórios. O mais importante seria manter este ritmo de trabalho para permitir que esta nova competência adquirida não se perdesse.

Ao longo do estágio, foi possível perceber-se que o Afonso era o cliente com mais conhecimento do panorama musical nacional e internacional, também graças à sua capacidade de autonomia de poder verbalizar e criar um discurso minimamente coerente e perceptível, embora só durante alguns minutos.

Outras intervenções musicoterapêuticas: casos individuais

A estagiária interpretava, sempre que achasse oportuno, uma canção intitulada “Eu tenho um amigo” (apêndice R) que foi utilizada como canção de despedida na maioria das sessões que fez, tornando-se quase como num hino deste estágio.

David

Sensível a sons muito ruidosos que lhe provocam espasmos e suores, David é um jovem de 16 anos, o mais novo da sua sala, e tem paralisia cerebral e multideficiência.

A paralisia cerebral é o resultado de uma lesão cerebral que pode ocorrer em período de desenvolvimento, pré natal, perinatal ou pós-natal criando uma deficiência com predomínio neuromotor (Andrada, 1998). Por outro lado, a multideficiência, para Hart (1988), baseia-se na existência de duas ou três deficiências que afetam de forma notória a funcionalidade do indivíduo ao nível educacional, vocacional e de ambiente na comunidade (Alberto e Heller, 1995).

O seu objetivo para este ano, na Fundação Liga, era aprender a controlar a sua nova cadeira elétrica.

Devido à falta de espaço existente na sala de Musicoterapia, foram feitas sessões em áreas maiores da instituição e, por consequência, alvo dos olhares de terceiros. Esta situação levou a que o cliente levasse mais tempo a cumprir algumas atividades propostas, porque acabava por se distrair com os colegas, técnicos e auxiliares que passavam junto a ele.

Quanto à prática musical, mostrou interesse em tocar órgão eletrónico e desagrado pelo som do metalofone.

A população com paralisia cerebral tem grandes dificuldades no controlo da postura e movimento, devido à paralisia ou parésia dos membros, movimentos involuntários, perturbações no equilíbrio ou incoordenação motora. Assim, a música pode ajudar no controlo da motricidade, na sua organização espaço-temporal e na expressão oral (Andrada, 1998).

No seu questionário inicial, os pais do David descrevem-no como sendo um adolescente que detesta sons altos e fortes. Em casa, costuma ouvir música com a irmã e no carro ouve rádio. Gosta de ouvir os artistas Calvin Harris, Beyoncé, Avicii e Anselmo Ralph. Adora o som do xilofone e do piano, mas detesta a bateria. Adora música pop, electrónica e música de discoteca.

Graças ao trabalho desenvolvido foi possível atingir o objetivo proposto para este cliente. Foram criadas as condições para que o David conseguisse relaxar nas sessões, sem permitir espasmos contínuos. Foi também possível desenvolver a capacidade do adolescente guiar a sua própria cadeira e fazendo um percurso específico: da sua sala até ao refeitório. A estratégia criada foi fazer percursos mais pequenos onde a estagiária fazia determinados acordes e oralmente indicava “para a frente”, “para trás” e esquerda ou direita (indicando algum objeto que esteja daquele lado).

Frederico

Tem 18 anos de idade e foi-lhe diagnosticado epilepsia e atraso mental.

A epilepsia é uma doença física que causa mudanças na atividade do cérebro. Quando uma crise epiléptica se dá, as células do cérebro passam a funcionar quatro vezes mais que o normal, fazendo com que haja alterações do comportamento, do movimento, do pensamento e das sensações da pessoa (Instituto Camões, 2006).

O atraso mental é a existência de uma capacidade mental inferior à normal que ocorre desde o nascimento ou desde os primeiros anos de vida. As razões mais frequentes para o surgimento da doença são o uso de determinados medicamentos, o consumo de excesso de álcool, os tratamentos com radiação, a desnutrição ou infecções virais como a rubéola, dificuldades num nascimento prematuro, lesões cefálicas ou pouco oxigénio durante o parto (Manual Merck, 2009).

Extremamente afetuoso e sorridente, Frederico só verbaliza monossílabos. A única canção que canta é “O balão do João”. Segundo a sua mãe, este tema era cantado pela sua ama. A própria cuidava de Frederico e de um outro menino de nome, João. Quando canta a sua canção preferida, Frederico fá-lo em “du du du” e não chega a cantar toda a canção. Apenas canta o início do tema: “Du du du, du du du”, ou seja, “O balão do João”.

Nas primeiras sessões, começou por demonstrar interesse pela flauta de bísel, mas nunca com o intuito de a tocar. Pedia sempre à estagiária para o fazer. Daí em diante, sugeria – através de gestos ou monossílabos – que o seu tema preferido fosse tocado nos diversos instrumentos existentes na sala de Musicoterapia.

Com a introdução do órgão electrónico nas sessões, Frederico descobriu diversos sons diferentes que o cativaram e, em especial, um instrumental pré-definido que

gostava sempre de o ouvir, mal visse este instrumento musical. Ainda assim, foi com o órgão que começou a ter iniciativa para tocar e conseguiu-se estabelecer alguns segundos de contacto musical entre cliente e estagiária. Também com a guitarra clássica, o cliente demonstrou querer tocar.

Nas duas últimas sessões, Frederico pedia para a estagiária cantar “O balão do João” ao mesmo tempo que ligava o seu instrumental preferido. Assim que a canção terminava, Frederico desligava propositadamente o instrumental. Não era sinónimo de desagrado da parte dele, mas de união entre duas músicas que gostava.

Íris

A Íris foi das clientes mais velhas que a estagiária teve. Com 32 anos de idade e tendo como patologia atraso mental profundo e multideficiência, esta jovem foi das que mostrou mais evolução. O questionário da Íris acabou por não ser preenchido pelos seus encarregados de educação, mas foram obtidas informações acerca do ISO musical da cliente através da coordenação, técnicos e auxiliares que com ela trabalhavam.

Nas primeiras sessões, chegava à sala e sentava-se de imediato no colchão. Tirava os seus sapatos e esperava para ver e ouvir o que ia acontecer. Por vezes, dizia uma ou outra palavra mais perceptível. Com o avançar do tempo, foi criando mais confiança e no último mês de sessões chegava à sala e rodopiava sem mostrar qualquer indício de cansaço. A estagiária tocava canções infantis e a Íris ia pronunciando palavras como “sapato”, “cheira bem”, “boa”... Com essas palavras, as canções iam sendo criadas e poucas foram as vezes em que a jovem acabou as últimas sessões sentada no colchão.

A prática de instrumentos não era de grande interesse para a cliente. Preferia dá-los à estagiária e pedir que ela os tocasse.

No final das sessões, não saía da sala sem dizer ter a certeza que tudo estava arrumado e que todas as portas estavam devidamente fechadas. “Arruma!” era das últimas palavras ouvidas antes da ida para o almoço.

Foi atingido o objectivo de criar situações de bem-estar à cliente.

Numa das sessões feitas, a cliente respondeu de forma muito assertiva e participativa às solicitações sonoras da estagiária e ambas acabaram por criar uma breve canção (apêndice S).

Outras intervenções musicoterapêuticas: casos de grupo

Neste formato de sessão musicoterapêutica recorreu-se a uma técnica recreativa, em detrimento dos diferentes tipos de patologia existentes em cada elemento do grupo.

Para Plach (1996), neste tipo de sessão permite fazer-se atividades que promovem o crescimento pessoal: (a) aprender e reaprender capacidades construtivas de socialização; (b) fazer terapia ou aprender como se experiencia o prazer; (c) usar o tempo de lazer de forma construtiva e (d) fazer jogos competitivos ou aprender a lidar com a competição e o conflito.

Nas sessões de grupo, a estagiária também interpretava a sua canção-hino de despedida: “Eu tenho um amigo”.

Ana, Sara e Clara

Este grupo foi constituído por três raparigas que pertenciam à mesma sala. À data do término do estágio, Ana tinha 18 anos de idade, Sara tinha 21 e Clara tinha 20. Todas as semanas tinham duas sessões de musicoterapia, cerca de 35 minutos cada sessão, o que lhes permitiu ter 47 sessões ao longo do estágio.

Quanto às patologias associadas, à Ana e à Sara foi diagnosticada paralisia cerebral com multideficiência, enquanto que a Clara foi síndrome de Rett com atraso mental.

A síndrome de Rett é uma doença genética rara, que maioritariamente acontece a pessoas do sexo feminino, afetando o desenvolvimento do cérebro e levando ao desenvolvimento de problemas nos movimentos, na coordenação e na comunicação (Minha vida, 2006).

Por razões de falta ou atraso do transporte dos bombeiros, Sara era das clientes que mais faltava ou chegava atrasada às sessões. Ainda assim, conseguiu estar presente em mais de metade da totalidade do que foi feito.

A principal técnica usada foi a audição de canções infantis quer seja através de cd quer seja pela execução musical na guitarra clássica feita pela estagiária. Não obstante, foi trabalhada a improvisação através dos sons que as três clientes iam emitindo ao longo das sessões. O mais curioso foi desembocar num momento em que as próprias já percebiam que o seu som estava a ser tido em conta no diálogo musical.

Para este grupo, pretendia-se uma interação maior entre todas. Apesar das limitações físicas de cada uma, conseguiu-se obter algum resultado nesse campo. Por já fazerem parte do mesmo grupo de trabalho, percebia-se quando davam pela ausência umas das outras.

Nos questionários preenchidos pelos encarregados de educação / tutores de cada cliente, obteve-se as informações indispensáveis para o processo terapêutico ser iniciado. Só Sara não teve o seu questionário preenchido.

A Ana gosta de ouvir o som da flauta e das vozes de gansos e galinhas. Normalmente, ouve música no carro com os pais e sozinha no seu quarto, mas num volume médio. Tem preferência por músicas infantis, canções de embalar, música clássica para bebés, música popular portuguesa e adora ver o programa de domingo à tarde da TVI, visto gostar muito de ouvir música portuguesa. Os pais assinalaram que a Ana gosta de tocar tambor, mas nunca mostrou ter interesse por um piano que teve em casa. Os cantores que mostra serem do seu interesse são intérpretes de música infantil: Floribela, Maria Vasconcelos e Xana Toc Toc. O Avô Cantigas não é apreciado por si.

A Clara gosta, segundo o questionário, de tudo o que esteja relacionado com

música. Costuma ouvi-la, em casa, acompanhada pela mãe e pelo irmão. Mostra ter interesse por músicas infantis, música popular portuguesa e música pop. O seu instrumento de eleição parece ser o xilofone e o cantor Tony Carreira é um dos seus favoritos.

Martim, Letícia e Maria

Reuniram-se três clientes de duas salas diferentes. Martim, de 26 anos de idade, tem paralisia cerebral. Letícia, já com 39 anos de idade, tem paralisia cerebral e encefalopatia epiléptica grave. À Maria, com 27 anos de idade, foi diagnosticado Síndrome de Wolf-Hirschhorn.

A encefalopatia epiléptica grave é a patologia associada à Letícia.

A encefalopatia diz respeito a um síndrome com sintomas neurológicos e mentais, causado por um transtorno metabólico (Strauss, 2007).

A síndrome de Wolf-Hirschhorn é uma alteração do desenvolvimento evidenciada por características craniofaciais típicas, deficiência de crescimento pré e pós-natal, atraso mental, atraso do desenvolvimento psicomotor grave e convulsões (Battaglia, 2012).

Este grupo tinha apenas uma sessão por semana com cerca de 30 minutos.

Martim é um jovem de cadeira de rodas que só gostava de tocar guitarra e cantar. O questionário inicial acabou por não ser assinado pelos encarregados de educação, o que dificultou – em parte – a identificação do ISO do cliente. Ainda assim, através das auxiliares foi possível perceber que gostava de canções infantis.

Letícia mostrou-se a mais desinteressada de todos. Só pretendia ouvir o que era cantado. A medicação que tomava foi também um dos fatores influenciadores da

desmotivação da cliente. Contudo, sempre que a música deixava de soar, Letícia abria os olhos e fixava o olhar na expectativa de voltar a ouvir música para poder dormir um pouco mais. No seu questionário, ficou a saber-se que gosta dos sons das vozes dos animais (galos, galinhas, cães, gatos e pássaros) e identifica o som ao objeto. Tem por hábito ouvir música em casa, em festas populares ou na Fundação Liga, sendo acompanhada por familiares, auxiliares ou amigos. Um dos seus cantores preferidos é o Carlos Paião e mostra gostar de ouvir tunas, fado, folclore e música popular portuguesa.

Maria era a cliente mais participativa de todas. Qualquer instrumento que fosse para a sua mão era alvo de uns segundos de atenção e uso, marcando afincadamente a pulsação da canção que estava a ser cantada pela estagiária. Segundo a sua mãe, Maria costuma ouvir música no seu Ipad e gosta de melodias simples e repetitivas, com refrões, cantadas, rápidas e com ritmo marcado. Demonstra gostar de canções infantis e populares e desagrado por temas de jazz e música erudita.

Nesta sessão de grupo – e para criar uma maior relação entre todos – foram criadas atividades lúdicas em ligação com a música: desenho e lançamento de uma bola.

Santiago, Letícia e Maria

Este novo grupo foi criado com base no anterior, mas foi mudada a figura masculina, em detrimento dos horários de atividades de cada um deles. Por isso mesmo, surge aqui um novo elemento.

Santiago é um jovem de 23 anos de idade a quem foi diagnosticado paralisia cerebral e multideficiência, isto é, a mesma patologia do colega David. Contudo, há diferenças. O Salvador tem maior mobilidade nos membros superiores do que o David. Daí ser possível que o Santiago estivesse numa cadeira móvel e que é movimentada por

si mesmo através dos seus braços, enquanto que o David encontrava-se a controlar a sua cadeira elétrica através de um comando manual.

Os três elementos – Santiago, Letícia e Maria – pertencem à mesma sala e a proximidade entre o Santiago e a Letícia foi notória. Beijinhos na mão e olhares de afeição foram os sinais de que o rapaz tinha um grande à vontade com a sua colega Letícia.

Também aqui se recorreu à escuta de canções infantis e cântico das mesmas pela estagiária, devido às condicionantes orais de cada um dos intervenientes.

No questionário preenchido pelos familiares do Santiago, foi afirmado que costuma ouvir música em casa acompanhado pela mãe e pelo sobrinho. O mesmo detesta o barulho das motas e de outros sons ruidosos. Demonstra gostar de fado, hip hop, kizomba e música popular portuguesa.

A improvisação foi também usada com vista a permitir um maior uso dos instrumentos, mas não surtiu o efeito esperado. Qualquer um deles preferia ter uma atitude mais passiva de escuta das canções do que de produzir som através dos instrumentos existentes.

Por se fazer apenas uma sessão por semana e serem assíduos, o Santiago, a Letícia e a Maria tiveram 26 sessões de musicoterapia.

Conclusões

Com o início da criação deste trabalho, foi cada vez mais essencial compreender os diferentes tipos de deficiência existentes para se poder abarcar toda a população-alvo existente na Fundação Liga e, por consequência a amostra inerente a este estudo.

Verificou-se que houve um grande impacto desta intervenção musicoterapêutica na instituição, visto ser da vontade da coordenação (em anos anteriores) da existência de sessões de musicoterapia no local, beneficiando todos os clientes. Após o início das sessões, auxiliares e técnicos já estavam despertados e curiosos sobre o conceito de musicoterapia e que benefícios traria para os seus destinatários.

Desde logo, foram criadas as condições necessárias para que o trabalho musicoterapêutico fosse desenvolvido numa sala ampla, com luminosidade, ar condicionado, wc, a existência de mesas e cadeiras e, claro, de instrumentos de percussão e teclas.

A receptividade dos clientes a esta terapia foi, desde logo, visível. A forma entusiástica e simpática como reagiam quando a estagiários os ia chamar à sua sala, denotava o seu interesse.

No que diz respeito aos objectivos para o estágio em questão, todos eles foram cumpridos, mas ainda com capacidade para continuarem a ser trabalhos no futuro.

Foi possível estabelecer um complemento à oferta dos serviços prestados pela instituição à comunidade. Em sessão, criaram-se situações de bem-estar numa perspectiva de recreação terapêutica, permitindo a promoção da autonomia ao nível da gestão de atividades diárias para cada cliente. Sem esquecer que foi também conseguido que fossem promovidas as competências de interação entre os clientes e entre os clientes e os auxiliares.

O decorrer das sessões individuais e de grupo, permitiu perceber que a escuta e cântico de canções e a improvisação são as três técnicas que melhor se enquadram no trabalho musicoterapêutico para este tipo de patologia.

Segundo John Powell (2012), todos nós possuímos peças preferidas e peças que detestamos profundamente, por isso mesmo nenhuma definição de música poderá incluir os termos “beleza ou “prazer”. Ainda assim podemos assegurar que a música é som que foi organizado para estimular alguém.

Em suma, foram alcançados os objetivos propostos para este estágio na Fundação Liga, isto é, foi (a) complementada a oferta dos serviços prestados pela instituição à comunidade, permitindo a participação a 42 clientes; (b) foram criadas situações de bem-estar, para os clientes, numa perspetiva de recreação terapêutica; (c) promoveu-se a autonomia ao nível da gestão de atividades diárias como por exemplo lavar as mãos ou comer; (d) alargou-se as competências de interação entre os clientes e entre os clientes e os auxiliares, levando a que um grupo de auxiliares tivesse como objetivo de trabalho a musicoterapia para que pudessem ir explorando esta terapia nas suas salas.

Reflexão final

Ouvi falar em Musicoterapia há cerca de três anos atrás, quando uma amiga me disse que se iria inscrever neste mestrado na Universidade Lusíada de Lisboa. Fiquei logo entusiasmada. Tinha vontade de voltar a estudar e especializar-me numa área que abarcasse a minha formação académica inicial (comunicação e eventos) e uma paixão antiga: a música.

A minha licenciatura era parca para poder seguir um mestrado em Musicoterapia, mas tinha estudado comunicação que é a base de qualquer relação terapêutica. Ainda assim, valeram-me – de certa forma – o ano de psicologia que fiz durante o 12.º ano e os dez anos de estudo em escolas de música a aprender formação musical, órgão electrónico, guitarra clássica e técnica vocal. Para além disso, podemos ver que os eventos são também uma parte lúdica/recreativa onde a musicoterapia pode também assumir esse papel.

A par da formação académica, surge a área profissional. O facto de ter participado em diversas bandas com géneros musicais distintos permitiu-me reforçar o meu conhecimento quanto ao repertório musical nacional e internacional. Por outro lado, tive a possibilidade de dar AEC de Música durante três anos. E este elemento torna-se importante na medida em que me permite ter as ferramentas necessárias para eu não tornar as sessões de musicoterapia em aulas de música.

No início de 2012, participei num workshop de “Introdução à Musicoterapia” na APMT. O horizonte de conhecimento alargou-se e as dúvidas quanto ao meu desempenho na função passaram a duplicar. Mas a vontade persistia. Seria um desafio que poderia acabar mal. Hoje, posso admitir que terminou melhor do que eu estava à espera.

O primeiro ano de mestrado é o encarar a realidade e a necessidade de se conhecer muito bem os meandros da psicologia e da música. Compreender e interligar estes dois pólos é uma tarefa penosa para quem não vem da área das terapias, como é o meu caso.

Após a conclusão das cadeiras teórico-práticas, surge a surpresa de ingressar no segundo e último ano, ou seja, no estágio curricular.

Há a possibilidade de ficar colocada em dois ou três sítios específicos, mas a escolha acabou por recair na Fundação Liga. E desde dezembro de 2013 que eu estou muito contente por o acaso me ter dado a oportunidade de conhecer esta instituição e poder estagiar junto de uma equipa de coordenadores, técnicos, auxiliares e clientes que todos os dias entram num local onde a arte tem expressão: como mentalidade, como missão ou simplesmente nos corredores do edifício.

Quando me deparei com a realidade, fiquei inquieta e renitente. Julguei que estava a entrar numa peça de teatro onde uma hora depois todos voltavam a ser jovens e adultos ditos normais.

Respeitar e compreender a diferença é a grande mais-valia desta relação musicoterapêutica.

Hoje, posso afirmar (e para minha surpresa) que o estágio na Fundação Liga não podia ter sido feito com mais clientes. Como se houvesse vontade de que todos possam experimentar esta terapia.

Percebi que gosto de fazer sessões individuais para me focar só numa pessoa.

Consegui perder alguns receios – comuns a qualquer estagiário – e ganhar conhecimento. Trabalhei com jovens e adultos com patologias diversificadas, mas todos

eles empenhados em participar nas sessões, em utilizar e explorar todos os instrumentos que viam e mostrarem o seu gosto pela música.

No momento da sessão percebe-se que a comunicação e o entendimento não são assim tão difíceis de atingir. Independentemente da patologia ou do cliente em questão.

E do pouco se faz tanto. Se enriquece tanto.

A um mês de terminar o meu estágio, foi-me feito o convite para ficar na instituição a exercer funções já como técnica de Musicoterapia e com direito a uma remuneração. Não pensei duas vezes e aceitei a proposta.

Em setembro de 2014, passei a integrar a equipa de técnicos da Fundação Liga.

Ao longo do meu estágio, pude participar em diversas atividades que foram acontecendo na instituição, o que permitiu integrar-me com grande facilidade, conhecer melhor os técnicos e auxiliares e a grande maioria dos clientes (apêndice U).

Em resumo, sinto-me grata pelo caminho que fiz e que me foi permitido fazer graças à colaboração de toda a coordenação, técnicos, auxiliares, encarregados de educação e clientes. Embora consciente que tenho muito para aprender e aperfeiçoar. E de que a musicoterapia deveria ser obrigatória em qualquer instituição ou empresa.

Referências

- Alberto, P. A. e Heller, K. W. (n. d.). In Encyclopedia of disability and rehabilitation. *Multiple Disabilities* (pp. 476-478). New York: Macmillan Library Reference.
- Aldridge, D. (2008). *Music Therapy and Neurological Rehabilitation: Performing Health*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Andrada, M. G. C. (1998). A música na paralisia cerebral In APMT (Ed.), *Textos de Musicoterapia I*. (pp. 83-85). Lisboa: Associação Portuguesa de Musicoterapia.
- Ansdell, G. (2000). *Music for life: Aspects of Creative Music Therapy with Adult Clients*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Associação Portuguesa de Deficientes. (2009). Manual novos olhares sobre a deficiência. Acedido a 20 de julho de 2014, em https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.apd.org.pt%2Findex.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D1417%26Itemid%3D207&ei=N0tJVeKFAca6UezhgVg&usg=AFQjCNFkvrE-iDYIPFHoQzVXyOZ52uli-Q
- Battaglia, A. (2012). Síndrome de Wolf-Hirschhorn. Acedido a 22 de dezembro de 2014, em http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Lng=PT&Expert=280
- Baker, F. & Wigram, T. & Ruud, E. (2005). *Songwriting: Methods, Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Boxill, E. H. (1985). *Music therapy for developmentally disabled*. Austin, Texas:

Pro-Ed Publishers.

Bruscia, K. E. (1987). *Improvisational models of music therapy*. Springfield: Charles C. Thomas.

Costa, F. G. (n. d.). Qualidade de vida do deficiente mental. In Archer, L. & Biscaia, J. & Osswad, W. & Renaud, M. (Eds.), *Novos desafios à bioética* (pp. 236-243). Porto: Porto Editora.

Epilepsy Foundation (n. d) *Infantile Spasms / West's Syndrome*. Acedido a 20 de dezembro de 2014, em <http://www.epilepsy.com/learn/types-epilepsy-syndromes/infantile-spasms-west-s-syndrome>

Fundação Liga. (2012). *Relatório e contas 2012*. Acedido a 13 de maio de 2014, em <http://www.fundacaoliga.pt/media/38/File/QuemSomos/Relatorios/RelatorioECostas2012.pdf>

Gileno, J. A. (n. d.). In Encyclopedia of disability and rehabilitation. *Music Therapy* (pp. 497-499). New York: Macmillan Library Reference.

Guy, J. & Neve, A. (2005). *Music Therapy & Autism Spectrum Disorders*. Acedido a 22 de novembro de 2014, em http://www.themusictherapycenter.com/sites/default/files/images/factsheets/mtc_ca_autism.pdf

Guy, J. & Neve, A. (2005). *Music Therapy & Cerebral Palsy Fact Sheet*. Acedido a 10 de dezembro de 2014, em http://www.themusictherapycenter.com/sites/default/files/images/factsheets/mtc_ca_cerebralpalsy.pdf

Guy, J. & Neve, A. (2005). *Music Therapy & Deaf-Blindness Fact Sheet*. Acedido a 7 de dezembro de 2014, em

http://www.themusictherapycenter.com/sites/default/files/images/factsheets/mtcca_deafblindness.pdf

Guy, J. & Neve, A. (2005). Music Therapy & Down Syndrome Fact Sheet. Acedido a 20 de novembro de 2014, em http://www.themusictherapycenter.com/sites/default/files/images/factsheets/mtcca_downsyndrome.pdf

Guy, J. & Neve, A. (2005). Music Therapy & Rett Syndrome Fact Sheet. Acedido a 15 de setembro de 2014, em http://www.themusictherapycenter.com/sites/default/files/images/factsheets/mtcca_rett.pdf

Instituto Camões (2006). Epilepsia. Acedido a 22 de dezembro de 2014, em <http://www.instituto-camoes.pt/glossario/Textos/Medicina/HTM/epilepsia.html>

Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (2007). In Mais qualidade de vida para as pessoas com deficiências e incapacidades – Uma estratégia para Portugal. *Estrutura do modelo* (pp. 176-179). Vila Nova de Gaia: CRPG.

Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (2007). In Mais qualidade de vida para as pessoas com deficiências e incapacidades – Uma estratégia para Portugal. *Introdução* (pp. 17-24). Vila Nova de Gaia: CRPG.

Madsen, C. K. (n. d.). A behavioral approach to music therapy. Acedido a 12 de agosto de 2014, em <http://www.biblioteca.org.ar/libros/92132.pdf>

Manual Merck (2009). Atraso mental. Acedido a 29 de dezembro de 2014, em <http://www.manualmerck.net/?id=281>

Minha vida (2006). Síndrome de Rett. Acedido a 28 de dezembro de 2014, em <http://www.minhavidacom.br/saude/temas/sindrome-de-rett>

- Ministério Público do Estado do Paraná (n. d.) *Área da Pessoa Portadora de Deficiência – Diferentes deficiências e seus conceitos*. Acedido a 21 de maio de 2014, em <http://www.ppd.mppr.mp.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=17>
- Neurocirurgia e cirurgia da coluna (n. d.). Hidrocefalia. Acedido a 20 de dezembro de 2014, em <http://neurocirurgia.com/content/missao-neurocirurgia>
- Newham, P. (1999). *Using voice and movement in therapy: the practical application of voice movement therapy*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Plach, T. (1996). *The creative use of music in group therapy*. Springfield: Charles C. Thomas.
- Powell, J. (2012). *Como funciona a música. A ciência dos belos sons: de Beethoven aos Beatles e muito mais*. Lisboa: Editorial Bizâncio.
- Psicologicus – Comunidad dedicada al estudio de la mente (2013). Hemiparesia Espástica. Acedido a 20 de dezembro de 2014, em <http://www.psicologicus.com/hemiparesia-espastica/>
- Strauss, Edna (2007). Encefalopatia. Acedido a 18 de dezembro de 2014, em <http://www.doencasdofigado.com.br/ENCEFALOPATIA%20HEPATICA%20E%20TRATAMENTO.pdf>
- Reis, J. A. e Peixoto, L. M. (1999). In APPACDM, A deficiência mental: causas, características, intervenção. *Um referencial unificado: deficiência* (pp. 19-49). Braga: APPACDM.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). In Investigação e avaliação em psicologia e saúde. *Tipos de técnicas utilizadas na avaliação psicológica* (pp103-111). Lisboa: Climepsi Editores.
-

Ribeiro, M. K. A. (2014). Análise musicoterapêutica da experiência de composição musical: interfaces com o psicodrama. Dissertação: Seção 2. Métodos e técnicas em musicoterapia, 1(1), 22-23.

Rodrigues, D. A. (1983). In Educação Especial: deficiência motora – colectânea de textos. *Como ajudar um deficiente com cadeira de rodas – Secretariado Nacional de Reabilitação*. (pp. 306-311). Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa – Instituto Superior de Educação Física.

Seashore, C. E. (1938). *Psychology of music*. New York and London: McGraw-Hill Book Company, Inc.

Strauss, Edna (2007). Encefalopatia – Diagnóstico e tratamento. Acedido a 10 de dezembro de 2014, em <http://www.doencasdofigado.com.br/ENCEFALOPATIA%20HEPATICA%20E%20TRATAMENTO.pdf>

Serviços da Direcção Regional de Educação Especial e Reabilitação da Região Autónoma da Madeira (2008, abril, maio e junho). Educação, Multideficiência e Ensino Regular: Um Processo de Mudança de Atitude. *Revista Diversidades*, 20(1), 5.

Stephenson, J. (2005). Music Therapy and the Education of Students with Severe Disabilities. *Education and Training in Developmental Disabilities*, 41(3), 290–299.

United Kingdom Department for Education and Skills (2001). *Special Educational Needs – Code of Practice*. Acedido a 22 de maio de 2014, em

<http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130401151715/https://www.education.gov.uk/publications/eOrderingDownload/0581-2001-SEN-CodeofPractice.pdf>

Universidade de Évora – Apoio aos alunos com necessidades educativas especiais

(n. d.) *Deficiência Motora – Informação para docentes e alunos*. Acedido a 20 de maio de 2014, em <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CCUQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.estudar.uevora.pt%2Fcontent%2Fdownload%2F461%2F1935%2Ffile%2FFolheto%2520Defici%25C3%25Ancia%2520Motora.pdf&ei=WIOdVPPuGIP2aNHogYgH&usg=AFQjCNG3hcuaDGeJHcvagBiQUnxS1hOvRA>

APÊNDICES

Lista de Apêndices

Apêndice A – Organigrama da Fundação Liga (versão original)

Apêndice B – Resultados dos indicadores de desempenho relativos a clientes (versão original)

Apêndice C – Distribuição dos clientes, da Fundação Liga, por sexo e por programa (versão original)

Apêndice D – Distribuição dos clientes, da Fundação Liga, por faixa etária(versão original)

Apêndice E – Distribuição dos clientes, da Fundação Liga, por concelho de residência(versão original)

Apêndice F – Domínios e Áreas de Qualidade de Vida (versão original)

Apêndice G – Exemplo de pedido de autorização de gravação das sessões de Musicoterapia enviada, pela Dr.^a Isabel Amaro (Coordenadora do programa CAO), para todos os encarregados de educação dos clientes

Apêndice H – Exemplo de declaração de autorização de gravação das sessões de Musicoterapia enviada pela Dr.^a Isabel Amaro (Coordenadora do programa CAO) e assinada pelo encarregado de educação de cada cliente

Apêndice I – Exemplo de comunicação, enviada pela estagiária aos encarregados de educação, a solicitar o preenchimento do questionário de Musicoterapia

Apêndice J – Exemplo de questionário inicial feito pela estagiária aos encarregados de educação e auxiliares de cada cliente

Apêndice K – Avaliação de Musicoterapia para criação de plano terapêutico (versão original de “Music Therapy Assessment” do livro Music Therapy for the Developmentally Disabled de Edith Boxill, 1985)

Apêndice L – Exemplo de plano terapêutico de cada cliente (versão adaptada de “Music Therapy Assessment” do livro *Music Therapy for the Developmentally Disabled* de Edith Boxill, 1985)

Apêndice M – Exemplo de folha de presença de cada cliente nas sessões de Musicoterapia

Apêndice N – Exemplo de folha de sessão de cada cliente

Apêndice O – Fotografias da sala de estágio de Musicoterapia na Fundação Liga

Apêndice P – Instrumentos utilizados pelos clientes da Fundação Liga durante as sessões de Musicoterapia, em que a última imagem apresenta os dois instrumentos reciclados feitos pela estagiária

Apêndice Q – Agenda semanal da estagiária

Apêndice R – Tabela de níveis de comportamento adaptativo de um deficiente mental (versão original)

Apêndice S – Canção-hino das sessões de Musicoterapia

Apêndice T – Letra de uma canção criada durante as sessões de Musicoterapia

Apêndice U – Exemplo de entrevista de avaliação final elaborada pela estagiária e feita a encarregados de educação e auxiliares dos clientes das sessões de Musicoterapia

Apêndice V – Grelha de avaliação utilizadas nas sessões de Musicoterapia (versão original de “MTADD Data Form” do livro *Music Therapy for the Developmentally Disabled* de Edith Boxill, 1985)

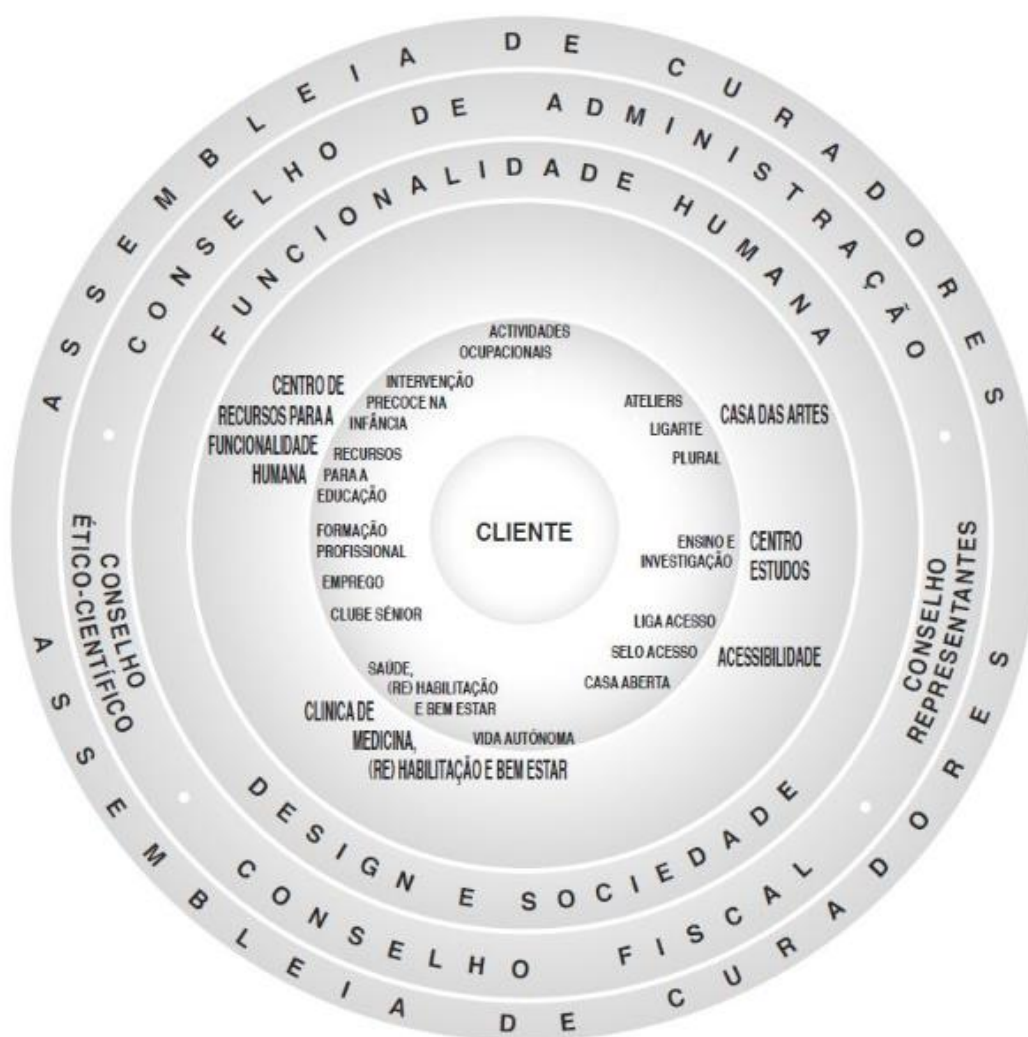
Apêndice W – Grelha de avaliação utilizada nas sessões de Musicoterapia (versão adaptada de “MTADD Data Form” do livro *Music Therapy for the Developmentally Disabled* de Edith Boxill, 1985) – Resultados do estudo de caso do Salvador

Apêndice X – Grelha de avaliação utilizada nas sessões de Musicoterapia (versão adaptada de “MTADD Data Form” do livro Music Therapy for the Developmentally

Disabled de Edith Boxill, 1985) – Resultados do estudo de caso do Afonso

Apêndice Y – Calendário de participações da estagiária em eventos da Fundação Liga

Apêndice Z – Como ajudar um deficiente com cadeira de rodas (versão original)

Apêndice A – Organigrama da Fundação Liga (versão original)¹

¹ Organigrama apresentado no documento Relatório e Contas 2012 da Fundação Liga

Apêndice B – Resultados dos indicadores de desempenho relativos a clientes (versão original)²

Indicadores	Centro de Recursos para a Funcionalidade Humana							Clínica de Medicina, (Re)Habilitação			Casa das Artes	META	REALIZADO	DESVIO
	IPI	EEE	CAO	EPFP	CR	OED	CS	Saúde e (Re)Habilitação	VA	SADIP	a)			
Média mensal de clientes	74	5	87	87	7	111	26	NA	NA	24	57	461	478	+ 17
Média mensal de atendimentos	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	3.593	22	NA	NA	5.020	3.615	- 1.405
Nº de novos clientes admitidos	25	NA	5	48	NA	116	0	42	NA	17	22	272	275	+ 3
Nº pedidos de admissão admissíveis	41	NA	16	63	NA	116	11	42	NA	51	22	295	362	+ 67
Nº de pedidos de admissão não admissíveis	0	NA	0	59	NA	8	0	1	NA	4	0	b)	72	-----
Taxa de execução Planos Individuais	81%	74%	76%	80%	NA	83%	c)	NA	NA	83%	NA	≥ 80%	79%	- 1%
Taxa de execução dos Planos de Intervenção	NA	NA	NA	NA	86%	NA	NA	79%	100%	NA	64%	≥ 80%	82%	+ 2%

Legenda:

a) No sector Casa das Artes dada a reduzida dimensão de alguns serviços optou-se por apresentar os resultados na globalidade.

b) Não foi definida meta, pois o indicador depende de fatores não controláveis pela Organização.

c) De acordo com o respectivo processo-chave, no ano de 2011 não ocorreu nenhuma situação elegível para elaboração de PI.

NA (Não Aplicável)

Apêndice C – Distribuição dos clientes, da Fundação Liga, por sexo e por programa (versão original)³

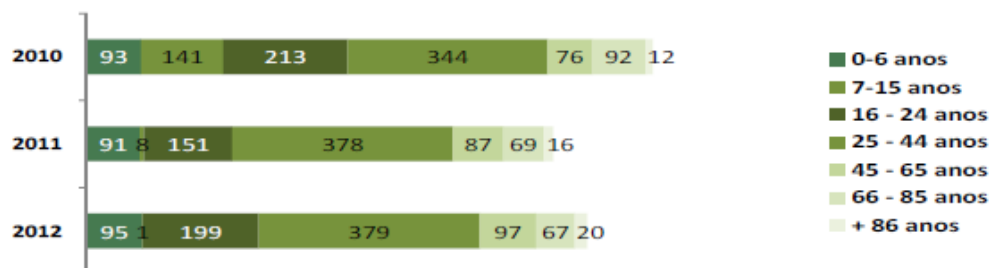
Programa / Serviço	Sexo Feminino			Sexo Masculino			TOTAL		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Centro de Atividades Ocupacionais (CAO)	30	31	34	63	57	54	93	88	88
Centro de Recursos (CR)	10	16	15	18	25	12	28	41	27
Clube Sénior (CS)	54	46	41	11	9	6	65	55	47
Escola de Ensino Especial (EEE)	5	5	5	8	8	2	13	13	7
Escola de Produção e Formação Profissional (EPFP)	46	46	56	67	68	71	113	114	127
Intervenção Precoce na Infância (IPI)	35	27	29	58	64	66	93	91	95
Operação para o Emprego de Pessoas com Deficiência (OED)	126	128	139	207	237	216	333	365	355
Serviço de Apoio Domiciliário / Personalizado (SAD/P)	25	20	26	20	13	13	45	33	39
TOTAL	331	319	345	452	481	440	783	800	785

(*) Não estão integrados os dados relativos à caracterização dos clientes do Programa Saúde e (Re)Habilitação, Serviço Vida Autónoma e Casa das Artes, porque o indicador monitorizado é "número de atendimentos" (e não "número de clientes"); no que respeita à Casa das Artes, os clientes já estão contabilizados nos outros programas/serviços.

² Tabela apresentada no documento Relatório e Contas 2012 da Fundação Liga

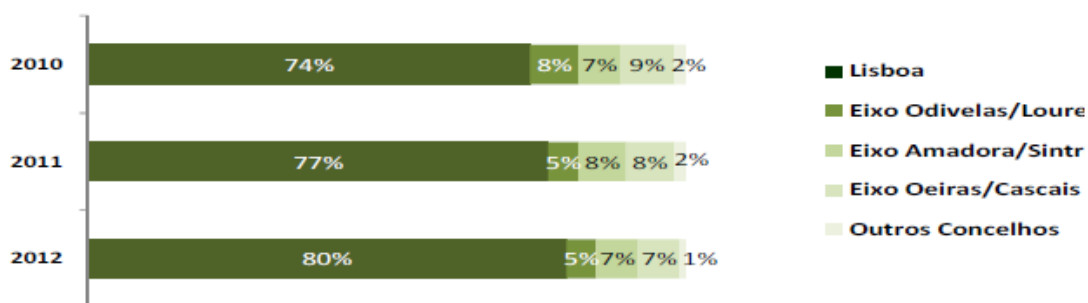
³ Tabela apresentada no documento Relatório e Contas 2012 da Fundação Liga

Apêndice D – Distribuição dos clientes, da Fundação Liga, por faixa etária (versão original)⁴



(*) Não estão integrados os dados relativos à caracterização dos clientes do Programa Saúde e (Re)Habilitação, Serviço Vida Autónoma e Casa das Artes, porque o indicador monitorizado é “número de atendimentos” (e não “número de clientes”); no que respeita à Casa das Artes, os clientes já estão contabilizados nos outros programas/serviços.

Apêndice E – Distribuição dos clientes, da Fundação Liga, por concelho de residência (versão original)⁵



(*) Não estão integrados os dados relativos à caracterização dos clientes do Programa Saúde e (Re)Habilitação, Serviço Vida Autónoma e Casa das Artes, porque o indicador monitorizado é “número de atendimentos” (e não “número de clientes”); no que respeita à Casa das Artes, os clientes já estão contabilizados nos outros programas/serviços.

⁴ Tabela apresentada no documento Relatório e Contas 2012 da Fundação Liga

⁵ Tabela apresentada no documento Relatório e Contas 2012 da Fundação Liga

Apêndice F – Domínios e Áreas de Qualidade de Vida (versão original)⁶

Áreas de qualidade de vida			
	Bem-estar físico e material	Autodeterminação e desenvolvimento pessoal	Direitos e inclusão social
Domínios de qualidade de vida	Rendimento e prestações sociais	Autonomia e resiliência	Aceitação e respeito
	Cuidados de saúde	Acessibilidade comunicacional e programática	Protecção jurídica
	Trabalho e emprego	Desenvolvimento psicológico e de capacidades sociais	Desempenho de papéis e funções na vida pública
	Habitação	Educação e formação ao longo da vida	Solidariedade
	Turismo e lazer	Criatividade e expressão emocional	Integração em redes sociais
	Mobilidade		Família
			Activação de direitos

⁶ Tabela apresentada no livro Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (2007). Estrutura do modelo. In Mais qualidade de vida para as pessoas com deficiências e incapacidades – Uma estratégia para Portugal. Vila Nova de Gaia: CRPG. p. 176-179.

Apêndice G – Exemplo de pedido de autorização de gravação das sessões de Musicoterapia enviada, pela Dr.^a Isabel Amaro (Coordenadora do programa CAO), para todos os encarregados de educação dos clientes



Fundação LIGA

Lisboa 13/01/2013

Ex mos. Encarregados de Educação

Assunto: Autorização para filmagens das sessões de musicoterapia

Como é do vosso conhecimento, o seu Educando está a frequentar sessões de musicoterapia através da realização de um estágio, do curso de Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíadas de Lisboa que irá decorrer até finais de junho. No âmbito das atividades que serão realizadas em sessões individuais ou em pequenos grupos, surge a necessidade de realizar filmagens das sessões para a supervisão do estágio e nesse sentido a estagiária Margarida Araújo solicita a sua autorização. Serão agendadas reuniões até ao final do ano, com os Encarregados de Educação para a apresentação do trabalho desenvolvido nesta área com o seu Educando.

Com os melhores cumprimentos,

Isabel Amaro

Coordenadora do CAO

Margarida Inês Godinho de Jesus Arcanjo

Apêndice H – Exemplo de declaração de autorização de gravação das sessões de Musicoterapia enviada pela Dr.^a Isabel Amaro (Coordenadora do programa CAO) e assinada pelo encarregado de educação de cada cliente

DECLARAÇÃO

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

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

Lisboa, _____ de janeiro de 2014

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

Assinatura

Nome Legível

Margarida Inês Godinho de Jesus Arcanjo

Apêndice I – Exemplo de comunicação, enviada pela estagiária aos encarregados de educação, a solicitar o preenchimento do questionário de Musicoterapia

Assunto: Questionário de Musicoterapia

Sr. / Sr.^a _____

No seguimento do meu estágio académico de Musicoterapia na Fundação Liga, venho solicitar a sua colaboração no sentido de conhecer melhor a identidade sonoro-musical do(a)

_____.

O questionário é de fácil resposta e o seu preenchimento demora só dois minutos.

Se for do seu interesse, poderá também escrever alguma nota ou sugestão que ache pertinente para o caso.

Muito obrigada pela sua colaboração!

Cumprimentos,
Margarida Arcanjo
(Estagiária de Musicoterapia)

Apêndice J – Exemplo de questionário inicial feito pela estagiária aos encarregados de educação e auxiliares de cada cliente

QUESTIONÁRIO DE MUSICOTERAPIA

Nome do cliente: _____

Nome do encarregado de educação: _____

Nome do auxiliar: _____

Costuma ouvir música? Onde? Com quem?

Quais os sons que mais lhe agrada? E os que mostra não gostar?

Quais as canções que costuma ouvir?

Quais os instrumentos que mais lhe agrada? E os que mostra não lhe agradar?

Quais os cantores que mostra gostar mais? E os que mostra não gostar?

Qual o estilo musical que parece mais lhe agradar e desagradar?

Obrigada!

Apêndice K - Avaliação de Musicoterapia para criação de plano terapêutico (versão original de "Music Therapy Assessment" do livro *Music Therapy for the Developmentally Disabled* de Edith Boxill, 1985)⁷

APPENDIX 3.A

Music Therapy Assessment

Name of Client: _____ Date of Birth: _____ Date(s) of Assessment: _____

Directions:

1. Administer through the use of music and musical stimuli (vocal and instrumental), music activities, and music materials.
2. Administer over a period of two to three consecutive weeks.
3. Check all areas that are applicable.

A. **Diagnosis (DSM-III):** _____

B. **Developmental History:** _____

C. **Family History:** _____

D. Standardized Test Information:

Test Name:	Date Given:	Age of Client:	Score:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

E. Developmental Disability:

1. Mental Retardation	_____	4. Neurological Impairment	_____
2. Cerebral Palsy	_____	5. Epilepsy	_____
3. Autism	_____		

Source: E.H. Boxill. *Music therapy assessment form*. New York: Author, © 1976, 1983.

⁷ Boxill, E. (1985). *Music therapy for the developmentally disabled*. Austin, Texas: PRO-ED.

F. General Characteristics:**1. Observable Behaviors:**

- | | | | |
|------------------|-------|---------------------|-------|
| a. Cooperative | _____ | i. Withdrawn | _____ |
| b. Resistive | _____ | j. Hyperactive | _____ |
| c. Stereotypic | _____ | k. Hypoactive | _____ |
| d. Perseverative | _____ | l. Abusive | _____ |
| e. Compulsive | _____ | m. Self-abusive | _____ |
| f. Impulsive | _____ | n. Self-stimulative | _____ |
| g. Ritualistic | _____ | o. Other_____ | _____ |
| h. Assertive | _____ | | |

2. Physical Handicap(s) and Condition(s):

- | | | | |
|-------------------------|-------|-----------------------|-------|
| a. Extremities: | | e. Visual impairment: | |
| Right arm | _____ | Blind | _____ |
| Left arm | _____ | Strabismus | _____ |
| Right leg | _____ | Astigmatism | _____ |
| Left leg | _____ | Nystagmus | _____ |
| b. Auditory impairment: | | Wears glasses | _____ |
| Deaf | _____ | d. Seizures: | |
| Loss in right ear | _____ | Grand mal | _____ |
| Loss in left ear | _____ | Petit mal | _____ |
| Loss in both ears | _____ | Psychomotor | _____ |
| Wears hearing aid | _____ | Other_____ | _____ |

3. Handedness:

- | | |
|--------------------|-------|
| a. Right | _____ |
| b. Left | _____ |
| c. Mixed dominance | _____ |

4. Eye Contact:

- | | |
|---------|-------|
| a. Good | _____ |
| b. Fair | _____ |
| c. None | _____ |

5. Attention Span:

- | | |
|---|-------|
| a. Sustains musical activity
for length of music | _____ |
| b. Sustains musical activity
for major part of music | _____ |
| c. Sustains musical activity
for short periods of
music | _____ |
| d. Sustains sporadically | _____ |
| e. Distractible | _____ |
| f. Does not attend | _____ |
| g. Starts and stops in response
to music | _____ |

6. Mannerisms:

- | | |
|---|-------|
| a. Grimaces | _____ |
| b. Tics | _____ |
| c. Hand movements | _____ |
| d. Finger configurations | _____ |
| e. Arm movements | _____ |
| f. Head movements | _____ |
| g. Idiosyncratic sounds,
vocalizations, utterances | _____ |

7. Gait:

- | | |
|--------------|-------|
| a. Steady | _____ |
| b. Awkward | _____ |
| c. Rigid | _____ |
| d. Shuffling | _____ |
| e. Waddling | _____ |

8. Posture:

- | | |
|---------|-------|
| a. Good | _____ |
| b. Fair | _____ |
| c. Poor | _____ |

G. Motor Domain:**1. Gross Motor:****a. Locomotor skills:**

Walks _____
 Runs _____
 Jumps _____
 Hops _____
 Gallops _____
 Skips _____

b. Nonlocomotor skills:

Bends torso up and down _____
 Swings arms up and down _____
 Stretches arms up _____
 Swings arms back and forth _____
 Rolls to one side and the other _____
 Rolls over _____
 Turns around _____

c. Dynamic balance:

Controlled _____
 Uncontrolled _____

d. Static balance:

Stable _____
 Unstable _____

e. Appropriate use of body:

	Imita- tively	Inde- pend- ently
Claps hands	_____	_____
Stamps feet	_____	_____
Raises arms	_____	_____
Swings arms	_____	_____
Bends knees	_____	_____

2. Fine Motor:**a. Fingers:**

Opens and shuts _____
 Moves fingers separately _____
 Counts with fingers _____

b. Grasp:

Pulmar _____
 Pincer _____

c. Eye-hand coordination:

	Imita- tively	Inde- pend- ently
Shakes handbells	_____	_____
Taps rhythm sticks together	_____	_____
Clashes hand cymbals together	_____	_____

	Imita- tively	Inde- pend- ently
--	------------------	-------------------------

Strikes single tone bell with mallet	_____	_____
Strikes xylophone bars with mallet	_____	_____
Beats drum with mallet	_____	_____

3. Perceptual-Motor Functions:**a. Types of drum beating:**

Steady _____
 Rhythmic _____
 Stereotypic _____
 Perseverative _____
 Disordered _____
 Compulsive _____
 Chaotic _____
 Uncontrolled _____
 Evasive _____

b. Types of strumming on Autoharp®:

Related to musical stimuli _____
 Steady _____
 Changes in tempo _____
 Changes in dynamics _____
 Confined to area of strings _____
 Erratic _____
 Random _____
 Spillover _____

4. <i>Psychomotor Skills:</i>			
a. Uses appropriate movements in action songs	_____	c. Moves rhythmically in response to pulse of music	_____
b. Movements are related to musical stimuli	_____		
H. Communication Domain:			
1. <i>Speech and Vocal Characteristics:</i>			
a. Expressive:		e. Tonal quality of voice:	
Single words	_____	Clear	_____
Word phrases	_____	Muffled	_____
Sentences	_____	Harsh	_____
Echolalic	_____	Nasal	_____
Perseverative	_____	Hypernasal	_____
Idiosyncratic	_____	Breathy	_____
Nonverbal	_____	Raspy	_____
b. Receptive:		Resonant	_____
Comprehends words of song	_____	Shallow	_____
Executes appropriate actions to words of song	_____	f. Prosody:	
Dramatizes words of song or musical story	_____	Inflection	_____
Follows verbal directives	_____	Cadence	_____
c. Articulation:		Monotone	_____
Intelligible	_____	g. Rate:	
Fairly intelligible	_____	Fast	_____
Unintelligible	_____	Moderate	_____
d. Phonation:		Slow	_____
Respiration adequate for sound production	_____	Belabored	_____
Range of pitch:		h. Organic condition:	
High	_____	Dysarthria	_____
Medium	_____	Dystalia	_____
Low	_____	Aphasia	_____
Range of volume:			
Audible	_____		
Moderately audible	_____		
Inaudible	_____		
Aphonia (hysterical/functional)	_____		
2. <i>Other Communication Skills:</i>			
a. Purposeful gestures/body language	_____	c. Sign language	_____
b. Purposeful gestures accompanied by vocalizations	_____	d. Manual language	_____
		e. Vocalizations	_____

I. Cognitive Domain:

1. *Comprehension:*

- a. Demonstrates understanding of words of song _____
- b. Demonstrates understanding of and sings:
Articles of clothing _____
Colors _____
Numbers _____
Days of week _____
Months _____
Objects in environment _____

2. *Body Awareness:*

- Identifies in response to song by singing or pointing to:
- a. Eyes _____
- b. Ears _____
- c. Head _____
- d. Face _____
- e. Neck _____
- f. Nose _____
- g. Mouth _____
- h. Tongue _____
- i. Hands _____
- j. Fingers _____
- k. Thumb _____
- l. Arms _____
- m. Legs _____
- n. Feet _____
- o. Knees _____
- p. Hips _____
- q. Shoulders _____
- r. Chest _____
- s. Stomach _____
- t. Back _____
- u. Elbows _____
- v. Wrists _____

3. *Laterality and Directionality:*

- Moves in response to words of song:
- a. Left _____
- b. Right _____
- c. Forward _____
- d. Backward _____
- e. Up _____
- f. Down _____

4. *Visual Perception:*

- a. Indicates recognition of visual aids used within musical framework:
Flash cards with environmental objects _____
Flash cards with numbers _____
Pictures of animals _____
Pictures of vehicles of transportation _____
Colors _____
Puppets _____
- b. Indicates recognition of and names rhythm instruments:
Drum _____
Bells _____
Rhythm sticks _____
Maracas _____
Xylophone _____

5. *Auditory Perception:*

- a. Gross changes in dynamics:
Loud _____
Soft _____
- b. Gross changes in tempo:
Fast _____
Slow _____
- c. Gross changes in pitch (vocally):
High _____
Low _____
- d. Discriminates between different instrumental sounds:
Drums and bells _____
Bells and cymbals _____
- e. Imitates serial drumbeats:
1 _____
1-2 _____
1-2-3 _____
1-2-3-4 _____

<p>f. Imitates chanted/sung syllables:</p> <p>La-la-la _____</p> <p>Ba-ba-ba _____</p> <p>Da-da-da _____</p> <p>Ma-ma-ma _____</p> <p>Ha-ha-ha _____</p>	<p>g. Imitates musical intervals:</p> <p>Descending third, fifth, octave _____</p> <p>Ascending third, fifth, octave _____</p>
<p>J. Affective Domain:</p>	
<p>1. <i>Facial Expression:</i></p> <p>a. Alert _____</p> <p>b. Pleasant _____</p> <p>c. Fixed _____</p> <p>d. Tense _____</p> <p>e. Hostile _____</p> <p>f. Anxious _____</p> <p>g. Depressed _____</p>	<p>3. <i>Appropriate Emotional Responses:</i></p> <p>a. Usually _____</p> <p>b. Sometimes _____</p> <p>c. Rarely _____</p>
<p>2. <i>Range of Affect:</i></p> <p>a. Broad _____</p> <p>b. Restricted _____</p> <p>c. Labile _____</p> <p>d. Blunted _____</p> <p>e. Flat _____</p>	<p>4. <i>Emotional Responses to Musical Stimuli and Text of Song:</i></p> <p>a. Related to music _____</p> <p>b. Unrelated to music _____</p> <p>c. No visible response _____</p>
<p>K. Social Domain:</p>	
<p>1. <i>Awareness of Self, Others, and Environment:</i></p> <p>a. Recognizes when sung/ chanted:</p> <p>Own name _____</p> <p>Names of others _____</p>	<p>b. Sings/chants:</p> <p>Own name _____</p> <p>Names of others _____</p>
<p>2. <i>Interaction:</i></p> <p>a. With adults:</p> <p>Good _____</p> <p>Fair _____</p> <p>Poor _____</p> <p>None _____</p>	<p>b. With peers:</p> <p>Good _____</p> <p>Fair _____</p> <p>Poor _____</p> <p>None _____</p>
<p>3. <i>Participates in Group Music Activities:</i></p> <p>a. Group singing _____</p> <p>b. Rhythm instrument playing _____</p> <p>c. Action songs _____</p> <p>d. Music circle games _____</p> <p>e. Group movement _____</p> <p>f. Group dramatizations to music _____</p>	<p>g. Creative movement/ dancing _____</p> <p>h. Social dancing _____</p> <p>i. Initiates activity _____</p> <p>j. Willing to lead activity _____</p> <p>k. Volunteers to lead activity _____</p> <p>l. Sustains activity for length of music _____</p>

L. Specific Musical Behaviors:

- | | | | |
|---|-------|--|-------|
| 1. <i>Vocal:</i> | | 2. <i>Percussion Instruments (Drums, Clavs, Temple Blocks):</i> | |
| a. Sings on pitch | _____ | a. Plays rhythmic pattern of instrumental music | _____ |
| b. Carries a tune | _____ | b. Plays rhythmic patterns of songs | _____ |
| c. Sings song(s) of own choice | _____ | c. Changes rhythmic patterns in response to music | _____ |
| d. Sings isolated words in tonality of song | _____ | d. Uses instruments expressively | _____ |
| e. Sings phrases of song | _____ | 3. <i>Melodic Percussive Instruments (Piano, Xylophone, Resonator, or Tone Bells):</i> | |
| f. Sings phrases in tonality of song | _____ | a. Plays melodic phrases | _____ |
| g. Sings melodic line in tonality of song | _____ | b. Plays melody | _____ |
| h. Sings words and melody of entire song | _____ | c. Uses instruments expressively | _____ |
| i. Chants isolated words of song | _____ | | |
| j. Chants word phrases of songs | _____ | | |
| k. Chants words of entire song | _____ | | |

M. Major Problem Area(s) of Adaptive Behavior:

- | | | | |
|-------------------------|-------|----------------------|-------|
| 1. Motor Functions | _____ | 4. Affective State | _____ |
| 2. Communicative Skills | _____ | 5. Social Adjustment | _____ |
| 3. Cognitive Skills | _____ | | |

N. General Comments:

1. Any musical behaviors that appear to be characteristic of a particular disability: _____

2. Any musical behaviors that are significant: _____

3. Any significant differences in behaviors in response to musical stimuli from those reported in other sources or observed in other settings: _____

O. Present Medication:

Medication:	Dosage:	Schedule of Administration:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

P. Current Service Information:

- | | | | |
|-------------------------|-------|---------------------------|-------|
| 1. Special Education | _____ | 6. Psychological Services | _____ |
| 2. Speech Therapy | _____ | 7. Recreational Therapy | _____ |
| 3. Medical Services | _____ | 8. Social Services | _____ |
| 4. Occupational Therapy | _____ | 9. Art Therapy | _____ |
| 5. Physical Therapy | _____ | 10. Dance Therapy | _____ |

Q. Recommendation Regarding Type of Session:

- | | |
|---------------|-------|
| 1. Individual | _____ |
| 2. Group | _____ |
| 3. Both | _____ |

Music Therapist-Assessor: _____

Apêndice L – Exemplo de plano terapêutico de cada cliente (versão adaptada de “Music Therapy Assessment” do livro *Music Therapy for the Developmentally Disabled* de Edith Boxill, 1985)

PLANO TERAPÊUTICO DE MUSICOTERAPIA

Nome do Cliente: _____

Idade: _____

Início das sessões: ____ / ____ / _____

Patologia: _____

A. Características gerais:

1. Comportamentos observáveis:

- a. Cooperativo _____
- b. Resistivo _____
- c. Estereótico _____
- d. Perseverativo _____
- e. Compulsivo _____
- f. Impulsivo _____
- g. Ritualístico _____
- h. Assertivo _____
- i. Abusivo _____
- j. Hiperativo _____
- k. Outro _____

2. Deficiência Física e condições:

a. Extremidades:

Braço direito _____

Brço esquerdo _____

Perna direita _____

Perna esquerda _____

b. Incapacidade auditiva:

Deficiente _____

Perda de audição no ouvido esquerdo _____

Perda de audição no ouvido direito ____

Perda de audição nos dois ouvidos ____

Uso de aparelho auditivo ____

c. Incapacidade visual:

Cego ____

Estrabismo ____

Astigmatismo ____

Nistagmo ____

Uso de óculos ____

d. Convulsões

Grandes ____

Pequenas ____

Psicomotor ____

3. Lateralidade:

a. Esquerda ____

b. Direita ____

c. Domínio misto ____

4. Contacto visual:

a. Bom ____

b. Reto ____

c. Inexistente ____

5. Atenção:

Sustenta a atividade musical durante a música ____

Sustenta a atividade musical durante a maior parte do tempo da música ____

Sustenta a atividade musical durante curtos períodos de tempo da música ____

Sustenta esporadicamente ____

Distração ____

Não dá resposta ____

Começa e termina em resposta à música ____

6. Maneirismo:

a. Caretas ____

b. Laços ____

- c. Movimentos com as mãos _____
- d. Configurações do dedo _____
- e. Movimentos do braço _____
- f. Movimentos da cabeça _____
- g. Sons idiossincráticos, vocalizações

7. Marcha:

Estável _____

Desajeitada _____

Rígida _____

8. Postura:

Boa _____

Má _____

B. Domínio Motor:

1. Motricidade grossa:

a. Capacidades locomotoras:

Caminhadas _____

Corridas _____

Saltos _____

b. Capacidades não locomotoras:

Mexe o tronco para cima e para baixo _____

Mexe os braços para cima e para baixo _____

c. Balanço dinâmico:

Controlado _____

Incontrolado _____

d. Balanço estático:

Estável _____

Instável _____

e. Apropriado uso do corpo:

Bater as palmas por imitação _____

Bater as palmas por iniciativa _____

Bate o pé por imitação _____

- Bate o pé por iniciativa ____
- Levantar os braços por imitação ____
- Levantar os braços por iniciativa ____
- Agitar os braços por imitação ____
- Agitar os braços por iniciativa ____

2. Motricidade fina:

a. Dedos:

- Abrem e fecham ____
- Movimentação dos dedos separadamente ____
- Conta com os dedos ____

b. Coordenação Olho-Mão:

- Toca por imitação ____
- Toca por iniciativa ____
- Produz ritmo em conjunto por imitação ____
- Produz ritmo em conjunto por iniciativa ____

3. Funções da Percepção Motora:

a. Tipos de batida:

- Rítmica ____
- Estável ____
- Desorganizada ____
- Compulsiva ____
- Incontrolada ____

4. Competências Psicomotoras:

- a. Usa movimentos apropriados em canções de acção ____
- b. Os movimentos são relacionados com o estímulo musical ____
- c. Movimenta-se ritmicamente em resposta ao pulsar da música ____

C. Domínio Comunicacional:

1. Características vocais e de discurso:

a. Expressivo:

- Palavras individuais ____
 - Frases de palavras ____
-

Idiossincrático _____

Não verbal _____

b. Recetivo:

Compreende palavras de uma canção _____

Executa acções apropriadas a palavras de uma canção _____

Dramatiza palavras de uma canção _____

Segue directivas verbais _____

c. Articulação:

Inteligível _____

Razoavelmente inteligível _____

Não inteligível _____

d. Fonação:

Respiração adequada na produção do som _____

Alcance de lançamento:

Alta _____

Média _____

Baixa _____

Alcance de volume:

Audível _____

Moderadamente audível _____

Inaudível _____

Afonia (histórica / funcional)

e. Qualidade tonal da voz:

Clara _____

Abafada _____

Áspera _____

Nasal _____

Hipernasal _____

Respirada _____

Rouca _____

Ressonante _____

Rasa _____

f. Prosódia:

Infleção ____

Cadência ____

Monotonia ____

g. Avaliação da voz:

Rápida ____

Moderada ____

Lenta ____

h. Condição orgânica:

Disartria ____

Dislalia ____

Afasia ____

2. Outras competências comunicacionais:

a. Gestos intencionais / linguagem do corpo ____

b. Gestos intencionais acompanhados por vocalizações ____

c. Linguagem por sinais ____

d. Linguagem manual ____

e. Vocalizações ____

D. Domínio Cognitivo:

1. Compreensão:

a. Demonstra compreender palavras da canção ____

b. Demonstra compreender e cantar:

Artigos de vestuário ____

Cores ____

Números ____

Dias da semana ____

Meses ____

Objetos do meio envolvente ____

2. Consciência corporal:

Identifica em resposta à canção através do canto ou apontando para:

a. Olhos ____

- b. Ouvidos ____
- c. Cabeça ____
- d. Cara ____
- e. Pescoço ____
- f. Nariz ____
- g. Boca ____
- h. Língua ____
- i. Mãos ____
- j. Dedos ____
- k. Polegar ____
- l. Braços ____
- m. Pernas ____
- n. Pés ____
- o. Joelhos ____
- p. Quadris ____
- q. Ombros ____
- r. Peito ____
- s. Estômago ____
- t. Costas ____
- u. Cotovelos ____
- v. Pulsos ____

3. Lateralidade e direccionalidade:

Movimenta-se em resposta a palavras de uma canção:

- a. Esquerda ____
- b. Direita ____
- c. Para a frente ____
- d. Para trás ____
- e. Para cima ____
- f. Para baixo ____

4. Perceção Visual:

- a. Indica reconhecer recursos visuais utilizados no âmbito musical:

Cartões de memória com objectos do meio ambiente ____

Cartões de memória com números ____

Imagens de animais ____

Imagens de veículos de transporte ____

Cores ____

Bonecos ____

b. Indica reconhecer e saber os nomes de instrumentos/objetos rítmicos:

Bateria ____

Sinos ____

Baquetas ____

Maracas ____

Xilofone ____

5. Percepção auditiva:

a. Grandes mudanças na dinâmica:

Alta ____

Agradável ____

b. Grandes mudanças no tempo:

Rápida ____

Lenta ____

c. Grandes mudanças no alcance da voz:

Alta ____

Baixa ____

d. Faz a distinção entre os sons instrumentais:

Baterias e sinos ____

Sinos e pratos ____

e. Imitação de uma série de batidas rítmicas:

1 ____

1 – 2 ____

1 – 2 – 3 ____

1 – 2 – 3 – 4 ____

f. Imitação de sílabas cantadas:

La-la-la ____

Ba-ba-ba ____

Da-da-da _____

Ma-ma-ma _____

Ha-ha-ha _____

g. Imitação de intervalos musicais:

Descendente 3^a, 5^a e 8^a _____

Ascendente 3^a, 5^a e 8^a _____

E. Domínio Afetivo:

1. Expressão facial:

a. Alerta _____

b. Agradada _____

c. Fixada _____

d. Tensa _____

e. Hóstil _____

f. Ansiosa _____

g. Depressiva _____

2. Alcance do afeto:

a. Amplo _____

b. Restrito _____

c. Lábil _____

d. Monótono _____

3. Respostas emocionais apropriadas:

a. Com frequência _____

b. Às vezes _____

c. Raramente _____

4. Respostas emocionais ao estímulo musical e ao texto da canção:

a. Relacionado com a música _____

b. Não relacionado com a música _____

c. Sem resposta visível _____

F. Domínio Social:

1. Consciência de si, dos outros e do meio envolvente:

- a. Reconhece quando se entoa/canta:
 - O seu nome ____
 - O nome de outras pessoas ____
 - b. Entoa/canta:
 - O seu nome ____
 - O nome de outras pessoas ____
2. Interação:
- a. Com adultos:
 - Boa ____
 - Razoável ____
 - Má ____
 - Inexistente ____
 - b. Com os seus colegas:
 - Boa ____
 - Razoável ____
 - Má ____
 - Inexistente ____
3. Participa em atividades musicais de grupo:
- a. Canções em grupo ____
 - b. Prática de instrumentos rítmicos ____
 - c. Canções de ação ____
 - d. Jogos musicais em círculo ____
 - e. Movimento em grupo ____
 - f. Dramatizações musicais em grupo ____
 - g. Movimento criativo /dança ____
 - h. Dança social ____
 - i. Inicia a atividade ____
 - j. Disposto a liderar a atividade ____
 - k. Voluntaria-se para liderar a atividade ____
 - l. Sustenta a atividade para aumentar a sua duração ____

G. Comportamentos musicais específicos:

1. Vocal:
 - a. Canta com vontade _____
 - b. Mostra poder controlar a interpretação de uma melodia _____
 - c. Canta canções escolhidas por si _____
 - d. Canta palavras isoladas na tonalidade da canção _____
 - e. Canta frases de uma canção _____
 - f. Canta frases na tonalidade da canção _____
 - g. Canta uma linha melódica na tonalidade da canção _____
 - h. Canta palavras e a melodia de uma canção completa _____
 - i. Entoa palavras isoladas de uma canção _____
 - j. Entoa palavras de frases de uma canção _____
 - k. Entoa palavras de uma canção completa _____
 2. Instrumentos de percussão (baterias, clavas...):
 - a. Toca um padrão rítmico de uma música instrumental _____
 - b. Toca padrões rítmicos de canções _____
 - c. Modifica os padrões rítmicos em resposta à música _____
 - d. Utiliza instrumentos de forma expressiva _____
- H. Área problemática principal do comportamento adaptativo:
1. Funções motoras _____
 2. Competências comunicacionais _____
 3. Competências cognitivas _____
 4. Estado afetivo _____
 5. Ajustamento social _____
- I. Outros serviços frequentados pelo cliente:
1. Educação Especial _____
 2. Terapia da Fala _____
 3. Serviços Médicos _____
 4. Terapia Ocupacional _____
 5. Fisioterapia _____
 6. Consultas de Psicologia _____
-

7. Terapia Recreativa _____
8. Serviços Sociais _____
9. Arterapia _____
10. Dançoterapia _____

J. Tipo de sessão recomendada:

1. Individual _____
2. Grupo _____
3. Individual e em Grupo _____

Informações prioritárias		
Problema n.º 1		
Objetivo		
Sub-objetivos		
Estratégias		
Problema n.º 2		
Objetivo		
Sub-objetivos		
Estratégias		
Problema n.º 3		
Objetivo		
Sub-objetivos		

Estratégias		

Apêndice M – Exemplo de folha de presença de cada cliente nas sessões de Musicoterapia⁸

FOLHA DE PRESENÇA NA SESSÃO DE MUSICOTERAPIA

Nome do cliente:
Idade:
Patologia:
Nome do encarregado de educação:

N.º da sessão	Dia	Hora	Local
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			

⁸ Exemplo de folha de presença elaborado pela estagiária

Apêndice N – Exemplo de folha de sessão de cada cliente⁹

FOLHA DE SESSÃO DE MUSICOTERAPIA

Nome do cliente: _____

Data: ____ / ____ / _____

Hora: ____ h ____ m

Duração: _____ m

Planeamento prévio da sessão

Atividades realizadas

Instrumentos utilizados

Aspetos a considerar

Notas

⁹ Exemplo de folha de sessão elaborado pela estagiária

Apêndice O – Fotografias da sala de estágio de Musicoterapia na Fundação Liga¹⁰

¹⁰ Fotografias tiradas pela estagiária

Apêndice P – Instrumentos utilizados pelos clientes da Fundação Liga durante as sessões de Musicoterapia, em que a última imagem apresenta os dois instrumentos reciclados feitos pela estagiária¹¹



¹¹ Fotografias tiradas pela estagiária

Apêndice Q – Agenda semanal da estagiária¹²

HORÁRIO	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira
9h30m – 9h50m	Salvador		Salvador
10h – 10h40m	Martim, Letícia e Maria	Ana, Sara e Clara	Ana, Sara e Clara
11h – 11h20m	David	Santiago, Letícia e Maria	David
11h30m – 11h50m	Íris	Afonso	Íris
12h – 12h20m	Afonso	Frederico	Frederico
13h – 13h30m		Jovens e Adultos dos diversos ateliês	

- Afonso | 27/01/1980 | Má formação congénita, hemiparesia espástica e hidrocefalia | 56 sessões de Musicoterapia
- Ana | 26/06/1996 | Paralisia Cerebral e multideficiência | 46 sessões de Musicoterapia
- Clara | 30/01/1994 | Síndrome de Rett e atraso mental profundo | 47 sessões de Musicoterapia
- David | 30/01/1998 | Paralisia Cerebral e multideficiência | 45 sessões de Musicoterapia
- Frederico | 28/10/1996 | Atraso mental e epilepsia | 50 sessões de Musicoterapia
- Íris | 14/06/1982 | Atraso mental profundo e multideficiência | 50 sessões de Musicoterapia
- 30 jovens e adultos dos diversos ateliês | Entre os 18 e os 40 anos de idade | Patologias variadas (atraso mental, deficiência motora, multideficiência...) | 18 sessões de Musicoterapia

¹² Horário elaborado pela Dr.^a Isabel Amaro (Coordenadora do programa CAO) em conjunto com a estagiária

- Letícia | 25/02/1975 | Paralisia cerebral e encefalopatia epilética grave | 49 sessões de Musicoterapia
- Maria | 15/09/1987 | Síndrome de Wolf Hirschhorn | 48 sessões de Musicoterapia
- Martim | 08/08/1988 | Paralisia cerebral | 25 sessões de Musicoterapia
- Salvador | 19/08/1996 | Síndrome de West | 51 sessões de Musicoterapia
- Santiago | 14/10/1991 | Paralisia Cerebral e multideficiência | 26 sessões de Musicoterapia
- Sara | 31/10/1993 | Paralisia Cerebral e multideficiência | 37 sessões de Musicoterapia

Apêndice R – Tabela de níveis de comportamento adaptativo de um deficiente mental (versão original)¹³

Níveis de comportamento adaptativo (Sloan e Birch, 1955)			
Grau	Idade pré-primária (0-5 anos)	Idade escolar (6-21 anos)	Adulto (21 anos)
	Maturação e desenvolvimento	Educação e treino	Ajustamento social
Ligeiro	<ul style="list-style-type: none"> - Pode desenvolver aquisições de comunicação e de sociabilidade. - Atraso mínimo nas áreas sensório-motoras. - Não se distingue da criança normal senão numa idade mais avançada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pode aprender aquisições académicas até ao 6.º ano. - Não pode aprender assuntos de nível secundário. - Precisa de educação especial aos níveis do ensino secundário. 	<ul style="list-style-type: none"> - Capaz de ajustamento social e vocacional. - Precisa frequentemente de supervisão perante situações económicas e sociais sofisticadas.
Moderado	<ul style="list-style-type: none"> - Pode aprender a falar e a comunicar. - Reduzida consciência social. - Desenvolvimento motor satisfatório. - Pode beneficiar de treino nas áreas de auto-suficiência. - Pode ser orientado com uma supervisão moderada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pode aprender aquisições académicas funcionais até ao 4.º ano de escolaridade se integrado em educação especial. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apto para ocupações qualificadas. - Precisa de orientação em situações que exijam o mínimo de aquisições.
Severo	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolvimento motor pobre. - A fala é mínima. - Não beneficia do treino nas áreas de auto-suficiência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pode falar ou aprender a comunicar. - Pode ser treinado nos hábitos de higiene. - Não aprende as aquisições académicas funcionais. - Beneficia de hábitos de treino funcionais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pode contribuir parcialmente em tarefas completamente supervisionadas.
Profundo	<ul style="list-style-type: none"> - Grande atraso. - Capacidades mínimas para funcionar nas áreas sensório-motoras. - Necessita de cuidados maternos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Regista-se algum desenvolvimento sensório-motor. - Raramente beneficia de treino na área da auto-suficiência. - Necessita de cuidados permanentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Algum desenvolvimento motor e da fala. - Incapaz de auto-manutenção. - Precisa de cuidados e de supervisão permanentes.

¹³ Reis, J. A. e Peixoto, L. M. (1999). Um referencial unificado: deficiência. In APPACDM, A deficiência mental: causas, características, intervenção. Braga: APPACDM. p. 19-49.

Apêndice S – Canção-hino das sessões de Musicoterapia¹⁴

“Eu tenho um amigo” – Margarida Fonseca Santos

D A

Eu tenho um amigo

G A

Que anda sempre comigo

D A

Se vamos brincar

G A

Rimos sem parar

D A

Sempre que estamos juntos

G A

O dia não tem fim

D A

Eu tenho um amigo

G A

Que gosta de mim

¹⁴ Tema escolhido pela estagiária para terminar cada sessão de Musicoterapia

Apêndice T – Letra de uma canção criada durante as sessões de Musicoterapia

Sessão com a Íris – 14 de julho de 2014

Íris: Sapatos...

Estagiária: Sapatos... Ehhhhh....

Íris: Uhh... Bah bah bah

Estagiária: Larolerololo

Íris: Sapatos!

Estagiária: Sapatos...

Íris: Parabéns...

Estagiária: Parabéns a você... A Íris já arrumou todos os instrumentos. E agora o que é que ela vai fazer?

Íris: Uhhhhhhhhh

Estagiária: Vai tocar a flauta. Vai tocar a flauta. E a flauta caiu no chão...

Íris: Auhhhhhh



Apêndice U – Exemplo de entrevista de avaliação final elaborada pela estagiária e feita a encarregados de educação e auxiliares dos clientes das sessões de Musicoterapia

ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO FINAL

Nome do cliente: _____

Idade do cliente: _____

Questionário preenchido por: _____

Grau de parentesco com o cliente: _____

Data: ___ / ___ / _____

Ao longo das sessões de Musicoterapia frequentadas pelo cliente, notou alguma alteração ao nível comportamental, emocional ou relacional nele?

Acredita que as sessões de Musicoterapia devam continuar a fazer parte das atividades frequentadas pelo cliente na Fundação Liga? Se sim, porquê?

Obrigada pela sua colaboração!

Apêndice V – Grelha de avaliação utilizadas nas sessões de Musicoterapia (versão original de “MTADD Data Form” do livro *Music Therapy for the Developmentally Disabled* de Edith Boxill, 1985)¹⁵

APPENDIX 3.E

MTADD Data Form

Client Name: _____ Assessment Dates: _____

Music/Motor

Session Week	1	2	3	Session Week	1	2	3
Rhythm / Beat				Fine Motor Skills			
Imitated rhythms				Grasped mallets/rhythm instruments			
Maintained steady beat				Strummed guitar/Autoharp [®]			
Adapted to rhythmic changes				Played keyboard/buttons on Q-chord			
Melody/Tonal				Gross Motor Skills			
Matched pitches (vocal)				Performed upper/lower extremity movements			
Sang a familiar song in tune				Demonstrated adequate coordination			
Finished musical phrase (vocal)				Demonstrated adequate spatial awareness			

Comments:

¹⁵ Boxill, E. (1985). *Music therapy for the developmentally disabled*. Austin, Texas: PRO-ED.

86  Music Therapy

Cognitive/Communication

Session Week	1	2	3	Session Week	1	2	3
Concepts				Expressive Language			
Identified colors				Verbalized preferences/choices			
Identified numbers				Filled-in-the-blank (structured/ improv)			
Identified letters				Engaged in conversation			
Identified body parts				Answered questions			
Identified shapes							
Sequencing/Memory				Nonverbal Communication			
Recalled order of words/verses/ movements				Used appropriate gestures			
Recalled new information				Used sign language and/or PECS (where applicable)			
Recalled sequence							
Sensory				Receptive Language			
Responded to touching and holding instruments				Followed directions (spoken / sung)			
Responded to changes in vol- ume/dynamics				Identified pictures/objects			
				Responded to name/greetings			

Comments:

Social

Session Week	1	2	3	Session Week	1	2	3
Peer/Adult Interaction				Attending Skills			
Engaged in imitative/parallel/ interactive music making				Maintained eye contact			
Shared/passed instruments				Attended to task			
Engaged in appropriate inter- action (verbal/musical)				Demonstrated awareness of self and others			

Comments:

Apêndice W – Grelha de avaliação utilizada nas sessões de Musicoterapia (versão adaptada de “MTADD Data Form” do livro *Music Therapy for the Developmentally Disabled* de Edith Boxill, 1985) – Resultados do estudo de caso do Salvador

Nome do Cliente: **Salvador**

Idade: **18**

Total de sessões: **51**

Patologia: **Síndrome de West**

SESSÃO SEMANAL	6ª Sessão 27.01.2014	12ª sessão 05.03.2014	32ª sessão 14.05.2014	47ª sessão 14.07.2014
Ritmo / Batida				
Ritmos imitados				
Mantém o ritmo			X	X
Adaptação a mudanças rítmicas			X	X
Melodia / Tonal				
Combinações vocais		X	X	X
Canta uma canção do seu ISO Musical no tom				
Termina uma frase musical com a voz				
Competências de Motricidade Fina				
Criação de frases rítmicas com utilização de instrumentos			X	X

Consegue dedilhar a guitarra clássica				
Consegue tocar num órgão electrónico/piano ou tocar nas teclas do mesmo			X	X
Competências de Motricidade Grossa				
Faz movimentos para cima e para baixo	X	X	X	X
Demonstra uma coordenação adequada				
Demonstra consciência espacial adequada		X	X	X
Conceitos				
Identifica cores				
Identifica números				
Identifica letras				
Identifica partes do corpo		X	X	X
Identifica formas		X	X	X
Sequências / Memória				
Relembra ordem de palavras / versos ou movimentos				
Recorda informações novas				
Recorda uma sequência			X	X
Sensorial				

Responde ao toque e segura instrumentos		X	X	X
Responde a mudanças sonoras ao nível de volume/dinâmicas	X	X	X	X
Linguagem expressiva				
Verbaliza preferências/escolhas				
Consegue preencher um texto com espaços em branco				
Mantém uma conversa				
Responde a questões que lhe são colocadas				
Comunicação Não-Verbal				
Usa gestos apropriados			X	X
Usa linguagem por sinais	X	X	X	X
Linguagem receptiva				
Consegue seguir direcções (faladas / cantadas)			X	X
Identifica imagens / objetos		X	X	X
Responde à chamada do seu nome / a saudações	X	X	X	X
Interação com o adulto				
Empenhamento em fazer música interativa / imitativa / paralela			X	X

Compartilha / distribui instrumentos				
Empenhado numa interação (verbal / musical)	X	X	X	X
Habilidades assistidas				
Mantém o contacto visual			X	X
Participa em tarefas				
Demonstra consciência própria de si e dos outros			X	X

Apêndice X – Grelha de avaliação utilizada nas sessões de Musicoterapia (versão adaptada de “MTADD Data Form” do livro *Music Therapy for the Developmentally Disabled* de Edith Boxill, 1985) – Resultados do estudo de caso do Afonso

Nome do Cliente: **Afonso**

Idade: **34**

Total de sessões: **56**

Patologia: **Má formação congénita, hemiparesia espástica e hidrocefalia**

SESSÃO SEMANAL	7ª Sessão 29.01.2014	18ª sessão 18.03.2014	30ª sessão 07.05.2014	52ª sessão 16.07.2014
Ritmo / Batida				
Ritmos imitados				
Mantém o ritmo	X	X	X	X
Adaptação a mudanças rítmicas			X	X
Melodia / Tonal				
Combinações vocais	X	X	X	X
Canta uma canção do seu ISO Musical no tom	X	X	X	X
Termina uma frase musical com a voz	X	X	X	X
Competências de Motricidade Fina				
Criação de frases rítmicas com utilização de instrumentos	X	X	X	X
Consegue dedilhar a guitarra clássica			X	X

Consegue tocar num órgão electrónico/piano ou tocar nas teclas do mesmo			X	X
Competências de Motricidade Grossa				
Faz movimentos para cima e para baixo	X	X	X	X
Demonstra uma coordenação adequada				
Demonstra consciência espacial adequada	X	X	X	X
Conceitos				
Identifica cores				X
Identifica números				
Identifica letras				
Identifica partes do corpo		X	X	X
Identifica formas			X	X
Sequências / Memória				
Relembra ordem de palavras / versos ou movimentos		X	X	X
Recorda informações novas			X	X
Recorda uma sequência	X	X	X	X
Sensorial				
Responde ao toque e segura instrumentos		X	X	X
Responde a mudanças sonoras ao nível	X	X	X	X

de volume/dinâmicas				
Linguagem expressiva				
Verbaliza preferências/escolhas	X	X	X	X
Consegue preencher um texto com espaços em branco				
Mantém uma conversa	X	X	X	X
Responde a questões que lhe são colocadas	X	X	X	X
Comunicação Não-Verbal				
Usa gestos apropriados		X	X	X
Usa linguagem por sinais				
Linguagem receptiva				
Consegue seguir direcções (faladas / cantadas)	X	X	X	X
Identifica imagens / objetos			X	X
Responde à chamada do seu nome / a saudações	X	X	X	X
Interação com o adulto				
Empenhamento em fazer música interativa / imitativa / paralela		X	X	X
Compartilha / distribui instrumentos			X	X
Empenhado numa interação (verbal / musical)		X	X	X

Habilidades assistidas				
Mantém o contacto visual	X	X	X	X
Participa em tarefas		X	X	X
Demonstra consciência própria de si e dos outros		X	X	X

Apêndice Y – Calendário de participações da estagiária em eventos da Fundação Liga

Data	Evento / Apresentação
3 de dezembro de 2013	Colaboração no ateliê de papel machê
	Colaboração no ateliê sobre cidadania
	Colaboração durante os almoços dos clientes
9 de dezembro de 2013	Participação no ateliê de oficina digital
10 de dezembro de 2013	Visita ao Circo de Natal (Coliseu de Lisboa)
11 de dezembro de 2013	Participação no ateliê de expressão musical
16 de dezembro de 2013	Visualização de aula de atividade motora
17 de dezembro de 2013	Intercâmbio desportivo: jogo de Boccia na Escola Secundária de Odivelas
19 de dezembro de 2013	Presença na Festa de Natal
6 de janeiro de 2014	Apresentação breve de Musicoterapia a auxiliares do CAO
1 de abril de 2014	Apresentação detalhada de Musicoterapia a um grupo específico de auxiliares do CAO que tinha como objetivo de trabalho conhecer mais sobre esta terapia
16 de junho de 2014	Apresentação detalhada de Musicoterapia a técnicos do CAO
17 de junho de 2014	Apresentação de Musicoterapia e sessões de estágio a encarregados de educação dos clientes
9 de julho de 2014	Visita ao Aquário Vasco da Gama
24 de julho de 2014	Participação na Gincana no Parque da Serafina em Monsanto (Lisboa)
25 de julho de 2014	Participação no jantar de final de ano com elementos da coordenação, técnicos e auxiliares

Apêndice Z – Como ajudar um deficiente com cadeira de rodas (versão original)¹⁶**COMO AJUDAR UM DEFICIENTE COM CADEIRA DE RODAS**

Secretariado Nacional de Reabilitação

Antes de mais, não esqueça: o deficiente é uma pessoa. Por vezes, os cidadãos vulgares mascaram o seu sentimento com familiaridades excessivas ou sinais de piedade. Tudo isso é supérfluo. Trate e conviva com o deficiente como o faz com qualquer outra pessoa; peça-lhe a opinião sobre a ajuda que pretende dar

**QUANDO ACOMPANHAR UM DEFICIENTE
OBSERVE AS 10 RECOMENDAÇÕES SEGUINTE**

1. Nunca tome decisões pelo deficiente, em situações que só a ele dizem respeito.
2. Quando lhe falar, coloque-se de maneira a que o deficiente possa participar na conversa, sem ter de virar a cabeça.
3. Sempre que haja muita gente (festas, lojas, restaurantes) avance a cadeira com prudência. O deficiente sentir-se-á muito incomodado se magoar as pessoas.
4. Numa loja ou num restaurante deixe o deficiente exprimir os seus desejos. Cuidado com este ponto, pois o pessoal tem tendência a dirigir-se a si.
5. Num supermercado você não pode, simultaneamente, empurrar a cadeira de rodas e o carrinho das compras. Peça ao deficiente para pôr sobre os joelhos uma caixa de cartão para colocar os produtos que comprar.
6. Lembre-se que um deficiente sentado tem um ângulo de visão diferente. Se você lhe quiser mostrar qualquer coisa, baixe-se para verificar se ele a pode ver.
7. A conversa torna-se difícil para o deficiente que tem de levantar e virar a cabeça. Com um pouco de treino, aprenderá a empurrar a cadeira de rodas, mantendo-se ao seu lado (empurrá-la pelo braço) o que é bastante fácil em terreno não inclinado.
8. Ao atravessar as grandes artérias, imagine que é você que está na cadeira, sem quaisquer defesas perante os perigos da circulação. Isto incitá-lo-á a ser muito prudente.
9. Nos terrenos muito inclinados, o deficiente está igualmente sem defesa. É um pesadelo sentir que a cadeira vai tomando velocidade, rebocando o guia. Nunca corra.

306

¹⁶ Rodrigues, D. A. (1983). Como ajudar um deficiente com cadeira de rodas – Secretariado Nacional de Reabilitação. In Educação Especial: deficiência motora – colectânea de textos. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa – Instituto Superior de Educação Física. p. 306-311.

10. Se uma criança parar para olhar, pare também. O deficiente poderá assim falar-lhe. Os pais, os acompanhantes dos deficientes, devem encorajar estes encontros e diálogos. A criança deve satisfazer a sua curiosidade. O deficiente não se sentirá incomodado.

O QUE É NECESSÁRIO SABER PARA MANUSEAMENTO DE UMA CADEIRA DE RODAS

Se o deficiente tem força nos braços, ele pode, normalmente, em terreno não inclinado, dirigir a sua própria cadeira. Mas terá necessidade da sua ajuda para subir e descer passeios, escadas, em terrenos inclinados e, eventualmente, para se sentar noutra cadeira.

Regras fundamentais:

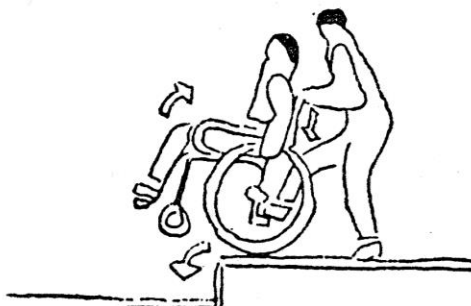
- a) Imobilize a cadeira usando os travões, sempre que pare e sempre que tenha de fazer uma mudança;
- b) Nunca levante a cadeira pelas partes amovíveis, pois elas podem sair do lugar. Cada cadeira tem as suas particularidades. Por precaução verifique sempre:
 - quais são as partes destacáveis (os braços, os apoios das pernas, o apoio da cabeça);
 - se tem uma ou duas manetas de travão, onde a ou as manetas estão situadas e em que posição ela ou elas imobilizam a cadeira de rodas;
 - se as rodas pequenas estão situadas à frente ou atrás.
- c) Recuse as ajudas intempestivas de outras pessoas. Se tiver de recorrer a outras pessoas pergunte primeiro ao deficiente, deixe que ele dê as suas instruções ou faça-o você, se ele o pedir. Assegure-se de que elas foram compreendidas.

Técnicas a utilizar:

1. DESCER UM PASSEIO OU UM DEGRAU

- a) Cadeiras com as rodas grandes atrás (caso mais frequente).

Aproxime a cadeira do passeio ou do degrau. Apoie o pé numa das barras transversais situada entre as rodas. Apoie-se, simultânea-



mente, nos punhos da cadeira e incline-a ligeiramente para trás. Desça utilizando as rodas grandes, evite o choque. A manobra só está terminada quando as rodas pequenas, por sua vez, estiverem assentes no chão. Proceda da maneira a que, se fôr caso disso, a cabeça do deficiente se apoie no seu peito.

b) Cadeiras com rodas pequenas atrás:

A descida efectua-se recuando. Aproxime as rodas pequenas do passeio ou do degrau. Levante ligeiramente a cadeira pelos punhos, desça sem bater com as rodas: primeiro as pequenas e depois as grandes. Em caso de necessidade, apoie a cabeça do deficiente contra o seu peito.

2. SUBIR UM PASSEIO OU UM DEGRAU

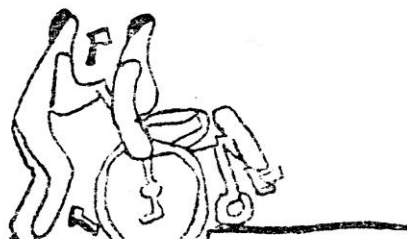
a) Grandes rodas atrás:

Aproxime a cadeira da borda do passeio ou do degrau, incline ligeiramente para trás até as rodas pequenas estarem em cima do degrau ou do passeio, levante a cadeira pelos punhos até que as rodas grandes estejam também sobre o passeio ou o degrau. Apoie a cabeça do deficiente contra o seu peito.

b) Rodas pequenas atrás:

Aproxime a cadeira da borda do passeio ou do degrau, incline-a para trás (o peso fica sobre as rodas pequenas). Quando as rodas grandes estiverem sobre o passeio ou o degrau, levante a cadeira pelos punhos e empurre-a até que as rodas pequenas estejam também sobre o passeio ou o degrau.

Com este método, toda a queda para a frente fica excluída.



3. DESCER UMA ESCADA

a) A manobra só não apresenta perigo se a cadeira tiver as rodas grandes atrás.

b) São necessárias sempre duas pessoas:

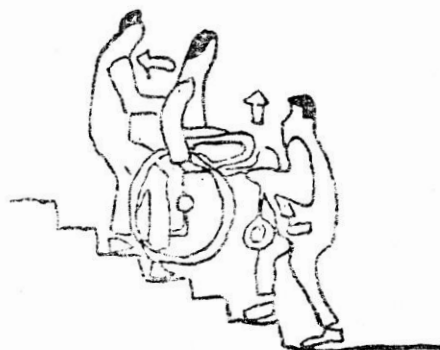
— uma aplica a técnica indicada para descer um passeio mas, a cada degrau antes de continuar a descer, aproxima a cadeira do degrau.

seguinte, segurando fortemente nos punhos, dando-lhe tempo a que desça ele próprio o degrau e reencontre o seu equilíbrio.

— a segunda pessoa desce recuando. O seu papel consiste em fazer contrapeso. Segura a cadeira sob os seus braços, impedindo-a de ela mergulhar para a frente. Em cada degrau deve retomar o seu equilíbrio. Deve descer com as pernas ligeiramente abertas, para dar lugar aos estribos onde repousam os pés. Em caso de ancilose do joelho, os apoios das pernas estão na horizontal pelo que são necessárias duas pessoas à frente, uma de cada lado da cadeira. Não esquecer de apoiar a cabeça do deficiente contra o seu peito.

4. SUBIR UMA ESCADA

São necessárias duas pessoas. Uma sobe recuando. Aproxima as rodas grandes do degrau, inclinando ligeiramente a cadeira para



trás e sobe prudentemente degrau a degrau. A segunda pessoa, de frente para a primeira e para o deficiente, segura o chassis da cadeira e ajuda a empurrar a mesma. É indispensável que as duas pessoas retomem o seu equilíbrio em cada degrau. Isto é válido para as duas pessoas que ajudam a subir.

5. TRANSFERÊNCIA PARA UM AUTOMÓVEL OU AUTOCARRO

a) Se o deficiente pode efectuar sozinho a mudança para um automóvel, basta ajudá-lo a dobrar e arrumar a sua cadeira. Se ele não pode entrar sozinho, levante-o, vire-o e proceda de acordo com as instruções dadas em 7 a) e 7 b) ou, se isto for impossível, leve-o até dentro do automóvel (técnica indicada em 8). Atenção à altura da porta. Uma vez sentado, rectifique a sua posição, levantando-o para trás.

No automóvel o cinto de segurança e o apoio da cabeça devem ser obrigatórios;

b) Mini-bus: por precaução o deficiente deverá ser transportado na sua própria cadeira. Para entrar no autocarro a técnica é a mesma que para subir um degrau, mas este deve estar bastante mais alto. São indispensáveis duas pessoas para fazerem a manobra. O deficiente inclinará a cabeça para a frente ou para trás para não se magoar ao passar a porta do autocarro. Dentro do autocarro é obrigatório

que a cadeira esteja travada e fixa. Para descer, utiliza a mesma técnica que para descer um degrau.

c) Viagens em autocarro: levar o deficiente até ao seu lugar (ver o n.º 8). Na subida e na descida aproximar a cadeira de rodas o mais perto possível da porta de maneira a que ela não possa entrar os seus movimentos.

6. COMO DOBRAR UMA CADEIRA DE RODAS

a) Para a dobrar: retire os estribos de apoio dos pés e os apoios das pernas, quando existam. Se tiver uma almofada, retire-a.

Ponha-se ao lado da cadeira, segure a lona do assento pelas partes anterior e posterior e levante-a, o que fez dobrar ligeiramente a cadeira. Ponha, então, a lona do assento para baixo e feche a cadeira fazendo pressão pelos lados.

b) Para desdobrar: ponha-se à frente da cadeira, segure os dois tubos do assento virando as palmas da mão para o exterior para que não entale os dedos entre o chassis e os tubos. Empurre estes últimos, até que a lona do assento esteja perfeitamente estendida. Reponha os estribos, os apoios para as pernas e a almofada no seu lugar.

Para arrumar a cadeira na mala de um carro, as técnicas variam consoante o tipo da cadeira e o espaço disponível. Se a mala é suficientemente espaçosa, retire os estribos e apoios das pernas, dobre a cadeira, ponha-a paralelamente à mala, com cada uma das mãos agarre num tubo e levante a cadeira de sacão. Quando a roda inferior assentar na borda da mala, empurre a cadeira e arrume-a no interior.

7. AJUDAR UM DEFICIENTE A DEIXAR A SUA CADEIRA DE RODAS

Para efectuar mudanças para a cama, para o automóvel, para o W. C., etc., proceder como segue: coloque a cadeira na posição mais prática e trave-a; retire as partes amovíveis como os estribos, os apoios para as pernas e dos braços. O deficiente deverá então ter os pés assentes no chão.

a) Para a posição de pé: o método dependerá da natureza e gravidade da diminuição. Pergunte ao deficiente como proceder da maneira que lhe dá mais jeito. É conveniente lembrar a posição do desenho abaixo que serve à maioria dos deficientes graves. Coloque-se diante do deficiente, aperte as pernas e os joelhos dele entre os seus, dobre os joelhos, mantenha as suas costas direitas; faça com que o deficiente coloque os braços à volta do seu pescoço. Agarre o deficiente debaixo das axilas, cruze as mãos com força nas costas do mesmo ou o mais baixo possível. Os antebraços farão uma pequena pressão sobre as costelas do deficiente. Para que ambos



estejem à vontade, conjuguem os esforços, conte alto até 3, vá-se endireitando, não de repente, o que arrastará o deficiente. Este encontrar-se-á apoiado pelos joelhos, pelas costas e pelos braços. Em caso de necessidade, ajude-o a endireitar-se na articulação das ancas, apoiando as suas mãos no ponto mais baixo que lhe seja possível nas costas do indivíduo. Quando ambos estiverem de pé e direitos, vá relaxando a prisão muito lentamente, o que permite ao deficiente reencontrar o seu equilíbrio. Para o manter durante o caminho desde a cadeira até ao local onde se sentará ou deitará pergunte-lhe como deve proceder.

Para sentar o deficiente siga a mesma operação em sentido inverso.

b) Saída da cadeira de braços para a cama ou para outra cadeira: se o deficiente tem força nos braços, normalmente procede a esta operação sozinho. Neste caso, segure apenas a cadeira ou prancha que ele utiliza para escorregar e siga as suas indicações. Em todos os outros casos, levante o deficiente (técnica descrita em 7 a), vire-o ligeiramente e sente-o. Ao sentá-lo na cama tome atenção para que ele não caia para trás, pois o apoio de costas a que está acostumado não existe. É preferível instalá-lo logo na posição horizontal. Depois levante-lhe as pernas lentamente e ponha-as sobre a cama.

c) Mudança para a sanita: se as casas de banho são suficientemente espaçosas, o deficiente poderá normalmente não necessitar de ajuda. A cadeira de rodas terá espaço para se colocar ao lado da sanita ou em diagonal na sua frente. Retirar eventualmente o apoio das pernas. Os sanitários públicos são em geral bastante pequenos. Proceda, então, como se indica em 7 a) (posição em pé). Para a operação de despir ou qualquer ajuda suplementar, seguir as indicações do deficiente. Quando fôr impossível aproximar a cadeira de rodas da sanita, levar o deficiente de acordo com as suas indicações.

8. COMO DESLOCAR UM DEFICIENTE

Se ele não fôr muito pesado, bastará uma pessoa. Passe os braços do deficiente à volta do seu pescoço, passe o seu braço (esquerdo para um canhoto e direito para um não canhoto) debaixo do braço do deficiente agarrando as costas deste e o seu outro braço sob as suas coxas logo acima do joelho. O apoio das costas é de especial importância. Para os deficientes pesados são necessárias duas pessoas que seguirão cada uma as indicações acima, olhando-se de frente.

Lembre-se que nunca é agradável depender de terceiros. Se oferece a sua ajuda como partindo de si, ela será muito apreciada.

Estas recomendações não são exaustivas e não se aplicam senão às situações mais vulgares. Antes de fazer seja o que fôr pergunte ao deficiente se ele tem necessidade de ajuda. Siga as suas instruções.

A inobservância destas regras pode causar acidentes.