Lusíada
Repositório das Universidades Lusíada

Universidades Lusíada

Loureiro, Marta Faria, 1989-

No silêncio há som : musicoterapia em jovens e adultos com perturbações do desenvolvimento intelectual

http://hdl.handle.net/11067/2919

Metadados

Data de Publicação 2017-03-14

Resumo O presente relatório procura refletir sobre a intervenção musicoterapêutica na instituição CERCIOEIRAS, no núcleo terapêutico e bem-estar (NTB) e centra-se nas perturbações do desenvolvimento intelectual de jovens e adultos. Ao longo de cerca de nove meses foram efetuadas sessões individuais com nove clientes, sendo descritos mais aprofundadamente dois casos clínicos com quadros de perturbação do desenvolvimento intelectual profunda. A avaliação do progresso terapêutico dos clientes foi feita at...

Palavras Chave Pessoas com deficiência mental - Assistência em instituições - Portugal, Musicoterapia, Cooperativa de Educação e Reabilitação do Cidadão Inadaptado (Oeiras, Portugal) - Ensino e Estudo (Estágio)

Tipo masterThesis

Revisão de Pares Não

Coleções [ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-20T14:52:34Z com informação proveniente do Repositório

http://repositorio.ulusiada.pt

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

No silêncio há som: musicoterapia em jovens e adultos com perturbações do desenvolvimento intelectual

Realizado por:
Marta Faria Loureiro
Orientado por:
Prof.ª Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer

Constituição do Júri:

Presidente:	Prof.ª Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Orientadora:	Prof.ª Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer
Arguente:	Prof.ª Doutora Maria Eduarda Salgado Carvalho

Relatório aprovado em: 8 de Março de 2017

Lisboa

2016

UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

No silêncio há som: musicoterapia em jovens e adultos com perturbações do desenvolvimento intelectual

Marta Faria Loureiro

Lisboa

Julho 2016

UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

No silêncio há som: musicoterapia em jovens e adultos com perturbações do desenvolvimento intelectual

Marta Faria Loureiro

Lisboa

Julho 2016

Marta Faria Loureiro

No silêncio há som: musicoterapia em jovens e adultos com perturbações do desenvolvimento intelectual

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: Mestre Maria Alexandra Gouveia Mendes

Lisboa

Julho 2016

Ficha Técnica

Autora	Marta Faria Loureiro
Supervisora de estágio	Prof.ª Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer
Orientadora de estágio	Mestre Maria Alexandra Gouveia Mendes
Título	No silêncio há som: musicoterapia em jovens e adultos com perturbações do desenvolvimento intelectual
Local	Lisboa
Ano	2016

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

LOUREIRO, Marta Faria, 1989-

No silêncio há som : musicoterapia em jovens e adultos com perturbações do desenvolvimento intelectual / Marta Faria Loureiro ; supervisionado por Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer ; orientado por Maria Alexandra Gouveia Mendes. - Lisboa : [s.n.], 2016. - 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 - MENDES, Maria Alexandra Gouveia, 1963-

LCSH

1. Deficientes Mentais - Assistência em instituições - Portugal
2. Musicoterapia
3. Cooperativa de Educação e Reabilitação do Cidadão Inadaptado (Oeiras, 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 mental disabilities - Institutional care - Portugal

Agradecimentos

Primeiramente tenho de agradecer à memória da terapeuta ocupacional Dr.ª Maria da Graça Mestre Gaspar. Não só serviu de inspiração para o meu estágio curricular pela sua grande paixão pela musicoterapia, como também mostrou sempre interesse em ajudar-me, na fase inicial do estágio, apesar da sua doença. Hoje e sempre lembrarei o seu carinho.

À Dr.ª Ana Isabel, orientadora que substituía a Dr.ª Alexandra Mendes na instituição, foi uma honra e um privilégio trabalhar consigo, e quero desejar-lhe tudo de melhor naquilo que o futuro lhe reservar. Aos restantes técnicos da instituição CERCIOEIRAS merecem igualmente a minha gratidão.

Por fim gostaria de agradecer há minha família que, sabe exatamente o que dizer quando as dificuldades apertam e à qual não posso deixar de lhe dedicar um verdadeiro louvor.

Resumo

Marta Faria Loureiro

O presente relatório procura refletir sobre a intervenção musicoterapêutica na instituição CERCIOEIRAS, no núcleo terapêutico e bem-estar (NTB) e centra-se nas perturbações do desenvolvimento intelectual de jovens e adultos. Ao longo de cerca de nove meses foram efetuadas sessões individuais com nove clientes, sendo descritos mais aprofundadamente dois casos clínicos com quadros de perturbação do desenvolvimento intelectual profunda. A avaliação do progresso terapêutico dos clientes foi feita através de observação direta nas sessões e também através da aplicação de uma grelha de observação.

A técnica central utilizada foi a improvisação livre juntamente com a escuta musical. No contexto da intervenção direta foram abordados os seguintes domínios: desenvolvimento das funções cognitivas e musicais, mobilização do cliente para as atividades a desenvolver na instituição, interesse pelos estímulos e propostas do meio envolvente e a facilitação do relacionamento interpessoal através da música.

No geral, os resultados demonstram um desenvolvimento positivo nas competências relacionais dos clientes e uma redução significativa de atos estereotipados. Pode concluir-se que a musicoterapia tem uma influência positiva nos clientes com perturbações do desenvolvimento intelectual, ainda que a intervenção tenha sido circunscrita aos limites temporais de um estágio académico, deixando por descobrir resultados mais significativos.

Palavras-chave: musicoterapia, perturbações do desenvolvimento intelectual, adultos.

Abstract

Marta Faria Loureiro

This report seeks to reflect on the musicoterapêutica intervention in CERCIOEIRAS institution in core therapeutic and well-being (NTB) and focuses on disorders of the intellectual development of young people and adults. During nine months individual sessions were conducted with nine clients, and described further two cases with disturbing pictures of the deep intellectual development. The evaluation of therapeutic progress customer was made through direct observation in the sessions and also by applying a grid of observation.

The main technique used was the free improvisation with the music listening. In the context of direct intervention the following areas were covered: development of cognitive and musical functions, customer mobilization for the activities to develop the institution, interest in stimuli and proposals of the environment and the facilitation of interpersonal relationships through music.

Overall, the results show a positive development in the relational skills of customers and a significant reduction of stereotypical actions. It can be concluded that music therapy has a positive influence on customers with impaired intellectual development, although the intervention was limited to the time limits of an academic stage, leaving to discover more significant results.

Keywords: music therapy, disorders of intellectual development, adults.

Lista de tabelas

Tabela 1 - Casos individuais das sessões de musicoterapia

Tabela 2 – Agenda semanal na instituição

Tabela 3 – Objetivos gerais, objetivos específicos e técnicas utilizadas na intervenção individual do Telmo.

Tabela 4 – Objetivos gerais, objetivos específicos e técnicas utilizadas na intervenção individual da Gabriela.

Lista de figuras

Ilustração 1 - Sala de sessões de musicoterapia

Ilustração 2 – Alguns instrumentos usados em sessão

Sumário

Introdução 1

Caracterização da instituição 3

Centro de atividades ocupacionais (CAO) 3

Núcleo terapeutico e de bem estar (NTB) 4

Banco de equipamentos e tecnologias de apoio (BETA) 5

Centro de recursos para a inclusão (CRI) 6

Equipa local de intervenção de Oeiras (ELI) 6

Escola de educação especial (EEE) 7

Lar residencial 7

Caraterização geral da população-alvo 8

Enquadramento teórico 9

Perturbações do desenvolvimento intelectual 9

A Perturbações do desenvolvimento intelectual e multideficiência 10

Musicoterapia 12

Musicoterapia humanista 13

Musicoterapia nas perturbações do desenvolvimento intelectual 16

Objetivos do estágio 19

Metodologia 20

Descrição da amostra 20

Procedimentos 21

Integração e observação 21

Agenda semanal 21

Setting terapeutico e materiais utilizados 22

Intervenção musicoterapeutica 23
Instrumentos de registo e monitorização das sessões 23
Ficha de dados pessoais 23
Ficha de registo das sessões de musicoterapia 23
Avaliação do progresso terapeutico 24
Técnicas musicoterapêuticas 24
Outras atividades 25
Estudo de caso I – Intervenção individual com o Telmo 26
Apresentação 26
Plano terapêutico 26
Intervenção musicoterapêutica 28
Conclusão 31
Estudo de caso II – Intervenção individual com a Gabriela 33
Apresentação 33
Plano terapêutico 33
Intervenção musicoterapêutica 35
Conclusão 37
Outras intervenções musicoterapêuticas 39
Intervenção individual com o Fernando 39
Intervenção individual com a Diana 40
Intervenção individual com o Vítor 40
Intervenção individual com o Rafael 41
Intervenção individual com a Rosa 42
Intervenção individual com o Nuno 43
Intervenção individual com o António 44
Discussão 46

Reflexão Final 50

Referencias Bibliográficas..... 52

ANEXOS..... 57

Lista de Anexos..... 58

ANEXO A 59

ANEXO B 63

ANEXO C 65

ANEXO D 67

ANEXO E 86

Introducão

O presente relatório procura demonstrar a intervenção musicoterapêutica efetuada na instituição CERCIOEIRAS - cooperativa de educação e reabilitação dos cidadãos com incapacidade, crl, no âmbito do estágio curricular do segundo ano do curso de mestrado em musicoterapia da universidade lusíada de Lisboa.

A preferência pela população, perturbações do desenvolvimento intelectual, teve origem, no interesse pessoal pelo trabalho com a referida população, através de uma procura também por parte da instituição e, na importância que a utilização da música pode ter quando utilizada como linguagem alternativa no processo terapêutico.

No silêncio há som foi o título escolhido para o relatório, pois no trabalho com a pessoa portadora de deficiência moderada ou profunda, a primeira resposta que obtemos é a de uma invasão de silêncio, pessoas fechadas no seu próprio eu, muitas vezes só emitindo vocalizos. Neste caso, através da música, esse silêncio pode ser transformado, dando assim uma modificação no cliente e mostrando como a musicoterapia trabalha aspetos relacionais, emocionais e sociais.

De início, é apresentada a caraterização da instituição, a sua história, respostas sociais e objetivos, continuando com a descrição da população-alvo. Em seguida, é apresentado um enquadramento teórico onde são referidas as patologias predominantes nestes adultos/jovens e uma abordagem sobre o trabalho musicoterapêutico que pode ser realizado nesta população.

Na segunda parte do relatório, é feita uma apresentação do trabalho realizado, com base na revisão de literatura feita anteriormente. Para uma melhor apresentação e compreensão das intervenções musicoterapêuticas, foram selecionados dois estudos de caso, ambos de intervenção individual, onde se descreve prudentemente o tipo de intervenção realizada e os efeitos que a musicoterapia pode surtir.

Pretende-se no final do relatório que a leitura fique enquadrada com o trabalho efetuado no estágio de musicoterapia, terminando assim, com uma conclusão acerca dos resultados alcançados em geral e em todos os estudos de caso em particular.

De forma a proteger a identidade de cada cliente, os nomes próprios existentes no presente relatório de estágio foram alterados.

Através deste trabalho, ambiciona-se demonstrar a intervenção de cariz psicoterapêutico, assim como a integração dos objetivos traçados para cada cliente nos seus planos individualizados caracterizando a importância com populações com perturbações do desenvolvimento intelectual.

Caracterização da instituição

A CERCIOEIRAS é uma cooperativa de solidariedade social e de utilidade pública, com sede em Barcarena.

Foi fundada por técnicos de reabilitação e por um grupo de pais motivados pela insuficiencia dos cuidados que os seus filhos, deficientes intelectuais, adquiriam através do serviço nacional de saúde.

Desde Outubro de 1975, altura em que foi fundada, a CERCIOEIRAS tem procurado implementar novos métodos e técnicas cientificamente validadas em áreas tão diversas como a psicologia, educação fisica, psicomotricidade, artes (expressão plastica e tecelagem), oficinas (bucins e ecoilumina), dança inclusiva, aulas de música e variadas terapias (fala, fisioterapia, ocupacional, etc).

A CERCIOEIRAS rege-se pela visão de uma sociedade mais abrangente que permite educar, integrar, reabilitar e cuidar dos clientes e suas familias, ao longo dos anos.

Os valores existentes na instituição fomentam uma conduta pautada por principios de respeito, confiança e melhoria constante na qualidade e excelência dos serviços prestados. Além disso, pretende-se uma cooperação através de uma equipa multidiscilpinar assim como a receptividade a mudança desenvolvendo novas ideias, uma contribuição para a melhoria do ambiente e ainda, responsabilidade social.

A intituição tem varias respostas sociais e nem todas funcionam nestas instalações. Serão descritos posteriormente mais em pormenor o centro de atividades ocupacionais (CAO) no qual está inserido o núcleo terapeutico e de bem estar (NTB), o banco de equipamentos e tecnologias de apoio (BETA), centro de recursos para a inclusão (CRI), equipa local de intervenção de Oeiras (ELI), escola de educação especial (EEE) e lar residencial.

A intervenção musicoterapeutica realizou-se com utentes do NTB que está inserido no CAO.

Centro de atividades ocupacionais (CAO)

O CAO compreende os clientes com mais autonomia, que revelam capacidade de

organização individual, sem total dependência de auxiliares, professores e terapeutas. Atualmente existem noventa e cinco clientes a frequentar o CAO. Dessa maneira, a identificação da atividade como estritamente ocupacional depende do perfil do cliente, nomeadamente do seu nível de desempenho intelectual, complexidade e grau de autonomia com que consegue realizar tarefa, produtividade e qualidade do produto final. Cada grupo tem dois auxiliares por sala e um terapeuta (fisioterapeuta, psicomutricista ou terapeuta ocupacional).

O núcleo ocupacional e social é constituido por quatro grupos: grupo 1 – funciona no atelier de tecelagem; grupo 2 – funciona na oficina de bucins/oriflame; grupo 3 – funciona na oficina ecoilumina e grupo 4 – funciona em atividades de exterior (limpezas nos escritórios, limpezas de espaços verdes na comunidade e CERCIOEIRAS, ajudante de cafetaria,bar e lavandaria, lavagem de carros e apoio a auxiliares do CAO).

Os clientes do CAO sao divididos por salas segundo as suas capacidades intelectuais. Trabalham assim no atelier de expressão plástica, tecelagem, etc e são remunerados simbolicamente pelo seu trabalho.

No âmbito desportivo os clientes frequentam a piscina (de Barcarena), ginásio e dança inclusiva. O que difere neste grupo é que as atividades mencionadas não são terapeuticas.

Existem ainda outras atividades realizadas por este grupo como: ensacamento de talheres; comunicação para a vida (atividade com professora do ensino especial); intervenção assistida por animais; grupo de auto-representantes (fazem trabalhos artisticos em murais, desenhos,etc); um utente faz trabalho no espaço do cardiga e na marina de Oeiras; equitação; projeto notas de contato - orquestra de câmara portuguesa; caminhada; programa exercício e saúde; montagem de componentes elétricos; embalamento de Palmilhas e quintinha.

Núcleo terapeutico e de bem estar (NTB)

A intervenção musicoterapeutica aconteceu dentro do CAO no NTB em que se encontram os clientes mais dependentes. Este núcleo é constituido por 5 grupos que são formados segundo idades. Todos os grupos têm um técnico por cada grupo em permanência na sala. Os grupos têm ainda entre um a três auxiliares por sala.

A população-alvo tem idades compreendidas entre os 18 e 67 anos sendo que 20 clientes são externos e 32 são internos. Existem casos excepcionais de clientes mais jovens

que pertencem à escola de educação especial que se está a extingir.

O núcleo terapeutico tem variadas dinâmicas, dentro e fora da instituição, entre as quais destaca-se: hipoterapia, fisioterapia, tanque (hidroterapia), snoezelen, rede, ginásio, intervenção assistida por animais e atividades sensoriais.

Relativamente às atividades de sala, os auxiliares são responsáveis por organizar diariamente um cronograma de atividades que poderá ser alterado em função de factores adversos como é exemplo a chuva.

No que respeita ao posicionamento e mobilizações dos clientes são executadas pelos técnicos procurando assim manter as capacidades existentes de cada cliente e o seu bem estar. Estes clientes tem na sua grande maioria dificuldades a nível cognitivo, falta de coordenação e graves problemas de saúde. As suas incapacidades rodam os 90%.

O NTB é constituido pelos seguintes cinco grupos: grupo 1, constituido por dez clientes (5 externos e 5 internos); o grupo 2, constituido por onze clientes (4 externos e 7 internos); o grupo 3, constituido por nove clientes (contendo os clientes mais jovens, 7 externos e 2 internos); o grupo 4, constituido por dez clientes (4 externos e 6 internos) e grupo 5, constituido por doze clientes (todos internos), sendo estes clientes os mais velhos da instituição. A meio da intervenção musicoterapeuta os presentes grupos mantiveram-se com os mesmos clientes, no entanto, as salas foram reformuladas e passaram a ser de caracter temático. Foi criada a sala de intervenção musical, sala de intervenção de relaxamento, sala de intervenção vestibular e movimento, sala de intervenção de artes plasticas e sala de intervenção propriocetivo. Os clientes passaram assim a frequentar uma sala diferente semanalmente.

Banco de equipamentos e tecnologias de apoio (BETA)

O banco de equipamentos e tecnologias de apoio (BETA) é patrocinado pela Fundação EDP Solidária e desenrola-se no projeto “Viver com Qualidade e em Segurança”. Destinado aos residentes no concelho de Oeiras, tem como função alugar produtos a pessoas idosas, com deficiência ou mobilidade reduzida, contribuindo para: a melhoria dos problemas de mobilidade (permitindo ao idoso mais autonomia e segurança na realização das atividades da vida diária); maior segurança na prestação de cuidados por parte de familiares; melhor integração das pessoas idosas, com deficiência ou mobilidade reduzida nas respectivas

famílias e sociedade em geral e minorizar as dificuldades económicas dos cidadãos dependentes, bem como das suas familias. Desta forma, o BETA, promove a igualdade de oportunidades diminuindo a repercussão procedente da exclusão.

Centro de recursos para a inclusão (CRI)

A CERCIOEIRAS integra desde Abril de 2009, a rede nacional de centros de inclusão (CRI). O CRI abrange oito agrupamentos escolares: agrupamento de escolas de Oeiras e São Julião da Barra; Conde de Oeiras; Aquilino Ribeiro; Carnaxide; Carnaxide-Portela; Linda-a-Velha e Queijas; Paço de Arcos e de S. Bruno.

O centro de recursos para a inclusão tem como principais objetivos: incrementar no sistema educativo e meio social crianças com necessidades educativas especiais (NEE), que manifestam grandes entraves na comunicação e autonomia; auxiliar na mudança das medidas sociais para engrandecer o jovem ou criança com deficiência enquanto cidadão; criar equipas multidisciplinares; disponibilizar recursos materiais, humanos e fisicos individualizados aos jovens com crianças com NEE, de modo a promover uma intervenção especializada e adaptada às caracteristicas de cada jovem ou criança e, atraves de novas estrategias e metodologias aumentar a compreensão destes alunos.

Equipa local de intervenção de Oeiras (ELI)

O ELI, serviço de intervenção precoce da cercioeiras, está situado no centro de saúde de Paço de Arcos e, é um serviço grátis para as familias. Incorpora a equipa local de intervenção precoce de Oeiras, assim como, profissionais do agrupamento de escolas Conde de Oeiras e do ACES Lx Ocidental.

Destina-se a familias com crianças dos zero aos seis anos de idade,com fortes possibilidades de atraso no desenvolvimento (a nivel das funçoes ou estruturas do corpo) que demarcam o envolver-se nas atividades inerentes à sua idade.

Tem como principais objectivos: reconhecer familias e crianças seleccionaveis de forma a serem acompanhadas pelo SNIPI (Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância); identificar casos carenciados de apoio social (necessidades e métodos) impulsionando redes formais e informais; às familias e crianças não imediatamente elegiveis, proporcionar uma avaliação, devido aos fatores de risco inerentes que possam surgir; em

função de cada caso efetuar e desenvolver um PIIP (Plano Individual de Intervenção Precoce); garantir metodos de transição para outros serviços,contextos educativos e projetos (creches, estabelecimentos de educação pré-escolar. Centro de saude de Paço d'Arcos e amas) e criar vinculos com esses profissionais dos estabelecimentos que irão acompanhar estas crianças, atraves da ELI, proporcionando assim, no processo de intervenção, um maior envolvimento entre os intervenientes e impulsionar as familias a terem um papel ativo nesse mesmo processo.

Escola de educação especial (EEE)

A escola de educação especial (EEE) tem como principal objetivo ajudar as crianças e jovens, do concelho de Oeiras, com NEE de carater duradouro. Impulsiona assim, o bem-estar e desenvolvimento das capacidades de cada aluno com grandes dificuldades na sua autonomia, potencializando competencias nas mais diversas atividades; dispõe apoio educativo especializado, de forma a diversificar a intervenção realizada; efectua a vinculação escola-familia e, tenta aprimorar a qualidade das respostas determinando parcerias de maneira a ser mais eficaz a passagem para a vida adulta.

A EEE tem como áreas de intervenção atividades motoras (atividade motora adaptada, hidroterapia/natação adaptada e hipoterapia/equitação adaptada), atividades terapeuticas (psicomotricidade, fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala), atividades sensoriais (sala de snoezelen e sessões de estimulação sensorial) e atividades ludicas (passeios/visitas de estudo, praia e colonias de ferias).

Lar residencial

O lar residencial tem suporte para cinquenta clientes com idades superiores a dezasseis anos e tem a colaboração da segurança social.

Pretende proporcionar uma maior integração na comunidade a pessoas sem autonomia nas suas residencias, preenchendo os tempos livres dos clientes com atividades por eles prezadas; de acordo com as necessidades de cada cliente assegurar assistência médica e, proceder, se existirem vagas, apoios temporarios a clientes de outras valências e garantir programas de férias aos clientes que por falta de assistência familiar no mês de Agosto se encontrem na instituição.

Caraterização geral da população-alvo

Presentemente, a instituição CERCIOEIRAS intervém junto de jovens e adultos internos e externos, portadores de deficiência, cujas idades vão dos 14 aos 67. Em termos de género a população atendida na instituição é igualmente repartida. Os requisitos de admissão abrangem ainda a proximidade do local de habitação/residência no concelho de Oeiras.

Todos os clientes desta instituição têm como características específicas: perturbações do desenvolvimento da linguagem; dificuldades de expressão; dificuldade e deficit a nível cognitivo (capacidade de analisar, raciocinar, compreender e calcular); limitações na capacidade de concentração e memória são baixas e estreitas; frágil gestão de emoções/processamento; problemas de motricidade e alguns problemas de saúde física, como a Epilepsia e prejuízo sensorial.

Entre as causas mais comuns da deficiência dos clientes da instituição estão os fatores de ordem genética, as complicações durante o período da gestação, parto ou pós-natais e origina-se principalmente antes dos dezoito anos de idade.

Os clientes da CERCIOEIRAS apresentam ainda dificuldades significativas de relacionamento interpessoal e de realização de tarefas, o que compromete a atual integração socioprofissional, em espaço exterior, sem a orientação direta dos técnicos da CERCIOEIRAS. Atualmente, apenas um cliente trabalha sem orientação de técnicos em espaço exterior.

Enquadramento teórico

Ao longo do enquadramento teórico pretende-se desenvolver uma reflexão acerca das características das perturbações do desenvolvimento intelectual em jovens e adultos e aprofundar a aplicação da musicoterapia no trabalho junto desta população.

Perturbações do desenvolvimento intelectual

Segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde) e o DSM-V (2013) as perturbações do desenvolvimento intelectual são baseadas num critério quantitativo. Nessa classificação, a gravidade da perturbação intelectual está relacionada às quatro nomenclaturas: profundo, severo, moderado e leve ou ligeiro. Contudo, a tendência atual é para não enquadrar previamente as pessoas com deficiência intelectual numa categoria baseada em generalizações ou comparações, mas sim considerando a pessoa de acordo com as relações estabelecidas socialmente, por exemplo, no seu convívio familiar, nos estímulos recebidos, etc. Assim, percebesse que a deficiência pode até mesmo ser mais agravada ou menos agravada, dependendo da qualidade das relações sociais do cliente. É manifestada durante o desenvolvimento, antes dos dezoito anos.

Vivendo em sociedades em que a deficiência é consistentemente falada em termos negativos, a pessoa portadora de deficiência é naturalmente desprestigiada e incapacitada. A representação persistente de deficiência como adversa e pesada, infelizmente, tem levado muitas pessoas com deficiência a acreditar que são menos capazes do que os outros levando-os a desenvolver um sentido de impotência. Nestas circunstâncias, onde se aceita uma posição de rejeição ou de se esconder a própria condição, interfere na construção de uma identidade (Swain & French, 2000). A identidade da pessoa está explicitamente ligada às formas pelas quais as pessoas falam sobre si mesmas e na forma como as outras falam sobre elas. A debilidade e falta de autoridade submete as pessoas com deficiência a um estado de dependência e não diferenciação, incapazes de conhecer o seu próprio *eu*, as suas necessidades e competências levando a um afastamento das mais diferenciadas maneiras (Charlton, 2000).

Existem quatro modelos explicativos de perturbações do desenvolvimento intelectual que serão em seguida abordados mais detalhadamente: o modelo medico, modelo social, modelo cultural e o modelo afirmativo.

O modelo médico - deriva de deficiências individuais ou anomalias que impedem as pessoas de participar nas mais diversificadas atividades. Todos os defensores deste modelo supõem que as pessoas com deficiência necessitam de intervenção e tratamento de especialistas que podem reabilitar as suas deficiências e melhorar o seu funcionamento. Propõe ainda, que as pessoas com deficiência gostariam de ser diferentes de como são (Swain & French, 2000).

O modelo social - em oposição, vê as pessoas com deficiência submetidas a uma sociedade insensível e incompatível (Anastasiou & Kauffman, 2012). A deficiência é ainda considerada como o resultado de barreiras sociais e ambientais que impedem a participação e crescimento pessoal (Hemingway, 2008). No entanto, se a deficiência for totalmente social também se torna problemático, pois a relação entre saber e poder que detém definições e interpretações de igualdade torna-se desconsiderada.

O modelo cultural - é mais visível em comunidades como é exemplo a comunidade surda. As pessoas surdas orgulham-se das suas diferenças culturais e linguísticas ignorando que têm deficiência (Lane, 2006). Dessa forma, as comunidades de pessoas autistas orgulham-se também das diferentes formas de pensar e fazer as coisas (Jaarsma & Welin, 2012). Como o modelo social da deficiência, o modelo cultural também rejeita o modelo medico na deficiência.

O modelo afirmativo - este modelo reconhece que a deficiência não é sempre indesejável e associada a dor ou doença, mas pode ser muito satisfatório. Este modelo permite que os próprios pacientes sejam os próprios donos do seu mundo interno. Permite assim autenticar as vidas e experiencias das pessoas com deficiência intelectual e desenvolvimental (Cameron, 2008).

A Perturbações do desenvolvimento intelectual e multideficiência

A origem de muitos dos problemas evidentes em pessoas com perturbações do desenvolvimento intelectual surgem na capacidade percetual pouco desenvolvida ou na comunicação desordenada. Criar ou desenvolver um meio alternativo de interação é uma das

funções primárias em musicoterapia. O efeito de proporcionar este novo meio para as pessoas permitindo fazer contato e serem entendidas, tem um valor profundo das necessidades emocionais satisfatórias e na construção de relacionamentos com outras pessoas, particularmente, portadoras de deficiência intelectual (Wigram, 1988).

As perturbações do desenvolvimento intelectual e quadros de multideficiência são caracterizadas por um funcionamento cognitivo abaixo da média, plasticidade de pensamento e adaptação deficitários e dificuldades na independência. Podem ainda existir dificuldades ao nível do dialeto, conversação, autonomia, capacidades sociais, contenção, exclusão social, entre as mais diversificadas patologias. Assim sendo, adultos e crianças com deficiência intelectual e desenvolvimental habituam-se às suas limitações necessitando de ajuda para as suas atividades do quotidiano, pois carecem de graves limitações cognitivas, físicas e neurológicas sendo a própria comunicação também problemática (Ghetti, 2002).

Sobretudo na deficiência severa várias outras problemáticas estão agregadas, e desta forma surge o termo multideficiência.

A paralisia cerebral é uma doença neurológica que afeta 3 por mil pessoas e manifesta-se por movimentos anormais do corpo que muitas vezes estão adicionados a défices preceptivos e sensoriais, dificuldades de aprendizagem, problemas emocionais e deficiência mental grave. Os movimentos anormais podem ser classificados nos seguintes grupos: espasticidade - caracterizada por reflexos exagerados dos movimentos ocorrendo em 50% dos casos; atetose - caracterizada por movimentos lentos e involuntários, sobre si mesmos e, sem propósito, acontecendo em 25% dos casos; rigidez - os músculos têm movimentos inativos e reflexos profundos são normais representando 15% dos casos; ataxia – onde a principal manifestação é uma perturbação do equilíbrio acontece em 9% dos casos; tremor – podendo ou não ser intencional e acontecendo em 1% dos casos e misto que sucede em 1% dos casos (Fonseca & Lima 2008).

O autismo é outra patologia associada às perturbações do desenvolvimento intelectual. Embora alguns indivíduos com autismo tenham grandes capacidades motoras, outros apresentam atrasos na coordenação motora e movimentos estereotipados não funcionais. Muitos, também manifestam dificuldades sensoriomotoras sendo exemplo a coordenação dos movimentos com sinais auditivos (Thaut, 1984).

Musicoterapia

Entre as formas em que a deficiência tem sido entendida, e o crescimento e desenvolvimento da teoria e prática musicoterapêutica existem paralelos importantes de serem referidos (Ruud, 2010).

A musicoterapia tem experimentado mudanças baseadas em terapias individualizadas, baseando-se numa compreensão ecológica mais flexível das complexas relações entre música, pessoas, saúde e doenças (Ansdell, 2014). Desde o início do século, a musicoterapia teve uma chamada mais participativa, em termos de recursos, orientada em diversos países (Stige, 2002).

A prática musicoterapêutica no século XX foi baseada predominantemente no modelo médico. Música e medicina têm sido parceiros desde o início da prática médica ocidental. Médicos antigos, como Hipócrates e Galeno foram firmes na ideia de tratar a pessoa num todo, ao invés de tratar sintomas ligeiros. Foi depois da era da iluminação, segundo consta na pesquisa bibliográfica, que a especialização apareceu e tratamentos complementares perderam alguma importância na prática médica tradicional. No entanto, a música é mencionada nos registros médicos e notas ao longo dos séculos XVIII e XIX tendo sido desenvolvida durante a segunda guerra mundial (Pratt, 2004).

Os musicoterapeutas estão cada vez mais inclinados para a prática dos direitos humanos e justiça social e, assim sendo, as ligações com a formação da identidade e protesto através dos movimentos das artes, podem ser facilmente reconhecidos dando assim abertura para o modelo afirmativo. Têm vindo a trabalhar com indivíduos ou pequenos grupos de pacientes dentro de fronteiras bem delimitadas, com objetivos de aliviar os sintomas, comportamentos, ou facilitar o conhecimento psicológico de cada paciente (Ansdell, 2002). Os musicoterapeutas dedicaram-se ainda a formar comunidades musicais, permitindo a outras comunidades poderem também participar na mesma, atendendo assim, a valores com grande potencial ao ser humano (Curtis, 2012; Vaillancourt, 2012). Assim sendo, através da música poderá haver um aumento do bem-estar das pessoas nas sociedades contemporâneas, ambientes, relacionamentos e muito mais interesses. (Ruud, 1998). Pode considerar-se, assim, que musicoterapeutas são músicos com conhecimentos especializados para trabalhar terapeuticamente com o objetivo de modificar ou retardar os sintomas existentes, de mediar

padrões comportamentais e de promover o crescimento da personalidade de forma positiva (Procter, 2001).

Quando a música, é usada para estabelecer uma relação terapêutica, é conscientemente usada para reforçar o viver e ser de cada paciente. É uma ferramenta terapêutica para melhorar a saúde psicológica, mental, fisiológica e para a reabilitação comportamental. Sendo a musicoterapia uma ciência e arte obtém descobertas, imaginação e inspiração que dão origem, a um novo mundo (Gerard, 1958).

Um dos fundadores da musicoterapia, Gaston (1968), afirmou que o uso terapêutico da música é um meio de influenciar o comportamento humano estando assim interligado às ciências comportamentais.

Musicoterapia humanista

A musicoterapia humanista refere-se ao espaço psicoterapêutico em que o desenvolvimento pessoal e transpessoal da pessoa é facilitado através do som e da música, utilizando uma abordagem que enfatiza o respeito e aceitação da pessoa do paciente, a empatia e a congruência (Polit, 1993).

A musicoterapia de orientação humanista é amplamente regida pelos princípios gerais da psicologia humanista e esses princípios detetam-se na prática musicoterapêutica ou na forma descrita de trabalhar. De acordo com Bugental (1964), os princípios fundamentais com base na psicologia humanista são os seguintes: o ser humano é mais do que a soma das suas partes tomadas individualmente; existir no contexto exclusivamente humano; estar consciente e consciente de estar consciente, mesmo a nível do contexto dos outros, ou seja, relacional; têm ambos escolha e responsabilidade; são intencionais; têm objetivos; desempenham um papel em eventos futuros e buscam significado, valor e criatividade.

Ainda relacionado com estes princípios gerais da psicologia humanista, os princípios da musicoterapia humanista têm o seu próprio carácter único, com base naquilo que é importante para a natureza da prática da musicoterapia (por exemplo, um meio de trabalho que transcende a comunicação verbal; trabalhar com pacientes que podem não estar cientes cognitivamente num sentido convencional, etc.). Assim, quatro componentes essenciais da musicoterapia foram selecionados como uma base para a explicitação da musicoterapia

humanista: os clientes, a música, as metas de terapia e processos de terapia. Por sua vez, cada um destes componentes serão discutidos em termos de quatro construções fundamentais humanísticas: ser, um todo, ação e a relação (Bugental, 1964).

Em abordagens humanísticas, nas sessões de musicoterapia, os pacientes são considerados acima de tudo como pessoas e, portanto, a tarefa central é captar o *ser* e ajudá-lo a crescer. como seres. Um ser não é uma coisa biológica ou psicológica**,** nem um fato inanimado da ciência com uma realidade concreta localizado no espaço e tempo. Em vez disso, é um ser que se distingue de forma única por uma identidade e, como é tipicamente parte dessa identidade, um nome. Portanto, todos os clientes conservam a sua personalidade e os seus direitos éticos de dignidade básica e respeito (Bugental, 1964).

A partir de uma perspetiva humanista, todos os clientes retêm a capacidade, condição ou estado de agir ou de exercer poder. Como Kant (1785/1996) afirmou, as pessoas nunca são objetos para serem postas em prática, mas sim indivíduos que agem, um conceito apoiado por Ruud (1998) e outros, especificamente no contexto da musicoterapia. Também a partir de uma perspetiva humanista, a própria existência de um paciente como uma pessoa é relacional, o que significa que é situado dentro de contextos interpessoais, socioculturais e históricos do paciente. Nos contextos relacionais, uma pessoa continua a ser uma pessoa, independentemente das condições fisiológicas e psicológicas. Isto implica que, a partir de uma perspetiva humanista, qualquer cliente pode estar com os outros (por exemplo, o terapeuta) num nível humano. Tem ainda o potencial de beneficiar-se da terapia através do tratamento da humanidade do paciente Assim, para tratar um paciente é tratar a humanidade do paciente (e, em algum nível, a própria humanidade) em contexto relacional.

A partir de uma perspetiva humanista, e como uma pessoa, a música não é um objeto ou uma coisa, mas um modo de ser. Especificamente, no seu núcleo, a música pode ser considerada uma forma de estar estética, no tempo (Abrams, 2011). O som pode servir como um meio através do qual a música é expressa, mas a música não está localizada no som. A música está localizada na humanidade. Assim, a partir de uma orientação humanista, qualquer entendimento da música é considerado problemática (Ruud, 1998).

Como acontece com as pessoas, a música é um todo que transcende a soma das suas partes. Além disso, como a música se desenrola no tempo, constrói simultaneamente sobre aquilo que já foi ouvido, implicando algum tipo de orientação (Zuckerkandl, 1956).

Do ponto de vista humanista, a música é também uma forma de realização da ação humana e é muitas vezes entendida de uma forma consistente com a sua forma verbal. A partir desta perspetiva, a música é uma forma de pacientes e terapeutas trabalhar em conjunto com interesse em abordar os objetivos da terapia. Em abordagens humanísticas, a música é entendida como intrinsecamente relacional. Em musicoterapia humanista, os objetivos centram-se essencialmente na busca da autorrealização ou da expressão do potencial humano do paciente (Rogers, 1961). Às vezes, a autorrealização serve como base para a própria gestão de um paciente nos desafios básicos da vida fora da terapia, promovendo a autossuficiência e independência, o que nos jovens e adultos com perturbações do desenvolvimento intelectual é de grande importância salientar (Frankl, 1984).

A música cria possibilidades de estar com os outros, maneiras de desenvolvimento relacional, apoiando as metas relativas à autorrealização. Por exemplo, a experiência de preparar e participar numa performance musical na comunidade pode, em virtude da relação com os membros da comunidade, contribuir para possibilidades autoestima de um paciente (Scovel & Gardstrom, 2005).

Em musicoterapia humanista, o paciente e o terapeuta envolvem-se em vários estados musicais, para apoiar a autorrealização. Embora as técnicas não definam esse tipo de processo, é importante reconhecer que podem ser úteis, mesmo dentro de uma orientação humanista. Qualquer técnica pode ser válida, desde que em última análise, sirva um propósito humanístico (Scovel & Gardstrom, 2005).

No trabalho da musicoterapia humanista, o processo de terapia também é relacional. O valor de um determinado processo de terapia abrange-se mais sobre o que a terapia proporciona no paciente nos contextos sociais e / ou ambientais que podem ajudar o paciente a aprofundar a sua própria humanização (por exemplo, mais digno, mais significativo). Também no trabalho humanista, a relação não é apenas um fator ou componente. A terapia é a base da mudança. Para Rogers (1961), disposição relacional do terapeuta, caraterizada por congruência / autenticidade, incondicional consideração positiva / aceitação mental e empatia são a condição essencial do processo de musicoterapia humanista.

Musicoterapia nas perturbações do desenvolvimento intelectual

Reynolds (1982) mostrou que o uso da música como um modo de tratamento para indivíduos com deficiência mental mudou de âmbito, pois a musicoterapia tem crescido para atender às necessidades dessa população.

Várias técnicas de musicoterapia e experiências podem ajudar os pacientes com deficiência intelectual e desenvolvimental permitindo melhorar as suas habilidades em muitas áreas, incluindo: competências comunicativas, académicas, cognitivas, de formação profissional, motoras, sociais e emocionais, de autoajuda ou competências de vida independente e de lazer (DiGiammarino, 1990). Permitindo discutir determinadas estratégias de musicoterapia muitas vezes utilizadas para melhorar diversos fatores específicos, seguidamente, será dado o devido destaque a cada uma destas áreas, individualmente. Um dos aspetos únicos da musicoterapia é poder lidar com diversas áreas e em muitos níveis de desenvolvimento em simultâneo, influenciando-se assim respetivamente, facilitando todo o processo que será realizado com o paciente (Grant, 1989).

A capacidade de comunicar influencia as pessoas no funcionamento correto em sociedade apresentando diferentes graus ao nível da comunicação. Alguns não têm um discurso funcional, precisando desenvolver a comunicação não-verbal e, outros apresentam dificuldades na perceção auditiva, linguagem recetiva ou linguagem expressiva. Portanto, várias estratégias de musicoterapia podem desta forma ajudar em muitas destas áreas. Para estimular de início a consciência auditiva e concentração precisas no desenvolvimento da linguagem, atividades simples exploratórias do som, usando instrumentos musicais, sons vocais e sons do corpo (como percutir no próprio corpo e bater palmas) serão bastante benéficas (Nordoff & Robbins, 1977). Atividades movimento/música, ajudam os pacientes na linguagem recetiva tornando-se mais eficaz do que atividades estritamente instrumentais principalmente em jovens e adultos com perturbações do desenvolvimento intelectual (Spencer,1988). No âmbito da linguagem expressiva cantar sozinho ou em conjunto com ações, pode ser útil no sentido de incentivar a fala espontânea em crianças pré-escolares (Hoskins, 1988).

Relativamente à capacidade cognitiva e profissional, sons novos e ritmos criados no momento podem atrair a atenção e obter contacto ocular. Várias canções e jogos musicais

que permitam apontar e identificar imagens, sons, objetos (como peças de vestuário e da sala) também podem ajudar os pacientes. As letras das músicas podem ser escritas para descrever esses conceitos. Assim sendo, a melodia e o ritmo da música ajudam a criar uma estrutura nos pacientes com perturbações do desenvolvimento intelectual de forma a processarem e assimilarem certos conceitos. Além disso, a repetição da estrutura da música dá um suporte de ajuda aos pacientes (Boxill, 1985).

No que respeita às competências motoras, a musicoterapia, pode ser de grande importância no auxílio destes pacientes, de maneira a poderem ter um desempenho nas diversificadas atividades da vida diária como são exemplo: a alimentação e o banho. Devido às limitações físicas, a música pode ajudar no estímulo das respostas motoras ajudando na coordenação e controle motor. As experiências podem ser ativas ou passivas: os pacientes podem realizar atividades sozinhos ou ser guiados através de movimentos do musicoterapeuta. Estas experiencias podem assim desempenhar um papel fulcral no aperfeiçoamento das amplitude em pacientes mais dependentes fisicamente (Boxill, 1985). Várias atividades musicais (como empilhar objetos) podem ser estruturadas a nível das letras e ritmos de forma a incluir várias competências motoras, reforçando assim, o desenvolvimento dessas competências (Holloway, 1980). Descobriu-se ainda que tocar instrumentos de percussão (como é exemplo o tambor) ajuda nas respostas motoras, no tónus muscular e na postura de crianças portadoras de síndrome de down (Sekeles,1996).

No que concerne às competências sociais o tocar, dançar e cantar, permite trabalhar em conjunto, esperando cada um pela sua vez e ouvindo tudo o que é feito de ambas as partes. A repetição e ordem da própria música ajudam os pacientes, tornando-os mais confortáveis, pois já sabem o que esperar em seguida. Para os pacientes serem socialmente aceites, as improvisações, canções e escrita de letras de canções estritamente emocionais, podem ajudar no controle adequado do expressar das emoções. Nas atividades grupais, os diversos instrumentos são distribuídos dependendo da coordenação necessária para atingir a sua execução permitindo que todos os pacientes obtenham, com sucesso, as atividades pretendidas. (Furman, 1996).

É ainda, importante referir, que a música pentatónica nos pacientes mais profundos aumentou as respostas de relaxamento (Pujol, 1994).

Pessoas com perturbações do desenvolvimento intelectual precisam de estrutura e apoio de forma a alcançarem a maior independência possível, mediante os limites das patologias diagnosticadas. Assim sendo, atividades de música gratificantes a cada paciente podem fornecer reforços positivos duradouros que aumentam as suas habilidades. Importa ainda salientar, que essas mesmas atividades podem ser transferidas para áreas mais funcionais como é exemplo o manusear utensílios (Garwood, 1988). As letras das músicas podem proporcionar estrutura essencial aos pacientes, permitindo lembrar a sequência de passos necessários para as mais variadas rotinas (Kramer, 1978).

A maioria dos pacientes com perturbações do desenvolvimento intelectual desenvolvem várias competências de lazer, através de experiências diárias em casa ou na comunidade onde estão inseridos. Essas atividades incluem aprender a ligar o radio, inserir os discos no respetivo leitor de cd, participar em danças, numa banda, coro, aprender a comprar bilhetes para assistir a um concerto ou até mesmo aprender a executar corretamente um instrumento musical do seu agrado. No entanto, precisam sempre de observação direta de maneira a realizarem as atividades com sucesso (DiGiammarino, 1994). É nesta fase que o musicoterapeuta sabe não só como usar e ensinar várias componentes musicais, proporcionando estrutura para que possa ser assimilado corretamente pelo paciente com perturbações do desenvolvimento intelectual. O musicoterapeuta pode mesmo ensinar um instrumento ou mais com as técnicas respetivas (Velasquez, 1991). Aplicações especiais de software de educação musical também estão a ser utilizadas por diversos musicoterapeutas permitindo uma maior amplitude de meios (Spitzer,1989).

Objetivos do estágio

Este estágio teve como objetivo central a implementação de um plano de intervenção musicoterapeutica na CERCIOEIRAS, cujas estrategias de avaliação e intervenção se focaram nas funçoes cognitivas e nas dificuldades dos jovens e adultos com perturbações do desenvolvimento intelectual. Este projeto constitui uma iniciativa nunca antes levada a cabo na instituição CERCIOEIRAS.

A organização deste estagio acentou num conjunto de parâmetros. Em primeiro lugar foi construido um instrumento de avaliação que permitisse criar um perfil das competências cognitivas e musicais dos clientes, e desta forma contribuir para uma melhoria dos grupos de atendimento. Por outro lado o projecto de intervenção musicoterapeutica constituiu uma nova abordagem metodologica na instituição que contempla. as necessidades e as potencialidades os clientes no contexto da prática musical.

Este estágio apresentar ainda conclusões e recomendações aos membros das equipas de tratamento identificando comportamentos não-musicais que são revelados através do instrumento de avaliação e a criação de um espaço onde jovens e adultos com comportamento disruptivo possam estar de forma contida de forma a resolver momentos dificeis.

Por fim, e sendo as sessões de musicoterapia individuais, o expressar os sentimentos de forma mais adequada e o melhoramento da consciência de si e do outro, foram objetivos a ter em consideração, atendendo à música como o meio de comunicação principal.

Metodologia

A intervenção levada a cabo neste estágio consistiu num conjunto de intervenções diretas com nove clientes da CERCIOEIRAS que irão ser retratadas ao longo deste capítulo.

A metodologia utilizada recaiu na realização de dois estudos de casos individuais. Os estudos de caso são de caráter qualitativo descrevendo a realidade através de uma observação direta e são alusivos ao processo musicoterapêutico ocorrido no enquadramento do estágio.

Descrição da amostra

A intervenção musicoterapêutica foi feita com nove clientes (jovens adultos e adultos), com idades compreendidas entre os 14 e os 59 anos, residentes no concelho de Oeiras (Tabela 1).

Tabela 1

Casos individuais das sessões de musicoterapia (2015/2016)

Nome	Idade	Tempo de frequência na instituição	Nº de Sessões
Fernando	23	4 anos	56
Telmo	30	19 anos	56
Diana	21	2 anos	59
Vitor	49	40 anos	59
Gabriela	14	2 anos	57
Rafael	38	11 anos	48
Rosa	49	8 anos	61
Nuno	20	10 meses	51
António	59	11 anos	62

para a realização do estágio, que passaram pelo transporte de alguns instrumentos para dentro da instituição por parte da estagiária. Assim, o material utilizado nas sessões consistiu num conjunto de instrumentos rítmicos, melódicos e harmónicos, nomeadamente, uma guitarra, um adufe, um teclado (de enrolar permitindo a utilização dos membros superiores e inferiores), um trompete, um conjunto de tubos tonais *boomwackers*, três conjuntos de clavas, três pandeiretas, dois shakers, duas guizeiras, um triângulo, bongós, um djembé e dois timbales.

Intervenção musicoterapeutica

Neste estágio foram realizadas sessões de musicoterapia em contexto individual, pois todos os clientes tinham patologias profundas, o que permitiu uma abordagem mais individual, precisa e orientada. As sessões individuais tinham a duração de 30 minutos. Para tal, foram utilizadas algumas técnicas de musicoterapia que se revelaram mais adequadas e eficazes com esta população. Através da canção do "Olá" surgiram as primeiras manifestações sonoras e através da canção do "adeus" pretendeu-se criar um incentivo à verbalização e memória.

Instrumentos de registo e monitorização das sessões

Ficha de dados pessoais

Esta ficha (Anexo B) consiste num instrumento composto pela estagiária com o propósito de registar os dados pessoais e mais relevantes dos clientes, com o intuito de preparar e realizar um plano terapêutico individual. As informações relevantes (nome, idade, patologia, família, outros/medicação e perfil funcional do cliente) foram obtidas através da consulta de processos e de conversas com alguns terapeutas e auxiliares da instituição e também através de familiares.

Ficha de registo das sessões de musicoterapia

A ficha de registo das sessões de musicoterapia (Anexo C) foi um instrumento facultado pela supervisora de estágio e utilizado no registo diário dos momentos que mais se destacaram na sessão e das observações da estagiária em relação à mesma. Este instrumento

era preenchido no final de cada sessão e consistia em: observação direta do cliente; descrição sumária da sessão; temas centrais; novidades ou mudanças; música produzida (instrumentos, repertório); reações pessoas e a fazer.

Avaliação do progresso terapeutico

A avaliação do progresso terapêutico foi realizada através de uma abordagem clínica de observação direta nas sessões, que se centrou nos seguintes aspetos: linguagem corporal (contacto ocular, gestos, expressão facial); coordenação espacial; proximidade com os instrumentos e comunicação e relação com a terapeuta através da flexibilidade rítmica, utilização convencional do instrumento, tempo de permanência ou interação com a terapeuta através do instrumento e regularidade rítmica.

Foi ainda desenvolvida e criada pela estagiária uma grelha adaptada às necessidades da população-alvo (Anexo D). A grelha de avaliação musicoterapêutica foi baseada no *Individualized music therapy assessment profile* (IMTAP) (Baxter, et al, 2007), mas sofreu várias alterações por parte da estagiária. Consistia na avaliação inicial e final do desenvolvimento funcional de cada cliente na área cognitiva, socio-emocional, área comunicacional, área musical/improvisação e área psicomotora. Os resultados eram obtidos através da pontuação (1) nunca (2) raramente (3) inconstante (4) frequente e (5) sempre.

Técnicas musicoterapêuticas

A intervenção musicoterapeutica foi baseada na improvisação "livre" em vários aspectos o que permitia a criação de sons que evoluiam no contexto da interacção terapeuta-cliente, desde os sons vocais ou instrumentais desorganizados, até à criação de formas musicais. Tambem incluia a criação de instrumentos ou objetos sonoros. Não se impunha nenhuma regra, estrutura ou sugestão ao cliente, permitindo que o mesmo se desinibi-se no instrumento, livre de qualquer regra..

Apesar de a sessão ser essencialmente não-diretiva, foi criada uma canção introdutória e uma canção de conclusão, que delimitava delimitando o início e termo da sessão.

Para além dos objetivos específicos que constam do plano terapêutico de cada cliente, a intervenção musicoterapêutica foi dirigida para os seguintes objetivos gerais:

desenvolvimento das funções cognitivas e musicais; promover um maior envolvimento do cliente nas atividades da instituição e despertar o interesse do cliente para os estímulos e propostas externas.

Outras atividades

Realizaram-se ainda, durante o estágio, outras atividades na instituição, o que permitiu à estagiária assumir uma presença mais participativa na instituição. É de referir a presença da estagiária numa ação de formação dedicada ao papel da Musicoterapia, enquanto intervenção terapêutica na instituição realizada pela Coordenadora Cientifica do Mestrado de Musicoterapia, da Universidade Lusíada de Lisboa – Prof.ª Doutora Teresa Leite.

Participou igualmente no dia 12 de Abril de 2016, na II aula aberta do projeto notas de contacto, uma parceria entre a orquestra de câmara portuguesa (OCP) OCPsolidária e a CERCIOEIRAS. Esta atividade teve como objetivo a divulgação do trabalho desenvolvido no projeto e o envolvimento das famílias nas atividades realizadas, possibilitando a observação do que é feito nas sessões, o experimentar de diversos instrumentos musicais e o esclarecimento de questões/dúvidas.

Merece ainda referencia, a presença da estagiária no workshop "Musicoterapia – Som em Movimento" organizado pelo centro de formação imagina (empresa portuguesa de inovação focada na área da Aprendizagem Enriquecida pela Tecnologia e Software e dedica-se à pesquisa e desenvolvimento de soluções integradas para a educação) em parceria com a CERCIOEIRAS. Este workshop teve duração de 3 horas e teve como objetivo perceber o funcionamento do novo equipamento adquirido pela instituição soundbeam. O soundbeam é um equipamento para musicoterapia que transforma qualquer movimento do corpo em som, música ou efeitos sonoros. Vem equipado com sensores ultrassónicos e switches (acionadores ou manípulos) que permitem dar som aos movimentos.

Para finalizar, a estagiária esteve presente no dia 14 de Junho de 2016, num concerto, no âmbito de um encontro e partilha com o projeto notas de contacto - OCPsolidária e a orquestra geração (núcleo de Oeiras), na CERCIOEIRAS.

Discussão

As conclusões deste relatório procuram, pela primeira vez, demonstrar a experimentação, os resultados obtidos e a existência da musicoterapia dentro da instituição CERCIOEIRAS. Foram realizadas 9 intervenções individuais, sendo duas das mesmas estudos de caso.

Ao iniciar-se a intervenção musicoterapêutica verificou-se logo o valor da musicoterapia como um tratamento eficaz nos cuidados em jovens e adultos com perturbações do desenvolvimento intelectual. Segundo Gold, et al (2005) a musicoterapia ajuda pacientes com perturbações do desenvolvimento intelectual graves melhorando o seu estado mental no geral, ao nível dos sintomas e do funcionamento. Tal facto tem sido conhecido para doentes com esquizofrenia. Os atuais estudos estendem-se não só a esquizofrénicos, mas também a sérios transtornos mentais não psicóticos. Esta ampla gama de clientes seriam ainda beneficiados se a musicoterapia fosse adicionada aos seus cuidados habituais.

Por outro lado, os resultados implicaram que o número de sessões seja um fator importante para a musicoterapia ser benéfica. Pequenos benefícios da musicoterapia puderam ser vistos já depois de algumas sessões. Portanto, os resultados também puderam sublinhar o valor de qualquer envolvimento intensivo ou a longo prazo dos clientes em musicoterapia. Alterações de humor pareceram ocorrer mais rapidamente do que melhorias nos níveis de sintomas gerais. Tem de ser notado, no entanto, que o grau de benefício da musicoterapia nos clientes variava de cliente para cliente. Alguns responderam rapidamente após algumas sessões, enquanto outros precisaram de mais tempo.

Como implicação para a prática, a falta de diferença entre efeitos de transtornos psicóticos e não psicóticos levanta a questão do diferencial para a musicoterapia. Se o diagnóstico não é o principal determinante do efeito da musicoterapia, então outros critérios poderiam ser mais frutíferos para determinar quem deve receber musicoterapia. Pesquisadores argumentaram que fatores como a relação entre terapeuta e cliente bem como a motivação do cliente para um tipo específico de terapia devem ser reconhecidos (Wampold, 2001). O uso de tais indicações muitas vezes poderá ser mais útil do que uma prescrição com base em diagnósticos por si só e muito mais de acordo com a experiência clínica relatada por

musicoterapeutas nos estudos clínicos existentes. Os clientes são muitas vezes encaminhados para sessões de musicoterapia, porque são considerados inadequados ou desmotivados para psicoterapia (Solli, 2008). É importante estar ciente que tal encaminhamento com base em tais tipos de indicações requer referências e um pensar mais detalhado sobre o paciente individual e exige melhor comunicação entre terapeutas do que um encaminhamento com base no diagnóstico.

Foi assente nesta base e dadas as necessidades observadas em cada um dos clientes que foram intervencionados, em contexto individual, que a relação empática e de confiança passou a ter um carater primordial. Os objetivos propostos no plano terapêutico, na sua grande maioria foram alcançados, pois só começaram a surgir resultados na fase final do estagio. Ir ao encontro dos vocalizos dos clientes é frequente em musicoterapia, não se tratando de imitar vocalizações mas utilizar excertos explorando assim o seu conteúdo e forma (Graham, 2004). Assim sendo, a estagiária tentou promover uma ambiente musical estruturado permitindo incluir os vocalizos do Telmo.

É importante realçar a relação empática que se estabeleceu entre o Telmo e a estagiária, assim como o seu regular emocional através da música. Paralelamente houve uma evolução ao nível da estrutura cognitiva, sincronizando-se com a estagiária por breves períodos de tempo ou intercalando entre ambos vocalizos e batimentos corporais.

Acredita-se que as improvisações musicoterapêuticas reduziram o seu comportamento impreciso promovendo assim uma estrutura e reduzindo as fugas à relação terapêutica a partir do meio da intervenção com o cliente.

No que concerne ao estudo de caso da Gabriela, só foi possível entrar no mundo interno da cliente e por conseguinte, atingir alguns objetivos terapêuticos na reta final das sessões.

A interação musical era uma constante entre estagiária e cliente, revelando assim uma busca em estar em relação, proporcionada através de musicalidade comunicativa através de partilha musical quer seja vocal ou rítmica através dos instrumentos disponíveis e sala.

As complexidades de comunicação com as palavras muitas vezes significa que quando a música é usada como uma língua, haverá algo além das palavras que se perde. A música torna-se assim o veículo de comunicação para um cliente autista não-verbal e o veículo para a expressão no momento presente, que muitas vezes transcende as palavras.

Assim sendo, uma palavra deve ser atribuída a um ritmo ou frase musical, tornando-se muitas vezes difícil, porque o que está a ser expresso pode ser fora das palavras, ou seja, fora do contexto verbal (Dimitriadis & Smeijsters, 2009). Por conseguinte, o significado pode ser atribuído a ritmos e fraseados musicais, oferecendo um caminho necessário para conectar a transmissão de forma clara para o recetor (Silverman, 2008).

A comunicação musicoterapêutica ao longo do tempo tem mostrado vários aspetos básicos que surgem durante as sessões: a música como linguagem usando declarações, perguntas e conversas, a expressão musical usando emoções e a criatividade e música como um experiência compartilhada onde o cliente tem o reconhecimento do terapeuta (Markworth, 2014).

Tendo em conta tudo o que foi referido anteriormente, o Telmo por vezes resistia à novidade, devido à sua patologia da perturbação do espectro do autismo, no entanto, e apesar de continuar a existir autoestimulação e momentos refugiado no seu próprio *eu*, pode dizer-se que os objetivos propostos foram alcançados.

Relativamente aos restantes casos individuais foi possível alcançar os objetivos propostos inicialmente no plano terapêutico. No caso individual da Rosa, os progressos foram notórios. Foi possível melhorar a sua motricidade fina e a sua valorização pessoal através de jogos rítmicos musicais que usavam a sua lateralidade e permitiam aumentar o contato visual a atenção entre cliente e estagiaria.

Nas intervenções efetuadas durante o estágio, pode concluir-se que as intervenções individuais possibilitaram a construção de uma relação empática facilitadora da mudança permitindo aceder ao mundo interno de cada cliente. Foram ainda facilitadoras de uma maior liberdade criativa. Tornou-se evidente ao estagiar com clientes muito dependentes que em algumas patologias, sessões individuais são quase inevitáveis, principalmente em clientes com perturbações do desenvolvimento individual graves.

Este relatório estabeleceu a relação entre eficácia e resposta da musicoterapia para pessoas com perturbações do desenvolvimento intelectual graves. Demonstra assim uma descoberta importante, mas ainda bastante geral. Estudos serão necessários para preencher lacunas em populações de clientes e ampliar os conhecimentos adquiridos ao longo deste estágio.

No que diz respeito a uma maior especificação do tratamento, abordagens de

musicoterapia podem variar não somente pelo número de sessões, mas também de acordo com a fundamentação teórica, a qualificação do terapeuta, setting terapêutico e as modalidades de trabalho dentro da terapia. Outra área ampla para futuros estudos mais específicos sobre diferenças nos tipos de musicoterapia será relacionada a variáveis terapêuticas individuais, que podem ser pelo menos tão importantes quanto as características formais da terapia (Wampold, 2001).

Assim sendo, este relatório demonstrou que a musicoterapia é uma terapia eficaz para pessoas com perturbações do desenvolvimento intelectual, o que ajuda os clientes a melhorar o seu estado, sintomas e funcionamento. Isso contribui para o conhecimento eficaz sobre a musicoterapia para a população que muitas vezes não responde facilmente às abordagens tradicionais. A musicoterapia parece contribuir com algo único para este campo, com música ajudando em pelo menos três maneiras diferentes: como um fator de motivação, como um meio de expressão emocional e como um esforço social. Ao mesmo tempo, este relatório tem as suas raízes no campo mais vasto de investigação psicoterapêutica e as suas conclusões contribuem para a investigação em modelos contextuais em psicoterapia, bem como investigações sobre a relação e resposta em psicoterapia (Howard et al., 1986).

Espera-se que as conclusões do presente relatório também sejam frutíferas para áreas afins e que possa promover o conhecimento da aplicação da musicoterapia como um tratamento que está enraizado na boa prática clínica, guiada pela teoria adequada e apoiada por evidências confiáveis.

A musicoterapia foi ainda reconhecida por todos os técnicos da instituição CERCIOEIRAS, que observaram evoluções em todos os clientes intervencionados. Tornou-se assim, uma mais-valia nos clientes com perturbações do desenvolvimento intelectual mais graves e os objetivos do estagio académico foram atingidos na sua grande maioria.

Reflexão Final

O processo de integração no estágio de musicoterapia, ao longo de nove meses, foi facilitado por todas as equipas técnicas da CERCIOEIRAS que se mostraram sempre disponibilizadas em ajudar e curiosas sobre como o processo terapêutico estava a desenrolar-se. Fui observando as interações entre os clientes e técnicos ao longo das atividades decorridas, quer na fase de integração quer ao longo de todo o estágio, permitindo-me uma melhor integração nas dinâmicas existentes na instituição.

Ao início, estava muito curiosa e dedicada e derivado à motivação que tinha ser uma constante senti-me sempre orientada. Desenvolvi assim a confiança necessária, mesmo sem um apoio mais concreto, para orientar os técnicos nas informações com que me ia deparando sobre musicoterapia. Ao longo desse processo fui criando relação com os clientes, muitas vezes por tentativa/ erro, permitindo assim orientar e facilitar o trabalho individual através do som. Fui ainda descobrindo, no desenrolar do tempo, o desenvolvimento pessoal nos vários clientes com que tive a oportunidade de estabelecer uma relação terapêutica. No fundo, fui ganhando confiança em mim, no processo terapêutico e nos clientes. Foi todo um processo contínuo e os conhecimentos e experiências foram interiorizando. Alguns fui aprendendo e outros já os dominava.

Ao longo do estágio, estabeleci um carinho e respeito por todos os clientes com quem trabalhei. Encontrei motivação, carinho e conforto nos seus muitos sorrisos, olhares, vocalizações tranquilas e no entusiasmo e expressões que quase todos tinham assim que me viam e que não surgia em mais nenhuma atividade que lhes era atribuída. Surpreendeu-me ainda o facto de os clientes poderem ser além da sua condição patológica. O descobrirem-se a eles próprios e aos outros com grande espontaneidade através da música.

Os comportamentos disruptivos de alguns clientes e exteriorizações libertadoras foram transportados para a música e foram desafios constantes e incentivos para o meu trabalho a ser desenvolvido na instituição como estagiária.

A música impôs-se nas sessões com uma presença muito forte. Aliando-se à confiança e conforto tratou-se assim de uma ferramenta terapêutica muito rica e acentuada. Descobri que a minha sensibilidade estava a ser utilizada no sitio certo. Que podia ser eu através da música e para os outros ouvindo, olhando, estando em relação através do acontecer musical.

As batidas regulares nos instrumentos de percussão, o aproximar da estagiária e dedilhar na guitarra por parte dos clientes, as variações de intensidade e as respostas dos mesmos, eram indicadores de que a musicoterapia estava a ter os objetivos pretendidos e a motivação necessária para continuar o caminho de musicoterapeuta.

No que concerne aos resultados, verifiquei que apesar de serem visíveis alterações positivas nos clientes, as alterações mais profundas podem demorar muito tempo a serem alcançadas e que para um trabalho ser levado a bom porto tem de haver um grande trabalho de equipa.

Relativamente às aulas de supervisão de estágio resta-me agradecer à Professora Teresa Leite, pois foram essenciais para o estágio. Foram aulas de esclarecimento de dúvidas e sugestões, bem como de partilha entre as estagiárias e as suas experiencias nos respetivos estágios.

O meu caminho ainda agora começou pelo mundo da musicoterapia e sinto que é interminável. Começou no dia em me disseram “Marta devias ser psicóloga” e eu pensei porque não aliar a música, paixão essa que trago desde os 6 anos de idade, à terapia. O lecionar em salas com crianças com necessidades educativas e a realidade de ter família com diversas patologias foram a base para que não tivesse medo e fizesse sentido cada coisa que fiz e cada sorriso que alcancei.

Sinto que toda esta experiencia foi muito enriquecedora e recompensadora e que recebi mais do que dei.

Referencias Bibliográficas

Abrams, A. (2011). Understanding music as a temporal-aesthetic way of being: implications for a general theory of music therapy. *The arts in psychothearpy, 28,* 114-119.

Anastasiou, D. & Kauffman, J. M. (2012). Disability as cultural difference: implications for special education. *Remedial and special education, 33(3),* 139-149.

Ansdell, G. (2002). Community music therapy and the winds of change. *Voices: a world forum for music therapy, 2(2),* Retrieved from https://voices.no/index.php/voices/article/view/83/65

Ansdell, G. (2014). Revisiting community music therapy and the winds of change (200): an original article and a retrospective evaluation. *International journal of community music, 7(1),* 11-45.

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

Boxill, E. H. (1985). *Music therapy for the developmentally disabled.* Rockville: Aspen.

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

Bugental, J.F.T. (1964). "The third force in psychology." *Journal of humanistic psychology, 4 (1),* 19-25.

Cameron, C. (2008). Further towards an affirmation model. In T. Campbell, F. Fontes, L. Hemingway, A. Soorenian & C. Till (Eds.). *Disability studies; emerging insights and perspectives. Leeds,* UK: the disability press.

Charlton, J. I. (2000). Nothing about us without us: disability oppression and empowerment (Kindle ed.). Berkeley: university of California press, c1998.

Curtis, S. L. (2012). Music therapy and social justice: a personal journey. *Arts in psychotherapy, 39(3),* 209-213.

DiGiammarino, M.(1990). Functional music skills of persons with mental retardation. *Journal of music therapy, 27(4),* 209-220.

Digiammarino, M. (1994). Functional music leisure skills for individuals with mental retardation. *Music therapy perspectives, 12(1),* 15-19.

Dimitriadis, T., & Smeijsters, H. (2011). Autistic spectrum disorder and music therapy:

theory underpinning practice. *Nordic journal of music therapy, 20(2),* 108-122. Doi:10.1080/08098131.2010.487647

DSM-V-TR (2013). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: artmed.

Fonseca, F. & Lima, A. (2008). *Paralisia cerebral. 2. ed.* Rio de Janeiro: medBook.

Frankl, V. E. (1984). *Man's search for meaning: na introduction to logotherapy* (3rd ed.). New York: Washington Square press.

Furman, C. (1996). *Effectiveness of music therapy procedures: documentation of research and clinical practice* (2nd ed.). Silver Springs, MD: national association for music therapy, Inc.

Garwood, E. C. (1988). The effect of contingent music in combination with a bell pad on enuresis, of a mentally retarded adult. *Journal of music therapy, 25,* 103-115.

Gaston, E. T. (Ed.). (1968). *Music in therapy*. New York: Macmillan.

Gerard, R.W. (1958). Education and the imagination. In I. Kaufman (Ed.). *Education and the imagination in science and art.* Ann Arbor, Mich.: university of Michigan.

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

Gold, C., Heldal, T.O., Dahle T., Wigram, T. (2005). Music therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *Cochrane database of systematic reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD004025. Doi: 10.1002/14651858.CD004025

Graham, J. (2004). Communicating with the uncommunicative: music therapy with pre-verbal adults. *British journal of learning disabilities, 32,* 24–29.

Grant, R. (1989). Music therapy guidelines for developmentally disabled children. *Music therapy perspectives, 6 (1),* 18-22.

Grocke, D. & Wigram, T. (2007). Receptive methods in music therapy: techniques and clinical applications for music therapy clinicians, educators and students. London & Philadelphia: Jessica Kingsley publishers.

Hemingway, L. (2008). Introduction: emerging insights and perspectives within disability studies. In T. Campbell, F. Fontes, L. Hemingway, A. Soorenian & C. Till (Eds.). *Disability studies; emerging insights and perspectives*. Leeds, UK: the disability

press.

Holloway, M.S. (1980). A comparison of passive and active music reinforcement to increase preacademic and motor skills in severely retarded children and adolescents. *Journal of music therapy, 17,* 58-69.

Hoskins, C. (1988). Use of music to increase verbal response and improve expressive language abilities of preschool language delayed children. *Journal of music therapy, 25(2),* 73-84.

Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S., & Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American psychologist, 41,* 159-164.

Jaarsma, P. & Welin, S. (2012). Autism as a natural human variation: reflections on the claims of the neurodiversity movement. *Health care analysis, 20(1),* 20-30. Doi: 10.1007/s10728-011-0169-9

Kramer, S.A. (1978). The effects of music as a cue in maintaining hand-washing in preschool children. *Journal of music therapy, 15, 3,* 136-144.

Lane, H. (2006). Construction of deafness. In L. J. Davis (Ed.). *The disability studies reader (2nd ed.).* New York : Routledge.

Markworth, L. (2014). Without words: music as communication for children with autism. *Qualitative inquiries in music therapy, 9,* 1-42. Retrieved May 27, 2015, from https://myottawa.ottawa.edu/ics/clientconfig/htmlcontent/databaseloggingproxy.aspx?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=97589610&site=ehost-live&scope=site

Nordoff, P. & Robbins, C. (1977). *Creative music therapy*. New York: John Day & Co.

Polit, V.M. (1993). Music therapy in Mexico. In: maranto cd, ed. *Music therapy: international perspectives*. Pennsylvania: Jeffrey Books.

Pratt, R. R. (2004). Art, dance, and music therapy. Physical. *Medicine and rehabilitation clinics of North America, 15,* 827-841.

Procter, S. (2001). Empowering and enabling: improvisational music therapy in non-medical mental health provision. *Voices: a world forum for music therapy, 1(2).* Retrieved from https://voices.no/index.php/voices/article/view/58/46

Pujol, K. K. (1994). The effect of vibrotactile stimulation, instrumentation, and precomposed melodies on physiological and behavioral responses of profoundly retarded children

and adults. *Journal of music therapy, 31(3),* 186-205.

Reynolds, C.R. (1982). *The handbook of school psychology.* New York: Wiley.

Robbins C, & Robbins, C. (1991). Self-communications in creative music therapy. In Barcelona publishers (Ed.). *Case studies in music therapy* (pp. 55-72). Gilsum.

Rogers, C. (1961). On becoming a person. Boston: Houghton Mifflin.

Ruud, E. (1998). *Music therapy: improvisation, communication and culture*. Gilsum, NH: Barcelona publishers.

Ruud, E. (2010). *Music therapy: a perspective from the humanities*. Gilsum. New Hampshire: Barcelona publishers.

Scovel, M. & Gardstrom, S. (2005). Music therapy within the context of psychotherapeutic models. In R. Unkefer & M. Thaut (Eds.), *music therapy in the treatment of adults with mental disorders: theoretical bases and clinical applications*. Gilsum, NH: Barcelona.

Sekeles, C. (1996). Two excerpts: *music: motion and emotion: the developmental-integrative model in music therapy*. Gilsum NH: Barcelona publishers.

Silverman, M. J. (2008). Nonverbal communication, music therapy, and autism: a review of literature and case example. *Journal of creativity in mental health, 3(1),* 3-19. Doi:10.1080/15401380801995068

Solli H. P. (2008). "Shut up and play!". *Nordic journal of music therapy, 17(1):* 67–77. Doi: 10.1080/08098130809478197

Spencer, S. (1988). The efficiency of instrumental and movement activities in developing mentally retarded adolescents ability to follow directions. *Journal of music therapy, 25*, 44-50.

Spitzer, S. (1989). Computers and music therapy: an integrated approach. Four case studies. *Music therapy perspectives 7,* 51–54.

Stige, B. (2002). *Culture-centered music therapy*. Gilsum, NH: Barcelona publishers.

Swain, J. & French, S. (2000). Towards an affirmation model of disability. *Disability & society, 15(4),* 569-582.

Thaut, M. H. (1984). A music therapy treatment model for autistic children. *Music therapy perspectives, 1(4),* 7-19.

Toigo, D. (1992). Autism: integrating a personal perspective with music therapy practice.

Music therapy perspectives, Vol. 10, 13-20.

Velasquez, V. (1991). Beginning experiences in piano performance for a girl with down syndrome: A case study. *Music therapy perspectives, 9,* 82-85.

Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: model, methods, and findings.* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum associates.

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

Zuckerkandl, V. (1956). *Sound and symbol: music and the external world.* Princeton, NJ: Princeton university press.

ANEXOS

Lista de Anexos

Anexo A – Declarações e consentimentos informativos

Anexo B – Ficha de dados pessoais e clínicos

Anexo C – Ficha de registo das sessões individuais de musicoterapia

Anexo D – Resultados obtidos nas grelhas de avaliação musicoterapêutica dos clientes

Anexo E – Instrumentos e sala de sessões de musicoterapia

ANEXO A

Declarações e consentimentos informativos

DECLARAÇÃO

Eu, Teresa Leite, coordenadora científica do curso de Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, declaro que a supervisão clínica dos estagiários deste curso é realizada nas instalações da Universidade através do registo vídeo das sessões, que se considera ser uma componente fundamental da atividade de supervisão clínica. Na impossibilidade de nós, os supervisores, nos podermos deslocar a cada instituição onde os nossos alunos realizam trabalho clínico, as gravações em registo vídeo das sessões de intervenção direta constituem uma ferramenta muito importante para o nosso trabalho de acompanhamento e aperfeiçoamento do trabalho dos estagiários e são utilizadas exclusivamente para este efeito, mediante as devidas recomendações de confidencialidade junto dos alunos presentes nas sessões de supervisão.

Para mais esclarecimentos, poderei ser contactada através do endereço de correio eletrónico teresaleite@edu.ulusiada.pt.

Lisboa, 2 de Dezembro de 2015

Teresa Leite, Coordenadora Científica
Mestrado em Musicoterapia
Universidade Lusíada de Lisboa

Lisboa, ___ de _____ de _____

Ao Exmº(ª) Sr(ª)

Caro(a) Senhor(a),

A instituição onde o/a _____, sob guardia legal de Vª Exª, recebe serviços de Musicoterapia é uma instituição de acolhimento para um estagiário do curso de Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa durante o ano lectivo de 2010-2011, cujo trabalho é supervisionado por profissionais com formação especializada na área da Musicoterapia, e a orientação deste trabalho será realizada nas instalações da dita Universidade. No âmbito destas actividades, é extremamente importante a gravação audio e vídeo das sessões, para que o trabalho do estagiário possa ser devidamente supervisionado pelos docentes da Universidade, dado que não seria praticável que todos os supervisores acompanhassem em directo nesta instituição o trabalho do estagiário.

Assim, vimos por este meio solicitar a sua autorização para que se possam efectuar registos vídeo/audio das sessões em que o(a) _____ participa, registos estes que serão utilizados única e exclusivamente para efeitos de supervisão e formação dos técnicos e que serão mantidos na mais absoluta confidencialidade entre o utente, o técnico e o grupo de supervisão.

Junto apresentamos uma minuta de declaração de autorização por parte dos pais e educadores dos nossos utentes. Solicitamos-lhe que preencha e assine esta declaração, que ficará arquivada no processo do _____.

Com os melhores cumprimentos,

Professora Doutora Teresa Leite
Coordenadora Científica
Mestrado de Musicoterapia
Universidade Lusíada de Lisboa

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 Video/Audio 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 _____ de _____

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

_____ _____

Assinatura Nome Legível

ANEXO B

Ficha de dados pessoais e clínicos

FICHA DE DADOS PESSOAIS E CLINICOS - MT

NOME DO UTENTE: _____IDADE:_____

NO CAO DESDE: _____

PATOLOGIA:
FAMÍLIA:
OUTROS:
MEDICAÇÂO:
PERFIL FUNCIONAL DO CLIENTE:

ANEXO C

Ficha de registo das sessões individuais de musicoterapia

REGISTO DE SESSÃO INDIVIDUAL - MT

NOME DO UTENTE: _____

DATA: _____TERAPEUTA: _____

OBSERVAÇÃO DIRECTA DO UTENTE:
DESCRIÇÃO SUMÁRIA DA SESSÃO:
TEMAS CENTRAIS:
NOVIDADES OU MUDANÇAS:
MÚSICA PRODUZIDA (instrumentos, repertório)
REACÇÕES PESSOAIS:
A FAZER…

ANEXO D

Resultados obtidos nas grelhas de avaliação musicoterapêutica dos clientes

GRELHA DE AVALIAÇÂO MUSICOTERAPEUTICA

TELMO

Respostas: (1) Nunca (2) Raramente (3) Inconstante (4) Frequente (5) Sempre

Área cognitiva			
		Avaliação Inicial	Avaliação Final
Atenção	Foco na tarefa musical	2	3
	A atenção é mantida a maior parte do tempo da sessão	3	4
Concentração	Concentração contínua na atividade musical	2	3
	Concentração durante a maior parte do tempo da sessão	2	4
Área socio-emocional			
Participação/ interação	Participa na interação musical	2	3
	Demonstra flexibilidade na interação musical	3	3
	Interage a nível verbal com a terapeuta	1	2
	Interage a nível não-verbal (contacto físico/musical)	2	3
Expressão emocional	Sorri e ri durante a sessão	3	4
	Demonstra afetos	2	3
	Demonstra emoções adequadas a cada momento	2	3
	Demonstra sensibilidade aos elementos musicais	3	3
Regulação emocional	Dirige a agitação através de um instrumento de percussão	1	2
	Acalma com suporte musical	2	4
	Autorregula-se numa atividade musical	2	3
	Controla a impulsividade	1	3
Área comunicacional			
Vocalizações	Vocaliza com a terapeuta	4	5
	Vocaliza apenas por imitação	2	4
	Vocaliza com volume apropriado	3	4
Verbalizações	Verbalização incompreensível	1	2
	Verbaliza palavras individuais	1	2
	Verbaliza frases completas	1	2
Comunicação expressiva	Procura comunicar	1	2
	Comunica sem insatisfação	3	4
	Comunica ideias/desejos	1	2
Comunicação relacional	Responde a questões	1	1
	Participa em conversas	1	1
Comunicação recetiva	Diferencia som e silêncio	5	5
	Segue instruções verbais	4	5
	Localiza a fonte sonora	4	5
	Percebe mudanças bruscas na diferença de intensidades	4	5
	Percebe mudanças bruscas na diferença de velocidade	4	5

	Percebe mudanças bruscas na diferença de dinâmicas	3	3
Comunicação não-verbal	Gesticula	4	4
	Conjuga vocalizações com gestos	3	4
Área musical/improvisação			
Compreensão e expressão rítmica	Imita padrões rítmicos simples	2	3
	Imita padrões rítmicos mais complexos	1	1
	Muda o ritmo em resposta à música	2	3
Compreensão e expressão no tempo	Toca no seu tempo	3	4
	Toca no tempo da terapeuta	3	4
	Executa mudanças no tempo	3	3
	Adapta-se às mudanças no tempo	2	3
Musicalidade vocal	Aprecia quando se canta algo composto para determinadas situações	3	5
	Canta no tom	1	1
	Completa canções conhecidas	1	1
Comportamento musical	Manuseia o instrumento quando lhe é dado	2	3
	Explora o instrumento	3	4
	Toca instrumentos espontaneamente	4	4
	Canta espontaneamente	1	1
Dinâmica musical	Inicia diferentes dinâmicas musicais	1	2
	Vocaliza em resposta a estímulos musicais	2	4
	Vocalizações comunicativas	3	4
	Plasticidade nas dinâmicas	1	3
Perfil ao improvisar	Resposta rítmica limitada sujeita a certos estímulos	2	3
	Resposta rítmica forçada apenas no seu ritmo	4	4

GRELHA DE AVALIAÇÂO MUSICOTERAPEUTICA

GABRIELA

Respostas: (1) Nunca (2) Raramente (3) Inconstante (4) Frequente (5) Sempre

Área cognitiva			
		Avaliação Inicial	Avaliação Final
Atenção	Foco na tarefa musical	2	4
	A atenção é mantida a maior parte do tempo da sessão	2	4
Concentração	Concentração contínua na atividade musical	1	4
	Concentração durante a maior parte do tempo da sessão	2	5
Área socio-emocional			
Participação/ interação	Participa na interação musical	3	5
	Demonstra flexibilidade na interação musical	4	5
	Interage a nível verbal com a terapeuta	3	3
	Interage a nível não-verbal (contacto físico/musical)	4	5
Expressão emocional	Sorri e ri durante a sessão	4	5
	Demonstra afetos	3	4
	Demonstra emoções adequadas a cada momento	3	4
	Demonstra sensibilidade aos elementos musicais	3	5
Regulação emocional	Dirige a agitação através de um instrumento de percussão	5	3
	Acalma com suporte musical	3	4
	Autorregula-se numa atividade musical	2	4
	Controla a impulsividade	2	4
Área comunicacional			
Vocalizações	Vocaliza com a terapeuta	5	5
	Vocaliza apenas por imitação	3	4
	Vocaliza com volume apropriado	1	4
Verbalizações	Verbalização incompreensível	3	2
	Verbaliza palavras individuais	3	4
	Verbaliza frases completas	3	4
Comunicação expressiva	Procura comunicar	1	2
	Comunica sem insatisfação	1	1
	Comunica ideias/desejos	1	1
Comunicação relacional	Responde a questões	1	1
	Participa em conversas	1	2
Comunicação recetiva	Diferencia som e silêncio	5	5
	Segue instruções verbais	4	5
	Localiza a fonte sonora	3	4
	Percebe mudanças bruscas na diferença de intensidades	3	5
	Percebe mudanças bruscas na diferença de velocidade	4	5

	Percebe mudanças bruscas na diferença de dinâmicas	2	3
Comunicação não-verbal	Gesticula	4	4
	Conjuga vocalizações com gestos	4	4
Área musical/improvisação			
Compreensão e expressão rítmica	Imita padrões rítmicos simples	4	5
	Imita padrões rítmicos mais complexos	3	4
	Muda o ritmo em resposta à música	4	5
Compreensão e expressão no tempo	Toca no seu tempo	4	4
	Toca no tempo da terapeuta	4	4
	Executa mudanças no tempo	4	4
	Adapta-se às mudanças no tempo	4	5
Musicalidade vocal	Aprecia quando se canta algo composto para determinadas situações	4	5
	Canta no tom	4	5
	Completa canções conhecidas	1	3
Comportamento musical	Manuseia o instrumento quando lhe é dado	4	5
	Explora o instrumento	4	5
	Toca instrumentos espontaneamente	5	5
	Canta espontaneamente	3	3
Dinâmica musical	Inicia diferentes dinâmicas musicais	4	4
	Vocaliza em resposta a estímulos musicais	4	5
	Vocalizações comunicativas	4	5
	Plasticidade nas dinâmicas	4	5
Perfil ao improvisar	Resposta rítmica limitada sujeita a certos estímulos	1	1
	Resposta rítmica forçada apenas no seu ritmo	4	2

GRELHA DE AVALIAÇÂO MUSICOTERAPEUTICA

FERNANDO

Respostas: (1) Nunca (2) Raramente (3) Inconstante (4) Frequente (5) Sempre

Área cognitiva			
		Avaliação Inicial	Avaliação Final
Atenção	Foco na tarefa musical	2	4
	A atenção é mantida a maior parte do tempo da sessão	3	4
Concentração	Concentração contínua na atividade musical	3	4
	Concentração durante a maior parte do tempo da sessão	3	5
Área socio-emocional			
Participação/ interação	Participa na interação musical	3	5
	Demonstra flexibilidade na interação musical	3	4
	Interage a nível verbal com a terapeuta	3	4
	Interage a nível não-verbal (contacto físico/musical)	2	3
Expressão emocional	Sorri e ri durante a sessão	3	4
	Demonstra afetos	3	3
	Demonstra emoções adequadas a cada momento	3	4
	Demonstra sensibilidade aos elementos musicais	3	4
Regulação emocional	Dirige a agitação através de um instrumento de percussão	2	3
	Acalma com suporte musical	4	4
	Autorregula-se numa atividade musical	3	4
	Controla a impulsividade	2	4
Área comunicacional			
Vocalizações	Vocaliza com a terapeuta	2	3
	Vocaliza apenas por imitação	3	3
	Vocaliza com volume apropriado	3	5
Verbalizações	Verbalização incompreensível	4	3
	Verbaliza palavras individuais	4	5
	Verbaliza frases completas	3	4
Comunicação expressiva	Procura comunicar	3	4
	Comunica sem insatisfação	4	4
	Comunica ideias/desejos	3	5
Comunicação relacional	Responde a questões	2	3
	Participa em conversas	1	2
Comunicação recetiva	Diferencia som e silêncio	4	4
	Segue instruções verbais	4	5
	Localiza a fonte sonora	4	4
	Percebe mudanças bruscas na diferença de intensidades	4	5
	Percebe mudanças bruscas na diferença de velocidade	4	5

	Percebe mudanças bruscas na diferença de dinâmicas	3	3
Comunicação não-verbal	Gesticula	4	4
	Conjuga vocalizações com gestos	4	4
Área musical/improvisação			
Compreensão e expressão rítmica	Imita padrões rítmicos simples	1	3
	Imita padrões rítmicos mais complexos	1	2
	Muda o ritmo em resposta à música	3	3
Compreensão e expressão no tempo	Toca no seu tempo	3	4
	Toca no tempo da terapeuta	4	4
	Executa mudanças no tempo	3	4
	Adapta-se às mudanças no tempo	3	3
Musicalidade vocal	Aprecia quando se canta algo composto para determinadas situações	3	5
	Canta no tom	2	2
	Completa canções conhecidas	1	4
Comportamento musical	Manuseia o instrumento quando lhe é dado	4	4
	Explora o instrumento	3	3
	Toca instrumentos espontaneamente	3	3
	Canta espontaneamente	1	2
Dinâmica musical	Inicia diferentes dinâmicas musicais	3	4
	Vocaliza em resposta a estímulos musicais	3	5
	Vocalizações comunicativas	3	4
	Plasticidade nas dinâmicas	3	4
Perfil ao improvisar	Resposta rítmica limitada sujeita a certos estímulos	4	3
	Resposta rítmica forçada apenas no seu ritmo	4	3

GRELHA DE AVALIAÇÂO MUSICOTERAPEUTICA

DIANA

Respostas: (1) Nunca (2) Raramente (3) Inconstante (4) Frequente (5) Sempre

Área cognitiva			
		Avaliação Inicial	Avaliação Final
Atenção	Foco na tarefa musical	3	4
	A atenção é mantida a maior parte do tempo da sessão	3	4
Concentração	Concentração contínua na atividade musical	4	5
	Concentração durante a maior parte do tempo da sessão	4	5
Área socio-emocional			
Participação/ interação	Participa na interação musical	2	4
	Demonstra flexibilidade na interação musical	2	3
	Interage a nível verbal com a terapeuta	1	1
	Interage a nível não-verbal (contacto físico/musical)	3	4
Expressão emocional	Sorri e ri durante a sessão	3	4
	Demonstra afetos	3	4
	Demonstra emoções adequadas a cada momento	3	4
	Demonstra sensibilidade aos elementos musicais	3	4
Regulação emocional	Dirige a agitação através de um instrumento de percussão	1	1
	Acalma com suporte musical	3	3
	Autorregula-se numa atividade musical	2	4
	Controla a impulsividade	2	3
Área comunicacional			
Vocalizações	Vocaliza com a terapeuta	3	4
	Vocaliza apenas por imitação	2	3
	Vocaliza com volume apropriado	2	3
Verbalizações	Verbalização incompreensível	5	5
	Verbaliza palavras individuais	1	1
	Verbaliza frases completas	1	1
Comunicação expressiva	Procura comunicar	1	2
	Comunica sem insatisfação	1	2
	Comunica ideias/desejos	1	1
Comunicação relacional	Responde a questões	1	1
	Participa em conversas	1	1
Comunicação recetiva	Diferencia som e silêncio	4	4
	Segue instruções verbais	3	4
	Localiza a fonte sonora	4	5
	Percebe mudanças bruscas na diferença de intensidades	4	5
	Percebe mudanças bruscas na diferença de velocidade	4	5

	Percebe mudanças bruscas na diferença de dinâmicas	4	5
Comunicação não-verbal	Gesticula	4	4
	Conjuga vocalizações com gestos	4	4
Área musical/improvisação			
Compreensão e expressão rítmica	Imita padrões rítmicos simples	1	2
	Imita padrões rítmicos mais complexos	1	2
	Muda o ritmo em resposta à música	1	3
Compreensão e expressão no tempo	Toca no seu tempo	4	4
	Toca no tempo da terapeuta	3	4
	Executa mudanças no tempo	4	4
	Adapta-se às mudanças no tempo	2	3
Musicalidade vocal	Aprecia quando se canta algo composto para determinadas situações	4	5
	Canta no tom	2	3
	Completa canções conhecidas	1	1
Comportamento musical	Manuseia o instrumento quando lhe é dado	3	4
	Explora o instrumento	3	4
	Toca instrumentos espontaneamente	4	5
	Canta espontaneamente	2	3
Dinâmica musical	Inicia diferentes dinâmicas musicais	2	3
	Vocaliza em resposta a estímulos musicais	4	5
	Vocalizações comunicativas	1	1
	Plasticidade nas dinâmicas	2	3
Perfil ao improvisar	Resposta rítmica limitada sujeita a certos estímulos	3	3
	Resposta rítmica forçada apenas no seu ritmo	4	3

GRELHA DE AVALIAÇÂO MUSICOTERAPEUTICA

VÍTOR

Respostas: (1) Nunca (2) Raramente (3) Inconstante (4) Frequente (5) Sempre

Área cognitiva			
		Avaliação Inicial	Avaliação Final
Atenção	Foco na tarefa musical	2	5
	A atenção é mantida a maior parte do tempo da sessão	3	4
Concentração	Concentração contínua na atividade musical	2	4
	Concentração durante a maior parte do tempo da sessão	3	4
Área socio-emocional			
Participação/ interação	Participa na interação musical	2	3
	Demonstra flexibilidade na interação musical	2	3
	Interage a nível verbal com a terapeuta	2	2
	Interage a nível não-verbal (contacto físico/musical)	1	2
Expressão emocional	Sorri e ri durante a sessão	3	5
	Demonstra afetos	2	5
	Demonstra emoções adequadas a cada momento	2	4
	Demonstra sensibilidade aos elementos musicais	3	4
Regulação emocional	Dirige a agitação através de um instrumento de percussão	1	2
	Acalma com suporte musical	3	4
	Autorregula-se numa atividade musical	3	4
	Controla a impulsividade	4	4
Área comunicacional			
Vocalizações	Vocaliza com a terapeuta	2	3
	Vocaliza apenas por imitação	2	3
	Vocaliza com volume apropriado	4	5
Verbalizações	Verbalização incompreensível	3	3
	Verbaliza palavras individuais	2	3
	Verbaliza frases completas	1	1
Comunicação expressiva	Procura comunicar	2	2
	Comunica sem insatisfação	4	5
	Comunica ideias/desejos	2	3
Comunicação relacional	Responde a questões	3	4
	Participa em conversas	2	3
Comunicação recetiva	Diferencia som e silêncio	4	5
	Segue instruções verbais	4	4
	Localiza a fonte sonora	4	5
	Percebe mudanças bruscas na diferença de intensidades	5	5
	Percebe mudanças bruscas na diferença de velocidade	3	3

	Percebe mudanças bruscas na diferença de dinâmicas	4	4
Comunicação não-verbal	Gesticula	4	4
	Conjuga vocalizações com gestos	2	2
Área musical/improvisação			
Compreensão e expressão rítmica	Imita padrões rítmicos simples	1	2
	Imita padrões rítmicos mais complexos	1	1
	Muda o ritmo em resposta à música	1	2
Compreensão e expressão no tempo	Toca no seu tempo	1	3
	Toca no tempo da terapeuta	1	2
	Executa mudanças no tempo	1	2
	Adapta-se às mudanças no tempo	1	1
Musicalidade vocal	Aprecia quando se canta algo composto para determinadas situações	2	5
	Canta no tom	1	3
	Completa canções conhecidas	1	3
Comportamento musical	Manuseia o instrumento quando lhe é dado	1	3
	Explora o instrumento	1	3
	Toca instrumentos espontaneamente	1	2
	Canta espontaneamente	1	3
Dinâmica musical	Inicia diferentes dinâmicas musicais	1	1
	Vocaliza em resposta a estímulos musicais	1	2
	Vocalizações comunicativas	3	3
	Plasticidade nas dinâmicas	1	3
Perfil ao improvisar	Resposta rítmica limitada sujeita a certos estímulos	4	4
	Resposta rítmica forçada apenas no seu ritmo	4	4

GRELHA DE AVALIAÇÂO MUSICOTERAPEUTICA

RAFAEL

Respostas: (1) Nunca (2) Raramente (3) Inconstante (4) Frequente (5) Sempre

Área cognitiva			
		Avaliação Inicial	Avaliação Final
Atenção	Foco na tarefa musical	2	3
	A atenção é mantida a maior parte do tempo da sessão	2	3
Concentração	Concentração contínua na atividade musical	2	3
	Concentração durante a maior parte do tempo da sessão	3	4
Área socio-emocional			
Participação/ interação	Participa na interação musical	1	3
	Demonstra flexibilidade na interação musical	2	3
	Interage a nível verbal com a terapeuta	1	1
	Interage a nível não-verbal (contacto físico/musical)	1	2
Expressão emocional	Sorri e ri durante a sessão	3	4
	Demonstra afetos	1	2
	Demonstra emoções adequadas a cada momento	2	3
	Demonstra sensibilidade aos elementos musicais	3	4
Regulação emocional	Dirige a agitação através de um instrumento de percussão	2	4
	Acalma com suporte musical	3	4
	Autorregula-se numa atividade musical	1	2
	Controla a impulsividade	2	4
Área comunicacional			
Vocalizações	Vocaliza com a terapeuta	1	2
	Vocaliza apenas por imitação	1	2
	Vocaliza com volume apropriado	4	4
Verbalizações	Verbalização incompreensível	5	5
	Verbaliza palavras individuais	1	1
	Verbaliza frases completas	1	1
Comunicação expressiva	Procura comunicar	1	1
	Comunica sem insatisfação	1	1
	Comunica ideias/desejos	1	1
Comunicação relacional	Responde a questões	1	1
	Participa em conversas	1	1
Comunicação recetiva	Diferencia som e silêncio	4	4
	Segue instruções verbais	2	3
	Localiza a fonte sonora	4	4
	Percebe mudanças bruscas na diferença de intensidades	4	4
	Percebe mudanças bruscas na diferença de velocidade	4	5

	Percebe mudanças bruscas na diferença de dinâmicas	2	3
Comunicação não-verbal	Gesticula	2	3
	Conjuga vocalizações com gestos	2	3
Área musical/improvisação			
Compreensão e expressão rítmica	Imita padrões rítmicos simples	1	1
	Imita padrões rítmicos mais complexos	1	1
	Muda o ritmo em resposta à música	1	2
Compreensão e expressão no tempo	Toca no seu tempo	2	3
	Toca no tempo da terapeuta	1	2
	Executa mudanças no tempo	1	3
	Adapta-se às mudanças no tempo	1	1
Musicalidade vocal	Aprecia quando se canta algo composto para determinadas situações	2	4
	Canta no tom	1	1
	Completa canções conhecidas	1	1
Comportamento musical	Manuseia o instrumento quando lhe é dado	2	3
	Explora o instrumento	2	3
	Toca instrumentos espontaneamente	1	3
	Canta espontaneamente	1	1
Dinâmica musical	Inicia diferentes dinâmicas musicais	1	2
	Vocaliza em resposta a estímulos musicais	1	2
	Vocalizações comunicativas	1	2
	Plasticidade nas dinâmicas	1	2
Perfil ao improvisar	Resposta rítmica limitada sujeita a certos estímulos	2	3
	Resposta rítmica forçada apenas no seu ritmo	1	2

GRELHA DE AVALIAÇÂO MUSICOTERAPEUTICA

ROSA

Respostas: (1) Nunca (2) Raramente (3) Inconstante (4) Frequente (5) Sempre

Área cognitiva			
		Avaliação Inicial	Avaliação Final
Atenção	Foco na tarefa musical	3	5
	A atenção é mantida a maior parte do tempo da sessão	3	4
Concentração	Concentração contínua na atividade musical	3	5
	Concentração durante a maior parte do tempo da sessão	3	4
Área socio-emocional			
Participação/ interação	Participa na interação musical	3	5
	Demonstra flexibilidade na interação musical	3	5
	Interage a nível verbal com a terapeuta	1	2
	Interage a nível não-verbal (contacto físico/musical)	3	4
Expressão emocional	Sorri e ri durante a sessão	4	5
	Demonstra afetos	3	4
	Demonstra emoções adequadas a cada momento	3	4
	Demonstra sensibilidade aos elementos musicais	3	4
Regulação emocional	Dirige a agitação através de um instrumento de percussão	3	5
	Acalma com suporte musical	3	4
	Autorregula-se numa atividade musical	3	4
	Controla a impulsividade	3	4
Área comunicacional			
Vocalizações	Vocaliza com a terapeuta	1	2
	Vocaliza apenas por imitação	1	2
	Vocaliza com volume apropriado	4	4
Verbalizações	Verbalização incompreensível	1	1
	Verbaliza palavras individuais	1	2
	Verbaliza frases completas	1	1
Comunicação expressiva	Procura comunicar	1	2
	Comunica sem insatisfação	1	1
	Comunica ideias/desejos	1	2
Comunicação relacional	Responde a questões	1	1
	Participa em conversas	1	1
Comunicação recetiva	Diferencia som e silêncio	4	5
	Segue instruções verbais	2	3
	Localiza a fonte sonora	3	4
	Percebe mudanças bruscas na diferença de intensidades	3	5
	Percebe mudanças bruscas na diferença de velocidade	4	5

	Percebe mudanças bruscas na diferença de dinâmicas	3	4
Comunicação não-verbal	Gesticula	4	4
	Conjuga vocalizações com gestos	2	3
Área musical/improvisação			
Compreensão e expressão rítmica	Imita padrões rítmicos simples	2	4
	Imita padrões rítmicos mais complexos	1	1
	Muda o ritmo em resposta à música	1	2
Compreensão e expressão no tempo	Toca no seu tempo	2	3
	Toca no tempo da terapeuta	1	2
	Executa mudanças no tempo	1	3
	Adapta-se às mudanças no tempo	1	1
Musicalidade vocal	Aprecia quando se canta algo composto para determinadas situações	2	4
	Canta no tom	1	1
	Completa canções conhecidas	1	1
Comportamento musical	Manuseia o instrumento quando lhe é dado	2	3
	Explora o instrumento	2	3
	Toca instrumentos espontaneamente	1	3
	Canta espontaneamente	1	1
Dinâmica musical	Inicia diferentes dinâmicas musicais	1	2
	Vocaliza em resposta a estímulos musicais	1	2
	Vocalizações comunicativas	1	2
	Plasticidade nas dinâmicas	1	2
Perfil ao improvisar	Resposta rítmica limitada sujeita a certos estímulos	2	3
	Resposta rítmica forçada apenas no seu ritmo	1	2

GRELHA DE AVALIAÇÂO MUSICOTERAPEUTICA

NUNO

Respostas: (1) Nunca (2) Raramente (3) Inconstante (4) Frequente (5) Sempre

Área cognitiva			
		Avaliação Inicial	Avaliação Final
Atenção	Foco na tarefa musical	2	3
	A atenção é mantida a maior parte do tempo da sessão	2	3
Concentração	Concentração contínua na atividade musical	2	3
	Concentração durante a maior parte do tempo da sessão	2	3
Área socio-emocional			
Participação/ interação	Participa na interação musical	2	3
	Demonstra flexibilidade na interação musical	2	3
	Interage a nível verbal com a terapeuta	1	1
	Interage a nível não-verbal (contacto físico/musical)	1	2
Expressão emocional	Sorri e ri durante a sessão	2	3
	Demonstra afetos	1	2
	Demonstra emoções adequadas a cada momento	3	3
	Demonstra sensibilidade aos elementos musicais	3	4
Regulação emocional	Dirige a agitação através de um instrumento de percussão	2	3
	Acalma com suporte musical	3	4
	Autorregula-se numa atividade musical	3	4
	Controla a impulsividade	3	4
Área comunicacional			
Vocalizações	Vocaliza com a terapeuta	1	2
	Vocaliza apenas por imitação	1	1
	Vocaliza com volume apropriado	3	3
Verbalizações	Verbalização incompreensível	1	1
	Verbaliza palavras individuais	1	2
	Verbaliza frases completas	1	1
Comunicação expressiva	Procura comunicar	1	2
	Comunica sem insatisfação	1	1
	Comunica ideias/desejos	1	1
Comunicação relacional	Responde a questões	1	1
	Participa em conversas	1	1
Comunicação recetiva	Diferencia som e silêncio	4	5
	Segue instruções verbais	3	3
	Localiza a fonte sonora	3	4
	Percebe mudanças bruscas na diferença de intensidades	3	4
	Percebe mudanças bruscas na diferença de velocidade	3	3

	Percebe mudanças bruscas na diferença de dinâmicas	3	3
Comunicação não-verbal	Gesticula	3	3
	Conjuga vocalizações com gestos	1	2
Área musical/improvisação			
Compreensão e expressão rítmica	Imita padrões rítmicos simples	1	3
	Imita padrões rítmicos mais complexos	1	1
	Muda o ritmo em resposta à música	1	2
Compreensão e expressão no tempo	Toca no seu tempo	2	3
	Toca no tempo da terapeuta	1	2
	Executa mudanças no tempo	1	2
	Adapta-se às mudanças no tempo	1	1
Musicalidade vocal	Aprecia quando se canta algo composto para determinadas situações	1	2
	Canta no tom	1	1
	Completa canções conhecidas	1	1
Comportamento musical	Manuseia o instrumento quando lhe é dado	1	2
	Explora o instrumento	1	3
	Toca instrumentos espontaneamente	1	3
	Canta espontaneamente	1	1
Dinâmica musical	Inicia diferentes dinâmicas musicais	1	2
	Vocaliza em resposta a estímulos musicais	1	2
	Vocalizações comunicativas	1	1
	Plasticidade nas dinâmicas	1	2
Perfil ao improvisar	Resposta rítmica limitada sujeita a certos estímulos	4	3
	Resposta rítmica forçada apenas no seu ritmo	3	3

GRELHA DE AVALIAÇÂO MUSICOTERAPEUTICA

ANTÓNIO

Respostas: (1) Nunca (2) Raramente (3) Inconstante (4) Frequente (5) Sempre

Área cognitiva			
		Avaliação Inicial	Avaliação Final
Atenção	Foco na tarefa musical	3	4
	A atenção é mantida a maior parte do tempo da sessão	3	4
Concentração	Concentração contínua na atividade musical	3	5
	Concentração durante a maior parte do tempo da sessão	3	4
Área socio-emocional			
Participação/ interação	Participa na interação musical	3	4
	Demonstra flexibilidade na interação musical	3	4
	Interage a nível verbal com a terapeuta	3	4
	Interage a nível não-verbal (contacto físico/musical)	3	4
Expressão emocional	Sorri e ri durante a sessão	3	4
	Demonstra afetos	3	4
	Demonstra emoções adequadas a cada momento	4	4
	Demonstra sensibilidade aos elementos musicais	4	5
Regulação emocional	Dirige a agitação através de um instrumento de percussão	1	2
	Acalma com suporte musical	3	4
	Autorregula-se numa atividade musical	3	5
	Controla a impulsividade	3	4
Área comunicacional			
Vocalizações	Vocaliza com a terapeuta	3	4
	Vocaliza apenas por imitação	3	4
	Vocaliza com volume apropriado	4	4
Verbalizações	Verbalização incompreensível	4	4
	Verbaliza palavras individuais	4	4
	Verbaliza frases completas	3	4
Comunicação expressiva	Procura comunicar	4	5
	Comunica sem insatisfação	3	4
	Comunica ideias/desejos	3	4
Comunicação relacional	Responde a questões	3	4
	Participa em conversas	3	3
Comunicação recetiva	Diferencia som e silêncio	4	5
	Segue instruções verbais	4	5
	Localiza a fonte sonora	4	5
	Percebe mudanças bruscas na diferença de intensidades	4	5
	Percebe mudanças bruscas na diferença de velocidade	4	5

	Percebe mudanças bruscas na diferença de dinâmicas	4	5
Comunicação não-verbal	Gesticula	4	4
	Conjuga vocalizações com gestos	3	4
Área musical/improvisação			
Compreensão e expressão rítmica	Imita padrões rítmicos simples	3	4
	Imita padrões rítmicos mais complexos	2	3
	Muda o ritmo em resposta à música	3	4
Compreensão e expressão no tempo	Toca no seu tempo	4	4
	Toca no tempo da terapeuta	3	4
	Executa mudanças no tempo	2	3
	Adapta-se às mudanças no tempo	2	3
Musicalidade vocal	Aprecia quando se canta algo composto para determinadas situações	4	5
	Canta no tom	2	3
	Completa canções conhecidas	2	3
Comportamento musical	Manuseia o instrumento quando lhe é dado	3	4
	Explora o instrumento	3	5
	Toca instrumentos espontaneamente	3	4
	Canta espontaneamente	1	1
Dinâmica musical	Inicia diferentes dinâmicas musicais	2	2
	Vocaliza em resposta a estímulos musicais	2	3
	Vocalizações comunicativas	3	4
	Plasticidade nas dinâmicas	3	4
Perfil ao improvisar	Resposta rítmica limitada sujeita a certos estímulos	3	3
	Resposta rítmica forçada apenas no seu ritmo	3	3

ANEXO E

Instrumentos e sala de sessões de musicoterapia

Ilustração 1 - Sala de sessões de musicoterapia

Ilustração 2 – Alguns instrumentos usados em sessão