



Universidades Lusíada

Martins, Carla Maria Lopes, 1969-

Musicoterapia e as competências sociais do adulto com deficiência

<http://hdl.handle.net/11067/3323>

Metadados

Data de Publicação	2017-05-25
Resumo	O presente trabalho constitui um relatório de estágio em musicoterapia realizado no centro de actividades ocupacionais da Fundação LIGA, no âmbito do mestrado em musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa. Numa abordagem humanista, foram feitas intervenções terapêuticas junto de dez utentes com défice intelectual, multideficiência e/ou perturbações do espectro autista em sessões individuais e de grupo. Recorrendo a técnicas como a improvisação, a construção de canções e a recriação musical,...
Palavras Chave	Pessoas com deficiência - Assistência em instituições - Lisboa - Portugal, Musicoterapia, Fundação LIGA (Lisboa, Portugal) - Ensino e Estudo (Estágio)
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-19T20:33:56Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

Musicoterapia e as competências sociais do adulto com deficiência

Realizado por:

Carla Maria Lopes Martins

Supervisionado por:

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

Orientado por:

Dr.^a Isabel Lopes Ferreira Amaro

Constituição do Júri:

Presidente:

Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Supervisora:

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

Arguente:

Prof. Doutor Ricardo Nuno Futre Pinheiro

Relatório aprovado em: 17 de Março de 2017

Lisboa

2016

UNIVERSIDADE
LISBOA



LUSÍADA DE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
Instituto de Psicologia e Ciências da Educação
Mestrado em Musicoterapia

Musicoterapia e as competências sociais do adulto com deficiência

Carla Maria Lopes Martins

Lisboa

Julho 2016



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

Musicoterapia e as competências sociais do adulto
com deficiência

Carla Maria Lopes Martins

Lisboa

Julho 2016

Carla Maria Lopes Martins

Musicoterapia e as competências sociais do adulto com deficiência

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

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

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

Lisboa

Julho 2016

Ficha Técnica

Autora Carla Maria Lopes Martins

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

Orientadora de estágio Dr.^a Isabel Lopes Ferreira Amaro

Título Musicoterapia e as competências sociais do adulto com deficiência

Local Lisboa

Ano 2016

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

MARTINS, Carla Maria Lopes, 1969-

Musicoterapia e as competências sociais do adulto com deficiência / Carla Maria Lopes Martins ; supervisionado por Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer ; orientado por Isabel Lopes Ferreira Amaro. - 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 - AMARO, Isabel Lopes Ferreira, 1963-

LCSH

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

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

Agradecimentos

Em primeiro lugar, quero agradecer à Professora Doutora Teresa Leite, minha supervisora de estágio, por todo o seu profissionalismo, saber, dedicação, amizade, por ter estado sempre disponível para trocar ideias e dar sugestões construtivas.

Agradeço a disponibilidade e simpatia da minha orientadora de estágio, Dr^a Isabel Amaro, que me mostrou um mundo novo de pessoas com um trabalho altamente meritório e socialmente pouco visível.

Quero ainda agradecer à Laura, que teve de partilhar a minha atenção e tempo com este trabalho, que lhe parecia não ter fim.

A minha mãe foi o meu braço direito, com quem troquei ideias e me deu forças para continuar sempre.

Finalmente, mas não menos importante, estiveram presentes, a meu lado, a dar-me o apoio de que precisei, toda a minha família e alguns amigos. Destes tenho de deixar uma palavra especial ao Zé, à Ângela, ao Tomás e ao Artur.

Resumo

O presente trabalho constitui um relatório de estágio em musicoterapia realizado no centro de actividades ocupacionais da Fundação LIGA, no âmbito do mestrado em musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa. Numa abordagem humanista, foram feitas intervenções terapêuticas junto de dez utentes com défice intelectual, multideficiência e/ou perturbações do espectro autista em sessões individuais e de grupo. Recorrendo a técnicas como a improvisação, a construção de canções e a recriação musical, procurou-se produzir mudanças ao nível das competências sociais e da gestão de comportamentos. Foram observadas melhorias ao nível da participação adequada na conversação, da interacção com o outro, do sentido de pertença ao grupo, da expressão pessoal e da contenção de impulsos e emoções. Foram elaborados dois estudos de caso, representativos do trabalho levado a cabo em *setting* individual e de grupo e nos quais se constatou o impacto da musicoterapia na promoção do contacto relacional em pessoas com patologia do espectro autista e na melhoria das competências sociais da pessoa com défice intelectual.

Palavras-chave: musicoterapia, pessoa com défice intelectual, competências sociais.

Abstract

This dissertation is an internship report in music therapy carried out at the occupational activities center of LIGA Foundation, in the context of a Master degree in Music Therapy of the Universidade Lusíada de Lisboa. In a humanist approach, interventions were made with ten users with intellectual deficit and/or multiple disabilities, in individual and group sessions. The pathologies that have been worked included intellectual deficit, autism, cerebral palsy and hydrocephalus. Using techniques such as improvisation, song writing and musical recreation, we tried to bring about changes in social skills. Improvements have been observed in appropriate participation in conversation, interaction with the other, in the sense of belonging, adequate emotional expression and emotional self control. Two case studies have been elaborated, which are representative of the work carried out both in individual and group setting. These studies demonstrated the impact of music therapy in promoting relational contact of people with autism spectrum disorder, and in improving social skills of the person with intellectual deficit.

Key-words: music therapy, disabled person, social skills.

Sumário

Introdução	1
Caracterização da Fundação LIGA.....	3
Caracterização da população-alvo	5
Enquadramento Teórico.....	6
O Défice Intelectual	6
Considerações de ordem histórica.	6
Definindo défice intelectual.	8
Causas, diagnóstico, prevalência e comorbilidade.	8
Transtorno do Espectro do Autismo	10
Considerações de ordem histórica.	10
Definindo transtorno do espectro do autismo.....	13
Causas e diagnóstico.	13
Outras Patologias Presentes na População em Estudo	16
Hidrocefalia.....	16
Paralisia cerebral.....	19
A Musicoterapia	21
A improvisação.....	25
Escuta musical e escrita de canções.	27
Intervenção em grupos.	28
O desenvolvimento do grupo.	29
Musicoterapia no défice intelectual.	30
Musicoterapia no transtorno do espectro do autismo.....	31
Procedimentos e Abordagens Técnicas.....	32
Objectivos Propostos	34
Metodologia	35

Descrição da Amostra	35
Procedimentos	36
Técnicas e Métodos Musicoterapêuticos	37
Métodos de Avaliação de Progresso	38
Agenda	38
Estudos de Caso	40
Caso 1 – Grupo A – JP, NF e VC	40
Avaliação Inicial	42
Plano Terapêutico.....	43
Intervenção e Progresso Terapêutico	44
Discussão.....	50
Caso 2 – NG	50
Avaliação Inicial	54
Plano Terapêutico.....	54
Intervenção e Progresso Terapêutico	55
Discussão.....	59
Outras Intervenções Terapêuticas.....	61
CB.....	61
Grupo B – AM, CL e RP	62
Grupo C – JR e LS	65
Conclusões	69
Reflexões Finais.....	73
Referências	74

Introdução

Este documento relata o trabalho levado a cabo no Centro de Actividades Ocupacionais (CAO) da Fundação LIGA (LIGA), de Novembro de 2014 a Abril de 2015, e de Setembro de 2015 a Julho de 2016, e constitui o estágio curricular do programa de mestrado em musicoterapia da Universidade Lusíada. Tratou-se de uma intervenção através da musicoterapia, dirigida a jovens e adultos com défice intelectual e/ou multideficiência.

As pessoas com deficiência têm, ao longo dos tempos, sido vistas como estranhas, inadequadas e necessitando de ser modificadas. Mais recentemente, constata-se uma mudança na forma de encarar estes indivíduos que, progressivamente, vêm sendo considerados como alguém que deve ser valorizado através da sua aceitação como cidadão de pleno direito, com voz activa e controlo sobre a sua vida. Para tal, necessitam de experiências criativas que lhes possibilitem maximizar o uso das suas competências com sucesso, mesmo que relativo, através das quais se possam desenvolver. Sabe-se hoje que a musicoterapia aplicada a este tipo de problemáticas tem potencial para desenvolver áreas como a capacidade de comunicação, a expressão emocional, a capacidade cognitiva, o comportamento social e o desenvolvimento de recursos e de capacidades individuais (Richard, 2007; Watson, 2007).

A pessoa com deficiência pode sentir-se afastada das outras e limitada na sua capacidade de expressão. A música, e sobretudo a experiência musical em grupo, promove a participação livre e espontânea do sujeito, a partilha de experiências que desenvolve o sentido de pertença, bem como as possibilidades de expressão destas pessoas. A espontaneidade, presente na improvisação ou na criação mais livre de canções, ao dar forma a ideias e sentimentos, desenvolve a capacidade de lidar com uma série de situações de vida.

Por outro lado, a interpretação musical, através da voz ou de um instrumento, pode contribuir para uma maior plasticidade das ligações neuronais e promover a construção de

caminhos alternativos a regiões disfuncionais provocadas por distúrbios neuronais ou neurodegenerativos (Wan, Ruben, Hohmann & Schlang, 2010).

Cada vez mais as pessoas com deficiência são encaradas não como receptores passivos de serviços, mas como parceiros activos com voz e controlo sobre as suas vidas. A musicoterapia recorre, pois, à produção sonora e às experiências musicais para capacitar as pessoas para assumirem esse controlo, encorajando-as a reflectir sobre as suas vidas, os seus sonhos e aspirações, e a desenvolver planos para o futuro (Watson, 2007).

No presente estágio foram trabalhados, maioritariamente, contextos grupais, com recurso essencialmente à improvisação e à recriação de canções do repertório dos clientes, visando objectivos nas áreas da comunicação e da socialização e, conseqüentemente, do bem-estar.

Após a caracterização da instituição e da população alvo, será feita, neste documento, uma revisão da literatura para fundamentar a intervenção levada a cabo. Uma vez que se trabalhou sobretudo com multideficiência, em que o denominador comum foi o défice intelectual, é dada especial relevância à literatura acerca desta patologia.

Na metodologia, é feita uma descrição dos procedimentos e metodologias que serviram de base ao estágio e, de seguida, são descritos com maior pormenor dois estudos de caso, um individual e outro de um trio, que ilustram a abordagem musicoterapêutica de eleição e as dinâmicas ocorridas no processo terapêutico. Para além dos estudos de caso, será revisto o trabalho levado a cabo com mais seis utentes, reunidos em dois grupos, um de três e outro de dois elementos, que tiveram sessões de grupo, e outro utente que teve sessões individuais. De seguida, são delineadas as principais conclusões retiradas desta intervenção terapêutica e, finalmente, é feita uma reflexão pessoal, onde se relacionam as conclusões do estágio e as ideias presentes na literatura consultada e são apontadas hipóteses de trabalho futuro em face da reflexão realizada em torno dos resultados obtidos.

Caracterização da Fundação LIGA

A Fundação LIGA foi constituída e reconhecida como instituição particular de solidariedade social em 2004, surgindo como corolário da evolução do Centro de Recursos Sociais (fundado em 1994) e da Liga Portuguesa dos Deficientes Motores (fundada em 1954). Estes dois últimos organismos pretendiam responder à necessidade sentida por famílias de pessoas com deficiência que, na ausência de apoio estatal, uniram esforços para fazer face às dificuldades por eles sentidas. Tendo como conceito--chave a funcionalidade humana, a fundação LIGA pretende otimizar as potencialidades de cada pessoa para que possa viver a dignidade da cidadania plena. Actualmente, a fundação é constituída por um conselho de cuidadores, um conselho fiscal, um conselho de administração, um conselho executivo, um conselho para a inovação e desenvolvimento e um conselho ético-científico. Dispõe das seguintes valências: uma casa das artes, um centro de estudos, uma clínica de medicina, (re)habilitação e bem estar e um centro de recursos para a funcionalidade humana. No interior do centro de recursos para a funcionalidade humana, existem os serviços de intervenção precoce na infância, recursos para a educação, a formação profissional e emprego, o clube sénior e o centro de actividades ocupacionais (CAO).

Dirigido a portadores de deficiência com idade igual ou superior a 16 anos, o CAO pretende dar condições de bem-estar físico e psicológico aos seus utentes, e estimular-lhes o autoconhecimento como cidadãos de pleno direito, procurando contribuir para a redução da sua dependência funcional e social. É coordenado por uma psicóloga que dirige a equipa constituída por uma animadora sociocultural, 23 ajudantes de estabelecimento de apoio à pessoa com deficiência, um monitor, dois formadores, três terapeutas ocupacionais, três fisioterapeutas, um técnico de política social, uma médica fisiatra, um escriturário, dois professores do ensino especial, um professor de dança, um coreógrafo e duas musicoterapeutas. As condições de admissão incluem a existência de vaga, a idade (igual ou

superior a 16 anos), a existência de deficiência grave, temporária ou permanente, que não permita o exercício de uma actividade produtiva, o não enquadramento no âmbito do emprego protegido e estar dentro dos critérios de admissão estabelecidos. Estes últimos incluem a idade do cliente, o nível de dependência, a proximidade da residência e a frequência de outros serviços da instituição. A prestação de serviços de apoio social abrange as seguintes actividades: estimulação sensorial; movimento e drama; actividades terapêuticas como fisioterapia, terapia ocupacional e integração sensorial, musicoterapia, terapia snoezelen; prestação de cuidados de higiene e conforto pessoal; alimentação e prestação de apoio (almoço e lanche); treino da autonomia pessoal e social; expressão plástica; actividade motora adaptada; actividade desportiva; actividades artísticas como os ateliês de pintura, cerâmica, papel maché e dança; actividades socioculturais; e apoio psicossocial. A título complementar é possível obter consultas médicas de fisioterapia e neurologia, bem como a prescrição de produtos de apoio, de acordo com o subsistema de saúde que protege o cliente. É disponibilizada ainda actividade em meio aquático, através de uma participação, de acordo com tabela própria. As actividades são desenvolvidas com base no plano individual de cada cliente, indo ao encontro das suas expectativas, potencialidades e necessidades.

Caracterização da população-alvo

O CAO recebe pessoas em regime externo, entre as nove e as dezassete horas dos dias da semana, com idade superior aos dezasseis anos e com alterações nas estruturas e funções que lhes limitam o exercício de uma actividade produtiva. Conta, no momento, com 105 utentes, com um predomínio do sexo masculino (77) sobre o feminino (28). A maioria destas pessoas tem entre 20 e 49 anos de idade (92) e apenas nove tem menos de 20 anos e quatro têm mais de 49. O concelho de residência dos utentes é maioritariamente Lisboa (60), seguido dos concelhos da Amadora e de Odivelas (11), Oeiras (9), Cascais (6) e Loures (3). Dois utentes são provenientes do concelho de Sintra, um de Alenquer e outro de Almada. Todos os utentes do CAO apresentam alterações permanentes nas funções e estruturais do corpo, de acordo com os requisitos definidos pela Segurança Social, verificando-se uma maior incidência de indivíduos com multideficiência (56), seguindo-se os casos de alterações nas funções mentais (40) e apenas sete indivíduos com alterações das funções motoras.

Enquadramento Teórico

O Défice Intelectual

Considerações de ordem histórica.

Sempre existiram pessoas com défice intelectual em todas as culturas, e as respostas da sociedade têm variado grandemente, desde o impulso para acabar com as suas vidas na infância, a deixá-las tornar-se “idiotas” que podiam ser objecto de troça ou vergonha da família e da comunidade, ou ainda colocá-las em instituições fora da vista dos outros. O que tudo isto tem em comum é, talvez, a focagem na estranheza ou inadequação da pessoa com deficiência, encarando-a como algo que deve ser treinado para a funcionalidade básica (Richard, 2007).

Segundo a mesma autora, só no séc. XIX emergiu uma linha de pensamento que enfatiza um contínuo entre a normalidade e a deficiência, levando à afirmação de que as pessoas com défice intelectual não são, por definição, doentes mentais, mas devem, antes, ser consideradas em termos das alterações do desenvolvimento que apresentam. No entanto, permanece por resolver o problema das pessoas com um duplo diagnóstico de défice intelectual e doença mental, na medida em que continua a ser difícil distinguir os fenómenos que podem ser atribuídos à deficiência e os que se devem à doença. Este tipo de confusões levou a que, durante muitos anos, se encarassem as mudanças “negativas” no comportamento das pessoas com défice intelectual como meros aspectos adicionais da deficiência, em vez de os ver como sinais de deterioração da saúde mental.

De acordo com Watson (2007), foi a partir dos anos 90 que se assistiu a um aumento da literatura em torno de iniciativas e formação destinadas a desenvolver valores de apoio, parceria, inclusão e serviços centrados na pessoa, para os portadores de deficiência. Transições como as da escola para a universidade, do centro de dia para um emprego ou as que ocorrem na idade tardia podem ser ansiogénicas ou mesmo desorganizadoras. Os jovens

com dificuldades de aprendizagem são frequentemente confrontados com falta de escolhas e de estrutura. A saída de casa dos pais, no caso dos indivíduos com défice intelectual, pode não ocorrer de forma natural e positiva, mas sim num momento de crise (morte de um dos pais), e o processo de transição para a vida autónoma pode não chegar sequer a ocorrer. O emprego, uma das formas de ganhar identidade e valor próprio, além de ser um local onde se estabelecem muitas relações, é um aspecto importante da vida adulta. Nestes indivíduos, a falta de emprego ou uma difícil integração podem também contribuir para sentimentos de frustração e de incapacidade. A consciência destes factores tem conduzido a uma profunda mudança no pensamento e nas políticas relativas às necessidades das pessoas com défice intelectual, visando, nomeadamente, a prestação dos cuidados no interior da comunidade e a sua integração social. Implícito está o reconhecimento do direito dessas pessoas aos aspectos normais da vida que nós tomamos por adquiridos como necessários para o nosso bem-estar: a possibilidade de relações activas e flexíveis, o exercício da criatividade, a possibilidade de emprego, entre outros.

Por outro lado, embora os primeiros modelos de trabalho interno se construam na primeira infância, podem ser reestruturados ou acrescentados na nossa vida, mais tarde, à luz de experiências mais recentes. O modelo de trabalho interno de alguém com défice intelectual pode caracterizar-se por pressupostos pessimistas sobre o pouco valor que tem para os outros, a probabilidade de separações recorrentes, a sua percepção de que é um “problema” para os outros, e a sua própria incapacidade de ser agente de mudança. Por isso, estas pessoas são tão vulneráveis e sujeitas a rupturas, dependendo em absoluto de uma ligação segura que funcione sobretudo como modo de regulação do afecto. Assim, as pessoas portadoras de défice intelectual são ainda menos fortes e menos resilientes face a acontecimentos que experienciam como traumáticos (Richard, 2007).

Definindo défice intelectual.

De acordo com a quarta edição do manual de diagnóstico e estatística de transtornos mentais (DSM) de 1994, o défice intelectual pertence ao grupo dos distúrbios do desenvolvimento intelectual e é denominado pela expressão atraso mental, actualmente em desuso. Foi com o DSM-5 (2013) que surgiu a denominação défice intelectual, como uma situação pertencente ao grupo dos distúrbios do neurodesenvolvimento, envolvendo não apenas défice cognitivo, mas também funcional. Os critérios para definir atraso mental no DSM-4 contemplam o funcionamento intelectual, o défice ou incapacidade no funcionamento adaptativo e a idade de início ser antes dos 18 anos.

No DSM-5, o défice intelectual tem início durante o período do desenvolvimento, e inclui défices funcionais, intelectuais e adaptativos, nos domínios conceptual, social e prático. O diagnóstico de défice intelectual exige a presença cumulativa de défices em funções intelectuais, confirmados por avaliação clínica ou por testes de inteligência padronizados; défices em funções adaptativas que, sem apoio continuado, limitem o funcionamento numa ou mais actividades diárias, em múltiplos ambientes; e ainda início dos défices intelectuais e adaptativos durante o período de desenvolvimento. O défice intelectual apresenta quatro níveis de gravidade: leve, moderada, grave e profunda. Enquanto no DSM-IV estes níveis eram definidos com base nos valores de QI, o DSM-5 define-os com base no funcionamento adaptativo.

Causas, diagnóstico, prevalência e comorbilidade.

Excluindo causas ambientais, a etiologia do défice intelectual é desconhecida em 50% a 80% dos casos. Os factores que mais concorrem para a etiologia deste problema são, em 30% dos casos, alterações no desenvolvimento embrionário – desordens de cromossoma ou gene; em 15% a 20% dos casos, factores ambientais – como a exposição a teratogénicos durante a vida uterina (o mais frequente é o álcool) – e distúrbios mentais; em 10% dos casos,

problemas na gravidez – como infecções, intoxicação e danos físicos – ou perinatais – danos durante o parto; em 5% dos casos, factores hereditários ou ainda, em 5% dos casos também, condições médicas adquiridas na infância. Quanto mais profundo é o atraso no desenvolvimento, maior é a probabilidade de se encontrar a etiologia e mais provável é o surgimento de dificuldades aos níveis neurológico, neuromuscular, visual, auditivo, cardiovascular e outros (Oliveira, Roddrigues, Venâncio, Saraiva & Fernandes, 2012; Santos, 2013; Watson, 2007).

A dificuldade de diagnóstico é um problema central. Uma vez que o diagnóstico psiquiátrico depende de exposições verbais dos doentes sobre as suas experiências, as pessoas com défice intelectual estão em desvantagem óbvia (Richard, 2007). Santos (2013) defende que, aos primeiros sinais de atraso no desenvolvimento, deve ser feito um diagnóstico diferencial, de modo a perceber se se trata de uma perturbação do desenvolvimento intelectual, de uma paralisia cerebral ou de uma perturbação do espectro do autismo. Assim, quando se constata um atraso igual na linguagem e nas competências cognitivas e um menor atraso na motricidade global, é provável a existência de uma perturbação do desenvolvimento intelectual. No caso contrário, da motricidade global estar mais comprometida que a linguagem e a cognição, pode existir uma paralisia cerebral. Quando as competências linguísticas estão mais atrasadas que a motricidade e o raciocínio não-verbal, existe a possibilidade de se estar perante perturbações de comunicação, como as perturbações do espectro do autismo. Os problemas de desenvolvimento podem, na infância, afectar a marcha, a linguagem e comunicação, o controlo dos esfíncteres, a motricidade, a socialização e a imaginação, enquanto posteriormente, em idade escolar, são mais comuns as dificuldades de aprendizagem, de socialização, de comunicação e de coordenação.

O défice intelectual apresenta uma prevalência de 3% no mundo ocidental e tem maior incidência no sexo masculino (20% a 40%), variando o rácio entre os 1.3:1 e 1.5:1. As

razões para esta prevalência prendem-se com o facto de uma percentagem significativa da população com esta problemática apresentar problemas associados ao cromossoma x. Constata-se que a síndrome do x frágil é a problemática mais comum nas situações de herança genética, e ocorre mais frequentemente nos rapazes do que nas raparigas. Outra razão para esta prevalência no sexo masculino é o facto de o sistema nervoso central ser mais susceptível a problemas pré-natais e pós-natais nos rapazes, o que os torna mais vulneráveis a diversas complicações orgânicas (Hodapp & Dykens, 2005; Oliveira et al, 2012).

Na idade adulta, os indivíduos com défice intelectual têm uma tendência três a quatro vezes maior de comorbilidade com distúrbios mentais do que outros indivíduos, sendo as perturbações mais comumente associadas a défice intelectual, a perturbação de hiperactividade com défice de atenção, as perturbações de humor, distúrbio do movimento estereotípico e distúrbios mentais devidos a condições médicas como o traumatismo craniano ou síndrome de Down (Oliveira et al, 2012; Santos, 2013).

Cerca de metade destes indivíduos também tem dificuldades ao nível sensorial (visão ou audição) e muitos têm problemas físicos adicionais. Grande parte destes indivíduos pode ter outros problemas de saúde, como a epilepsia, que ocorre em 30% dos casos. Ao passarem por situações adversas da vida, pessoas com défice intelectual têm, em 40% dos casos, problemas mentais acrescidos, tais como depressão, ansiedade, comportamentos de automutilação ou mesmo esquizofrenia ou distúrbio afectivo bipolar (Watson, 2007).

Transtorno do Espectro do Autismo

Considerações de ordem histórica.

Foi apenas no início dos anos 1940, com as obras de Kanner (publicada em 1943) e Asperger (publicada em 1944) (tudo leva a crer que os dois investigadores desconheciam a obra um do outro) que surgiram as primeiras descrições clínicas do autismo, embora tenham sido

documentados casos clássicos de autismo muito antes desta década (Schaefer, G. & Mendersohn, J., 2013).

Enquanto Asperger considerava o autismo como orgânico, um defeito biológico de contacto afectivo, Kanner viu-o como psicológico, ou reactivo, uma reacção a uma suposta falta de amor ou cuidado parental, em particular a uma mãe fria. Uma formulação infeliz, mas amplamente aceite durante os anos 1950 e 1960, com consequências por vezes desastrosas, tanto para crianças autistas como para os seus pais. É de lembrar que a teoria psicológica de Kanner ainda é aceite em muitas partes do mundo. O papel de Asperger só bem mais tarde se tornou amplamente conhecido, pois só na década de 1980 foi traduzido para Inglês. Contudo, foi ainda no final dos anos 1960, que se tornou evidente que o autismo era de natureza orgânica, embora não fosse propriamente uma "doença", mas sim um distúrbio de desenvolvimento – o desenvolvimento de certas partes da mente e do cérebro – e, como tal, uma condição para toda a vida (Hollander, 2003; Schaefer, G. & Mendelsohn, J., 2013).

Após a publicação das obras de Kanner e de Asperger tiveram lugar enormes avanços, tanto na investigação do autismo como na sua prática clínica, que permitiram uma compreensão muito mais aprofundada deste distúrbio e levaram à utilização de estratégias de intervenção inovadoras e cada vez mais eficazes, sobretudo na aprendizagem e desenvolvimento de crianças autistas. Estes avanços parecem estar a melhorar substancialmente os resultados com esta população, havendo cada vez mais adultos a serem capazes de conseguirem independência e auto-suficiência nas suas vidas, embora continuando, frequentemente, a necessitar de apoio (Volkmar, Reichow & McPartland, 2012). Durante os mais de setenta anos que se seguiram às publicações de Kanner e de Asperger, o conceito de autismo expandiu-se para incluir um “espectro” de condições, todas marcadas por problemas na interacção social. Actualmente, o autismo é considerado um transtorno invasivo do desenvolvimento que envolve défices em três domínios: capacidades

sociais, comunicação e comportamentos repetitivos e interesses restritos, todos antes dos 36 meses de idade (Hertz-Picciotto & Delwiche, 2009; Volkmar, Reichow & McPartland, 2012).

Historicamente, a organização mundial de saúde (OMS) ofereceu o seu próprio sistema de classificação de transtorno mental, no quinto capítulo da classificação internacional de doenças (CID), amplamente utilizado para efeitos de elaboração de estatísticas nacionais e internacionais de saúde. No entanto, na sequência de uma conferência internacional de 1982 sobre a classificação de transtorno mental em Copenhaga, houve um acordo mundial para que o CID adoptasse critérios diagnósticos mais explícitos para definir os transtornos mentais, de modo a aderirem ao modelo do DSM, cuja terceira edição fora publicada em 1980. O DSM determina a linguagem padrão pela qual os clínicos, investigadores e autoridades de saúde pública nos Estados Unidos da América (EUA) comunicam sobre transtornos mentais. Seguiu-se uma década de concertação entre os colaboradores da associação de psiquiatria americana (APA) do DSM-4 e dos colaboradores da CID-10, facilitada por um acordo de cooperação entre o instituto nacional de saúde mental dos EUA e a OMS. Embora a CID-10 contenha apenas uma breve definição de cada transtorno, a divisão de saúde mental da OMS obteve um acordo com a APA para publicar critérios diagnósticos para investigações semelhantes aos do DSM-4, bem como descrições clínicas mais gerais e directrizes de diagnóstico, fazendo parte da classificação de transtornos mentais e comportamentais CID-10. O facto de terem critérios de pesquisa semelhantes, mas separados, resultou numa importante convergência internacional de comunicação da prática clínica e da investigação sobre transtornos mentais – embora a ligeira diferença nos critérios diagnósticos para a investigação tenham produzido algumas diferenças nas taxas de prevalência e correlações de transtornos mentais (Regier, Kuhl & Kupfer, 2013).

Definindo transtorno do espectro do autismo.

A literatura sobre esta problemática revela múltiplas definições. Gaudin (2015), após uma análise de diferentes definições de autismo, apresenta a sua própria definição, que assenta não apenas nesses autores, mas também na sua prática clínica como musicoterapeuta e psicólogo. Na sua óptica, a pessoa autista, para além dos rótulos e tentativas de definição, é aquela que está presa a uma relação difícil com a língua, que tem um desenvolvimento social “desviante”, que tem comportamentos ou modos marcados, mas cujas oportunidades de melhoria existem. Como pessoa, ela é também aquela que é preciso “ir buscar” para além das suas peculiaridades, das suas singularidades, da sua angústia, para tranquilizar e tentar trazê-la para o “campo da linguagem”, por meio de técnicas adequadas, mas com uma clínica que é nossa, a musicoterapia.

Causas e diagnóstico.

O autismo é um transtorno do neurodesenvolvimento, complexo, invasivo e crónico. A patologia do autismo situa-se primordialmente no modo como uma pessoa comunica e se relaciona com os outros, tendo um forte impacto na vida da pessoa. Descrito, pela primeira vez, em 1943, pelo psiquiatra austríaco Leo Kanner, os aspectos que tipicamente o caracterizam são um défice qualitativo nos mecanismos de contacto e interacção social, défices qualitativos na comunicação, bem como padrões de comportamento, interesses e actividades restritos, repetitivos e estereotipados (DSM-5, 2013; Frances & Ross, 2004; Saville, 2007).

Como as dificuldades de comunicação são comuns, o uso que a pessoa faz da fala e a compreensão da linguagem verbal e não-verbal podem também variar muito. A capacidade de uma pessoa autista brincar é significativamente reduzida, porque existe pouca ou nenhuma actividade simbólica, rigidez na acção e falta de pensamento dirigido/intencional. Os brinquedos ou instrumentos são frequentemente usados como objectos que podem ser

manipulados ou sacudidos para criar uma sensação física agradável. Acções e rotinas repetitivas podem evoluir para comportamentos estereotipados, como rodar, bater palmas ou olhar fixamente para objectos brilhantes. Estes comportamentos podem tomar a forma de movimentos e padrões que servem para dar ao indivíduo uma experiência sensorial securizante ou calmante, ou dar um sentido de ordem (mas que não evoluem para actividade construtiva ou discurso interno) num mundo que, doutro modo seria confuso (Saville, 2007).

Berger (2002) enumera as seguintes características da pessoa autista: incapacidade de construir relações afectivas normais; rotinas repetitivas; auto-estimulação, posturas estereotipadas como agitar as mãos ou os braços, sons vocais não usuais ou movimentos estranhos do corpo; afecto perturbado ou desadequado; evitação do contacto visual; ecolalia, défices da fala, falta de linguagem; disfunção e/ou atraso intelectual (função mental lenta, incapacidade de generalizar ou conceptualizar); disfunção sensorio-integrativa, dispraxia; défices de comunicação, como falta de discurso, falta de inflexão vocal e respostas verbais inadequadas. Por outro lado, estes indivíduos apresentam, por vezes, capacidades específicas muito desenvolvidas, como afinação perfeita, memória fotográfica, capacidade de cálculo genial, entre outras. Contudo, por se tratar de um distúrbio do desenvolvimento, há sintomas que vão aparecer, de modo diferente, em diferentes idades, desaparecendo uns e surgindo outros, não existindo uma forma única de se ser autista (Berger, 2002).

De acordo com Saville (2007), as teorias cognitivas que explicam as causas do autismo foram aprofundadas com a noção de “teoria da mente” que sugere que as pessoas que têm autismo não têm a capacidade de “ler o pensamento” ou compreender os pensamentos dos outros. Assim, não sabendo que as outras pessoas têm estados mentais que podem ser diferentes dos dela própria, a pessoa com autismo tem dificuldade em relacionar-se e comunicar com os outros.

O mesmo autor acrescenta que têm sido avançados outros conceitos cognitivos com vista à compreensão do autismo. O primeiro é o de coerência central, definido como um modo de processamento global (por exemplo, lembrar-se da essência de uma história, mas não dos seus detalhes mais pequenos). Sugere-se que os indivíduos com autismo apresentam uma fraca coerência central, de modo que se centram nos detalhes sem referência a um significado mais lato. A segunda teoria relacionada com a deficiência cognitiva advoga que a capacidade de execução, ou seja, a capacidade de planificar e controlar a atenção numa actividade, permitindo, assim, centrar-se em mais de uma coisa ao mesmo tempo, é fraca na pessoa com autismo, de tal modo que esta pode perseverar numa tarefa sem ser capaz de avançar ou de iniciar uma mudança na actividade. Isto é frequentemente observável na produção musical ou social de uma pessoa autista.

As causas da perturbação autista têm sido muito discutidas, com diferentes teorias psicológicas e biológicas a serem postuladas. No final dos anos 1960, tornou-se evidente que o autismo é de natureza orgânica, uma desordem de desenvolvimento, do desenvolvimento de certas partes da mente e do cérebro, e, como tal, uma condição ao longo da vida. Considera-se que as deficiências no cérebro são a principal causa do autismo, havendo também quem defenda a existência de factores genéticos (Saville, 2007; Schaefer e Mendelsohn, 2013; Hollander, 2003).

Além das teorias já mencionadas, tem sido debatida, ao longo dos anos, uma teoria conjunta que atribui a origem do transtorno do espectro do autismo não apenas a causas orgânicas, mas também a factores psicogénicos, como a relação e ligação do bebé à mãe. Outros autores exploram a noção de um modelo de causalidade múltipla, em que tanto as teorias orgânicas como as psicanalíticas se podem influenciar mutuamente, ou ainda a de um modelo socio-ambiental em que o desenvolvimento das mentes humanas é o resultado das interacções entre o bebé e o seu cuidador (Saville, 2007).

Berger (2002) adverte para alguns mitos que subsistem ainda hoje, afirmando, acerca deste transtorno, que não é um distúrbio psico-emocional resultante de uma mãe fria; não é um problema de comportamento que exija uma mudança para o que é considerado normal. Para a autora, ainda não se percebeu se é a estrutura cerebral atípica que contribui para o autismo, ou se os processos neurológicos do autismo é que criam estruturas cerebrais alteradas.

Outras Patologias Presentes na População em Estudo

Hidrocefalia.

A palavra hidrocefalia, que vem do grego hydro – água, e cephalus – cabeça, designa um problema neurocirúrgico que ocorre quando existe uma acumulação anormal de fluido cefalorraquidiano (LCR) no interior dos ventrículos e/ou espaço subaracnoide do cérebro. A hidrocefalia é uma condição na qual o excesso de LCR se acumula dentro dos ventrículos (cavidades contendo fluidos) do cérebro e pode aumentar a pressão dentro da cabeça. Embora seja frequentemente descrita como "água no cérebro", a "água" na verdade é LCR - um líquido claro que envolve o cérebro e a medula espinhal. O LCR é composto principalmente de água com alguns traços de proteínas, electrólitos e nutrientes necessários para nutrição e normal funcionamento do nosso cérebro. Tem três funções cruciais: actua como um "amortecedor" para o cérebro e a medula espinhal; actua como veículo para levar nutrientes ao cérebro e remover os desperdícios; e flui entre o crânio e coluna para regular alterações na pressão no interior do cérebro. Em condições normais, o cérebro produz uma quantidade de líquido cefalorraquidiano igual àquela que é absorvida, diariamente, pelo corpo. O adulto médio produz cerca de um litro de LCR diário. Quando uma lesão ou doença alteram a circulação de LCR, um ou mais dos ventrículos alarga-se à medida que o LCR se acumula. O aumento da pressão intracraniana pode resultar de um excesso de produção de LCR, uma obstrução do seu fluxo, ou uma falha das estruturas do cérebro para o reabsorver. Trata-se de

uma condição em que a drenagem normal do cérebro é bloqueada de algum modo. No adulto, o crânio é rígido e não pode expandir-se, de modo que a pressão no cérebro pode aumentar profundamente. A hidrocefalia é uma condição crônica. Pode ser controlada, mas geralmente não é curável. Todavia, com o tratamento precoce adequado, muitas pessoas com hidrocefalia levam uma vida normal, com algumas limitações. Embora possa ocorrer em qualquer idade é mais comum em crianças e em adultos a partir dos 60 anos. Afecta, de forma praticamente igual, indivíduos do sexo masculino e feminino, bem como pessoas de diferentes raças. Os especialistas acreditam que a hidrocefalia é responsável por cinco a seis por cento de todos os casos de demência (American association of neurological surgeons, 2012).

Os neurocirurgiões classificam a hidrocefalia como congênita ou adquirida, de acordo com o momento em que a condição se desenvolveu, e em comunicante e não comunicante, em função da causa do problema de reabsorção ou bloqueio estar algures no interior dos ventrículos. A hidrocefalia é considerada congênita quando as suas origens remontam a um defeito de nascença ou malformação do cérebro que causa uma resistência acrescida à drenagem do LCR. Há uma variedade de factores que podem causar uma hidrocefalia congênita. Entre as causas possíveis podem citar-se a toxoplasmose, o cytomegalovirus e a rubéola. Existe ainda a hidrocefalia ligada ao cromossoma X, que é considerada quase exclusivamente uma desordem genética, passada neste cromossoma de mãe para filho. É herdada apenas através da mãe, e observa-se predominantemente no sexo masculino (aproximadamente um em cada 20 casos). Os filhos de primos em primeiro grau com hidrocefalia congênita sem complicações têm, igualmente, uma pequena probabilidade de poderem herdar o problema que é, também, um dos riscos do nascimento prematuro (Toporek e Robinson, 1999). A hidrocefalia pode ser adquirida na vida posterior, se algo causar aumento da resistência à drenagem do LCR, tal como uma obstrução. A hidrocefalia

adquirida pode ser causada por um tumor no cérebro, um quisto aracnoide, uma hemorragia intracraniana ou intraventricular, um trauma na cabeça ou uma infecção como a meningite.

Embora o conhecimento público desta doença seja escasso, estatísticas recentes do U.S. Center for Disease Control and Prevention (referidas por Toporek e Robinson, 1999) revelam que a hidrocefalia afecta aproximadamente 1 em cada 1000 crianças que nascem, por ano. Segundo a Associação Spina Bífida e Hidrocefalia de Portugal, estima-se que existam, no nosso país, mais de 5000 casos de hidrocefalia. O tratamento da hidrocefalia visa manter a pressão intraventricular estável, sem comprometer o parênquima cerebral. Na maioria dos casos, o tratamento é cirúrgico e consiste na remoção do obstáculo que impede a circulação do LCR e/ou na colocação de um shunt. Este consiste numa válvula ligada a um tubo de plástico que vai permitir a drenagem do LCR excedente, da cabeça para a cavidade abdominal, para ser absorvido ou eliminado pelo organismo (www.asbihp.pt, retirado a 23 de Novembro de 2015).

O efeito que a hidrocefalia tem no corpo vai depender de onde o bloqueio ou a acumulação anormal de LCR está situada. Em casos em que ocorra dano cerebral, pode existir uma variedade de efeitos que variam de pessoa para pessoa, dependendo também do grau de capacidades pré-existentes e da personalidade. São frequentes, variando consideravelmente, os compromissos ao nível intelectual. Pode haver problemas de coordenação dos movimentos das mãos, da visão, e tendência para dificuldades na motricidade fina em geral. Algumas pessoas ficam especialmente sensíveis a ruídos do dia-a-dia, como máquinas de lavar ou aspiradores. Cerca de um terço das pessoas com hidrocefalia sofrem de ataques epiléticos, podendo esta patologia desenvolver-se e ter de ser medicada. Outro órgão que frequentemente fica afectado é o da visão, levando a dificuldade em compreender a posição e relação dos objectos, a percepção de profundidade, cálculo da distância e da velocidade. Em geral, verificam-se, ainda, problemas ao nível da tomada de

decisões, do pensamento lógico e organização, incapacidade de seguir instruções verbais, dificuldades na memória de curto prazo e comportamento passivo (Fuge, 2002).

Paralisia cerebral.

A paralisia cerebral (PC) descreve um grupo de doenças do desenvolvimento do movimento e da postura, que causam limitação de actividade. São atribuídas a distúrbios não-progressivos que ocorreram no cérebro fetal ou infantil em desenvolvimento, por anoxia durante a gestação ou o parto. Os distúrbios motores da paralisia cerebral são frequentemente acompanhados por distúrbios da sensação, cognição, comunicação, percepção e/ou comportamento, e/ou por uma distúrbio convulsivo (Ferrari e Alboresi, 2010).

Para estes autores, além da soma dos defeitos normalmente observados pelo diagnóstico neurológico, e que estão presentes no repertório motor do indivíduo (espasticidade, clonos, Babinski, padrão de tesoura, entre outros), é importante ser capaz de avaliar, igualmente, os recursos que ainda estão disponíveis, quer sejam do indivíduo, quer do contexto em que vive, e a sua aplicabilidade, visto que o tratamento de reabilitação se baseia, precisamente, mais na exploração dos recursos do que na eliminação dos defeitos. A terapia não pode anular nem ocultar ou disfarçar os sintomas ou sinais de paralisia cerebral, nem inibir reflexos patológicos, tornar simétrica a motricidade dos clientes, entre outros, nem pode resolver o chamado atraso no desenvolvimento. Ao invés, terá de fazer emergir as capacidades da pessoa, considerando os seus defeitos específicos e habilidades residuais inseridos no seu ambiente de vida, ou seja, o seu ambiente físico, bem como o contexto social e cultural. A PC é uma situação complexa relacionada com os músculos. Pode ser um problema de fraqueza: os músculos não são capazes de suportar a cabeça, são demasiado fracos para, por exemplo, endireitar o tronco ou estender os joelhos. Pode ainda ser um problema devido a força excessiva: os músculos são demasiado vigorosos, resultando, por exemplo, em punhos cerrados, coxas cruzadas (padrão de tesoura, andar nas pontas dos pés

(talipes equinus). Porém, no mesmo indivíduo, o mesmo músculo pode ser simultaneamente demasiado fraco numa extremidade e demasiado forte na outra. Pode ainda ocorrer contracção dos músculos e desordem do tónus muscular. Para cada uma destas desordens existe um tipo de terapia, sendo que uma visão excessivamente centrada nos músculos, na força, na contracção e no tónus é insuficiente para explicar a natureza real da PC.

Na PC, a terapia terá de se ocupar tanto da adaptação do indivíduo ao seu ambiente, como do ambiente ao indivíduo. Por um lado, visa criar na pessoa a capacidade de se adaptar ao ambiente, e de o adaptar si própria, através do desenvolvimento e recuperação das funções adaptativas. Por outro lado, deve intervir no meio ambiente de modo a torná-lo mais adequado ao indivíduo com dificuldades de adaptação, eliminando barreiras físicas, sociais e culturais. Ou seja, trata-se de interpretar a paralisia como um problema de interacção entre o indivíduo e o meio ambiente, em vez de como um problema relacionado com a postura e o movimento. Neste sentido, a terapia deve ser uma tentativa de resposta para satisfazer tanto a necessidade interna de ser adequado, como a necessidade externa de se adaptar ao ambiente imediato, criado pelo indivíduo cujo sistema nervoso foi irremediavelmente danificado (Ferrari e Alboresi, 2010).

Estes autores defendem que a utilização da palavra cerebral é inapropriada por duas razões: em primeiro lugar, porque a lesão não apenas, e nem sempre afecta o cérebro (pode também afectar o cerebelo, o tronco cerebral, entre outros) e, em segundo lugar, porque a palavra lembra a ideia de estrutura, quando, na verdade, deve ser atribuída ao conceito de sistema. A lesão de um sistema pode permitir uma modalidade de funcionamento diferente do próprio sistema, mas afecta todas as partes constitutivas. Portanto, a reabilitação, na PC, tem de ser holística, devendo o projecto terapêutico ser abrangente, em si, e não apenas uma intervenção realizada por um único terapeuta. Para ser eficaz, a técnica terapêutica deve ser analítica, selectiva, e direccionada. O projecto terapêutico não se pode limitar ao mundo de

módulos, combinações e sequências motoras, mas deve estender-se às necessidades do indivíduo, aos seus sonhos, direitos e deveres, necessidades e desejos.

A Musicoterapia

Embora a utilização da música com fins terapêuticos remonte aos primórdios da humanidade, só nos últimos sessenta anos é que a musicoterapia se começou a afirmar como terapia implementada por profissionais credenciados. No entanto, a diversidade de definições é prova de como as concepções e as práticas desta actividade terapêutica variam de autor para autor e de terapeuta para terapeuta. Enquanto, em alguns países, a musicoterapia é oficialmente reconhecida pelas instituições políticas, clínicas e educativas, noutros ainda não é reconhecida como ciência nem sequer como profissão. De facto, as décadas de 60 e 70 do século passado foram pioneiras para a musicoterapia em muitos países, mas só nos anos 1980 e 1990 se abriu caminho para a profissionalização desta prática e para a formalização da formação e da investigação. Actualmente, a musicoterapia é aceite como uma disciplina a par de outras profissões paramédicas, como a fisioterapia, a terapia da fala, a terapia ocupacional e a psicologia, em serviços públicos, quer paramédicos quer educativos (Bruscia, 1998; Wigram, Pedersen e Blonde, 2002).

A associação americana de musicoterapia (American Music Therapy Association - AMTA) define musicoterapia como “a utilização clínica e baseada na investigação da intervenção musical para atingir objectivos individualizados num contexto de uma relação terapêutica, por um profissional qualificado que concluiu um programa de formação credenciado em musicoterapia. A musicoterapia é uma profissão ligada à saúde, em que a música é utilizada numa relação terapêutica para satisfazer necessidades físicas, emocionais, cognitivas e sociais dos indivíduos.” (musictherapy.org consultado a 29 de Janeiro de 2016).

O princípio básico da musicoterapia é o de que a forma como o indivíduo faz música (tocando ou cantando) reflecte o seu funcionamento psicológico, de onde se conclui que a

mudança ao nível da produção musical é um reflexo da mudança a este nível (Pellitteri, 2000). A relação musical cria uma experiência de interacção partilhada no aqui e agora. Seja através de música pré-composta ou improvisada, os objectivos do terapeuta devem incluir o desenvolvimento de competências de interacção pré-verbal, tais como imitação, sintonia, contacto visual e iniciativa intencional. Encorajando estes elementos básicos da comunicação, podem ser criados diálogos recíprocos dentro da música e, portanto, dar-se ao cliente uma experiência de interacção social partilhada (Saville, 2007).

As actividades propostas em musicoterapia proporcionam experiências de divertimento, prazer, igualdade, sentido de pertença no grupo, intimidade, confiança, valor do próprio e dignidade. A espontaneidade e flexibilidade inerentes às actividades musicais contrastam com as actividades de tipo standard, em ambientes mais especializados, nas quais as pessoas com deficiência tantas vezes vivenciaram o fracasso (Pavlicevic, O'Neil, Powell, Jones & Sampathianaki, 2014).

Muitas terapias exigem um funcionamento cerebral mais elevado, além de verbalização. No entanto, em musicoterapia, o indivíduo, ao participar, pode exprimir sentimentos e pensamentos, através da música. A musicoterapia vai ao encontro da pessoa como ela é/está, com os seus pontos fortes e dificuldades e, a partir daí, procura desenvolver as suas capacidades. Ao participar construtivamente, em actividades que proporcionam um sentimento de ser capaz, o indivíduo desenvolve um autoconceito positivo ao mesmo tempo que trabalha a iniciativa e a criatividade. Por outro lado, através da improvisação é possível trabalhar o sentido de si e dos outros e, em situações de grupo, desenvolve-se ainda a integração, o sentido de pertença e a interacção social. Tudo isto vai permitir uma melhor adaptação funcional ao ambiente (Baker, 1993; Berger, 2002; Hanser, 1999; Montello & Coons, 1998; Savarimuth, 2002; e Stephenson, 2006).

A música é um tipo de linguagem, no sentido em que é uma arte da expressão, e tem significado para a maioria das pessoas. É uma linguagem ambígua e simbólica e o seu sentido é construído numa reciprocidade complexa entre os participantes envolvidos, no caso da musicoterapia, entre o(s) cliente(s) e o musicoterapeuta. Este último, intervém sempre no sentido de enfatizar os comportamentos positivos e produtivos do indivíduo (Pellitteri, 2000; Wigram, Pedersen e Bonde, 2002).

Actualmente, são já vários os estudos que mostram que a produção de música pode melhorar o funcionamento emocional e cognitivo da pessoa com problemas neurológicos (Wan, Ruber, Hohmann & Schlang, 2010). Por outro lado, a pesquisa no campo do funcionamento neurológico apoia a existência de uma ligação forte entre a música e a emoção (ambas processadas pelo hemisfério direito do cérebro). Sabe-se hoje que, a atenção, a concentração, o controlo dos impulsos, o funcionamento social, a auto-estima, a auto-expressão, a motivação e a cognição são algumas das principais áreas em que a musicoterapia pode produzir mudança (Pellitteri, 2000; Pavlicevic, O'Neil, Powell, Jones & Sampathianaki, 2014).

Para Berger (2002) a musicoterapia tem o importante papel de fornecer estímulos repetitivos ao cérebro com o objectivo de ensinar a este, formas diferentes de resposta possíveis, que possam ser mais úteis no futuro. Este é um processo de integração sensorial em que a informação recebida através do corpo é captada e organizada no cérebro. A autora chama a este fenómeno da memória, memória de sensação, e através dele, a qualquer experiência nova fornecida ao cérebro, este inicia um processo de adaptação e de aprendizagem. Uma vez que tende a processar padrões, o cérebro esquece o que não consegue fazer e, subitamente, o corpo passa a fazer o que nunca soube ser capaz de fazer, de modo organizado. Porém, adaptação não é sinónimo de cura. Enquanto a primeira implica um

ajuste a uma nova situação, a cura implica a remoção da doença. Nenhuma terapia pode prometer a cura, podendo, isso sim, prometer fazer o possível para alterar para melhor. Assim, os comportamentos e os processos cognitivos podem tornar-se mais adequados às condições ambientais e sociais.

Musicoterapia de orientação humanista.

O modelo humanista surgiu na psicologia, na década de 1950, em reacção à concepção behaviorista de que o desenvolvimento humano é resultante de sucessivos processos de condicionamento, e ao determinismo da teoria psicanalítica, fortemente assente no conceito de inconsciente. Os primeiros contributos para esta corrente vieram de Abraham Maslow e Carl Rogers, ambos psicanalistas americanos.

Abraham Maslow concebeu uma teoria do desenvolvimento psíquico baseada na ideia de que o ser humano tem necessidades que se podem organizar numa pirâmide, em que a satisfação de necessidades mais básicas conduz ao aparecimento de necessidades de nível superior. Na base desta pirâmide encontram-se as necessidades fisiológicas e no topo as de realização pessoal, passando pelas necessidades de segurança, sociais e de auto-estima.

Carl Rogers (1985), por seu lado, considera que é através do exercício da criatividade que o indivíduo tem capacidade de se adaptar e reinventar, sendo a capacidade criativa indicadora da saúde mental do ser humano. Por acreditar que a tendência inata do indivíduo é o seu correcto desenvolvimento, Rogers sustenta que o terapeuta tem apenas de promover o ambiente adequado para que tal aconteça, já que a tendência natural do indivíduo é que este se desenvolva da melhor maneira, o que nem sempre acontece devido a condicionantes externas. O cliente passa a ser visto como um todo e não como uma soma de parcelas, centrando-se o terapeuta nas suas partes saudáveis. Na verdade, humanismo considera que temos a capacidade de nos construirmos a nós próprios, uma vez que na essência humana está

a tendência inata de melhorar, de se complexificar, de se diferenciar e, assim, de se tornar mais rico.

Rogers (1985) propõe uma abordagem terapêutica centrada no cliente e Watson (2007), mais recentemente, considera que os diferentes serviços prestados à pessoa com deficiência devem ter por base comum uma planificação centrada nesta, em que as diferentes intervenções encorajem os clientes a pensar sobre as suas vidas, os seus sonhos e aspirações e constituam um auxílio no desenvolvimento de meios para os alcançar.

Uma terapia de orientação humanista encara o cliente como parceiro activo no processo terapêutico e tem por objectivo capacitar estas pessoas a tomar controlo sobre as suas próprias vidas.

A improvisação.

No final da década de 1950, Paul Nordoff e Clive Robbins iniciaram um trabalho musicoterapêutico junto de crianças com défice intelectual, partindo do princípio que estas, mesmo quando apresentavam os graus mais profundos de deficiência, tinham capacidade de resposta à música que, sobretudo através da improvisação, lhes desencadeava um processo de crescimento e desenvolvimento pessoais (Wigram, Pedersen e Blonde, 2002).

A música é um recurso que permite aceder a camadas mais profundas de sentimentos que estão latentes e se revelam através da vivência sonora. Quando se recorre à improvisação musical, em cada sessão de musicoterapia, tem lugar um diálogo musical entre cliente e musicoterapeuta, no qual o primeiro transmite as suas emoções de forma espontânea e, simultaneamente, vê os seus problemas e situações conflituais espelhados na improvisação do terapeuta (Backer & Camp, 1999).

A música improvisada proporciona um meio que nos permite uma comunicação mais imediatamente intuitiva, inconsciente. Os musicoterapeutas têm achado útil o recurso ao trabalho de Stern e Trevarthen quando investigam, e discutem em termos musicais, a

qualidade das mais remotas interações entre o bebê e a mãe. Isto serve para lembrar que, em musicoterapia, podemos ser capazes de olhar para além dos fenómenos imediatos dos sintomas, comportamento ou diagnóstico, e procurarmos envolver-nos a um nível mais próximo das raízes do sofrimento emocional. Na musicoterapia, o cliente pode desenvolver livremente um mundo de som idiossincrático para reflectir e gerir o processo de mudança. Ao trazer elementos da música do cliente para um contexto em que esses elementos tomam o seu lugar na estrutura global de uma improvisação, reconhecemos a sua importância e significado potencial. A sala de musicoterapia pode ser o terreno de teste para novas experiências e, muitíssimo importante, pode ser o lugar em que alguns dos dilemas sobre etiologia e diagnóstico sejam menos proeminentes no pensamento do terapeuta, e os fenómenos possam ser recebidos como articulações (não necessariamente traduzíveis) do mundo interior do cliente (Richard, 2007; Richards & Davis, 2002).

Para Aldridge & Aldridge (2008), é possível comunicar usando apenas a improvisação musical como meio não-verbal de expressão. A improvisação musical, elemento básico da musicoterapia criativa, originalmente desenvolvida por Nordoff e Robbins para crianças com deficiência física ou mental, prepara o cliente para desenvolver a sua expressividade melódica. Estes autores partem do pressuposto de que a música é uma expressão humana intencional que alcança significado quando é interpretada. A imprevisibilidade é uma das mais importantes características da improvisação e revela-se no próprio acto de improvisar, ou seja, na actividade imediata de inventar e interpretar a música. A improvisação é guiada por um certo momento de impreparação e de espontaneidade. Outra característica da improvisação é o fenómeno colectivo dos intérpretes individuais que se influenciam mutuamente. A música tem o poder de criar experiências colectivas de vínculos sociais, e é capaz de reunir pessoas, ultrapassando diferenças sociais ou raciais onde, não raro, existe desconfiança mútua.

Escuta musical e escrita de canções.

Ouvir música é um processo intensamente activo, por conduzir a um fluxo de inferências, hipóteses e expectativas (Sacks, 2007). Pellitteri (2000) advoga ainda, que quando um cliente consegue interiorizar a pulsação consistente e fixa de uma canção, ele pode começar a vivenciar a ordem e a estrutura. Assim, a escuta musical só por si constitui um benefício para o cliente de musicoterapia. No entanto, Berger (2002) chama a atenção para o facto de alguém ouvir, não é indicador do que realmente ouve, ou seja, o conteúdo de uma melodia pode não ser percebido pelo outro no mesmo formato em que está a ser apresentado pelo terapeuta. Na verdade, uma música não é necessariamente agradável e nem toda a instrumentação é tolerável, dependendo das características da pessoa e da situação em que se encontra. Além disso, ouvir o terapeuta cantar também não é necessariamente agradável e há ainda que ter em conta que o cliente nem sempre vai reagir à música de acordo com a intuição do terapeuta.

A escrita de canções pode também ser um recurso para o desenvolvimento da comunicação, para a auto-expressão e a auto-exploração, para se fazer uma revisão de vida, para desenvolver capacidades cognitivas ou até lidar com situações específicas, permitindo a exteriorização dos sentimentos subjacentes. Na composição livre de canções a letra resulta de uma associação livre, reflectindo sentimentos e pensamentos vivenciados em determinados momentos do tratamento. Esta técnica, em concreto, tem sido usada em diferentes faixas etárias e em diferentes patologias, para criar *insight*, exprimir aspectos inconscientes do *self*, exprimir emoções desconfortáveis e desenvolver confiança e um novo sentido do *self* (Wigram & Baker, 2005).

As canções fornecem um acesso fácil ao mundo emocional, ou seja, aos pensamentos, atitudes, valores e comportamentos do cliente. Trata-se de um veículo muito eficaz de mudança emocional, que tem como principais métodos: cantar canções pré-compostas;

improvisar canções ou melodias com letra; indução de recordação de canções em função de um tema; comunicação a partir de canções; e escrita de canções (Bruscia, 1998).

Intervenção em grupos.

Enquanto a intervenção individual é especialmente útil para situações de deficiência severa, que requerem mais atenção e para clientes com comportamento disruptivo que possa impossibilitar a experiência de grupo dos outros, o *setting* grupal em musicoterapia é ideal para desenvolver as interações sociais e interpessoais (Pellitteri, 2000).

As pessoas com deficiência podem sentir-se afastadas das outras. Os grupos ajudam à consciencialização de que a deficiência não está tanto no indivíduo, mas é um problema entre uma pessoa e outra e, assim, uma responsabilidade partilhada. Por exemplo, a surdez é um problema tanto para o surdo como para o falante; o autismo isola tanto o indivíduo, como quem quer que chegue até ele. Expressões de sofrimento e tristeza, de raiva e de frustração, bem como alegria e prazer nos outros são apenas algumas das emoções que a música pode extrair e em que podemos ser tocados a um nível profundo. Acima de tudo, existe um sentido de pertença quando uma improvisação musical é partilhada num grupo em que os instrumentos e as vozes procuram um lugar para estarem lado a lado, afectando ou ressoando uns com os outros, em vez de serem diferentes. Os membros de um grupo de musicoterapia, independentemente das competências verbais ou possibilidade de falar, podem ter uma experiência enriquecida, expressiva e receptiva de si próprios e dos outros (Richards & Davis, 2002).

Quando as pessoas se reúnem para uma sessão de grupo, cada uma delas traz aspectos da sua experiência de vida passada e presente, tanto colectiva como individual. Por definição, o grupo oferece uma experiência do *self*, em relação com outras pessoas diferentes, e esta experiência de estar constantemente em relação com os outros está sempre a mudar, a ser revista, e está, igualmente a reforçar e a interferir, constantemente, com a experiência musical

do grupo. Quer isto dizer que cada sessão tem muito a ver com as pessoas, tal como tem a ver com o pôr em música (Pavlicevic, 2003).

O significado do que se está a passar no grupo, tanto com os indivíduos como com o grupo como um todo, reside na inter-relação de todos os diferentes elementos. Através da actividade da música improvisada em conjunto, podem ser extravasados, intensamente, relações e sentimentos em mutação, e o significado potencial de actos individuais pode ser considerado e reconhecido. Além disso, a música improvisada é algo em que o grupo se pode envolver em conjunto. A troca verbal é necessariamente sequencial, geralmente só uma pessoa fala, de cada vez, e, embora outros falantes possam estar cheios de sentimento, não o podem expressar simultaneamente. Tal não acontece na improvisação em grupo, onde não é possível ao conjunto de elementos se expressar-se como um todo (Richards & Davis, 2002).

O desenvolvimento do grupo.

Bennis e Shepard procuraram delinear uma teoria do desenvolvimento dos grupos que tivesse por base os seus sistemas de comunicação internos. O núcleo desta teoria é o de que os principais obstáculos para o desenvolvimento da comunicação válida se encontram, por um lado, na orientação relativa à autoridade e, por outro, na intimidade que os membros trazem para o grupo (Lima, 2005).

Para estes autores existem duas grandes fases no desenvolvimento dos grupos: a fase da autoridade, em que o grupo parte da preocupação com a submissão, para a preocupação com a rebelião, até à resolução do problema de dependência; e a fase pessoal, em que o grupo se move da preocupação com a identificação entre os membros, para a preocupação com a identidade individual e a resolução do problema de independência. Em termos da personalidade no desenvolvimento dos grupos, podemos ter, ao nível da dependência os elementos dependentes que sentem conforto em seguir uma ordem, regras, e os contra dependentes, que se sentem frustrados com as estruturas da autoridade. Ao nível do plano

pessoal, podemos ter os indivíduos sobre pessoais, que só se sentem estáveis quando conseguem um elevado grau de intimidade com os outros e os contra pessoais, que tendem a evitar intimidade com qualquer dos outros (Bennis & Shepard, 1974).

Musicoterapia no défice intelectual.

A população mais frequentemente encaminhada para a musicoterapia tem sido a dos problemas no desenvolvimento, existindo uma extensa investigação que mostra o sucesso da aplicação da musicoterapia a esta problemática (Hanser, 1999). Trata-se de uma situação que se mantém indefinidamente e que afecta substancialmente as capacidades funcionais, dificultando as necessidades de reconhecimento, de compreensão e de expressão das emoções como a raiva e a alegria, a tristeza e a felicidade, o medo e a ansiedade. Por isto mesmo, as pessoas com défice intelectual precisam de um meio para exprimir todas essas emoções, sendo a musicoterapia uma mais-valia, ao permitir a socialização, a auto compreensão, o aumento da autoconsciência, através da interacção. Além disso, ela prepara para o contacto emocional profundo (Wigram, 2007).

No que concerne às actividades musicais, elas vão desde o tocar instrumentos, que implica o recurso a actividades motoras, nomeadamente a coordenação olhos-mãos, e controlo da respiração, à escuta musical, que permite actividades que envolvem autodisciplina, capacidades discriminatórias e respostas aprendidas, tal como bater palmas ao longo de uma música ou em determinados momentos de uma canção. Também as situações de distúrbios da comunicação beneficiam com a musicoterapia, dado que, através do canto, é possível melhorar a articulação, a inflexão, a respiração e a estimulação da fala. Para estas pessoas, a participação numa actividade de grupo tocando um instrumento permite que elas experimentem uma sensação de realização pessoal e de serem capazes, o que se opõe à sua situação de incapacidade (Hanser, 1999).

As pessoas com défice intelectual podem ter tido muito menos acessibilidade à experiência do *self*, uma vez que a perturbação interior e a fragmentação do défice intelectual concorrem para que qualquer sentido de um *self* coerente se possa perder. Através das suas respostas improvisadas, o musicoterapeuta pode tornar-se o outro imaginativo e mentalizador, desenhando o *self* fragmentado do cliente numa relação musical, e experienciando os seus gestos como cheios de significado (Richard, 2007).

Musicoterapia no transtorno do espectro do autismo.

No caso da pessoa autista, tal como no da pessoa com deficiência em geral, o cérebro pode não conseguir determinar aspectos da localização espacial do corpo, o que é estar em cima ou em baixo, o que é quente ou frio, ou perceber de onde vem o som, o que pode levar à confusão do sistema de funcionamento da pessoa, a stress e a comportamentos erráticos que podem comprometer a sua segurança. Assim, a preocupação imediata do terapeuta é a de ensinar o sistema de funcionamento do indivíduo a adaptar-se ou readaptar-se, sendo a informação e experiências artificialmente ministradas através da musicoterapia, que se torna o veículo desta adaptação. Visto que antes de sermos intelecto somos emoção, a primeira preocupação do musicoterapeuta deve ser a de perceber o tipo de música que acalma o sistema de funcionamento do indivíduo, de modo a possibilitar o trabalho cognitivo. Por outro lado, a musicoterapia trabalha a partir do que já existe, providenciando novos *inputs*, que o cérebro pode usar para ajudar a expandir o seu conhecimento. Quer isto dizer que o trabalho da musicoterapia é usar a música para ensinar ao cérebro novos truques, ou seja, a repadronizar e reorganizar a norma sensorial e conseguir o estado de bem-estar. Sempre que está presente o medo, a ansiedade, o stress ou o desconforto, o sistema de activação reticular – que é onde se inicia a percepção e onde se faz a triagem da informação que deve seguir para outras zonas do cérebro – dá prioridade a esses aspectos, em detrimento do processamento cognitivo de nível superior. A música tem uma capacidade tranquilizadora do sistema

sensorial imediato, por não exigir interpretação semântica, funcionando como o que Richard (2007) designa por *cobertor sonoro* que envolve o corpo, oferecendo ao sistema sensorial a sensação de segurança e tranquilidade.

A literatura mostra grande evidência da eficácia do uso da música para facilitar a comunicação e a interação com pessoas com transtorno do espectro do autismo, embora a maioria dos livros e artigos publicados se baseie em trabalho com crianças e não com adultos. O encaminhamento de adultos com transtorno do espectro do autismo e déficit intelectual para a musicoterapia prende-se geralmente com uma procura de ajuda nas áreas de comunicação, autoexpressão e interação social. Contudo, constituem razões mais específicas para avaliação e intervenção em musicoterapia destes indivíduos as dificuldades comportamentais, como agressão, isolamento, regressão, ansiedade extrema ou comportamentos ritualísticos. Ela tem demonstrado ser um precioso apoio para lidar com a mudança, com a transição, e constitui um apoio emocional específico, por exemplo no luto, problemas sensoriais, como o interesse por estímulos auditivos/tácteis/visuais, dificuldades com comportamentos repetitivos auto-estimulantes ou necessidade de uma saída para libertação física e emocional; em casos em que existe o amor pela música, a pessoa pode geralmente ser motivada ou acalmada por ela (Saville, 2007).

Procedimentos e Abordagens Técnicas

Relativamente à relação terapêutica, Bateman, Brown e Pedder (2003) afirmam que ela se deve sustentar na simpatia, cortesia e confiança entre os intervenientes. Bunt e Hoskyns (2009) vão além, incluindo não apenas os aspectos práticos da relação profissional terapeuta/cliente, mas também aspectos pessoais que se desenvolvem no tempo, com as suas componentes afectivas, cognitivas e comportamentais. Os aspectos realçados para que esta seja eficaz serão, então, o estar com, a aliança terapêutica, a atitude e presença terapêuticas e a ressonância e empatia musicais, sendo que *estar com* se prende com a capacidade do

terapeuta escutar, resistindo à sua própria intencionalidade e à eventual tentação de intervir de forma não assertiva. Neste aspecto, Leal (1999) alerta mesmo para a necessidade da comunicação associativa por parte do terapeuta, acompanhando as reflexões do cliente sem lhes impor um rumo.

Como com todas as abordagens terapêuticas eficazes, os limites de tempo, lugar e ambiente são essenciais para manter consistência e estabilidade na formação da relação terapêutica. Se necessário, podem ser usados símbolos, fotos ou horários ilustrados para reforçar a previsibilidade das sessões de musicoterapia, dando assim ao cliente um meio de segurança tangível. Pode conseguir-se um claro sentido de estrutura com o uso de canções no início e no fim das sessões, bem como padrões semelhantes de actividade musical presente todas as semanas. É necessário ainda que o terapeuta seja compreensível e previsível para que se desenvolva uma relação de confiança com o cliente autista. Os ritmos de balançar, agitar e tamborilar, frequentemente tão isoladores para uma pessoa com autismo, podem ser incorporados no diálogo musical, juntamente com as qualidades emocionais e musicais de vocalização. Para promover a atenção e interacção, por vezes é útil partilhar um instrumento, sentando-se ou ficando de pé em frente do cliente, o que dá oportunidade de contacto visual directo, bem como imitação ou diálogos em que é tomada a palavra, com o instrumento ou voz. Uma vez estabelecida a interacção musical, o musicoterapeuta tem de ser perseverante, evitando que o cliente fique preso ao seu tocar ou actividade, de modo que a compulsividade que gere os comportamentos cause um retorno ao som do seu próprio mundo. O objectivo do terapeuta passa a ser encontrar modos de desafiar essa fuga através de mudança musical ou variação, para que o processo seja criativo em vez de uma experiência isolada (Saville, 2007).

Objectivos Propostos

Com o presente estágio, pretende-se que a musicoterapia seja mais uma valência que a LIGA coloca ao serviço dos seus utentes, na procura de estimular o autoconhecimento como cidadãos de pleno direito, e de contribuir para a redução da sua dependência funcional e social. Mais especificamente, pretende-se aumentar o número e a diversidade das intervenções psicossociais oferecidas pela LIGA; complementar através da música a promoção da integração sensorial e motora dos utentes; promover, nas intervenções em *setting* grupal, a interacção social, a diferenciação de uma identidade própria e o sentido de pertença/colaboração no seio do grupo; e estimular a comunicação através, nomeadamente, da realização de actividades expressivas e criativas, geridas num ambiente securizante, que promova a exploração do potencial cognitivo e social de cada utente e a vivência de momentos de prazer e bem-estar, promotores da auto-estima.

Metodologia

Nesta secção, descreve-se a amostra, os procedimentos adoptados, bem como as técnicas e métodos musicoterapêuticos e os métodos de avaliação de progresso dos clientes ao longo do estágio. Finalmente é apresentada a agenda semanal da estagiária na LIGA.

Descrição da Amostra

Ao longo do período de estágio foram acompanhados dez clientes, dois do sexo feminino e oito do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 20 e os 56 anos, encontrando-se na tabela 1 informação específica acerca de cada um. Por questões de confidencialidade são usadas iniciais em vez dos nomes dos clientes. Na coluna das sessões é indicado se se trataram de sessões individuais (I) ou em grupo (G) e o seu número total.

Tabela 1.

Descrição dos Clientes Acompanhados Durante o Período de Estágio

Nome	Sexo	Idade	Diagnóstico	Idade Admissão	Sessões
AM	F	38	Défice intelectual grave	18	G/45
CB	F	22	Défice intelectual ligeiro, ansiedade emocional e depressão	20	I/10
CL	M	56	Défice intelectual grave	16	G/41
JP	M	36	Hidrocefalia, défice intelectual grave, cegueira, epilepsia, problemas cardíacos, displasia espática e défice intelectual grave	16	G/67
JR	M	20	Cromossoma 14 em anel, compromisso cognitivo, motor e da linguagem (défice intelectual grave)	16	G/41
LS	M	19	Atraso psicomotor, com maior compromisso intelectual, apresentando défice intelectual grave	17	G/43
NF	M	30	Défice intelectual moderado	22	G/60
NG	M	31	Autismo e défice intelectual grave	16	I/54
RP	M	45	Paralisia cerebral, e défice intelectual grave	16	G/50
VC	M	43	Paralisia cerebral com compromisso psicomotor grave	16	G/69

Procedimentos

O estágio teve início no final de Novembro de 2014, altura em que a estagiária foi integrada no funcionamento da instituição, e procedeu à observação dos utentes, quer em actividades ocupacionais, junto das auxiliares, quer no trabalho com diferentes terapeutas. Após esta fase, que teve uma duração aproximada de duas semanas, a responsável pelo CAO elaborou um horário de trabalho para a estagiária, de acordo com a sua disponibilidade e preencheu-o com os utentes que vieram a beneficiar desta valência. O encaminhamento para a musicoterapia foi realizado pela responsável pelo CAO, Dra. Isabel Amaro, tendo a escolha dos utentes sido feita com base em dois factores principais: serem os mais funcionais e, por outro lado, serem considerados como passíveis de beneficiar de bem-estar através da musicoterapia. A mesma responsável seleccionou então, 10 utentes que a estagiária organizou, numa primeira fase, com base no diagnóstico clínico e nas características de cada um. Nesta organização a estagiária voltou a contar com a ajuda da responsável pelo CAO.

Assim, inicialmente, os utentes foram organizados num grupo de cinco (AM, RP, CL, NG e NF), dois grupos de dois utentes (JP e VC, e JR e LS), tendo CL sessões individuais.

Durante o mês de Dezembro de 2014, a estagiária procedeu à avaliação dos utentes, recorrendo ao preenchimento de um formulário de admissão (ver apêndice I), de uma ficha de identidade sonora musical (ver apêndice II) e à leitura dos processos individuais dos utentes. Com base na informação recolhida, os grupos acabaram por ser alterados, em Janeiro de 2015, passando a haver dois grupos de três utentes (AM, CL e RP, e LS, JR e NF), um grupo de dois utentes (VC e JP) e dois utentes passaram a ter sessões individuais (CL e NG).

Nos meses de Janeiro e Fevereiro de 2014, a estagiária teve dificuldade em manter a sua agenda semanal por ter partido um pé e, por razões pessoais, viu-se mesmo obrigada a interromper o estágio no final de Março do mesmo ano. O estágio foi retomado no final de Setembro de 2015, altura em que se procedeu a nova elaboração do horário de trabalho da

estagiária, que ficou com nove dos 10 utentes com quem havia trabalhado. De início, foi mantida a distribuição do ano anterior. Após uma fase de avaliação feita pela estagiária, com diferentes durações de grupo para grupo, esta procedeu à mudança de NF do grupo onde estava, para o grupo de JP eVC. Nesta segunda fase do estágio, de Setembro de 2015 a Junho de 2016, apenas um utente teve sessões individuais, NG, tendo os restantes sido distribuídos em dois grupos de três e um de dois.

Todas as sessões foram filmadas com recurso a uma câmara de filmar Sony, modelo Handicam CX240, após consentimento escrito por parte dos encarregados de educação.

Técnicas e Métodos Musicoterapêuticos

Recorreu-se, essencialmente, à improvisação, à construção e à recriação de canções, que foram consideradas adequadas aos objectivos propostos, de acordo com as necessidades dos utentes.

As sessões obedeciam a uma sequência estruturada, mas suficientemente flexível para se adaptar a aspectos circunstanciais quer trazidos pelos utentes, quer gerados durante a sessão. Assim, por norma, a estagiária ia buscar os utentes à sala de actividades onde estes se encontravam, iniciando no trajecto uma conversa informal com o objectivo de se inteirar do seu estado de espírito e dos principais acontecimentos que os haviam marcado desde a sessão anterior. A conversa terminava dentro da sala onde a sessão tinha lugar, com a escolha dos instrumentos. Embora estivessem disponíveis, na sala, um teclado, um xilofone contralto e um metalofone contralto, a escolha dos instrumentos, feita pelos utentes, recaía essencialmente na pequena percussão que a estagiária levava para a sessão. Dava-se, então, início a uma fase de improvisação que era denominada de aquecimento, em que se fazia improvisação instrumental e o legendar musical dos estados de espírito e/ou comportamentos observados. De seguida, recorria-se à recriação de canções do repertório dos utentes, ora escolhidas por estes, ora pela estagiária, quando esta considerava que determinada canção se

adequava à situação. A criação de canções seguia uma metodologia informal quando a estagiária legendava musicalmente o que se estava a passar na sessão, ou assumia um carácter mais formal, já num momento posterior da sessão, com a participação activa dos utentes.

Métodos de Avaliação de Progresso

Na avaliação inicial, em Novembro e Dezembro de 2014, com a duração aproximada de quatro semanas, procedeu-se ao preenchimento e posterior análise, do formulário de avaliação diagnóstica, adaptado a partir do Individualized Music Therapy Assessment Profile (2007) (ver apêndice I). Este preenchimento era feito com a ajuda da terapeuta responsável por cada um dos utentes, a fim de melhor conhecer os seus pontos fortes bem como as limitações. A estagiária aplicou aos utentes uma ficha de identidade sonora musical, com o intuito de conhecer os gostos e preferências musicais de cada um (ver apêndice II). Paralelamente, foi recolhida informação através da leitura dos processos individuais. A fim de avaliar e monitorizar o progresso dos clientes, todas as sessões foram filmadas e, posteriormente, visionadas com o preenchimento de uma grelha de observação de sessão (ver apêndice III). Em ambas as fases de avaliação, foi recolhida informação através da observação livre directa, que foi combinada com as formas de avaliação acima descritas.

Agenda

Apresentam-se, em seguida, as agendas semanais relativas aos dois períodos de estágio, de Novembro de 2014 a Março de 2015 e de Setembro de 2015 a Junho de 2016.

Tabela 2.

Agenda do período de Novembro de 2014 a Março de 2015

Horas	2ª feira	4ª feira	5ª feira
8:45h às 9h	Arrumação da sala		Arrumação da sala
9h às 9:45h	CB		AM, CL, RP
9:45h às 10:30h	AM, CL, RP		CB
10:30h às 11:15h	JP, VC		JR, LS, NF
11:15h às 12h	JR, LS, NF		Arrumação da sala
12h às 12:45	NG		
12:45 às 13h	Arrumação da sala		
14h às 14:15h		Arrumação da sala	
14:15h às 15h		JP, VC	
15h às 15:45h		NG	
15:45h às 16h		Arrumação da sala	

Tabela 3.

Agenda do período de Setembro de 2015 a Junho de 2016

Horas	3ª feira	5ª feira	6ª feira
8:45h às 9h	Arrumação da sala		Arrumação da sala
9h às 9:45h	NG		NG
9:45h às 10:30h	AM, CL, RP		AM, CL, RP
10:30h às 10:45h	Arrumação da sala		Arrumação da sala
		Arrumação da sala	Arrumação da sala
14:15h às 15h		JR, LS	NF, JP, VC
15h às 15:45h		NF, JP, VC	JR, LS
15:45h às 16h		Arrumação da sala	Arrumação da sala

Conclusões

Sabe-se hoje que a musicoterapia contribui para a reabilitação de pessoas com deficiência, ao nível das competências cognitivas e sociais (Berger, 2002; Bruscia, 1998; Pellitteri, 2000; Davis & Richard, 2002; Stewart, 2002; Wigram, Pedersen & Blonde, 2002).

A intervenção levada a cabo no âmbito do estágio realizado no CAO da Fundação LIGA teve por objectivos: aumentar o número e a diversidade das intervenções psicossociais oferecidas pela LIGA; complementar através da música a promoção da integração sensorial e motora dos utentes; promover, nas intervenções em *setting* grupal, a interacção social, a diferenciação de uma identidade própria e o sentido de pertença/colaboração no seio do grupo; e estimular a comunicação através, nomeadamente, da realização de actividades expressivas e criativas, geridas num ambiente securizante, que promovesse a exploração do potencial cognitivo e social de cada utente e a vivência de momentos de prazer e bem-estar, promotores da auto-estima.

Indo ao encontro do sugerido por Davis & Richards (2002), Dingle, Christopher, Ballantyne & Baker (2012), Clift, Nicol, Raisbeck, Whitmore & Morrison (2010) e Gooding (2011) a intervenção em *setting* grupal permitiu que os utentes interagissem em grupo desenvolvendo, por um lado, a diferenciação de uma identidade própria, através do desempenho de um papel único e diferenciado no seio do grupo, bem como o sentido de pertença/colaboração, nomeadamente em utentes com dificuldades de integração social como NF, AM ou RP. O sentido de identidade foi reforçado através da criação de canções que retractavam a personalidade e/ou faziam referência a situações da vida específicas de cada utente. Ao serem interpretadas pelo grupo, permitiram a construção de um sentido de pertença.

Berger (2002), Stewart (2002) e Dingle, Christopher, Ballantyne & Baker (2012) referem que a intervenção musicoterapêutica permite a estimulação da comunicação. Isto

mesmo foi constatado neste estágio. Quer as actividades de improvisação, quer as de criação de canções constituíram actividades criativas que foram promotoras de auto-expressão, o que pôde ser observado tanto a nível musical como verbal, nomeadamente nos casos de NF, VC e CB.

Tal como Schreiber (2011) e Hillier, Greher, Poto & Dougherty (2011) consideram, também neste trabalho se verificou que a musicoterapia demonstrou ser uma forma de os utentes trabalharem num ambiente prazeroso, que foi sentido por todos eles, sem excepção. Com efeito, a musicoterapia constituiu-se como um espaço onde os utentes trabalharam competências importantes, de modo prazeroso, sem tomarem consciência disso. Constatou-se ainda que esta forma de terapia foi eficaz na regulação emocional de utentes com tendência para a labilidade emocional, como foram os casos de AM e CB.

A Fundação LIGA pretendeu ampliar o número e o tipo de ofertas terapêuticas proporcionadas aos seus utentes e este estágio veio permitir essa ampliação de ofertas ao fornecer sessões de musicoterapia a utentes que nunca tinham sido sujeitos a este tipo de intervenção.

Ao longo das sessões, foram seguidas as recomendações de Baker (1993), Berger (2002), Hanser (1999), Montello (1998), Savarimuth, 2002; Stephenson, 2006), no sentido de que a escolha das actividades propostas não devem representar um desafio excessivo para os utentes de modo que eles sintam que não eram capazes. Com este objectivo em mente, mesmo a improvisação era denominada de “aquecimento”, para não ser encarada como algo de completamente desconhecido e, por isso, eventualmente impossível de realizar.

Com a evolução do progresso terapêutico constatou-se, por vezes, a necessidade de fazer alterações na constituição dos grupos, tendo em conta os desafios que cada utente colocou à estagiária, e os diferentes níveis de comportamentos sociais que apresentavam no grupo. Por exemplo, LS e JR teriam beneficiado se tivessem tido sessões individuais e NF

deveria ter sessões individuais, a par com as de grupo, para trabalhar outro tipo de objectivos, nomeadamente através da aprendizagem do instrumento viola, actividade pela qual manifestou interesse.

Foi possível observar a necessidade de ajustar o tipo de instrumentos usados nas sessões às tendências de utilização invulgares que alguns utentes manifestaram.

Embora não tenha sido previsto inicialmente como um objectivo terapêutico, constatou-se que as sessões ajudaram a lidar com exigências da vida quotidiana e situações estressantes de transição na vida dos utentes, tal como havia sido verificado por Pavlicevic, O'Neil, Powell, Jones & Sampathianaki (2014). Na verdade, a partir de Outubro/Novembro de 2015, JP e VC, que até aí se encontravam na mesma sala de actividades, foram colocados em salas de actividades diferentes com consequências negativas ao nível da adaptação a novos colegas, auxiliares e espaço físico. Esta situação foi, várias vezes, tema de início de sessão, por iniciativa dos próprios, e ponto de partida para improvisações musicais. Por seu lado, RP, em Maio de 2016 manifestou com frequência ansiedade relativamente a uma cirurgia à vista que a sua mãe veio a realizar, levando o tema para as sessões de musicoterapia, onde este foi trabalhado musicalmente.

Ferrari & Alboresi (2010) advogam que a terapia para pessoas com paralisia cerebral não se deve limitar a um mundo de módulos, combinações e sequências motoras, mas deve estender-se às necessidades do indivíduo, aos seus sonhos, direitos e deveres, necessidades e desejos. O trabalho e as reflexões que tiveram lugar neste estágio mostram que o investimento no desenvolvimento pessoal e na participação social activa se deve estender aos portadores de deficiência em geral. Efectivamente, o portador de défice intelectual pode experimentar alegria e prazer na criação musical e mesmo alívio para as suas emoções negativas (Rolvsjord, 2005). Compreende-se, pois, que a razão transversal para o

encaminhamento para musicoterapia dos utentes com quem se trabalhou tenha sido a de ter um espaço de prazer e de bem-estar que promova a criação de uma identidade única.

Reflexões Finais

Uma vez que a aprendizagem no terreno não pode ser substituída pela leitura de bibliografia, por mais cuidada que esta seja feita, o estágio proporcionou-me uma experiência insubstituível em termos de aprendizagem. No entanto, e como seria de esperar, senti maior dificuldade em trabalhar com uns grupos do que com outros, situação que pôde ser esbatida pela excelente supervisão que fui obtendo por parte da minha supervisora, Professora Doutora Teresa Leite.

A realização desta formação em musicoterapia exigiu um investimento pessoal muito grande, visto que trabalho a tempo inteiro como docente de educação musical numa escola da rede pública já exige uma quantidade significativa de energia e tempo. O início do período de estágio foi difícil, na medida em que foi necessário adquirir alguns instrumentos, tendo a sua escolha de obedecer a preocupações económicas, de resistência dos instrumentos e da facilidade de execução dos mesmos. Por outro lado, a revisão da literatura e o preenchimento de formulários e questionários na avaliação inicial nunca são suficientes, já que é do contacto directo com o utente que se consegue um tipo de conhecimento deste que é fundamental ter para planear devidamente a intervenção terapêutica. Esta experiência foi, porém, altamente compensadora, permitiu um enriquecimento académico, mas acima de tudo, um crescimento pessoal grande. O período de estágio foi especialmente gratificante, pois foi claramente visível o prazer que as sessões de musicoterapia proporcionavam aos utentes e a forma alegre e até ansiosa com que aguardavam a sessão seguinte. Entre outras coisas, o trabalho num ambiente de CAO, que me era desconhecido até ao momento de início do estágio, foi uma experiência muito enriquecedora: tive oportunidade de conhecer pessoas, das quais gostaria de salientar as auxiliares das salas de actividades que, pela forma alegre e decidida com que realizam um trabalho muitas vezes bastante pesado, me restituíram, com frequência, a crença de que uma sociedade melhor é possível.

Referências

- Aldridge, G. & Aldridge, D. (2008). *Melody in music therapy. A therapeutic narrative analysis*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- American association of neurological surgeons (2012). *Adult onset hydrocephalus*. Retirado de <http://www.aans.org/patient%20information/conditions%20and%20treatments/adult%20onset%20hydrocephalus.aspx> consultado em 3 de Junho de 2016.
- American music therapy association – AMTA (2016). *What is music therapy*. Retirado de <http://www.musictherapy.org/about/musictherapy/> em 29 de Janeiro de 2016
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5ª ed.). Porto Alegre, Brasil: ARTMED Editora Ltda.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4ª ed.). Porto Alegre, Brasil: ARTMED Editora Ltda.
- Associação spina bífida e hidrocefalia de Portugal – ASBIHP. *Hidrocefalia*. Retirado de <http://www.asbihp.pt/> em 23 de Novembro de 2015
- Baker, J. (1993). Containment in music therapy. In M. Heal & T. Wigram (Eds) *Music therapy in health and education*. Londres & Filadélfia: Jessica Kingsley Publishers, 32-39
- Backer, J. e Camp, J (1999). Specific Aspects of the Music Therapy Relationship to Psychiatry, In T. Wigram e J. Backer (Eds) *Clinical Applications of Music Therapy in Psychiatry*, 11-23. London: Jessica Kingsley Publisher
- Baxter, H., Berghofer, J., MacEwan, L., Nelson, J., Peters, K. & Roberts, P. (2007). *The individualized music therapy assessment profile*. Londres & Filadélfia: Jessica Kingsley Publishers

- Bennis, W. & Shepard, H. (1974). In G. Gibbard, J. Hartman & R. Mann (Eds) *Analysis of groups*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Berger, D. (2002). *Music therapy, sensory integration and the autistic child*. London: Jessica Kingsley Publishers
- Bruscia, K. (1998) (3th edition). *Defining music therapy*. Gilsum, NH, USA: Barcelona Publishers.
- Clift, S., Nicol J. Raisberg, M., Witmore, C. & Morrison, I. (2010). Group singing, wellbeing and health: a systematic mapping of research evidence. *UNESCO observatory, Faculty of architecture, building and planning, The university of Melbourne Refereed e-journal* 2(1), 1-25.
- Davis, A. & Richards, E. (2002). Introduction. In Alison Davis, & Eleanor Richards, (eds). *Music Therapy and Group Work*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 15-26.
- Dingle, G., Christopher, B., Ballantyne, J. & Baker, F. (2012). ‘To be heard’: the social and mental health benefits of choir singing for disadvantaged adults. *Psychology of music* 41(4), 405-421. doi:10.1177/0305735611430081
- Ferrari, A. & Alboresi, S. (2010). Guide to the interpretation of cerebral palsy. In Adriano Ferrari, & Giovanni Cioni, (2010). *The spastic forms of cerebral palsy. A Guide to the assessment of adaptive functions*. Milan: Springer, 17-28
- Frances, A. & Ross, R. (2004). *Casos Clínicos. DSM-IV-TR. Guia para o diagnóstico diferencial*. Lisboa: Climepsi Editores
- Fuge, R. (2002). *A teacher's guide to hydrocephalus*. San Francisco, California: Hydrocephalus Association

- Gaudin, Y. (2015). *Musicothérapie et autisme: du chaos à l'organisé*. Thèse de doctorat, França: Université Nice Sophia Antipolis disponível em <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01255142/document> a 20 de Fevereiro de 2016
- Gooding, L. (2011). The effect of music therapy social skills training program on improving social competence in children and adolescents with social skills deficits. *Journal of music therapy*, 48(4), 440-462. doi:10.1093/jmt/48.4.440
- Hanser, S. (1999). *The new music therapist's handbook*. Boston: Berklee Press.
- Hertz-Picciotto, I. & Delwiche, L. (2009). The rise in autism and the role of age at diagnosis. *Epidemiology*. 20(1): 84-90. doi: 10.1097/EDE.0b013e3181902d15
- Hillier, A., Greher, G., Poto, N. & Dougherty, M. (2011). Positive outcomes following participation in music intervention for adolescents and young adults on the autism spectrum. *Psychology of music* 40(2), 201-215. doi:10.1177/0305735610386837
- Hodapp, R. & Dykens, E. (2005). Problems of girls and young women with mental retardation (intellectual disabilities). In D. Bell, S. Foster & E. Mash (Eds.) *Handbook of Behavioral and Emotional Problems in Girls*. New York, Boston, Dordrecht, London, Moscow: Kluwer Academic Plenum Publishers, 239-262
- Hollander, E. (ed.) (2003). *Autism Spectrum Disorder*. New York: Marcel Dekker
- Lima, M. (2005). *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde*. Lisboa: Climepsi Editores
- Montello, L. & Coons, E.(1998). Effects of active versus passive group music therapy on preadolescents with emotional, learning, and behavioral disorders. *Journal of music therapy*, 35 (1), 49-67. doi:10.1093/jmt/35.1.49

- Oliveira, R., Roddrigues, F., Venâncio, M., Saraiva, J. & Fernandes, B. (2012). Avaliação e investigação etiológica do transtorno do desenvolvimento psicomotor/déficite intelectual. *Saúde infantil*, 34(3), 5-10.
- Pavlicevic, M. (2003). *Groups in Music. Strategies from Music Therapy*. London and New York: Jessica Kingsley Publishers
- Pavlicevic, M., O'Neil, N., Powell, H., Jones, O. & Sampathianaki, E. (2014). Making music, making friends: long-term music therapy with young adults with severe learning disabilities. *Journal of intellectual disabilities*, 18(1), 5-19.
doi:10.1177/1744629513511354
- Pellitteri, J. (2000). Music therapy in special education setting. *Journal and educational and psychological consultation* 11(3&4), 379-391.
- Regier, D., Kuhl, E. & Kupfer, D. (2013). The DSM-5: classification and criteria changes. *World psychiatry* 12(2): 92-98. doi: 10.1002/wps.20050
- Richard, E. (2007). "What bit of my head is talking now?" Music therapy with people with learning disabilities and mental illness. In Tessa Watson (Ed.). *Music Therapy with Adults with Learning Disabilities*. London and New York: Routledge, Taylor & Francis Group, 58-70.
- Rogers, C. (1985). *Tornar-se pessoa* (7ª ed.). Lisboa: Moraes
- Rolvjord, R. (2005). Collaborations on songwriting with clients with mental health problems. In Baker, E. and Wigram, T. (Eds). *Songwriting. Methods, techniques and clinical applications for music therapy clinicians, educators and students*. London: Jessica Kingsley Publishers, 97-115.
- Sacks, O. (2007). *Musicofilia*. Lisboa: Relógio d'Água
- Santos, M. C. (2013). *Problemas de saúde mental em crianças e adolescentes, identificar, avaliar e intervir*. Lisboa: Edições Sílabo.

- Savarimuth, D. (2002). The effects of music on clients with learning disabilities: a literature review. *Complementary therapies in nursing and midwifery*, 8(3), 160-165. doi:10.1054/ctnm.2001.0629
- Saville, R. (2007). Music therapy and autistic spectrum disorder. In Tessa Watson (Ed.) (2007). *Music therapy with adults with learning disabilities*. London and New York: Routledge, Taylor & Francis Group, 33-46
- Schaefer, G. B. & Mendelsohn, J. M. (2013). Clinical genetics evaluation in identifying the etiology of autism spectrum disorders: 2013 guideline revisions. *Genetics in Medicine* 15, 399-407. Doi: 10.1038/gim.2013.32
- Schreiber, C. (2011). Social skills intervention for children with high-functioning autism spectrum disorders. *Journal of positive behavior intervention* 13(1), 49-62. doi:10.1177/1098300709359027
- Stephenson, J. (2006). Music therapy and the education of students with severe disabilities. *Education and training in developmental disabilities*, 41(3), 290-299.
- Stewart, D. (2002). Sound company. Psychodynamic group music therapy as facilitating environment, transformational object and therapeutic playground. In Alison Davis, & Eleanor Richards, (Eds). *Music Therapy and Group Work*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 27-42.
- Toporek, C. & Robinson, K. (1999). *Hydrocephalus. A Guide for patients, families, and friends*. Sebastopol, CA: O'Reilly & Associates, Inc.
- Volkmar, F., Reichow, B. & McPartland, J. (2012). Classification of autism and related conditions: progress, challenges, and opportunities. *Dialogues in clinical neuroscience*, 14(3): 229-237.
- Wan, C., Ruber, T., Hohmann, A. & Schlaug; G. (2010). The therapeutic effects of singing in neurological disorders. *Music perception*, 27(4), 287-295.

doi:10.1525/MP.2010.27.4.287

Watson, T. (2007). Valuing people: a new framework. In T. Watson (Ed.) *Music therapy with adults with learning disabilities*. USA: Routledge, 5-17

Wigram, T. & Baker, F. (2005). Songwriting as therapy. In F. Baker & T. Wigram (Eds.) *Songwriting methods, techniques and clinical applications for music therapy clinicians, educators and students*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Wigram, T., Pedersen, I, e Blonde, L. (2002). *A comprehensive guide to music therapy – theory, clinical practice, research and training*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Apêndices

Apêndice I – Formulário de avaliação diagnóstico

Formulário de avaliação diagnóstico

Data da admissão: _____ ano/mês/ dia

Nome do cliente: _____ Sexo: (M) (F)

Data de nascimento: _____ ano/mês/ dia Idade cronológica: _____

Informações gerais		
O cliente tem um diagnóstico actual? <i>Quem o forneceu?</i>	Sim	Não
O cliente toma alguma medicação? <i>Med:</i>	Sim	Não
O cliente tem algum tipo de alergias ou sensibilidade?	Sim	Não
Devo ter algum tipo de precauções no trabalho com este cliente? <i>(i.e. tesouras, morder, comportamento de automutilação, etc)</i>	Sim	Não
O cliente participa noutra tipo de terapias? <i>Terapias:</i>	Sim	Não
O cliente teve algum tipo de experiência ou exposição musical anterior?	Sim	Não
Pensa que o cliente tem alguma aptidão musical particular? <i>Qual?</i>	Sim	Não
Existem músicos na família próxima do cliente? <i>Quem?</i>	Sim	Não
O cliente parece ter algum tipo de preferências musicais? <i>Quais?</i>	Sim	Não
Qual o benefício que o cliente poderá vir a ter da musicoterapia?	Sim	Não

Motricidade global		
Apercebeu-se de que o cliente tem qualquer dificuldade a nível da motricidade global?	Sim	Não
O cliente consegue andar perfeitamente?	Não	Sim
O cliente exige algum tipo de apoio físico?	Sim	Não
O cliente utiliza plenamente todos os seus membros?	Não	Sim

Motricidade fina		
Apercebeu-se de que o cliente tem qualquer dificuldade a nível da motricidade fina?	Sim	Não
O cliente é capaz de executar tarefas finas com ambas as mãos? <i>(i.e. comer com os talheres, apertar e desapertar, segurar num lápis)</i>	Não	Sim
O cliente deixa cair com frequência objectos ou tem dificuldade em segurá-los?	Sim	Não

Oral		
O cliente tem quaisquer dificuldades alimentares?	Sim	Não
O cliente tem quaisquer dificuldades respiratórias?	Sim	Não

Sensorial		
Apercebeu-se de que o cliente tem quaisquer dificuldades sensoriais?	Sim	Não
O cliente resiste ao apoio físico?	Sim	Não
O cliente engrena em comportamentos repetitivos?	Sim	Não
O cliente tem algum défice auditivo, visual ou de outros sentidos?	Sim	Não
O cliente tem alguma sensibilidade ou preferência extrema por determinados sons?	Sim	Não
O cliente é sobre estimulado por sons, luzes ou multidões?	Sim	Não

Comunicação receptiva/ Recepção auditiva		
O cliente foi diagnosticado com quaisquer dificuldades auditivas? <i>Em caso afirmativo foi feito um audiograma e quais os resultados:</i>	Sim	Não
O cliente tem dificuldades em ouvir sons ou compreender a fala?	Sim	Não
O cliente tem um historial de infecções auditivas?	Sim	Não

Musicoterapia e as competências sociais do adulto com deficiência

O cliente compreende ou reage ao que lhe é dito?	Sim	Não
--	-----	-----

Comunicação Expressiva

Apercebeu-se de que o cliente tem quaisquer dificuldades de fala ou linguagem?	Sim	Não
O cliente comunica verbalmente? <i>Em caso negativo, indicar o modo de comunicação:</i>	Sim	Não
O cliente é facilmente compreendido pelos outros?	Sim	Não
O cliente tem alguma idiosincrasia na fala?	Sim	Não

Cognitivo

Apercebeu-se de que o cliente tem quaisquer dificuldades ou défices cognitivos?	Sim	Não
---	-----	-----

Emocional

Apercebeu-se de que o cliente tem quaisquer dificuldades emocionais?	Sim	Não
O cliente demonstra emoções de forma adequada?	Sim	Não
O cliente fica em cólera ou enraivecido facilmente?	Sim	Não
O cliente sofreu algum trauma emocional ou mudanças recentes nas circunstâncias da sua vida?	Sim	Não

Social

Apercebeu-se de que o cliente tem quaisquer dificuldades sociais?	Sim	Não
O cliente tem alguma dificuldade no relacionamento com membros da sua família?	Sim	Não
O cliente tem um grupo de pares da mesma faixa etária?	Sim	Não
O cliente participa na conversa ou brinca com os outros?	Sim	Não
O cliente tem quaisquer dificuldades no CAO ou noutras situações sociais?	Sim	Não

Existe algo que não tenha sido coberto pelo questionário e que sinta ser importante?

Notas estagiária:

RESUMO:

Categorias a ser avaliadas:

Motricidad e grossa	Motricidad e oral	Comunicação receptiva/percepçã o auditiva	Comunicaçã o expressiva	Social
Motricidad e fina	Sensorial	cognitivo	Emocional	Musicalidad e

Apêndice II – Grelha de observação de sessão

Grelha de observação da sessão

Cliente/grupo:

Terapeuta:

Data:

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DA SESSÃO:

TEMAS CENTRAIS:

OBSERVAÇÕES ESPECÍFICAS (aspectos individuais ou processo de grupo):

MÚSICA PRODUZIDA (actividade, instrumentos, repertório)

NOVIDADES OU MUDANÇAS:

REACÇÕES PESSOAIS:

A FAZER:

Apêndice III – Ficha de identidade sonora musical

Ficha de identidade sonora musical

Data da admissão: _____ ano/mês/ dia

Nome do cliente: _____

Sexo: (M) (F)

Data de nascimento: _____ ano/mês/ dia Idade cronológica: _____

<i>Atitudes e comportamentos</i>	S	F	R	N
Escuta música				
Gosta de cantar				
Gosta de dançar				
Gosta de estar em silêncio				
Tolera ambientes de ruído				

S- sempre; F – frequentemente; R – raramente; N – nunca.

Tem preferência pelos seguintes instrumentos musicais:

Tem preferência pelos seguintes géneros musicais:

Instrumentos de que menos gosta ou rejeita:

Géneros musicais de que menos gosta ou rejeita:

Sons não musicais que mais aprecia:

Sons não musicais que menos aprecia:

Outras observações pertinentes: