Lusíada
Repositório das Universidades Lusíada

Universidades Lusíada

Ponces, Rita Seguro Pereira Martins Correia, 1993-

Sons de confiança : musicoterapia e a pessoa com deficiência

http://hdl.handle.net/11067/4457

Metadados

Data de Publicação 2018

Resumo Entre os meses de outubro de 2017 e junho de 2018, vinte e um utentes da Associação Rumo à Vida usufruíram de sessões de musicoterapia, no âmbito do estágio curricular do Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa. Esta associação realiza trabalho com jovens e adultos com deficiência com o objetivo de potenciar o máximo desenvolvimento da autonomia e de competências cognitivas e sociais de cada utente. A maioria dos utentes apresenta diagnósticos de incapacidade intelectual ou p...

Between October 2017 and July 2018, twenty-one Rumo à Vida Association's clients attended music therapy sessions in the context of a curricular internship of the Master's in Music therapy of the Lusíada University, in Lisbon. The work with young people and adults with disabilities in this association aims to improve their development in different areas such as autonomy, cognitive and social abilities. Intellectual disability and autism spectrum disorder are the most common diagnoses among this p...

Palavras Chave Musicoterapia, Pessoas com deficiência - Assistência em instituições - Portugal - Matosinhos, Musicoterapia - Prática profissional, Associação Rumo à Vida (Matosinhos, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)

Tipo masterThesis

Revisão de Pares Não

Coleções [ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-18T22:17:24Z com informação proveniente do Repositório

http://repositorio.ulusiada.pt

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

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

Sons de confiança: musicoterapia e a pessoa com deficiência

Realizado por:
Rita Seguro Pereira Martins Correia Ponces
Supervisionado por:
Prof.ª Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite
Orientado por:
Dr.ª Daniela Patrícia Araújo Santos

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.ª Doutora Maria da Graça Duarte da Sila Santos

Relatório aprovado em: 28 de Fevereiro de 2019

Lisboa

2018

UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

Sons de confiança:
musicoterapia e a pessoa com deficiência

Rita Seguro Pereira Martins Correia Ponces

Lisboa

outubro 2018

UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

Sons de confiança:
musicoterapia e a pessoa com deficiência

Rita Seguro Pereira Martins Correia Ponces

Lisboa

outubro 2018

Rita Seguro Pereira Martins Correia Ponces

Sons de confiança:
musicoterapia e a pessoa 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: Dra. Daniela Patrícia Araújo Santos

Lisboa

outubro 2018

Ficha Técnica

Autora	Rita Seguro Pereira Martins Correia Ponces
Supervisora de estágio	Prof.ª Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer
Orientadora de estágio	Dra. Daniela Patrícia Araújo Santos
Título	Sons de confiança: musicoterapia e a pessoa com deficiência
Local	Lisboa
Ano	2018

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

PONCES, Rita Seguro Pereira Martins Correia, 1993-

Sons de confiança : musicoterapia e a pessoa com deficiência / Rita Seguro Pereira Martins Correia Ponces ; supervisionado por Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer ; orientado por Daniela Patrícia Araújo Santos. - Lisboa : [s.n.], 2018. - 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 - SANTOS, Daniela Patrícia Araújo, 1980-

LCSH
1. Musicoterapia
2. Deficientes - Assistência em instituições - Portugal - Matosinhos
3. Musicoterapia - Prática profissional
4. Associação Rumo à Vida (Matosinhos, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
5. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
6. Teses - Portugal - Lisboa

1. Music therapy
2. People with disabilities - Institutional care - Portugal - Matosinhos
3. Music therapy - Practice
4. Associação Rumo à Vida (Matosinhos, Portugal) - Study and teaching (Internship)
5. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
6. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC
1. ML3920.P66 2018

Àqueles que na Música encontram um veículo terapêutico.

Agradecimentos

Palavras são insuficientes para descrever a gratidão que sinto ao concluir esta etapa. Sei que não teria conseguido sem o apoio de várias pessoas que foram influenciando todo o meu percurso, não só ao longo do mestrado em musicoterapia, mas ao longo da minha caminhada estudantil.

Grata estou a Deus por ter colocado no meu coração o desejo de estudar musicoterapia e por me capacitar para este trabalho.

Grata estou à Professora Teresa Leite por supervisionar o meu trabalho, sempre escutar e sempre aconselhar.

Grata estou aos professores do mestrado, Margarida Rebelo, Ricardo Pinheiro, Túlia Cabrita, Tânia Gaspar e Eduarda Carvalho, por me fazerem descobrir o que é ser musicoterapeuta.

Grata estou aos professores João Paz, Carla Lopes, Pedro Rocha, Ricardo Melo, Pedro Fesch, Jorge Alexandre e Francisco Monteiro por me mostrarem tantas perspetivas musicais.

Grata estou à Associação Rumo à Vida por possibilitar a realização deste estágio curricular. Grata estou à Aldina Oliveira por todo o entusiasmo e incentivo dado ao meu trabalho. Grata estou à Daniela Santos por toda a orientação na minha intervenção e na escrita deste relatório. Grata estou às terapeutas, professoras, técnicos e auxiliares da Associação Rumo à Vida por me ensinarem a trabalhar com população com deficiência.

Grata estou ao meu marido, ouvinte, confidente, amigo e consolador, pelo apoio incondicional. Grata estou aos meus pais e às minhas irmãs por sempre me suportarem nas minhas decisões e por partilharem comigo as emoções das conquistas. Grata estou à Fatinha e ao Carlos pela porta aberta na sua casa.

Grata estou aos meus companheiros e companheiras de fé, por intercederem por mim. Grata estou às minhas parceiras de caminhada Margarida, Francisca, Carolina, Soraia e Inês por viverem comigo os desafios, receios e vitórias deste Mestrado.

“Calma, calma, calma,

Calma!

Calma, dá-me mais tempo.

Calma, não grites comigo.

Estou a tentar…

Calma, eu consigo!

Eu não sou um super-homem,

Faz tu melhor!

Já estou cansado,

Errar é humano, errar é humano.

Devagar se vai ao longe…”

“Calma”: canção do espetáculo “Montanha”, apresentado na Casa da Música a 09 de abril de 2018.

Resumo

Sons de confiança: musicoterapia e a pessoa com deficiência

Rita Seguro Pereira Martins Correia Ponces

Entre os meses de outubro de 2017 e junho de 2018, vinte e um utentes da Associação Rumo à Vida usufruíram de sessões de musicoterapia, no âmbito do estágio curricular do Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa. Esta associação realiza trabalho com jovens e adultos com deficiência com o objetivo de potenciar o máximo desenvolvimento da autonomia e de competências cognitivas e sociais de cada utente. A maioria dos utentes apresenta diagnósticos de incapacidade intelectual ou perturbação do espetro do autismo, que condicionam o seu funcionamento em vários domínios. Estes puderam ser trabalhados no âmbito da intervenção em musicoterapia, que decorreu ao longo de diferentes fases: observação e adaptação, avaliação inicial e estabelecimento de metas terapêuticas, intervenção terapêutica e avaliação final. A potencialidade terapêutica da musicoterapia foi explorada nos estudos de caso do Miguel e do Rui. Nestes casos, foi possível verificar que os sons de confiança resultaram em mudanças terapêuticas. Estes resultados foram obtidos com recurso à construção de canções e à improvisação clínica, baseadas na valorização dos utentes enquanto músicos e na relação terapêutica de confiança estabelecida através da música.

Palavras-chave: Musicoterapia, deficiência, construção de canções, improvisação.

Abstract

Sounds of trust: music therapy and the person with disabilities

Rita Seguro Pereira Martins Correia Ponces

Between October 2017 and July 2018, twenty-one *Rumo à Vida* Association's clients attended music therapy sessions in the context of a curricular internship of the Master's in Music therapy of the *Lusíada* University, in Lisbon. The work with young people and adults with disabilities in this association aims to improve their development in different areas such as autonomy, cognitive and social abilities. Intellectual disability and autism spectrum disorder are the most common diagnoses among this population, presenting consequences in several domains of their daily function. These impairments were the target of the music therapy intervention that was divided in different stages: observation and adaptation, initial evaluation and therapeutic goals establishment, therapeutic intervention and final evaluation. In Miguel and Rui's case studies the therapeutic potential of music therapy was explored – the sounds of trust resulted in therapeutic changes using songwriting and clinical improvisation. This work was based on the valorization of the patients as musicians and the use of music to establish the therapeutic relationship of trust.

Keywords: Music therapy, disabilities, songwriting, improvisation.

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização do grupo de participantes 29
Tabela 2 - Agenda Semanal 35
Tabela 3 - Metas terapêuticas e objetivos de curto prazo da intervenção com o Miguel 38
Tabela 4 - Metas terapêuticas e objetivos de curto prazo da intervenção com o Rui 50
Tabela 5 - Seleção musical para o Rui escutar em aula 55

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

CAO	-	Centro de Atividades Ocupacionais
DGEstE	-	Direção Geral dos Estabelecimentos Escolares
EMPE	-	Escola Profissional de Música de Espinho
IPSS	-	Instituição Particular de Solidariedade Social
MTADD	-	Music Therapy Assessment for Developmental Disabilities
PAA	-	Plano Anual de Atividades
PAD	-	(instrumentos) de Percussão de Altura Definida
PAI	-	(instrumentos) de Percussão de Altura Indefinida
PE	-	Projeto Educativo
PEA	-	Perturbações do Espetro do Autismo
RAV	-	(associação) Rumo à Vida

Sumário

Agradecimentos VII
Resumo XI
Abstract XIII
Lista de Tabelas XV
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos XVII
Sumário XIX
Introdução 1
Caracterização da Instituição Acolhedora do Estágio: RAV 3
Caracterização da População-alvo da Intervenção: Alunos e Utentes da RAV 7
Enquadramento Teórico 9
Incapacidade Intelectual 9
Perturbações do Espetro do Autismo 10
Abordagens Terapêuticas em Musicoterapia 11
Improvisação clínica. 15
Composição de canções. 17
Musicoterapia Aplicada à Incapacidade Intelectual 19
Musicoterapia Aplicada às PEA 21
Objetivos Gerais do Estágio em Musicoterapia na Associação Rumo à Vida 25
Metodologia 27
Caracterização dos Participantes 27
Instrumentos de Avaliação e Planos Terapêuticos 29
Procedimentos 31
Espaço e Materiais das Sessões 32
Horários e Dinâmicas da Instituição e da Estagiária 34
Estrutura das Sessões 35
Estudos de Caso 37
Miguel, O Compositor 37
Dados biográficos e diagnóstico. 37
Avaliação inicial e plano terapêutico. 38
Intervenção terapêutica. 40
Resultados e discussão. 46
Conclusão. 48
Rui, O Improvisador 49
Dados biográficos e diagnóstico. 49

Avaliação inicial e plano terapêutico. 49
Intervenção terapêutica. 51
Resultados e discussão. 56
Conclusão. 58
Outras Intervenções Musicoterapêuticas 59
Intervenções Individuais com os Alunos da Sala A 59
Intervenções Individuais com os Alunos da Sala B 63
Intervenções Individuais com utentes do CAO 67
Intervenções de Grupo com Utentes do CAO 72
Outras Atividades Realizadas no Âmbito do Estágio em Musicoterapia 77
Sessões de Relaxamento 77
Espetáculo *Montanha* 77
Considerações Finais 79
Reflexão Final 81
Referências 83
Apêndices 89
Lista de Apêndices 91
Apêndice A 93
Apêndice B 97
Apêndice C 101
Apêndice D 105
Apêndice E 109
Apêndice F 113
Apêndice H 123
Apêndice I 127
Anexos 131
Lista de Anexos 133
Anexo A 135
Anexo B 139

Introdução

O presente documento consiste no relatório de estágio realizado no âmbito da unidade curricular Seminário de Estágio/Relatório de Estágio do Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa. Contempla a descrição e a análise do trabalho levado a cabo na Associação Rumo à Vida (RAV), ao longo do qual foram criados sons de confiança que sustentaram o trabalho musicoterapêutico com pessoas com deficiência.

O referido estágio foi realizado entre outubro de 2017 e junho de 2018 com uma população de jovens e adultos portadores de deficiência: incapacidade intelectual e perturbações do espetro do autismo. Segundo a Organização Mundial de Saúde, a deficiência é uma questão de direitos humanos, já que as pessoas com deficiência vivem geralmente em condições socioeconómicas mais desfavoráveis em relação às pessoas sem deficiência. Além disso, a existência de pouca documentação acerca das políticas desenvolvidas pelos países para responder às necessidades das pessoas com deficiência é um motivo de alerta (WHO, 2011). Por esta razão, torna-se essencial estudar as abordagens que são aplicadas à população com deficiência, evidenciado a sua eficácia. Neste âmbito, surge a necessidade de aprofundar o trabalho musicoterapêutico já realizado com a população com deficiência em Portugal. Existem vários trabalhos na literatura científica que abordam os benefícios da musicoterapia na deficiência, como será apresentado neste relatório. No entanto, a musicoterapia não é, ainda, uma prática comum em Portugal.

Assim, com a realização de um estágio curricular é possível evidenciar-se o valor terapêutico da musicoterapia com uma população portadora de deficiência, representada pelos alunos e utentes da RAV. Desta forma, ao longo do estágio foi apresentada esta nova abordagem terapêutica à instituição e os utentes beneficiaram de uma forma de terapia que ainda não conheciam. Foram organizadas sessões individuais e em pequenos grupos para o

trabalho dos objetivos terapêuticos definidos pela equipa técnica da instituição, aos quais se juntaram objetivos específicos da musicoterapia. A relação criada através de sons de confiança permitiu o desenvolvimento dos referidos objetivos. Na fase final, foi possível verificar os efeitos positivos da musicoterapia nos alunos e utentes que puderam beneficiar desta intervenção.

Assim sendo, o presente trabalho inclui uma secção de revisão de literatura relacionada com a incapacidade intelectual e as perturbações do espetro do autismo, percorrendo as abordagens musicoterapêuticas que podem ser aplicadas a esta população. Depois, é apresentada a descrição do trabalho realizado no estágio em musicoterapia na RAV, na qual se incluem dois estudos de caso: o Miguel e o Rui. Em cada estudo de caso são apresentados os objetivos terapêuticos definidos para a intervenção em musicoterapia, é descrito o processo da intervenção, são discutidos os resultados e apresentadas conclusões. Na apresentação dos restantes casos é feito um resumo da intervenção, sendo evidenciadas as mudanças que ocorreram em cada utente nas sessões de musicoterapia. No fim, são apresentadas considerações finais acerca do relatório de estágio bem como uma reflexão pessoal acerca do significado deste trabalho para a estagiária enquanto estudante, enquanto pessoa e como futura musicoterapeuta.

Caracterização da Instituição Acolhedora do Estágio: RAV

A Associação Rumo à Vida (RAV) é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), fundada em 2015, que promove uma resposta a cidadãos com deficiência, situada no concelho de Matosinhos, no distrito Porto. Conta com uma equipa de intervenção composta por professoras de ensino especial, terapeutas ocupacional e da fala, psicóloga, assistente social, auxiliares educativas, assistentes operacionais e diretora técnica. A RAV assinala a sua missão da seguinte forma:

> Ensinar e proporcionar uma educação especial diferenciada para potenciar o máximo desenvolvimento da autonomia e das competências académicas e sociais, considerando as especificidades de cada aluno, em articulação com as Famílias, conduzindo à sua melhor integração na sociedade (Associação Rumo à Vida, 2016).

Esta missão surge com base na visão da instituição de "desenvolver a autonomia e inclusão de pessoas com deficiência na vida social ativa" (Associação Rumo à Vida, 2016). No projeto educativo relativo ao triénio 2017-2019 (PE) é apontado como lema da instituição o conhecimento e a exploração das profissões, que é desenvolvido nas atividades propostas no Plano Anual de Atividades (PAA). Este plano apresenta como principais objetivos motivar os alunos para as aprendizagens, apelando à participação ativa, fomentar o gosto pela escola, melhorar o processo ensino-aprendizagem e promover a adoção de comportamentos adequados (Rumo à Vida, 2017). Além disso, as atividades também são orientadas para a criação de momentos de convívio e partilha entre a comunidade escolar e a comunidade envolvente. Estas atividades incluem deslocações a instituições como a Fundação de Serralves, a Biblioteca de São Mamede Infesta e a Casa da Música. O PAA também prevê atividades nas instalações da RAV, que pretendem dar ênfase às épocas festivas como o Natal ou Carnaval e também a dias

dedicados a áreas específicas, como por exemplo os dias do farmacêutico, do animal, da terapia da fala, do obrigado, da criança, entre outros.

A instituição recebe os utentes em regime laboral (das 08:30h às 17:30h), podendo cada um deles deslocar-se de e para a RAV na carrinha da instituição, que faz um percurso passando pela casa de todos os utentes que assim o requisitem, ou então por meios próprios (normalmente de carro, conduzido pelos pais). Os utentes da RAV estão divididos em duas valências: ensino, através de um protocolo com a Direção Geral dos Estabelecimentos Escolares (DGEstE) e atividades de autonomização, através de um protocolo com a Segurança Social.

Na valência de ensino, os onze alunos, que são utentes menores de idade, estão divididos em duas salas (sala A e sala B), sendo cada uma delas dirigida por uma professora de ensino especial, com o apoio de uma auxiliar educativa. Estes alunos preenchem as manhãs com atividades académicas funcionais, trabalhadas essencialmente em sala de aula. Nas tardes, os alunos participam no atelier artístico e no atelier de jardinagem e bricolagem, que são dinamizados por professores destas áreas. Os alunos também realizam, sem periodicidade definida, atividades de autonomização de culinária e de lavandaria, orientadas pelas professoras e auxiliares educativas. Todos os alunos beneficiam de sessões individuais, ou em duplas, de psicologia, terapia da fala e, oito destes, de terapia ocupacional. Estas sessões decorrem ao longo de todo o dia, nas salas das respetivas terapias.

Na valência de atividades de autonomização, o Centro de Atividades Ocupacionais (CAO), recebe clientes com mais de 18 anos, que estão divididos em três grupos (grupo A, grupo B e grupo C) para realizarem, alternadamente, atividades de autonomização de culinária e de lavandaria. Estas atividades são orientadas por auxiliares educativas. Os utentes também participam nos atelieres de artes, bricolagem e jardinagem, anteriormente referidos, divididos nos respetivos grupos. Em cada uma destas atividades, os utentes têm a oportunidade de

consolidar as matérias de português e matemática funcionais, aplicando-as ao trabalho que têm que realizar. Beneficiam de sessões individuais ou em pequeno grupo de psicologia, e sessões de grupo de terapia da fala e de terapia ocupacional.

Todos os utentes da RAV realizam atividade física, duas vezes por semana: educação física e natação, dinamizadas por professores de educação física adaptada, sendo acompanhados pelos professores e auxiliares da RAV. Estas atividades decorrem de acordo com um protocolo elaborado entre a RAV e a Câmara Municipal de Matosinhos, estando os espaços da Matosinhos Sport disponíveis para serem usados para a prática de exercício físico. Assim, os utentes deslocam-se, em grupos, ao Pavilhão Municipal do Padrão da Légua ou à Piscina Municipal de Guifões para realizarem as respetivas atividades físicas.

Caracterização da População-alvo da Intervenção: Alunos e Utentes da RAV

A população da RAV apresenta deficiência, física e/ou mental, ou problemas de desenvolvimento e comportamento. Estas características impedem as crianças e jovens de encontrarem resposta na escola regular, e os adultos de viverem autonomamente. A RAV recebe 25 utentes, sendo 11 destes do sexo feminino. Os utentes vivem, maioritariamente, nos concelhos de Matosinhos (13 utentes) e do Porto (9 utentes), e minoritariamente nos concelhos de Valongo (2 utentes), Gondomar (1 utente) e Vila Nova de Gaia (1 utente).

As profissões dos encarregados de educação dos alunos da valência educativa englobam-se nas áreas da educação, psicologia, informática e eletricidade, estando uma das encarregadas de educação desempregada. Dois dos alunos, que vivem num lar de acolhimento, têm como encarregada de educação a diretora técnica dessa instituição. Na valência de atividades de autonomização, os encarregados de educação dos utentes do CAO são maioritariamente desempregados ou aposentados, havendo apenas uma encarregada de educação que exerce na área da psicologia. Há três utentes do CAO que vivem em lares de acolhimento, sendo as diretoras destas instituições as suas encarregadas de educação.

No que diz respeito à caracterização etária dos utentes da RAV, o utente mais novo tem 9 anos de idade e a mais velha tem 39 anos de idade, sendo a média de idades dos alunos da valência de ensino de 15 anos e dos utentes do CAO de 25 anos.

Nesta instituição estão diagnosticados 9 utentes com perturbação do espetro do autismo (PEA), 5 alunos na valência educativa e 4 no CAO. Na valência educativa também surge a incapacidade intelectual (4 alunos) e o diagnóstico de doenças raras: uma aluna com esclerose tuberosa e uma aluna com síndrome genético dos cromossomas 20 e 21, ambas apresentando défice psicomotor e atraso neurológico. No CAO a patologia mais frequente é a incapacidade intelectual (6 clientes), geralmente associada a problemas comportamentais. Há ainda duas

clientes com Trissomia 21, uma cliente com paralisia cerebral e uma cliente com limitações relacionadas com o traumatismo no parto.

Enquadramento Teórico

Para que a intervenção musicoterapêutica realizada ao longo do estágio curricular pudesse ser baseada em conhecimento científico, foi realizada a leitura e análise de literatura relacionada com o âmbito da intervenção. Desta forma, são apresentadas as principais características dos diagnósticos de incapacidade intelectual e das perturbações do espetro do autismo, que correspondem aos diagnósticos predominantes na RAV. Depois, são aprofundadas as abordagens musicoterapêuticas na deficiência, sendo dado ênfase à improvisação clínica e à construção de canções. No fim são evidenciadas as potencialidades de aplicação de musicoterapia a pessoas com incapacidade intelectual e perturbações do espetro do autismo.

Incapacidade Intelectual

A incapacidade intelectual (ou perturbação do desenvolvimento intelectual) é uma perturbação do neurodesenvolvimento que consiste em "défices de funcionamento intelectual e adaptativo nos domínios conceptual, social e prático" (American Psychiatric Association, 2013, p. 38). Estes prejudicam o funcionamento diário e tiveram origem no período de desenvolvimento, ou seja, antes dos 18 anos. A incapacidade intelectual apresenta quatro níveis de gravidade: ligeira, moderada, grave e profunda. Pode surgir em comorbidade com perturbação de hiperatividade/défice de atenção, perturbações depressivas e bipolares, perturbação da ansiedade, perturbações do espetro do autismo, perturbação de movimentos estereotipados, perturbações do controlo de impulsos e perturbação neurocognitiva major (American Psychiatric Association, 2013). Considera-se um problema de saúde não resolvido, com impacto socioeconómico e emocional, uma vez que as pessoas com incapacidade intelectual tendem a ser estigmatizadas socialmente e apresentam dependência de um cuidador (Oliveira, Rodrigues, Venâncio, Saraiva, & Fernandes, 2012).

A prevalência da incapacidade intelectual na população em geral é de 1 % (American Psychiatric Association, 2013), verificando-se maior incidência no sexo masculino (Oliveira et al., 2012). As pessoas com incapacidade intelectual apresentam dificuldades como discernimento social, autogestão do comportamento, das emoções ou das relações interpessoais, condicionando o alcance de padrões de independência. Além disso, podem ser por vezes ingénuas e crédulas, apresentando falta de consciência de risco, o que pode fazer com que sejam exploradas por outros. No nível mais grave podem apresentar comportamentos agressivos ou disruptivos (American Psychiatric Association, 2013; Jaschke & Scherder, 2015), uma vez que a forma como se veem a si mesmas e ao ambiente que as rodeia está afetada (Lawendowsky & Bieleninik, 2017). Estes problemas de comportamento tendem a ser mais frequentes em pessoas com incapacidade intelectual em relação ao resto da população (Kalgotra & Warwal, 2017).

Perturbações do Espetro do Autismo

As Perturbações do Espetro do Autismo (PEA) constituem um distúrbio de neurodesenvolvimento que afeta a constituição química do cérebro ou a sua estrutura (Eren, 2015). As pessoas com PEA apresentam um défice persistente na comunicação social recíproca e na interação social, condicionando o desenvolvimento, manutenção e compreensão de relacionamentos. Evidenciam padrões restritos e estereotipados de comportamento, de interesses ou de atividades, tais como estereotipias motoras, de fala e de uso de objetos, e ainda insistência em rotinas e padrões ritualizados de comportamento (American Psychiatric Association, 2013). O reduzido contacto ocular, o desinteresse em estímulos sociais, a falta de resposta ao nome, a não iniciação de interações, a pobre partilha de interesses com cuidadores e a falta de competências de imitação são características típicas de pessoas com PEA (Srinivasan, Eigsti, & Bhat, 2016). Acrescenta-se que estas pessoas apresentam dificuldade na

transição de atividades e podem apresentar hiper ou hiporreatividade a estímulos ambientais, como indiferença à dor ou à temperatura, e tocar ou cheirar excessivamente objetos (Couteur, 2012; American Psychiatric Association, 2013). Estes sintomas prejudicam o funcionamento social, podendo a pessoa com PEA estar condicionada em diferentes áreas: aprendizagem através da interação social; alimentação e sono, devido à insistência em rotinas e à rejeição da mudança; estabelecimento de independência na vida adulta. Neste período de adultez pode também verificar-se o isolamento social e a falta de ocupação, a dificuldade em ingressar na vida profissional, bem como a dificuldade em criar comportamentos dirigidos ou projetos de valorização pessoal (American Psychiatric Association, 2013).

Esta patologia está muitas vezes associada à incapacidade intelectual e a disfunções sensoriais e de comportamento, podendo assumir três níveis de gravidade: nível 1, nível 2 e nível 3, conforme a necessidade de suporte que a pessoa com PEA apresenta (American Psychiatric Association, 2013). O diagnóstico das PEA surge, geralmente, até aos três anos de idade, e como não há indicadores biológicos desta patologia, a atribuição de diagnóstico é feita com base no historial clínico da criança (Kumar, Prakash, Sewal, Medhi, & Modi, 2012).

De acordo com a literatura científica, 1 em cada 160 crianças no mundo está diagnosticada com PEA. Geralmente, a população com este diagnóstico sofre de estigmatização social e não encontra os sistemas de cuidados e educação adequados às suas necessidades (WHO, 2013).

Abordagens Terapêuticas em Musicoterapia

A musicoterapia consiste no uso dinâmico de experiências musicais e das relações estabelecidas através destas, num contexto terapêutico (Gold, Wigram, & Voracek, 2007). Estabelece-se como uma disciplina da área da saúde que, através da relação terapêutica, pretende alcançar objetivos pessoais de um indivíduo, associados às suas necessidades físicas,

emocionais, cognitivas e sociais (American Music Therapy Association, 2016). A utilização de música num contexto terapêutico promove a criação de um *setting* de segurança em que o paciente interage com o terapeuta (Wigram, Pedersen, & Bonde, 2002) com tópicos musicais e pessoais (Mössler, Assmus, Heldal, Fuchs, & Gold, 2012). Os objetivos musicoterapêuticos não se baseiam na aquisição de capacidades na área musical, mas noutras áreas: fala/linguagem, habilidade física/cinestésica, educacional, psicológica, social e estética (Pellitteri, 2000). Assim, a música é usada como mediadora no contexto terapêutico para alcançar mudanças na vida para além do domínio musical, relacionando-o com outros domínios da vida (Bruscia, 2001; Wigram, et al., 2002). Além disto, o uso terapêutico da música pode complementar o diagnóstico de uma pessoa com incapacidade, já que na prática musical podem emergir aspetos da pessoa que não foram verificados nas avaliações feitas noutras áreas. Assim, torna-se mais fácil a compreensão da funcionalidade global do paciente (Wigram, 1999).

A pessoa com deficiência pode apresentar défices de funcionamento em diferentes áreas e a prática musical num processo a longo prazo pode induzir melhorias em competências específicas (Wan, Ruber, Hohmann, & Schlaug, 2010). Além disso, na área da deficiência há dificuldades na expressão verbal que podem ser ultrapassadas com o uso da música (Lawendowsky & Bieleninik, 2017), sendo a musicoterapia uma abordagem facilitadora da comunicação (Skeja, 2014). A música pode também funcionar como motivadora da realização de tarefas (Stephenson, 2006) e melhorar o funcionamento social, bem como o estado global da pessoa com perturbação mental (Grocke, et al., 2014). No espaço da musicoterapia pode ser feito um trabalho de identidade, no que diz respeito à sua definição e desenvolvimento. Neste âmbito, a música torna-se um veículo de autoexpressão para os pacientes explorarem novas formas de perceção de si e do outro (Lawendowsky & Bieleninik, 2017). Através da participação em experiências musicais positivas, as pessoas com incapacidade podem

encontrar uma nova forma de se relacionarem com o outro (Pavlicevic, O'Neil, Powell, Jones, & Sampathianaki, 2013). Além disso, a prática de musicoterapia também possibilita que sejam trabalhados sentimentos e emoções, contribuindo para a sua identificação e controlo, permitindo que o paciente se torne consciente deles e assim lhes dê direcionalidade e valor (Petruta-Maria, 2015).

Através das formas criativas de fazer música, uma pessoa com incapacidades pode acreditar nas suas potencialidades e autoeficácia, superando desafios e controlando situações consideradas difíceis (Lawendowsky & Bieleninik, 2017), já que no âmbito das sessões é possível criar momentos em que a pessoa é bem-sucedida (Sausser & Waller, 2006). Grocke e colaboradores (2014) estudaram a influência da frequência de sessões em grupo de musicoterapia na qualidade de vida de pessoas com perturbações mentais e verificaram que era positiva. Contudo, depois de terminarem a intervenção, ou seja, depois das pessoas deixarem de frequentar as sessões de musicoterapia, os resultados positivos não se mantiveram, o que incentiva à implementação de programas continuados de musicoterapia, para que os seus benefícios não se extingam.

Tendo em consideração estas potencialidades do uso terapêutico da música, é possível compreender as vantagens que esta apresenta quando usada no âmbito da educação especial, para que os alunos com necessidades educativas especiais possam beneficiar mais plenamente do processo de educação (Petruta-Maria, 2015) e tirar o máximo partido das suas potencialidades (Eren, 2014). Por haver uma transversalidade de atividades nas áreas de musicoterapia e educação musical especial (cantar, tocar instrumentos, ouvir música, entre outras), importa destacar o que as distingue. Esta distinção pode ser evidenciada com base nos objetivos da prática musical (Pellitteri, 2000) ou nas orientações teóricas das duas áreas (Langan, 2009). Enquanto em educação musical os objetivos se relacionam com o aumento do

conhecimento musical ou o desenvolvimento da capacidade de tocar um instrumento, por parte dos alunos, em musicoterapia é procurada a melhoria do funcionamento psicológico através das experiências musicais (Pellitteri, 2000). Estas diferenças são evidenciadas por Eren (2014), que divide o uso da música no ensino especial em três áreas: (a) educação musical, que implica a aprendizagem e aquisição de competências e conteúdos musicais; (b) educação através da música, que consiste no uso da música para aprender conteúdos de outras áreas que não a musical; (c) musicoterapia, que implica o uso terapêutico da música.

Sabendo que a musicoterapia pode ser usada para desenvolver diversas competências das pessoas com incapacidade, pode colocar-se a questão de ser mais eficaz optar por sessões individuais ou sessões de grupo. Por um lado, a terapia individual pode ser mais indicada, uma vez que as intervenções musicais podem ser altamente diferenciadas, para englobar os défices de cada paciente nos diferentes âmbitos (Kumar, et al., 2012). Por outro lado, em musicoterapia de grupo é possível estabelecer contacto com pares através da música e assim desenvolver competências sociais (Eren, 2015; Srinivasan, et al., 2016). Esta questão também pode ser pensada de forma progressiva, podendo o paciente começar por trabalhar as suas competências apenas com o terapeuta e depois ser inserido no grupo (Eren, 2015).

As técnicas usadas no âmbito das sessões de musicoterapia dependem das características de cada paciente ou grupo, tais como o sexo, a idade ou as competências verbais (Gold, et al., 2007). As diferentes técnicas, mesmo não sendo usadas de forma individualizada ou estática, podem classificar-se em três categorias: (a) técnicas de produção, que implicam a criação de algo novo; (b) técnicas de reprodução que consistem em tocar ou cantar música pré-composta; (c) técnicas de receção que se baseiam na audição de música ao vivo ou gravada (Mössler, et al., 2012).

Considerando as diferentes técnicas, importa que o ambiente musical criado na sessão de musicoterapia seja concordante com o estado emocional do utente, sendo o musicoterapeuta responsável por responder musicalmente àquilo que o utente comunica (Nordoff & Robbins, 1977), ajustando as atividades musicais às características dos pacientes (Lawendowsky & Bieleninik, 2017).

Desta forma, pode considerar-se que a intervenção musicoterapêutica apresenta inúmeras vantagens no trabalho com pessoas portadoras de deficiência, sendo que os musicoterapeutas usam a música no contexto terapêutico ambicionando sempre resultados clínicos positivos (Gold, et al., 2007). Wigram, Pedersen e Bonde (2002) consideram que este uso da música permite a dissipação de barreiras relacionadas com as incapacidades da pessoa com deficiência. Além disso, explicam que a musicoterapia apresenta duas principais técnicas no trabalho com esta população: improvisação, que providencia um meio para o desenvolvimento criativo; canções, que permitem a expressão de emoções e a participação comunicativa numa experiência musical.

Improvisação clínica.

A improvisação clínica consiste no uso da improvisação musical num ambiente de confiança, com o suporte do terapeuta que pretende corresponder às necessidades do paciente (Wigram, 2004; Porter, et al., 2017). Em musicoterapia pode recorrer-se a atividades de improvisação para explorar e expressar sentimentos, trabalhar nos problemas pessoais, desenvolver competências musicais e não-musicais e ainda relacionar e comunicar com o outro (Bruscia, 2001). É possível trabalhar nas referidas competências já que o processo de improvisação permite que sejam atingidos os níveis de autoexpressão espontânea e comunicação emocional (Kim, Wigram, & Gold, 2009).

Nordoff e Robbins (1977) foram pioneiros na área da improvisação clínica e explicaram que na sessão de musicoterapia é importante criar um ambiente musical com o qual o paciente sinta afinidade, através de sonoridades flexíveis e livres de convenções. Este ambiente permite o estabelecimento da relação com o paciente, providenciando a autoexpressão e o envolvimento do paciente na sessão terapêutica. Importa ainda salientar o conceito "músico-criança", apresentado por estes autores: a ideia de que há em cada pessoa um elemento de responsividade à música, independentemente das suas incapacidades.

Assim sendo, a improvisação pode ser usada pelo terapeuta para imitar os movimentos do paciente, o que fará com que este sinta que a música está a representar a sua expressividade (Accordino, Comer, & Heller, 2007) e para que este foque a sua atenção na experiência que está a acontecer (Nordoff & Robbins, 1977). Este processo desenrola-se quando o terapeuta identifica os comportamentos musicais e não musicais dos pacientes e cria uma estrutura musical previsível, empática e de suporte que permite atrair e envolver as pessoas em terapia. Assim, o musicoterapeuta produz sons musicais que estão a refletir a musicalidade própria do paciente, o que promove uma resposta à interação musical (Kim, et al., 2009). A música produzida neste âmbito vai sempre ao encontro das características do paciente, sem tentar negá-las ou contorná-las (Lawendowsky & Bieleninik, 2017). Wigram (2014) lembra que importa marcar o início e o fim de cada improvisação, que pode ser feito com o recurso a períodos de silêncio. Além disso, após os momentos de improvisação podem ser feitas reflexões verbais acerca da música que foi produzida (Porter, et al., 2017), permitindo processar o que aconteceu.

A improvisação pode começar a partir de uma ideia simples que é repetida, variada, estendida e expandida. Pode também derivar do estabelecimento de algumas regras de estrutura, para dar segurança à experiência musical. Estas regras estão, geralmente, relacionadas com elementos musicais, ou com o tema estabelecido que serviu de inspiração ao

momento musical. Nestes momentos de improvisação, alguns pacientes podem tornar a música estanque, insistindo em repetições, o que é característico de algumas patologias, como as PEA. Nestas situações, é responsabilidade do terapeuta fazer o paciente evoluir destas posições, variando aspetos como tonalidade, densidade e intensidade (Wigram, 2004).

Composição de canções.

No âmbito da intervenção em musicoterapia, as canções podem ser usadas como uma forma de trabalhar as vivências do dia-a-dia dos pacientes e valorizar a sua identidade, já que o repertório usado parte do paciente. As canções também podem ser usadas para desenvolver capacidades funcionais, no domínio físico, cognitivo e de comunicação (Baker & Wigram, 2005). No *setting* musicoterapêutico, o repertório usado pode incluir canções pré-existentes, temas originais ou canções com letra modificada, sendo os temas originais os mais utilizados nos vários domínios de intervenção. Embora não seja possível identificar qual a canção mais vantajosa para cada tipo de problemática, revela-se útil verificar quais as estruturas musicais que mais promovem as melhorias nas várias áreas de funcionamento de cada paciente (Schwartzberg & Silverman, 2014).

A composição de canções pode promover segurança, suporte, estimulação ou relaxamento. Este processo permite que o paciente possa lidar com diferentes questões da sua vida, como as relações interpessoais (Baker & Wigram, 2005) ou exteriorização de pensamentos (Baker, Wigram, Stottc, & McFerran, 2009). O valor terapêutico da escrita de canções é encontrado durante o processo de composição ou através do produto final (Silverman, Baker, & MacDonald, 2016).

A escrita de canções pode ser feita em terapia de grupo ou individual, sendo a sessão individual o contexto mais comum deste método (Baker, et al., 2009). O processo em grupo promove a partilha com o outro e a escuta do outro, sendo a narrativa de cada um apresentada

de forma estruturada e criativa (Silverman, et al., 2016). Após a criação de uma canção, pode ser feita a gravação e posterior audição da canção composta, no contexto de sessão, para reforçar sentimentos positivos ou trabalhar sentimentos e pensamentos não desejados (Baker, et al., 2009).

Pode fazer parte do processo terapêutico a partilha da canção composta com outras pessoas, como forma de passar uma mensagem ou demonstrar os objetivos que tenham sido atingidos em sessão e/ou para que a comunidade possa conhecer uma nova pessoa, sendo a pessoa com deficiência transformada num *performer* (Baker, et al., 2009). Desta forma, o paciente, suportado pelo terapeuta, exterioriza as suas histórias, partilhando-as com outros, podendo vir a sentir o suporte da comunidade, sendo criadas novas conexões entre estes (Baker, 2013). Mesmo assim, os sentimentos associados à apresentação podem ser positivos, como a coragem e o orgulho, ou negativos, como a ansiedade da performance. A confiança na atuação pode ir sendo ganha se esta começar num meio mais restrito, e for avançando para contextos mais alargados. No contexto de sessões de grupo, o facto das canções serem compostas em conjunto e, consequentemente, a atuação ser feita em grupo, cada paciente pode sentir mais confiança na apresentação, uma vez que não enfrenta o público sozinho (Baker, 2013).

O processo de composição de canções inclui a escrita da letra, a estrutura harmónica e a linha melódica. Estes aspetos podem ser completamente estabelecidos pelo paciente, ou o terapeuta pode dar sugestões para os pacientes escolherem (Baker, et al., 2009). Importa que nas canções a acentuação das palavras esteja bem adequada, por causa da relação entre as palavras faladas e cantadas (Nordoff & Robbins, 1983). Por norma, a letra é criada antes da parte musical, ou então surgem as duas em simultâneo.

No que respeita à letra, o terapeuta pode usar, de acordo com Baker, Wigram, Stottc e McFerran (2009), quatro métodos diferentes para estimular a produção de letra pelo paciente:

(1) Brainstorming, que consiste em exteriorizar tudo aquilo que surge no pensamento quando se introduz um tema específico; (2) Preenchimento de espaços em branco, em que o terapeuta apresenta estruturas previamente compostas para o paciente completar; (3) *Song narratives*, que podem ser entendidas como o contar de uma história, em que os acontecimentos são cantados; (4) Pergunta-resposta, que normalmente é feita em grupo e consiste em pequenas frases que vão sendo cantadas pelo terapeuta e pelos pacientes, como resposta àquilo que foi cantado anteriormente (Baker, et al., 2009).

A parte musical pode ser previamente estabelecida pelo terapeuta, recorrendo a estruturas harmónicas comuns, como por exemplo, 12 bar blues, que é uma progressão harmónica de doze compassos, típica do *Blues* [1] (Silverman, et al., 2016). Nordoff e Robbins (1983) consideram que a harmonia deve variar entre as funções de tónica, dominante e subdominante, para dar estabilidade emocional à música. A criação da parte musical também inclui as fases de escolha de género musical, tonalidade, criação de uma melodia, estilo de acompanhamento e instrumentação. Estas componentes musicais podem derivar de improvisações feitas em sessão (Baker, et al., 2009).

Em termos musicoterapêuticos, importa que os pacientes sejam os principais responsáveis pela criação das canções, embora questões como a sua patologia ou o tempo que têm disponível em sessão possam reduzir a sua responsabilidade no processo, assumindo o terapeuta um papel mais ativo (Baker, et al., 2009).

Musicoterapia Aplicada à Incapacidade Intelectual

As atividades musicoterapêuticas apresentam, para a população com incapacidade intelectual, potencialidades de melhorias em diferentes áreas. No contexto terapêutico, a

[1] Exemplo em Dó Maior: DóM | DóM | Dó M | Dó M | FáM | FáM | DóM | DóM | SolM | Fá M | DóM | SolM ||

música pode assumir um papel de motivadora para a realização de tarefas, facilitar processos de comunicação e contribuir para a gestão de comportamentos disruptivos.

A frequência de sessões de musicoterapia pode representar um fator de motivação elevado para pessoas com incapacidade intelectual. Isto fará com que estas permaneçam nas tarefas que lhes são propostas por períodos mais longos, passando mais tempo a trabalhar e desenvolver as suas competências em terapia (Bravo, Ojeda-Castelo, & Piedra-Fernandez, 2017). Nos casos de pessoas em idade escolar, a intervenção musicoterapêutica pode ter uma influência positiva no sucesso académico (Fernandéz, Vásquez, & Ferreiro, 2014). Além disso, a inclusão de musicoterapia em programas de intervenção cognitiva com pessoas com incapacidade intelectual pode contribuir para aumentar o sucesso desses programas (Skeja, 2014).

As pessoas com incapacidade intelectual apresentam, muitas vezes, défices nos processos comunicativos, principalmente no âmbito da linguagem expressiva (Boardman, Bernal, & Hollins, 2014). O recurso a estratégias musicais pode facilitar a interação com esta população, devido à característica de não-verbalidade da música (Pavlicevic, et al., 2013), e assim se dissipar algumas dificuldades de comunicação.

Os comportamentos agressivos e disruptivos, por vezes característicos de pessoas com incapacidade intelectual, podem ser trabalhados no âmbito da musicoterapia. Lawendowsky e Bieleninik (2017) consideram que a musicoterapia pode moldar o comportamento e o rumo dos processos psicológicos internos. Além disso, o uso de sons organizados na prática musical, pode ser associado à organização comportamental (Jaschke & Scherder, 2015). Kalgotra e Warwal (2017) realizaram um programa de intervenção musical com crianças com incapacidade intelectual, baseado no uso da voz e na produção instrumental. Após a

intervenção, verificaram mudanças nos comportamentos violentos e disruptivos dos participantes, bem como na relação com o outro.

Apesar de ainda não terem sido publicados estudos suficientes acerca da eficácia das diferentes técnicas da musicoterapia aplicadas à incapacidade intelectual, Silverman e Leonard (2012) consideram que as características típicas desta população fazem com que as pessoas tendam a preferir as técnicas ativas, como cantar ou tocar instrumentos em relação às recetivas, que consistem na audição musical.

Musicoterapia Aplicada às PEA

No âmbito da intervenção com pessoas com PEA, a musicoterapia, particularmente a improvisação clínica, tem ganho um reconhecimento crescente, ocupando um lugar de destaque no trabalho com esta população – a música, no contexto terapêutico, permite o acesso a níveis espontâneos de autoexpressividade, comunicação emocional e envolvimento social, funcionando como um meio para aceder ao relacionamento interpessoal (Kim, et al., 2009).

A musicoterapia é incluída no processo terapêutico das PEA para trabalhar várias áreas de funcionamento do indivíduo, como a comportamental, a social e a de comunicação (Accordino, et al., 2007), e pode tornar-se um método alternativo de ensino de competências específicas (Fong & Lee, 2012). Os clínicos têm evidenciado a importância da improvisação em musicoterapia nas PEA, em todos os níveis de funcionalidade dos pacientes (Thompson, 2014).

A música pode ser usada para desenvolver competências sociais em pessoas com PEA, permitindo ultrapassar a sua barreira verbal de expressão emocional (Eren, 2015), uma vez que a música permite organizar os elementos da comunicação, sendo um meio para alcançar o domínio verbal (Fong & Lee, 2012), ou revisitar a fase pré-verbal (Wigram, 1999). A música pode ignorar temporariamente processos verbais e atingir a emoção e personalidade de

indivíduos com PEA (Eren, 2015; Wigram, 1999). Fong e Lee (2012) defendem que, para uma criança com PEA, fazer música pode ser mais fácil do que falar no que respeita ao estabelecimento de processos comunicativos.

A música pode ser um ponto de partida para as pessoas com PEA começarem a confiar nas pessoas que as rodeiam e se sentirem satisfeitas consigo mesmas. Isto porque fazer música com pessoas com PEA promove o interesse e a motivação para um grau de atenção conjunta e tolerância de envolvimento partilhado (Wigram & Gold, 2006). Este processo começa com o estabelecimento da relação do paciente com o instrumento, e depois com o terapeuta, que pode ser verificado quando o paciente passa de improvisações a solo para improvisações em dueto com o terapeuta. Depois disso, o paciente pode revelar interesse em interagir musicalmente com o grupo. Importa salientar que este processo pode durar várias semanas ou meses (Eren, 2015).

Ações conjuntas, no âmbito da musicoterapia, tais como fazer música, cantar e dançar levam a uma partilha de experiência afetiva que pode evocar comportamentos sociais positivos, que trazem benefícios à pessoa com PEA (Srinivasan, et al., 2016), podendo a participação em atividades musicais incentivar o envolvimento e participação dos pacientes em atividades sociais (Shi, Lin, & Xie, 2016). Tendo em consideração estas vantagens da utilização da música, é importante que se verifique se as competências desenvolvidas durante a sessão são generalizadas para a vida da pessoa (Accordino, et al., 2007).

Resumindo, a literatura evidencia as vantagens da aplicação de musicoterapia à população com deficiência, em particular às pessoas com diagnósticos de incapacidade intelectual e PEA. Assim, num contexto terapêutico de segurança, alcançado através do som, as pessoas podem trazer tópicos pessoais para a sessão e trabalhá-los através da relação musical estabelecida com o terapeuta. Além disso, a música pode ser usada no contexto terapêutico no

desenvolvimento de diferentes áreas do funcionamento das pessoas com deficiência. Com isto, verifica-se que a inclusão de musicoterapia no plano terapêutico de pessoas com incapacidade intelectual ou PEA pode ter um impacto positivo.

Objetivos Gerais do Estágio em Musicoterapia na Associação Rumo à Vida

O estágio curricular em musicoterapia, com duração de oito meses, contempla três objetivos gerais: (a) aumentar as abordagens terapêuticas disponibilizadas aos utentes da RAV; (b) identificar efeitos terapêuticos específicos da musicoterapia no trabalho com pessoas portadoras de deficiência; (c) apresentar a musicoterapia à comunidade institucional.

Com a aplicação de um projeto musicoterapêutico na RAV passa a oferecer-se aos utentes uma nova abordagem terapêutica, como complemento do processo de intervenção individualizado dos utentes, que já conta com terapia ocupacional, terapia da fala e apoio psicológico. Assim, cada utente passa a beneficiar de projetos criativos e de valorização pessoal, podendo o registo não-verbal da musicoterapia ser uma alternativa na relação e no treino de competências. Através da prática de sessões de musicoterapia ao longo do ano letivo com os utentes da RAV, e da posterior análise de resultados obtidos na intervenção, pretende-se identificar os efeitos terapêuticos específicos da musicoterapia na pessoa com deficiência, nas várias áreas do seu funcionamento. Por fim, o estágio em musicoterapia na RAV permite que seja dada a conhecer esta abordagem terapêutica à comunidade institucional – enfatizar as suas aplicações e potencialidades terapêuticas, bem como evidenciar o papel e o lugar de uma musicoterapeuta numa instituição que realiza trabalho com pessoas portadoras de deficiência.

Metodologia

A intervenção clínica levada a cabo ao longo do estágio apresentou uma metodologia cuja descrição é apresentada de seguida. Desta forma, é caracterizado o grupo de participantes, são expostos os instrumentos de avaliação usados ao longo da intervenção e relatados os procedimentos inerentes ao trabalho realizado. São também apresentados os materiais usados, é explicada a estruturação das sessões de musicoterapia e a organização da agenda semanal das sessões.

Caracterização dos Participantes

No âmbito do estágio em musicoterapia na RAV foi feita intervenção com 21 utentes, sinalizados pela psicóloga, pelas professoras titulares de cada sala e pela professora responsável pelo CAO. Na tabela 1 é possível verificar dados descritivos dos utentes, tais como a sua idade e a valência em que estão inseridos na RAV: educativa (DGEstE) ou atividades de autonomização (CAO). Além disso, é apresentado o diagnóstico, bem como o tipo de sessões (individual, dupla ou grupo) e ainda o número de sessões de musicoterapia realizadas com cada utente. Para proteger a identidade de cada utente da instituição, e respeitando a política de privacidade a que a estagiária se comprometeu, são sempre usados nomes fictícios. Estes nomes foram atribuídos seguindo uma linha de valorização da criatividade e da dimensão metafórica que a música assume no trabalho terapêutico. Assim, os nomes fictícios foram atribuídos de acordo com as características musicais que cada utente apresentava, que se assemelhavam às de músicos conhecidos e admirados pela estagiária.

Os alunos e utentes do CAO com PEA ou incapacidade intelectual grave e profunda beneficiaram de sessões individuais. Isto porque foi tida em consideração a severidade das limitações de comunicação e funcionamento global destas pessoas, que podiam condicionar o trabalho em grupo. Os utentes com incapacidade intelectual ligeira e outras patologias

beneficiaram de sessões em duplas ou em grupo. A distribuição dos utentes foi feita de acordo com as indicações da equipa técnica da instituição. A variação do número de sessões com cada um esteve relacionada com questões de assiduidade dos utentes à RAV e de saídas dos utentes para atividades no exterior: quando alguém faltava à RAV, no dia em que estava agendada a sua sessão de musicoterapia, perdia a sessão dessa semana; o mesmo acontecia quando as saídas de autonomização estavam marcadas para os horários das sessões. Apesar disto, e sempre que possível, a estagiária ajustava a agenda semanal, realizando as sessões em horários não programados, para evitar comprometer a periodicidade das sessões.

Tabela 1

Caracterização do grupo de participantes

Nome	Idade	Valência	Diagnóstico	Tipo de sessões	Número de sessões
Adele	21	CAO	incapacidade intelectual	dupla 2	22
Ana	22	CAO	trissomia 21	grupo 1	23
Ana Sofia	38	CAO	PEA	individual	22
André	15	DGEstE	PEA	individual	26
Avril	25	CAO	esquizofrenia	grupo 1	23
Pedro	17	DGEstE	PEA	individual	24
Carlos	9	DGEstE	hidrocefalia	individual	15
Carlota	12	DGEstE	esclerose tuberosa	individual	24
Fernando	22	CAO	incapacidade intelectual	dupla 1	19
Francisco	13	DGEstE	PEA	individual	26
Henrique	19	CAO	incapacidade intelectual	dupla 1	16
Ivan	13	DGEstE	incapacidade intelectual	individual	5
Johanna	16	DGEstE	incapacidade intelectual	individual	25
Jorge	18	DGEstE	PEA	individual	27
José	23	CAO	PEA	individual	23
Laura	39	CAO	incapacidade intelectual	individual	8
Luísa	21	CAO	trissomia 21	dupla 2	22
Miguel	17	DGEstE	incapacidade intelectual	individual	27
Ricardo	14	DGEstE	síndrome de Turner	individual	27
Rui	16	DGEstE	PEA	individual	24
Sónia	24	CAO	incapacidade intelectual	grupo 1	23
Tim	18	CAO	sem diagnóstico	individual	22

Instrumentos de Avaliação e Planos Terapêuticos

A avaliação inicial e final dos utentes das sessões de musicoterapia foi feita com recurso a um instrumento de avaliação apresentado por Boxill (1985). Uma vez que não foram encontrados instrumentos de avaliação em musicoterapia, relativos à deficiência, que

estivessem indicados para o uso em Portugal, houve a necessidade de recorrer ao MTADD, em inglês. Este instrumento foi adaptado para a língua portuguesa pela estagiária (apêndice C), apenas para ser usado neste trabalho clínico. Este instrumento permitiu avaliar as várias áreas de funcionamento dos utentes antes e depois da intervenção musicoterapêutica.

Nesta altura foi importante compreender a ideia Boxill (1985), relativamente à diferença entre metas e objetivos terapêuticos. Assim, ficou estabelecido que meta terapêutica diria respeito a um resultado que se esperava alcançar a longo prazo, definindo o curso da terapia. Conforme a meta terapêutica que tivesse sido estabelecida, seriam criados objetivos de curto prazo, que correspondiam a um meio para ser atingido um fim. Ou seja, os objetivos diriam respeito a passos que precisavam de ser dados para serem atingidas, de forma gradual, as metas terapêuticas definidas para cada paciente.

A primeira aplicação do MTADD foi feita ao longo das primeiras sessões de cada utente. Após esta primeira aplicação foram identificadas as áreas de tratamento e foi elaborado o plano terapêutico de utente (apêndice D), com definição de metas e objetivos terapêuticos. Estes surgiram com base na avaliação em musicoterapia, mas também segundo os objetivos definidos pela equipa terapêutica da RAV, no início do ano letivo.

Na segunda aplicação do MTADD foi possível verificar se as metas e objetivos terapêuticos tinham sido atingidos. Esta verificação também foi feita com recurso à análise dos registos de sessão (apêndices E e F). Estes documentos tinham como finalidade sumariar o que havia acontecido em cada sessão e destacar aspetos relacionados com comportamentos musicais e gerais, bem como evidenciar mudanças que tivessem ocorrido na sessão. Foram elaborados dois tipos de tabelas de registo de sessões, direcionadas para as sessões individuais ou sessões de grupo. Desta forma, a avaliação de cada utente, no âmbito da musicoterapia, também dependeu da observação direta dos utentes nas sessões. Além disto, como as sessões

foram gravadas em formato de vídeo, foi possível ir revendo alguns aspetos da sessão que não tivessem ficado claros, ou aprofundar a avaliação realizada através dos métodos anteriores.

Procedimentos

O procedimento levado a cabo no estágio em musicoterapia na RAV foi dividido em quatro fases: observação e adaptação; avaliação inicial e estabelecimento de metas terapêuticas; intervenção terapêutica; avaliação final.

A fase de observação e adaptação começou no dia 01 de outubro de 2017, tendo sido prolongada por um mês. Neste período, a estagiária pôde conhecer a instituição, os utentes e os técnicos, compreender as suas rotinas, e observá-los nos vários contextos: sala de aula, ateliês, refeições e intervalos. No final de cada dia foi realizada uma síntese do que havia sido observado e a importância desses acontecimentos para o exercício da musicoterapia. No fim desta fase, foi enviada uma declaração de esclarecimento acerca da necessidade de registar as sessões de musicoterapia em vídeo para efeitos de supervisão (anexo A) e uma declaração a ser assinada pelos encarregados de educação ou responsáveis legais que autorizassem o registo das imagens dos utentes nas sessões de musicoterapia (anexo B). Na última semana procedeu-se à arrumação e organização da sala que iria ser usada para as sessões de musicoterapia. Ao longo desta fase também foi possível a partilha com a equipa técnica acerca do tipo de trabalho que iria ser realizado com os utentes e esclarecer curiosidades que iam surgindo acerca do trabalho musicoterapêutico.

Seguiu-se a fase de avaliação inicial, que correspondeu às primeiras sessões de musicoterapia de cada utente, entre novembro de 2017 e janeiro de 2018. Nesta fase tornou-se importante conhecer cada utente, identificar as suas características e necessidades terapêuticas. Estes dados foram obtidos em sessão, mas também com recurso às informações que foram partilhadas pelas professoras e pela psicóloga da RAV. Houve ainda possibilidade de aceder

aos processos individuais de cada utente para identificar dados biográficos e familiares, bem como diagnósticos clínicos. Nesta fase, foram preenchidas as tabelas do MTADD (Boxill, 1985), e foram também estabelecidas as metas terapêuticas e objetivos de curto prazo para cada utente.

Concluída a avaliação inicial, começou a fase de intervenção terapêutica, que decorreu entre os meses de janeiro e maio de 2018. Neste período, os utentes frequentaram sessões semanais de musicoterapia, para trabalharem os objetivos estabelecidos pela estagiária na fase anterior. Ao longo das sessões, as principais técnicas consistiam na improvisação instrumental e vocal e na composição de canções, bem como na interpretação de canções pré-compostas que eram trazidas pelos utentes para as sessões. Todas as sessões eram gravadas em formato de vídeo e eram resumidas através dos registos de sessão (apêndices E e F).

A fase final do estágio decorreu nos meses de maio e junho. Nesta fase, foram realizadas as avaliações finais, com recurso às tabelas do MTADD (Boxill, 1985). Além disso foi analisada a aquisição das metas terapêuticas, recorrendo-se aos registos das sessões para confirmar as mudanças induzidas pela musicoterapia, ou para constatar que as metas terapêuticas não tinham sido atingidas. Na última sessão com cada utente foi feita uma reflexão acerca do que as sessões de musicoterapia tinham significado para as suas vidas, recorrendo-se a palavras e a improvisações instrumentais e vocais.

Espaço e Materiais das Sessões

As sessões de musicoterapia com os utentes da RAV decorreram sempre na sala de musicoterapia. Esta estava localizada no mesmo corredor das salas destinadas às sessões de apoio psicológico, terapia da fala e terapia ocupacional. Antes de ser usada para as sessões de musicoterapia, a sala estava organizada para a realização de reuniões, embora fosse usada com

muito pouca frequência. Por esta razão, a estagiária fez o pedido à coordenadora da instituição para reorganizar a sala, o qual foi aceite sem reservas.

As mesas que ocupavam a sala foram colocadas junto à parede, e as cadeiras foram posicionadas num espaço de semicírculo no centro da sala. De um lado das cadeiras ficou colocado o teclado e a guitarra, e do outro foram dispostos os instrumentos de percussão de altura indefinida (PAI). Esta disposição permitia que, nas sessões de grupo, os participantes pudessem sempre ver-se mutuamente, criando equidade entre os elementos. No caso das sessões individuais, permitia que os utentes pudessem sentar-se mais próximos dos instrumentos que iam mais ao encontro das suas preferências.

Os instrumentos PAI que foram usados ao longo da intervenção foram adquiridos pela estagiária especialmente para este propósito, e a RAV colocou à disposição um conjunto de bongós que não estavam a ser usados em nenhuma atividade da instituição. Para além deste grupo de instrumentos, que incluía maracas, ovos, pandeiretas, tamborins, clavas, reco-recos e triângulos também foram utilizados instrumentos de percussão de altura definida (PAD), como o *glocknspiel* diatónico de uma oitava e a kalimba. O piano e a guitarra foram os instrumentos harmónicos usados ao longo da intervenção. Geralmente, a guitarra servia de base harmónica à entoação de canções e o piano era usado nas improvisações e leituras melódicas. Mesmo assim, conforme os utentes que estavam em sessão, podiam ser atribuídas novas funções aos instrumentos.

Uma vez que havia a necessidade das sessões serem gravadas para efeitos de supervisão, foi usada uma câmara de filmar que era sempre colocada em mesas da sala que estivessem longe dos utentes, para não constituírem um fator de distração durante as sessões.

Horários e Dinâmicas da Instituição e da Estagiária

A estagiária organizou as sessões seguindo o exemplo do que acontecia nas restantes terapias: sessões semanais de 30 minutos, em *setting* individual, par ou trio. Havendo a necessidade de preencher as tabelas de registo de sessões, a estagiária reservava 30 minutos no fim do período da manhã e do período da tarde para esse propósito. No final dos dias de terça, quarta e quinta, a estagiária colaborava na atividade de relaxamento dinamizada pela terapeuta ocupacional. Esta atividade correspondia a um momento da rotina diária em que, através de atividades terapêuticas, era promovido o relaxamento físico e mental dos utentes da RAV. A agenda semanal definida para a estagiária está apresentada na tabela 2.

Tabela 2

Agenda Semanal

Horas	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira
09:45	*Preparação da sala*	*Preparação da sala*		*Preparação da sala*
10:00	**Carlota**	**Ricardo**		**Carlos/Ivan**
10:30	**Johanna**	**Jorge**		**Miguel**
11:00	*Intervalo*	*Intervalo*		*Intervalo*
11:30	**Francisco**	**Pedro**		**Ana Sofia**
12:00	*Reflexão das sessões*	*Reflexão das sessões*		*Reflexão das sessões*
12:15	*Almoço*	*Almoço*		*Almoço*
13:30	**Sónia, Ana e Sara**		*Preparação da sala*	
14:00		**André**	**Luísa e Adele**	**Laura**
14:30	**Rui**	**José**	**Henrique e Fernando**	**Tim**
15:00	*Reflexão das sessões*			
15:30	*Lanche*			
16:00	**Apoio ao relaxamento**			
16:30	*Saída*			

Estrutura das Sessões

As sessões de musicoterapia realizadas ao longo do período de intervenção tinham a duração de 30 minutos, durante os quais iam sendo desenvolvidas várias atividades terapêuticas. Deste modo, conforme o horário estabelecido para as sessões, a estagiária dirigia-se à sala onde cada utente se encontrava para o levar para a sala de musicoterapia, acompanhando-o de volta à sala de aula no fim da sessão. Esta metodologia permitia que fossem partilhadas algumas informações, por parte da professora titular ou da auxiliar

educativa, acerca do estado de cada utente no dia em que ia para a sessão de musicoterapia. Assim, a estagiária podia considerar esses aspetos durante a sessão. Além disso, no regresso à sala de aula, a estagiária tinha oportunidade de relatar pormenores relevantes acerca do estado do utente na sessão.

Havia uma sequência de atividades previamente definida, e semelhante em todos os casos clínicos, que serviu como linha orientadora da intervenção. Esta sequência assumia a flexibilidade exigida a situações específicas. Ou seja, a organização das sessões era sempre adaptável a cada utente e àquilo que ele/ela trazia para cada sessão. Mesmo assim, a maioria das sessões principiava com um ritual de inicio de sessão, que correspondia à canção "Olá" (apêndice B). Depois iam sendo usadas técnicas de improvisação, recriação de canções, construção de canções, leitura de melodias com recurso a sistema de cores, audição musical e de movimento corporal. Estas surgiam conforme os objetivos terapêuticos que haviam sido definidos para cada utente e conforme as necessidades que emergiam em cada sessão. Como ritual de fim de sessão, aos pacientes que comunicavam verbalmente era dado tempo para partilharem pensamentos que tivessem surgido ao longo das atividades, caso sentissem essa necessidade. Antes da saída da sala era entoada a canção de despedida: "A sessão" (apêndice B).

Estudos de Caso

O Miguel e o Rui – compositor e improvisador – são as duas pessoas apresentadas nos estudos de caso. Ambos usufruíram de sessões semanais de musicoterapia, nas quais puderam trabalhar os objetivos definidos nos respetivos planos terapêuticos. Este trabalho terapêutico foi realizado com base na relação terapêutica de confiança com cada um dos pacientes. Verificou-se que o conhecimento progressivo das sonoridades do Miguel e do Rui permitiu que a confiança fosse estabelecida através da música produzida nas sessões. Desta forma, as mudanças terapêuticas em ambos os casos foram alcançadas através da criação de sons de confiança.

Miguel, O Compositor

O Miguel, com 17 anos, estava integrado na valência de ensino da RAV. Foi sinalizado para a musicoterapia por demonstrar interesse nas sonoridades musicais e para poder experimentar uma nova abordagem terapêutica, complementar às terapias de que já beneficiava. Frequentou 25 sessões de musicoterapia, ao longo das quais se revelou um compositor musical. Trabalhou, através de canções, o controlo da sua impulsividade, as relações interpessoais e o trabalho de competências de motricidade fina.

Dados biográficos e diagnóstico.

O Miguel, com 17 anos, estava diagnosticado com epilepsia, incapacidade intelectual e perturbação de hiperatividade/défice de atenção. Apresentava problemas comportamentais, dificuldade no controlo de impulsos e na retenção e armazenamento de informação. A sua medicação incluía quatro antipiléticos, risperidona e ritalina.

Frequentou instituições de ensino especializado desde os 8 anos de idade: primeiro o Colégio Novos Rumos (Matosinhos) e depois a RAV. Antes disto esteve em escolas de ensino regular, nas quais não encontrou resposta adequada à sua problemática.

Avaliação inicial e plano terapêutico.

O preenchimento da avaliação inicial, que corresponde ao MTADD (Boxill, 1985), foi realizado ao longo das primeiras 8 sessões. Este período de avaliação foi prolongado por várias sessões devido à dificuldade de regulação dos comportamentos impulsivos do Miguel em sessão, como será exposto mais à frente. Concluída a avaliação, foi possível compreender que o Miguel apresentava as pontuações mais baixas nos domínios motor, cognitivo e de comunicação. Por esta razão, as áreas de tratamento em musicoterapia incidiram sobre a motricidade, as linguagens expressiva e recetiva, os conceitos e a sequenciação e memória.

O plano terapêutico do Miguel apresentou três metas terapêuticas, que incluíram sete objetivos de curto prazo. A primeira e a segunda metas foram definidas logo após a avaliação inicial, a terceira surgiu durante o processo de intervenção terapêutica, como pode ser verificado na tabela 3.

Tabela 3

Metas terapêuticas e objetivos de curto prazo da intervenção com o Miguel

Meta terapêutica	Objetivos de curto prazo	Data definição	Data aquisição
1. Controlar impulsividade	**a.** Usar os instrumentos indicados por instrução verbal da estagiária.	22/dez/17	08/mar/18
	b. Ouvir, imitar e colaborar com a produção musical da estagiária	22/dez/17	13/mar/18
	c. Decidir antecipadamente, definindo verbal ou não-verbalmente, o instrumento que deseja tocar.	18/jan/18	27/mar/18
2.Explorar o significado de relações de proximidade	**a.** Enumerar as pessoas de quem gosta e organizar o seu pensamento em canções	22/dez/17	08/mar/18
	b. Explorar, com canções de espaços em branco, características das pessoas de quem gosta.	11/jan/18	24/abr/18
3. Treinar o processo de apertar os cordões	**a.** Aprender a canção "Apertar os cordões" e compreender a sua aplicação.	13/mar/18	20/mar/18
	b. Mostrar-se disponível para o treino de competências de motricidade fina com motivação musical da canção "Apertar os cordões", nas sessões de musicoterapia e de terapia ocupacional.	13/mar/18	24/abr/18

Nas primeiras sessões a estagiária constatou que o Miguel mexia efusivamente em todos os instrumentos de percussão que estavam dispostos em cima da mesa, sem mostrar intencionalidade de construir momentos musicais. Além disso, quando explorava as sonoridades dos instrumentos fazia-o sempre num registo forte e descontrolado, e durante 5 segundos. Depois, trocava rapidamente de instrumento e voltava ao início do ciclo. Tinha também tendência para parar repentinamente as atividades que estava a realizar com a estagiária, e se levantar para pegar num instrumento. Esta atitude estava diretamente relacionada com a dificuldade do Miguel em controlar os seus impulsos e de permanecer em tarefa por períodos de tempo longos. Desta forma, a estagiária considerou que podia, através da organização musical, ir estruturando os comportamentos do Miguel, auxiliando-o a imprimir intencionalidade nas suas atitudes na sessão de musicoterapia. Esta intencionalidade podia ser definida verbal ou não verbalmente, sendo trabalhados os aspetos da linguagem recetiva e expressiva. Assim, através da exploração instrumental organizada o Miguel estaria a organizar o seu comportamento, o que corresponde à primeira meta terapêutica: controlar impulsividade.

Nesta primeira fase, o Miguel trazia para as sessões nomes de pessoas de quem gostava: pai, mãe, mana, D. Luzia. No entanto, nem sempre explorava as características que apreciava nessas pessoas, tendendo a dizer que gostava delas por causa dos carros que estas tinham, ou porque eram "lindas". Assim, a estagiária considerou que podia explorar o significado das relações de proximidade do Miguel através da construção de canções, definindo a segunda meta terapêutica. Desta forma, seriam trabalhados conceitos ligados às relações que o Miguel estabelecia e também seria desenvolvida a memória, através do processo de decorar as canções que iam sendo compostas.

Passadas 18 sessões de musicoterapia com o Miguel, a estagiária conversava com a terapeuta ocupacional da RAV acerca do progresso desta intervenção. Aí, a terapeuta

ocupacional partilhou que estava a trabalhar, nas suas sessões com o Miguel, o processo de apertar os cordões. Explicou que o Miguel conseguia dar o primeiro nó, mas que não conseguia concluir a laçada, apesar de ter competências de motricidade fina para o fazer. Ou seja, o Miguel tinha dificuldade em permanecer na tarefa, revelando falta de motivação para treinar esta competência. Desta forma, a estagiária propôs um trabalho de equipa: na sessão de musicoterapia seria composta uma canção relacionada com o processo de apertar os cordões, que funcionaria como motivadora do treino desta competência nas sessões de terapia ocupacional. Com isto, foi definida a terceira meta terapêutica para o trabalho com o Miguel, que consistia em treinar o processo de apertar os cordões, sendo assim trabalhadas questões de motricidade e de envolvimento na tarefa.

Intervenção terapêutica.

A intervenção terapêutica com o Miguel teve a duração de oito meses, o que correspondeu a 25 sessões de musicoterapia. Ao longo deste período foi possível identificar de forma progressiva diferentes fases de intervenção: descoberta de papéis em sessão, composição de canções, e organização de momentos criativos.

Nas primeiras três sessões o principal foco incidiu na definição dos papéis da estagiária e do Miguel nas sessões. Era importante que a estagiária compreendesse e conhecesse o Miguel, tal com era importante que este encontrasse na musicoterapia um espaço de liberdade e de expressividade musical. As características e os comportamentos típicos do Miguel, que emergiam na sala de aula, eram também visíveis durante as sessões de musicoterapia. A sua impulsividade ao mexer nos vários instrumentos, sem intencionalidade musical, ou nos objetos da estagiária (canetas e papéis), guardando alguns deles no bolso, e o rejeitar de instruções verbais como “vem para ao pé de mim” ou “devolve-me a caneta” eram recorrentes. O Miguel manifestava-se muito resistente ao *setting* e às atividades de musicoterapia. Exibia gosto pelos

sons musicais, cantando ou tocando nos instrumentos, mas permanecia pouco tempo nas tarefas. Este comportamento estaria, provavelmente, a ser despoletado pela direccionalidade que estava a ser imposta nas sessões. Assim, na terceira sessão, a estagiária modificou a sua abordagem para uma gestão da sessão menos diretiva, dando mais espaço ao Miguel para colocar na sessão os assuntos e atividades que efetivamente correspondiam aos seus interesses.

Com isto, o Miguel começou a abordar o tema do autocarro[2], que não estava estacionado no lugar onde deveria estar, ao que a estagiária respondeu, cantando "o autocarro foi embora". Logo de seguida, o Miguel repetiu a frase musical, sorrindo. Aqui, houve um silêncio que precisava de uma resposta. Então, a estagiária continuou a frase melódica, dizendo "mas mais tarde ele volta". De seguida, tornou-se necessário explicar a razão pela qual o autocarro não estava no lugar do costume, sendo concluída a frase musical. O resultado deste diálogo cantado pode ser verificado no apêndice G.

Esta canção passou a ser cantada todas as sessões, sendo sempre o Miguel a fazer o pedido para ser cantada. Com isto, foi marcada uma nova abordagem na relação da estagiária com o Miguel. A gestão das sessões passou a ser menos diretiva por parte da estagiária para ser mais aceite o material que o Miguel trazia para a sessão. Tendo em consideração a importância que a construção de uma canção teve para o estabelecimento da relação terapêutica, esta passou a ser a principal técnica utilizada, recorrendo-se também à improvisação instrumental para o trabalho das metas terapêuticas.

Desta forma, foi dado início à segunda fase de intervenção com o Miguel: composição de canções. Nesta nova fase, o Miguel passou a colaborar mais e a estar mais disponível para o trabalho terapêutico, apresentando-se também mais focado e estruturado, o que permitia um investimento no projecto criativo da composição. Trazia mais temas para a sessão e

[2] Minibus que faz o transporte dos utentes da RAV

desenvolvia-os verbalmente, em diálogos curtos com a estagiária, e musicalmente, através da construção de canções. Este envolvimento mais intencional do Miguel nas sessões de musicoterapia, permitiu o início do trabalho de exploração do significado das relações de proximidade, através da construção de canções. Então, na sessão 4, a estagiária propôs a exploração verbal do tema "o que o Miguel gosta de fazer na escola", investindo na organização do pensamento e do discurso do Miguel. Este referiu imediatamente a carrinha da D. Luzia[3], que é a auxiliar educativa da sua sala de aula. Neste caso, o Miguel não estava preocupado com o facto de o veículo não estar estacionado no lugar habitual, mas partilhou que gostava de ajudar a D. Luzia a lavar a carrinha. Com isto, a estagiária continuou a explorar verbalmente o tema, perguntando como é que o Miguel lavava a carrinha e qual o resultado final deste processo. O conteúdo deste diálogo foi rapidamente transformado em canção, com a estrutura harmónica previamente definida pela estagiária e a melodia construída pelo Miguel, com algumas dicas da estagiária. Aqui recorreu-se à técnica de espaços em branco, sendo iniciada uma frase musical pela estagiária na expectativa de que o Miguel a completasse. Este processo decorreu de forma fluída com o envolvimento entusiasmado do Miguel. O seu registo pode ser verificado no apêndice G.

Numa conversa informal, em que a D. Luzia perguntava como estavam a correr as sessões de musicoterapia, a estagiária partilhou que o Miguel tinha composto uma canção acerca da carrinha da Luzia. Esta ficou muito curiosa e perguntou se um dia a podia ouvir. Tendo em consideração a valorização do Miguel enquanto compositor e o trabalho da relação entre a D. Luzia e o Miguel, foi feita uma apresentação da canção. Esta apresentação decorreu na sala de musicoterapia, estando presentes a estagiária, o Miguel e a D. Luzia. O Miguel cantou a canção que havia composto, sempre focando o olhar na D. Luzia, enquanto esta

[3] Monovolume que faz o transporte dos utentes da RAV (tal como o minibus)

filmava a performance com o seu telemóvel. Foi um momento em que o Miguel e D. Luzia puderam sair dos seus papéis de auxiliar e aluno e partilhar emoções.

No início das sessões seguintes, o Miguel pedia sempre para cantar as canções "O autocarro" e "A carrinha da Luzia", sem nunca referir a canção "Olá". Deste modo, e considerando a importância que as canções compostas em sessão tinham para a intervenção terapêutica, estas duas canções substituíram a canção "Olá" como ritual de início de sessão. Assim, quando a estagiária pegava na guitarra para dar início à sessão, o Miguel ia enumerando as músicas que definiam o seu ritual de inicio de sessão, o que trazia continuidade e estabilidade às sessões: o Miguel já sabia o que esperar da sessão de musicoterapia.

O trabalho de composição de canções fazia com que o Miguel permanecesse concentrado e atento por períodos de tempo mais longos. As canções compostas nas sessões correspondiam a dois temas principais: acontecimentos do dia-a-dia e relações de proximidade. Por um lado, eram feitos diálogos musicais acerca dos temas que o Miguel trazia que estavam relacionados com assuntos específicos de cada dia, como o carro do pai que estava na oficina, ou o passeio de bicicleta que iria realizar quando saísse da escola. Estas canções eram geralmente compostas num trabalho improvisado de cerca de dez minutos e permitiam que o Miguel organizasse o seu pensamento e permanecesse na tarefa o tempo necessário para concluir o assunto. Nestas situações, os seus impulsos não condicionavam o seu comportamento e, portanto, a realização da atividade.

Por outro lado, o Miguel também trazia assuntos para a construção de canções relacionados com as pessoas de quem gostava. O processo de composição destas canções, que permitiam explorar o significado das relações, ocupava quase toda a sessão. Além disso, o Miguel retomava estas canções nas sessões seguintes, o que evidenciava uma valorização maior destas composições em comparação com as anteriormente referidas. Com isto, a estagiária

começou a registar este tipo de canções: escrevia a letra e a harmonia e gravava o áudio da *performance* com o telemóvel. Isto permitia que as canções pudessem ser retomadas nas sessões seguintes, dando continuidade ao trabalho terapêutico. Este processo permitiu um envolvimento entusiasmado do Miguel, quase deixando de se verificar os seus comportamentos impulsivos: o Miguel esperava pelas instruções da estagiária para começar a gravar a canção, ou para ouvir uma gravação já feita; prestava atenção aos registos escritos que a estagiária fazia das canções; aceitava as propostas de inclusão de instrumentos de percussão para acompanhar as canções que estavam a ser cantadas. A repetição das canções que o Miguel ia construindo permitia que fosse trabalhada a sua memória, uma vez que a estagiária optava por quase só tocar a harmonia das canções, incentivando o Miguel a entoar a letra.

O envolvimento do Miguel tornou-se ainda mais evidente quando passou a ser ele a pedir para gravar as canções (mesmo sem a estagiária referir esse procedimento na sessão) e também para ser ele a registar no papel aquilo que estava a ser cantado. Este último pedido foi surpreendente para a estagiária. Como o Miguel não sabia ler nem escrever, o registo escrito de uma canção podia ser-lhe pouco útil. Mesmo assim, a estagiária deixou que o Miguel fizesse o registo escrito da canção "O jipe", que foi composta para a sua irmã (Apêndice G). O resultado deste registo pode ser verificado no apêndice H. Apesar do Miguel não ter escrito palavras, a estagiária explorou verbalmente aquilo que ele tinha desenhado. A isto o Miguel respondeu que tinha desenhado o jipe. Este desenho tornou-se importante para o Miguel, já que sempre que ele pedia para entoar a canção "O jipe" nas sessões, pedia também para ver o papel, e cantava sempre olhando para aquilo que tinha escrito. Numa das sessões, após entoar esta canção, o Miguel iniciou um diálogo com a estagiária, partilhando que gostava de passar mais tempo com a "mana", o que permitiu aprofundar o significado desta relação para a vida do Miguel.

Com a impulsividade menos frequente, e o tempo de atenção às tarefas a ser mais prolongado iniciou-se uma nova fase de intervenção, que correspondeu à organização de momentos criativos. Começaram a ser realizadas tarefas progressivamente mais prolongadas no tempo, que envolviam um Miguel mais concentrado e interessado nas tarefas. Nesta fase, para além de serem entoadas as canções que o Miguel pedia, eram também realizados momentos de improvisação instrumental, com padrões rítmicos definidos tanto pela estagiária como pelo Miguel. Estas improvisações serviram de base à preparação da sessão 19: a estagiária criou uma canção relacionada com o processo de apertar os cordões, conforme tinha sido decidido em conjunto com a terapeuta ocupacional. Então, a estagiária escreveu uma canção que descrevia o processo de apertar os cordões, criando a letra com base na história que a terapeuta ocupacional utilizava para trabalhar esta competência, e criando uma melodia baseada nos momentos criativos que iam surgindo ao longo das sessões, conforme pode ser verificado no apêndice G.

Esta canção foi apresentada pela estagiária ao Miguel, com acompanhamento de piano, o que captou bastante a sua atenção e o incentivou a colaborar no acompanhamento, tocando notas previamente definidas pela estagiária e sinalizadas com cores. Após o Miguel ter tido oportunidade de aprender a canção, esta foi apresentada à terapeuta ocupacional. Foi também disponibilizada uma gravação da canção, para ser usada nas sessões de terapia ocupacional quando fosse trabalhado o processo de apertar os cordões. O *feedback* desta canção foi bastante positivo, já que a terapeuta ocupacional partilhou que sempre que o Miguel começava a ouvir a canção já sabia que tinha chegado a altura de apertar os cordões. Mostrava-se muito mais disponível para a tarefa, aceitando repetir várias vezes o processo.

Nesta fase, as sessões passaram a assumir rumos diferentes. Começou a verificar-se mais disponibilidade do Miguel para fazer pedidos específicos, como sentar no chão ou tocar

um instrumento em particular. Passou a ser novidade ver os pedidos do Miguel feitos verbalmente e apenas concretizados após a estagiária concordar com eles. Além disso, os pedidos do Miguel para iniciar novas atividades só surgiam após ser terminada a anterior. Por exemplo, só surgia o pedido para tocar piano após serem entoadas as canções de ritual de início de sessão.

Assim, nesta fase final da intervenção surgiu um novo Miguel, mais colaborante e mais envolvido nas tarefas, aceitando as propostas da estagiária, mas também querendo partilhar as suas. Então, as últimas sessões decorreram de forma mais fluída, com menos paragens causadas pelo desejo repentino do Miguel mudar de atividade, e com atividades que permitiam o surgir de momentos musicais criativos que valorizavam o Miguel como compositor, permitindo trabalhar o que ele trazia para as sessões.

Resultados e discussão.

Na fase final do estágio, foi possível verificar mudanças no comportamento do Miguel nas sessões de musicoterapia. As atitudes impulsivas difíceis de controlar deixaram de acontecer, à medida que a música usada nas sessões passou a ser mais centrada nas características do Miguel, o que fez aumentar o envolvimento no processo criativo (Lawendowsky & Bieleninik, 2017). Isto significa que a meta terapêutica “controlo dos impulsos” foi atingida ao longo da intervenção. Além disso, o Miguel passou a aceitar sem dificuldades sugestões de atividades com a estagiária, como improvisar com instrumentos de percussão ou explorar o piano. Nestas situações, o Miguel mostrava disponibilidade para criar momentos musicais coesos com a estagiária, expondo ideias suas, mas também colaborando nas ideias da estagiária.

A construção de canções permitiu que fossem trabalhadas as relações de proximidade do Miguel (Baker & Wigram, 2005), através da identificação, valorização e direccionalidade

de sentimentos e emoções (Petruta-Maria, 2015), tal como definido na segunda meta terapêutica. O facto de haver possibilidade do Miguel repetir ou escutar a gravação das canções que ia compondo contribuiu para reforçar os sentimentos associados às pessoas que inspiravam as canções (Baker, et al., 2009), como foi visível nas canções "O jipe" e "Carrinha da Luzia". O facto do Miguel ter apresentado a sua composição à pessoa que inspirou a sua canção "Carrinha da Luzia" permitiu que fossem evidenciadas as potencialidades musicais do Miguel, podendo este ser visto pela sua auxiliar educativa para além da sua incapacidade (Baker, 2013). Além disso, as canções acerca dos temas do dia-a-dia permitiram que o Miguel trouxesse conteúdos externos à musicoterapia para as sessões, sendo desta forma possível contribuir, através da música, para a estruturação dos acontecimentos do seu dia (Lawendowsky & Bieleninik, 2017).

A construção da canção "Apertar os cordões", apesar de ter sido composta pela estagiária, era baseada na sonoridade das improvisações que eram feitas ao longo das sessões (Baker, et al., 2009). Este facto poderá ter influenciado o envolvimento do Miguel com a música: o som musical criado ia ao encontro do seu som musical. Para que tal acontecesse, foi importante que a estagiária conhecesse o som do Miguel e o usasse no contexto terapêutico. Além disto, foi possível verificar que com a motivação musical o Miguel estava mais envolvido na tarefa (Bravo, et al., 2017): aceitava repetir o processo várias vezes, fazendo os movimentos com maior atenção e precisão. No fim da intervenção, o Miguel conseguia apertar os cordões apenas com uma ajuda no nó final. Desta forma, foi possível verificar que a música funcionou como motivadora da realização de tarefas (Stephenson, 2006), conforme havia sido definido na meta terapêutica "treinar o processo de apertar os cordões".

Desta forma, foi possível verificar que o Miguel foi alterando a sua postura à medida que ia sendo estabelecida a confiança através do som. Ao ser criado, musicalmente, um

ambiente seguro para o Miguel se exprimir, emergiu uma nova pessoa, com uma nova disponibilidade para o trabalho terapêutico.

Conclusão.

A inclusão de sessões de musicoterapia no plano terapêutico do Miguel permitiu atingir diferentes áreas do seu funcionamento nos domínios motor, cognitivo e de comunicação. Constatou-se que a construção de canções se revelou uma técnica adequada para trabalhar os objetivos terapêuticos propostos para o Miguel. Além disso, o recurso a outras técnicas musicoterapêuticas foi importante para que pudessem ser atingidas as três metas terapêuticas delineadas no seu plano terapêutico. Em cada processo de composição era dado espaço ao Miguel para trazer conteúdos específicos (do seu dia-a-dia e das suas relações) para os trabalhar musicalmente. Provavelmente, se as canções compostas em sessão tivessem sido apresentadas não só à D. Luzia, mas também às outras pessoas que inspiraram as restantes composições, mais pessoas podiam ver o Miguel para além da sua incapacidade.

Verificou-se que o trabalho realizado com o Miguel nas sessões de musicoterapia contribuiu para mudanças positivas no seu trabalho de competências nas sessões de terapia ocupacional – o Miguel pôde desenvolver as suas competências de motricidade fina com motivação musical. Assim foi possível encarar a musicoterapia como uma abordagem complementar à terapia ocupacional, verificando-se a eficácia da intervenção multidisciplinar.

Tendo isto em consideração, pode considerar-se que através da música e da relação terapêutica de confiança foi possível trabalhar relacionamentos interpessoais e as áreas da linguagem e da memória. Desta forma, são evidenciados os efeitos positivos da musicoterapia aplicada à incapacidade intelectual.

Rui, O Improvisador

O Rui, com 17 anos, estava integrado na valência de ensino da RAV. Foi sinalizado para a musicoterapia por apresentar comportamentos diferentes dos rotineiros quando ouvia música. Assim, através da improvisação clínica, foi possível conhecer o verdadeiro Rui musical e trabalhar os aspetos da autonomia e do tempo de permanência em tarefas ativas.

Dados biográficos e diagnóstico.

O Rui, com 17 anos, estava diagnosticado com PEA em comorbidade com incapacidade intelectual. Apresentava problemas comportamentais, com alguns momentos de agressividade, e hipersensibilidade auditiva. Esta última característica fazia com que o Rui recorresse frequentemente às suas mãos para tapar os ouvidos, principalmente nos locais de sonoridades mais fortes e menos organizadas. Além disso, emitia muitas vocalizações aparentemente sem significado comunicativo. Relativamente à medicação, tomava risperidal para regular o seu comportamento.

Frequentou instituições de ensino especializado desde os 11 anos: primeiro o Colégio Novos Rumos (Matosinhos) e depois a RAV. Antes disto frequentou uma escola de 1º ciclo de ensino regular e, tendo completado o 4º ano de escolaridade, foi encaminhado para uma escola de ensino especial, a pedido da família.

Avaliação inicial e plano terapêutico.

Para ser realizada a avaliação inicial do Rui recorreu-se ao MTADD (Boxill, 1985), aplicado ao longo das primeiras cinco sessões. Com esta avaliação foi possível compreender que os domínios motor, cognitivo e de comunicação eram aqueles que apresentavam pontuações mais baixas. Assim, as áreas de tratamento definidas para o Rui foram as seguintes: comunicação não-verbal, interação com adulto, capacidades de participação e sensorial.Com

base na avaliação inicial e na observação direta dos comportamentos do Rui em sessão, foi possível identificar as metas e objetivos terapêuticos para a sua intervenção (tabela 4).

Tabela 4

Metas terapêuticas e objetivos de curto prazo da intervenção com o Rui

Meta terapêutica	Objetivos de curto prazo	Data definição	Data aquisição
1. Desenvolver autonomia na produção musical	**a.** Largar a mão da estagiária a meio do momento de improvisação instrumental, sem voltar a pedi-la antes do fim da atividade.	18/dez/17	23/abr/18
	b. Explorar timbres dos instrumentos enquanto a estagiária dá suporte com acompanhamento musical estável.	18/dez/17	10/abr/18
2. Aumentar o tempo de permanência em tarefas musicais ativas	**a.** Executar exercícios de troca de turnos, em improvisação instrumental com a estagiária, com instrumentos escolhidos pelo Rui.	18/dez/17	07/mai/18
	b. Pedir, não-verbalmente, para continuar atividades de audição musical depois da estagiária fazer uma interrupção.	18/dez/17	05/fev/18
3. Realizar tarefas de estimulação cognitiva em sala de aula com acompanhamento musical	**a.** Escutar música pré-composta nas sessões, exteriorizando gosto por músicas específicas	19/fev/18	21/mai/18
	b. Escutar as músicas selecionadas em sessão na sala de aula e executar as tarefas específicas.	19/fev/18	Não atingida

Nas primeiras sessões foi possível constatar que o Rui manifestava interesse em explorar os instrumentos musicais. Contudo, mesmo que tocasse diretamente com a sua mão no instrumento, procurava sempre a mão da estagiária para o acompanhar no que ele estava a fazer. Além disso, revelava alguma dificuldade em manter uma pulsação constante durante as improvisações. Assim, foi traçada a primeira meta terapêutica: desenvolver autonomia na produção musical, que se relacionava com as áreas da capacidade de participação e da estimulação sensorial. Constatou-se, ainda, que o Rui revelava pouca intencionalidade de participação em tarefas ativas, mostrando preferência por momentos musicais passivos, como ficar a escutar a produção musical da estagiária. Então, surgiu a meta terapêutica "aumentar o tempo de permanência em tarefas musicais ativas". Esta foi estabelecida com o intuito de

incentivar o Rui a procurar realizar tarefas prazerosas, não esperando passivamente que as suas necessidades fossem satisfeitas pelo outro. Assim, estariam a ser trabalhadas as áreas de intereção com o adulto, no âmbito de improvisações conjuntas, e de comunicação não-verbal, com a procura de pedidos para continuar/interromper a atividade.

Por último, a terceira meta terapêutica "realizar tarefas de estimulação cognitiva em sala de aula com acompanhamento musical" surgiu em parceria com a professora titular de turma do Rui. Verificou-se que a hipersensibilidade auditiva do Rui fazia com que este estivesse sempre com as mãos nos ouvidos, impossibilitando a sua utilização na realização das tarefas, o que provocava a rejeição do trabalho em sala de aula. Ao longo da intervenção em musicoterapia, a equipa terapêutica foi constatando que o Rui se envolvia positivamente nas sessões, apresentando um comportamento mais estável quando estava envolvido com o som musical. Por isso, foi proposto pela professora titular e pela terapeuta ocupacional que o Rui pudesse recorrer à audição de música na sala de aula, criando um ambiente confortável e estável, que promovesse a segurança necessária à realização das atividades propostas pela professora. Desta forma, esta meta terapêutica em musicoterapia assumiu-se como complemento ao trabalho que era desenvolvido com o Rui em sala de aula.

Intervenção terapêutica.

A intervenção com o Rui não foi iniciada na mesma altura da intervenção com os restantes utentes devido às questões de agressividade que este apresentava. Em alguns momentos, sem previsibilidade ou associações evidentes de causa-efeito, o Rui apresentava um comportamento agressivo de difícil gestão: batia na sua cabeça, abanava os braços e dava saltos de forma efusiva. Nestas situações, aqueles que estavam próximos do Rui tinham que se afastar, para não serem atingidos pela sua força. Apesar dele não ter intenção de atingir os que estavam em seu redor, o descontrolo corporal podia resultar numa agressão física. Por esta razão, a

equipa técnica considerou que seria mais prudente que a estagiária não trabalhasse com o Rui, para não estar em situação de risco de agressão física. Contudo, após um a visita de um grupo de cavaquinhos à RAV e observada a reação do Rui ao som musical ao vivo, a equipa considerou que o Rui poderia beneficiar de musicoterapia. Uma vez que a estagiária não se opôs ao trabalho com este utente, foi realizada uma sessão experimental com o Rui.

Na primeira sessão, a psicóloga da RAV esteve presente, para poder apoiar a estagiária caso surgisse algum momento de difícil gestão. Nesta sessão a estagiária a explorou vários instrumentos diferentes, tentando encontrar as sonoridades que mais atraíam o Rui. Ao longo da sessão, o Rui não mostrou comportamentos agressivos ou descontrolados, não colocou as mãos nos ouvidos e evidenciou disponibilidade para o trabalho musicoterapêutico. Assim, a intervenção com o Rui foi iniciada, e evoluiu num percurso com duas fases distintas: audição passiva e improvisação ativa.

Na primeira fase, a de audição, a postura do Rui era mais passiva: permanecia os 30 minutos da sessão a escutar as improvisações vocais da estagiária, com acompanhamento da guitarra, manifestando pouca intencionalidade de produzir som. Por vezes, a estagiária interrompia a produção musical, mas o Rui não reagia. Ou seja, não pedia para retomar a atividade ou para iniciar algo diferente. Simplesmente deixava que o silêncio acontecesse. Mesmo assim, quando a estagiária retomava as improvisações, o Rui estabelecia contacto ocular mais evidente, parecendo estar envolvido no ambiente sonoro que estava a ser criado. Além disso, parecia ficar satisfeito quando o som recomeçava. Desta forma, a estagiária começou a procurar estratégias que incentivassem o Rui a se envolver nas tarefas musicais ativas, procurando os registos sonoros que o agradavam.

Posteriormente, o Rui começou a explorar a guitarra, dedilhando as cordas enquanto a estagiária fazia as posições de diferentes acordes, geralmente nas tonalidades de *Ré M* ou *lá m.*

A escolha destas tonalidades residia no facto das posições dos acordes da tónica, da dominante e da subdominante serem de execução simples para a estagiária. Assim, havia possibilidade da guitarra ser colocada de forma a facilitar a exploração autónoma do Rui, sem preocupação de ajustes de posição para a estagiária conseguir fazer os acordes. Nestes momentos, o Rui começava a querer explorar a potencialidade sonora da guitarra, mas procurava sempre a mão da estagiária para acompanhar o seu movimento. Nas primeiras vezes que isto aconteceu, a estagiária dava a mão ao Rui, para que este sentisse a segurança que precisava para descobrir o instrumento que lhe estava a ser apresentado. Depois disto, e de forma progressiva, a estagiária foi retirando a mão, dando mais liberdade e autonomia ao Rui.

Na sessão 6 iniciou-se a fase de improvisação musical, quando o Rui descobriu um som na guitarra que o entusiasmava: o pizzicato Bartók[4]. Esta passou a ser a sonoridade que o Rui procurava sempre que lhe era apresentada a guitarra. Para além de ser o principal som que ele fazia, era também o que pedia à estagiária para fazer, pegando na sua mão e tentando imprimir um movimento que resultasse na sonoridade que ele procurava. Este aspeto contribuiu para que a estagiária começasse a realizar momentos de improvisação com troca de turnos, e compreensão das diferenças de produção entre as duas pessoas presentes na sala. Assim, quando era a estagiária a tocar, as cordas eram dedilhadas de forma regular. Quando Rui quem tocava, ouvia-se pizzicato Bartók. Este interesse no pizzicato Bartók e o estabelecimento de que esta sonoridade pertencia apenas ao Rui aumentou a sua autonomia na produção instrumental. Ou seja, sempre que o Rui queria ouvir aquela sonoridade específica tinha que ser ele a produzi-la. Esta autonomia foi contribuindo para que o Rui mostrasse vontade de colocar a guitarra no seu colo para tocar. A estagiária deixou sempre que isso acontecesse, por significar que o Rui se estava a envolver num momento musical ativo. Deste modo, estaria a

[4] Técnica de instrumentos de corda, que consiste em puxar (com os dedos) a corda para cima e soltá-la de forma a que esta produza som ao bater no braço do instrumento.

investir no aumento do tempo de permanência nas tarefas ativas. O Rui improvisava na guitarra, essencialmente com o pizzicato Bartók, começando também a produzir as sonoridades ritmicamente regulares enquanto a estagiária acompanhava com improvisações vocais. Estas improvisações eram sempre baseadas nos vocalizos que o Rui trazia para a sessão: apesar da sua característica de não-verbalidade, o Rui produzia muitos sons vocais que podiam ser explorados musicalmente pela estagiária.

Mesmo assim, o Rui insistia na procura das mãos para realizar as improvisações. Isto fez com que a estagiária, na sessão 9, iniciasse uma nova atividade à qual chamou "dedos musicais". Esta atividade consistia em tocar nas pontas dos dedos da mão do Rui e produzir melodias cujas notas iam variando conforme se ia tocando em dedos diferentes. Isto despertou muito a atenção do Rui. Era habitual que de cada vez que a estagiária interrompesse a produção, o Rui esticasse rapidamente a mão ao encontro da estagiária, parecendo pedir que a atividade não parasse. Isto relacionava-se com o trabalho de comunicação não-verbal que estava a ser pensado na meta terapêutica 2. Progressivamente, este pedido deixou de ser feito só com a mão, sendo adicionada uma referência vocal, que geralmente correspondia a uma repetição do último som que a estagiária tinha feito. O Rui conseguia imitar sem dificuldade os sons que ouvia, uma vez que as melodias vocais da estagiária eram baseadas nos vocalizos que ele trazia para a sessão. Ou seja, os sons que estava a ouvir eram, na verdade, os seus sons.

Uma vez que o Rui reagia positivamente aos momentos musicais, foi proposto que pudesse escutar música na sala de aula, enquanto executava as tarefas propostas pela professora. Neste âmbito, foi pedido à estagiária que fizesse um levantamento das músicas que correspondiam ao registo que mais agradava ao Rui. A estagiária tinha conhecimento que o Rui gostava de ouvir "música clássica", conforme tinha sido relatado por alguns técnicos da RAV e de acordo com indicações do seu processo. Sendo este conceito muito abrangente, a

estagiária optou por procurar peças do repertório erudito, num andamento lento. Considerando a forma como o Rui explorava a guitarra em sessão, a estagiária começou por pesquisar peças para guitarra que se enquadrassem nestas características. No entanto, ficou claro que a forma como a guitarra era explorada nas sessões do Rui não correspondia à forma como a guitarra era tocada pela generalidade dos profissionais do instrumento. Na verdade, a sonoridade da guitarra nas sessões do Rui fazia lembrar uma harpa. Assim, a estagiária pesquisou repertório de harpa no *Youtube* e escolheu peças que correspondiam a adaptações de obras orquestrais de música erudita e a repertório escrito para harpa, que estão registadas na tabela 5.

Tabela 5

Seleção musical para o Rui escutar em aula

Obra	**Compositor**	**Intérprete**
"Clair de lune"	C. Debussy	Elena Cvetanovska
"Carnival dex animaux: Le cygne"	C. Saint-Saens	Silke Aichhorn
"Une Châtelaine en sa tour, Op. 110"	G. Fauré	Margit-Anna Süß
"Orchestral suite nº 3 Air"	J. S. Bach	Silke Aichhorn
"Clair de Lune sur l'Etang du Parc"	M. Tournier	Megan Metheney-Lauzet
"Berceuse Russe"	M. Tournier	Chiara Imbriani
"Waltz of the flowers"	P. Tchaikovsky	Silke Aichhorn

As obras selecionadas foram reproduzidas na sessão de musicoterapia com o Rui, antes de serem aconselhadas para audição em sala de aula. Nestas audições, o Rui permanecia calmo e sempre que a estagiária interrompia o som, havia um pedido não-verbal do Rui para o retomar. Como esta abordagem só foi pensada na fase final do ano letivo, a professora titular de turma do Rui não teve oportunidade de experimentar a utilização destas obras em sala de aula. Assim, não foi possível verificar se a audição de obras musicais em sala de aula beneficiaria a disponibilidade do Rui para a realização das tarefas académicas.

Resultados e discussão.

Concluída a fase de intervenção foi possível constatar que o Rui foi modificando a sua forma de envolvimento nas sessões de musicoterapia. Isto refletiu-se na sua forma de se relacionar com o som musical em sessão: primeiro ouvia e depois produzia.

Nas primeiras sessões, o Rui mostrava preferência por escutar o som musical, numa postura de passividade. E sempre que tocava um instrumento fazia-o sem controlo, sem estabelecer padrões de improvisação (ritmo, melodia, dinâmica) e por períodos de tempo curtos. Além disso, procurava sempre a mão da estagiária para o acompanhar na produção, ou para o substituir nessa função. Por isso tornou-se importante investir na aquisição de autonomia musical e interesse em tarefas musicais ativas. Como tal, a estagiária tentava criar uma estrutura musical previsível (Kim, et al., 2009) para que o Rui pudesse começar a improvisar. Esta estrutura era criada através da repetição de padrões rítmicos, e da utilização dos acordes dos I, IV e V graus das tonalidades. Esta escolha harmónica relacionava-se com a proposta de utilização destes graus tonais para conferir estabilidade emocional à música (Nordoff & Robbins, 1983). Além disso, a sonoridade que a estagiária começava a criar nas improvisações tentava não só representar os comportamentos e atitudes que o Rui apresentava em sessão, como também imitar a sua sonoridade. Estes aspetos eram pensados de forma a representar musicalmente a expressividade do Rui (Accordino, et al., 2007), uma vez que espelhar, reforçar e complementar as especificações musicais do paciente pode aumentar o seu envolvimento em terapia (Geretsegger, Holck, & Gold, 2012).

As improvisações permitiram explorar e expressar sentimentos e emoções do Rui, que não eram verbalizáveis, bem como construir uma relação de confiança através do som (Gold, et al., 2007). Com o fortalecimento da relação, o Rui passou a mostrar mais coesão na produção sonora, na medida em que mantinha uma pulsação e intensidade estáveis ao longo da produção,

revelando o seu envolvimento na tarefa musical ativa. Nesta altura, estava a começar a estabelecer-se a comunicação musical referida por Bruscia (2001), através de diálogos musicais nas improvisações. Estes diálogos corresponderam a improvisações que permitiram conhecer e compreender o Rui (Wigram, 2000). Depois disso, o Rui passou a aceitar que podia tocar no instrumento sozinho, sem precisar de auxílio, o que contribuiu para que o verdadeiro Rui musical começasse a emergir em sessão, e as suas sonoridades próprias pudessem começar a ser exploradas, tal como sugerem Nordoff e Robbins (1977), relativamente ao "músico-criança". Com isto foi possível atingir a meta terapêutica "desenvolver autonomia na produção musical". Mesmo assim, devido à sua patologia, o Rui tendia a ficar estanque nas improvisações, tornando os momentos musicais monótonos e sem movimento, sendo necessário que a estagiária por vezes tivesse que variar aspetos como intensidade e ritmo ao longo das improvisações (Wigram, 2004).

Enquanto nas primeiras sessões o Rui mostrava apenas vontade de ouvir, passivamente, as improvisações da estagiária, na fase final já mostrava vontade de colaborar na produção musical. Nas últimas sessões o Rui entrava na sala de musicoterapia e logo pedia, não-verbalmente, para tocar guitarra. E tocava no instrumento durante períodos de tempo longos, só interrompendo a produção conforme indicações da estagiária. Assim, foi possível considerar que a meta terapêutica "aumentar o tempo de permanência em tarefas musicais ativas" foi atingida com sucesso.

A audição musical em sala de aula, de repertório escolhido tendo em consideração os gostos do Rui, relacionou-se com a possibilidade da música poder ser motivadora para a realização de tarefas (Stephenson, 2006). Contudo, devido ao curto período de tempo destinado para esta abordagem, não foi possível verificar a sua eficácia.

Conclusão.

As sessões de musicoterapia com o Rui permitiram que fossem atingidas as suas áreas de funcionamento, nos aspetos da autonomia e do tempo de permanência na tarefa. A improvisação clínica, baseada nas sonoridades do Rui, representou a principal abordagem musicoterapêutica com este paciente. Para que as improvisações pudessem ter significado terapêutico, foi importante a criação do ambiente seguro e de confiança nas sessões de musicoterapia. Este surgiu de forma progressiva e foi criado através da aceitação e exploração do material sonoro que o Rui apresentava nas sessões. Assim, o uso de instrumentos escolhidos pelo Rui e a exploração da sua sonoridade vocal permitiu que as metas terapêuticas delineadas para este paciente fossem atingidas.

Nesta intervenção foi possível evidenciar os efeitos positivos da musicoterapia no trabalho terapêutico com o Rui. Desta forma, pode considerar-se que a inclusão da musicoterapia no plano terapêutico de uma pessoa com PEA pode ser facilitadora no processo de aquisição de competências em diferentes áreas do seu funcionamento.

Outras Intervenções Musicoterapêuticas

As intervenções musicoterapêuticas na RAV foram realizadas na valência de ensino (sala A e sala B), em *setting* individual, e na valência de atividades de autonomização, em *setting* de grupo ou individual. Esta organização foi baseada nas características e necessidades terapêuticas de cada utente. O trabalho terapêutico desenvolvido nestas intervenções seguiu uma linha de pensamento semelhante à dos estudos de caso, embora seja descrito de forma sintetizada. De seguida, será apresentado o trabalho realizado com cada utente/grupo, enfatizando o trabalho dos objetivos do plano terapêutico de cada um.

Intervenções Individuais com os Alunos da Sala A

A Sala A era composta por 6 alunos, incluindo o Miguel, cuja intervenção foi descrita anteriormente, no primeiro estudo de caso. A intervenção terapêutica com estes alunos foi feita em *setting* individual, tendo em consideração a especificidade das características e das necessidades terapêuticas de cada aluno. Além disso, a sua predisposição para o trabalho terapêutico de um para um, em relação à disponibilidade apresentada para o trabalho em grupo, também influenciou a decisão.

O Pedro, com 17 anos e diagnóstico de PEA, frequentou 24 sessões de musicoterapia. Os seus objetivos terapêuticos consistiam na intencionalidade do uso da voz em canções e em momentos de improvisação, bem como no aumento da velocidade de execução de movimentos corporais em atividades musicais.

Na fase inicial da intervenção, o Pedro mostrava alguma resistência em frequentar as sessões e na primeira sessão de musicoterapia esteve acompanhado pela auxiliar educativa da sala A, uma vez que rejeitou o pedido de sair da sua sala apenas com a estagiária. A oposição à saída da sala de aula para ir para a sala de musicoterapia repetiu-se algumas vezes, havendo até dois dias em que a professora aconselhou que o Pedro não fosse forçado a sair da sala. Esta

decisão relacionava-se com o facto do aluno ter estado agitado ao longo dos dias anteriores, sendo prejudicial causar-lhe mais momentos potencialmente stressantes, que poderiam despoletar comportamentos de difícil gestão. Nesta fase, durante as sessões, o Pedro passava muito tempo de olhos fechados e não mostrava iniciativa de exploração dos instrumentos musicais. Esta atitude foi sendo progressivamente modificada com o estabelecimento da relação terapêutica e a inclusão da sessão de musicoterapia na rotina semanal do Pedro.

Após repetidas sessões em que a improvisação vocal era feita, maioritariamente, pela estagiária, o Pedro começou a repetir alguns sons que a estagiária estava a fazer, parecendo pedir que o som não parasse. E após isto, ia vocalizando juntamente com a estagiária, durante períodos de tempo progressivamente mais longos. Assim, após a sessão 13, o Pedro passou a deslocar-se com entusiasmo para a sala de musicoterapia, a estabelecer contacto ocular mais prolongado com a estagiária e a responder positivamente às propostas musicais, como exploração da guitarra, do piano e das clavas. Quando a estagiária acompanhava as improvisações com frases melódicas vocais baseadas nas sonoridades produzidas pelo Pedro este mostrava-se mais ativo e envolvido.

O André exibiu um comportamento muito diferente nas 26 sessões de musicoterapia que frequentou, em relação à sua postura em sala de aula ou noutras atividades. Este aluno tinha 15 anos e apresentava diagnóstico de PEA, sendo sempre descrito como tendo uma personalidade introvertida. Os seus objetivos terapêuticos consistiam no desenvolvimento da sua capacidade vocal, no investimento na participação em momentos de improvisação instrumental, e ainda na exploração de níveis corporais com recurso a instrumentos de percussão.

Na primeira sessão de musicoterapia, a estagiária esperava que o André estivesse apático e distraído, pois era esta a postura que tinha observado durante a fase de adaptação à

instituição[5]. No entanto, após a estagiária cantar uma vez a canção de ritual de início de sessão e de se preparar para a repetir, o André estabeleceu contacto ocular firme e começou a cantar com a estagiária. Apresentava uma voz grave, bem colocada e afinada e as palavras eram bem articuladas e cantadas com o ritmo certo, o que muito surpreendeu a estagiária. Ao longo das sessões, o André respondia muito bem aos momentos de entoação de canções, começando a cantá-las logo depois da estagiária fazer a introdução na guitarra: condução harmónica, sem pistas da melodia ou da letra da canção que estava a propor cantar. Além disso, segundo o pedido da terapeuta ocupacional, também foram trabalhadas questões de motricidade grossa. O André apresentava limitações nos movimentos de dobrar pernas e braços, o que condicionava as ações de sentar-se ou baixar-se. Assim, com estimulação musical, recorreu-se a improvisações com instrumentos PAI, como as clavas, o triângulo, os ovos *shaker* e o reco-reco. Nestas improvisações, o André ia trabalhando o movimento dos membros, seguindo indicações cantadas e exemplos de movimento feitos pela estagiária.

O Jorge, com 18 anos e diagnosticado com PEA, frequentou 27 sessões de musicoterapia com os objetivos terapêuticos relacionados com o envolvimento na produção musical e com a exploração instrumental realizada de forma controlada e intencional. Apresentava, em cada dia, oscilações de comportamento que iam desde o extremo agitado, com muitas estereotipias das mãos e da voz, até ao calmo, apático e ausente. Este comportamento também surgiu nas sessões de musicoterapia. Por vezes o Jorge estava muito agitado e explosivo, levantando-se frequentemente, mexendo descontroladamente nos instrumentos de percussão, lançando-os repentinamente ao ar ou fazendo sons guturais muito fortes. Outras vezes estava muito apático, deitando a sua cabeça no colo da estagiária, mostrando apenas vontade de ficar a ouvir as improvisações vocais, com o acompanhamento da guitarra.

[5] Período de tempo que antecedeu a fase de intervenção em musicoterapia, em que a estagiária observou os utentes da RAV em diversos contextos. Esta fase está desccrita no capítulo “Metodologia: Procedimentos”.

Com o estabelecimento da relação terapêutica e da rotina das sessões de musicoterapia, o Jorge começou a apresentar um comportamento mais estável, que se refletia na exploração dos instrumentos, e na atenção e *feedback* que dava às canções entoadas pela estagiária. A exploração instrumental passou a ser mais regulada, sendo que o Jorge passava a mostrar mais intencionalidade sonora, permitindo o surgir da coesão sonora com a estagiária. Nesta fase, tocava os instrumentos por períodos de tempo cada vez mais longos e procurava ir ao encontro da sonoridade que a estagiária ia estabelecendo como suporte à sua improvisação. Relativamente à entoação de canções, o Jorge começou a pronunciar o final das frases melódicas e a sussurrar as palavras que deveriam ser ditas quando a estagiária deixava espaços em branco nas canções. Na fase final da intervenção, o seu tempo de permanência na tarefa foi aumentado, sendo reduzidos os momentos de distração com fatores não-musicais.

O Ricardo, com mosaicismo para síndrome de Turner mostrou sempre um interesse evidente em frequentar sessões musicais, tendo beneficiado de 27 sessões de musicoterapia. Tinha 14 anos e a sua vontade era aprender a tocar instrumentos musicais, como o piano e a guitarra, e a estagiária acedeu à sua vontade. Nesta situação, houve uma preocupação em estabelecer objetivos nas sessões de musicoterapia que fossem efetivamente terapêuticos e não deslizassem para a área da aprendizagem musical. Então, ficaram estabelecidos os objetivos de desenvolvimento da autoconfiança e de capacidades de leitura, da exploração do significado das relações e da expressão emocional. Os primeiros dois objetivos foram trabalhados com recurso à aprendizagem de técnicas dos instrumentos e à leitura de partituras com cores. Ou seja, apesar de ter sido feito um trabalho de aprendizagem de técnicas relacionadas com os instrumentos, os objetivos da terapia não eram adquirir competências musicais, mas trabalhar questões da motivação, autoconfiança e exteriorização de emoções através da prática musical valorizada.

Ao longo das sessões o Ricardo esteve sempre disponível para realizar exercícios, repetidamente, para alcançar uma execução correta dos instrumentos musicais e envolvia-se nas improvisações instrumentais criando padrões rítmicos que repetia e desenvolvia, conforme as sugestões da estagiária. Além disso, mostrava interesse em construir canções nas quais explorava temáticas do seu quotidiano, abordando relações interpessoais e emoções.

A Carlota, com 12 anos, apresentava um diagnóstico de esclerose tuberosa, com limitações físicas e incapacidade intelectual. Frequentou 24 sessões de musicoterapia com os objetivos terapêuticos de aumentar o tempo de produção sonora coesa e controlada e desenvolver a autonomia e identidade em termos musicais. Demonstrou sempre muita disponibilidade para o trabalho musicoterapêutico, reagindo com entusiasmo às propostas musicais.

Ao longo das sessões, a Carlota copiava, frequentemente, as atitudes da estagiária e fazia questão de descrever o seu comportamento verbalmente, em frases como "olha, eu estou a imitar-te". Nas improvisações tinha dificuldade em criar as suas frases originais, dependendo quase sempre das ideias da estagiária. Com o tempo, foi sendo dado mais espaço à Carlota para se expressar musicalmente nas sessões, principalmente nos momentos de improvisação com instrumentos PAI. Na fase final da intervenção, passou a controlar mais os movimentos corporais mostrando intencionalidade de produção sonora nas improvisações com instrumentos, não deixando que estes produzissem som acidentalmente.

Intervenções Individuais com os Alunos da Sala B

A sala B era constituída por 5 alunos e o trabalho terapêutico não foi iniciado com todos na mesma altura. O Carlos, a Johanna e o Francisco foram sinalizados para a musicoterapia desde o início do estágio, mas o Ivan e o Rui não, por apresentarem questões de agressividade de difícil gestão. A equipa terapêutica da instituição, tendo em consideração a segurança da

estagiária, preferiu que não fosse feito o trabalho de musicoterapia com estes alunos. No entanto, esta visão foi alterada ao longo do ano letivo com base em aspetos diferentes dos dois alunos, que as fizeram crer que estes podiam beneficiar do trabalho musicoterapêutico. A mudança de visão em relação ao Rui já foi descrita no segundo estudo de caso e mais à frente será apresentada a nova perspetiva em relação ao Ivan.

O Francisco, com 13 anos, apresentava diagnóstico de PEA, com limitações muito profundas a nível de funcionalidade e de comunicação. Nas 26 sessões de musicoterapia que frequentou, foram trabalhados os aspetos de motricidade e da comunicação, através da improvisação instrumental, sendo estabelecidos os objetivos terapêuticos de desenvolvimento de autonomia na produção musical e de aumento do tempo de permanência em tarefas musicais.

Na primeira fase da intervenção musicoterapêutica, o Francisco apresentava uma sonoridade descontrolada e efusiva, tocando os instrumentos com bastante força. Este aspeto deixou a estagiária alerta, o que a levou a tomar a decisão de esconder alguns instrumentos, como a guitarra, durante as sessões com o Francisco, para não correr o risco de estes se danificarem. Assim, depois de uma abordagem mais focada em explorações vocais e de instrumentos de percussão, como os bongós, foi possível reintroduzir os instrumentos escondidos. Nesta nova fase, em que a sala de musicoterapia já não era um lugar novo a explorar, com vários estímulos para o Francisco, este tornou a sua produção musical diferente. Nesta fase, era mais focado no estabelecimento de uma sonoridade que dava oportunidade de criação de momentos musicais coesos com a estagiária. Estes eram sempre baseados nos vocalizos que o Francisco trazia, que a estagiária ampliava, recorrendo ao acompanhamento harmónico da guitarra. Em alguns momentos, o Francisco ficava simplesmente a ouvir a produção da estagiária, e noutros era mais ativo, colaborando nas vocalizações ou dedilhando

as cordas da guitarra. Foi evidente a passagem de uma postura mais passiva para o envolvimento intencional nas atividades, colaborando na produção musical.

O Ivan, com 13 anos, apresentava incapacidade intelectual, com muita dificuldade em controlar os impulsos e com explosões de agressividade frequentes. O Ivan começou a frequentar a RAV dois meses antes do início da fase de intervenção do estágio, e a equipa terapêutica considerou que o aluno não devia frequentar as sessões de musicoterapia, por causa da sua agressividade. No entanto, cinco meses depois, o Ivan foi sinalizado para a musicoterapia, depois de serem experimentadas várias abordagens terapêuticas, que se estavam a revelar insuficientes.

A estagiária foi questionada acerca da possibilidade de trabalhar com este aluno, tendo conhecimento da possibilidade de nas sessões surgirem momentos difíceis de gerir. A estagiária aceitou e realizou 5 sessões de musicoterapia com o Ivan, em que este procurava registos musicais lentos e que convidavam à introspeção. Estes registos não refletiam o comportamento que o Ivan apresentava na instituição, mas representavam o oposto das suas atitudes. Com o incentivo da estagiária, o Ivan fazia várias associações da música que ouvia a questões do seu quotidiano, explorando aspetos do dia-a-dia e as relações interpessoais. O facto de terem sido realizadas poucas sessões não permitiu o estabelecimento de um plano terapêutico, mas permitiu identificar a disponibilidade do Ivan para realizar trabalho terapêutico em musicoterapia.

O Carlos, com hidrocefalia e 9 anos de idade, apresentava défices em todas as áreas do funcionamento. Este aluno foi sinalizado para a musicoterapia desde o início do estágio por manifestar um interesse e foco particular em canções infantis, quando cantadas pela auxiliar de sala de aula e ouvidas através de CD's ou de vídeos do *Youtube.* Frequentou 15 sessões[6] com

[6] O Carlos esteve ausente da RAV, por motivos de saúde, durante dois meses e por isso teve um número significativamente mais reduzido de sessões em relação aos restantes colegas.

os objetivos terapêuticos que consistiam no aumento do tempo de atenção nas tarefas musicais e no desenvolvimento da intencionalidade de produção sonora.

Nas sessões de musicoterapia, o Carlos apresentava desregulação no movimento dos braços e nas vocalizações em momentos de exploração instrumental. Geralmente, fazia improvisações de cerca de 5 segundos e depois atirava os instrumentos para o chão. No entanto, quando a estagiária acrescentava a voz à exploração instrumental, o Carlos focava a sua atenção na canção, e começava também a cantar. Mesmo não pronunciando as palavras de forma percetível, o Carlos cantava sempre as melodias corretamente. Por vezes, a estagiária começava a improvisar canções baseadas no comportamento do Carlos, cantando frases como "O Carlos está a bater palmas" ou "O Carlos gosta de ouvir música" e estas frases, depois de repetidas algumas vezes, faziam com que o Carlos começasse a cantar canções do seu repertório, como "Mão, pé", de Jos Wuytack ou "Nasci p'ra música", de José Cid. Na fase final, passou a esperar pelo fim de uma canção para iniciar a seguinte. Passou, também, a usar os instrumentos de percussão por períodos progressivamente mais longos, deixando de os atirar para o chão.

A Johanna foi a aluna que mais barreiras apresentou ao estabelecimento da relação terapêutica. Tinha 16 anos e apresentava um síndrome genético nos cromossomas 21 e 22, que comprometia a sua funcionalidade motora e intelectual. Apresentava facilidade na linguagem recetiva, mas limitações na linguagem expressiva. Na instituição exibia um comportamento opositor em relação a todos os adultos. Frequentou 25 sessões de musicoterapia com os objetivos terapêuticos de aquisição de autonomia na exploração de instrumentos musicais e na utilização intencional da voz, tanto na entoação de canções como na improvisação vocal.

Fora das sessões de musicoterapia, a Johanna mantinha uma boa relação com a estagiária, mas nas sessões de musicoterapia não colaborava nas atividades musicais, dizendo que não a todas as propostas. No entanto, quando a estagiária insistia na sua participação,

usando as suas mãos para tocar nos instrumentos, a Johanna aceitava e depois participava com algum entusiasmo. As sessões eram baseadas na exploração dos temas que a Johanna trazia para a sessão: roupa nova, quando a Johanna apontava para o vestuário com entusiasmo; o papá e a mamã, quando a Johanna pronunciava estas palavras. Em algumas sessões, a estagiária teve que reportar, à professora titular de turma da Johanna, o seu comportamento opositor uma vez que esta era a prática das terapeutas da instituição.

Com o avançar do trabalho, a Johanna demorava mais tempo a manifestar estes comportamentos. Ou seja, colaborava musicalmente durante a primeira parte da sessão, mas na parte final começava a rejeitar os pedidos da estagiária. Mesmo assim, os momentos de maior contacto correspondiam às canções de ritual de início e fim da sessão, em que a Johanna estabelecia contacto ocular com a estagiária e ia entoando a melodia das canções, mesmo sem dizer as palavras.

Intervenções Individuais com utentes do CAO

Dos 15 utentes do CAO, 11 beneficiaram de sessões de musicoterapia com a estagiária. A exclusão de quatro utentes esteve relacionada com aspetos como a relação pessoal fora da instituição e a frequência de sessões de musicoterapia com uma terapeuta externa à instituição, o que poderia enviesar os resultados terapêuticos da intervenção. Além disso, dois utentes apresentavam comportamentos desajustados, que fizeram com que a equipa técnica considerasse que seria mais seguro que a estagiária não trabalhasse com eles.

A Ana Sofia, com 38 anos, e diagnosticada com PEA, apresentava comportamentos muito desregulados na instituição, relacionados com as obsessões que criava, essencialmente ligadas a comida, bebida e magreza. Estava muitas vezes a ruminar nestes assuntos, sussurrando frases como “Hoje não vou lanchar” ou “O peru emagrece”. Quando era incentivada a interromper estes sussurros, reagia de forma explosiva, mordendo-se e gritando.

Muitas vezes era punida, sendo impedida de participar em atividades juntamente com os seus colegas. Desta forma, surgiram como objetivos terapêuticos da intervenção a diminuição da impulsividade na escolha de atividades a realizar, o aumento do tempo de escuta musical ativa, e a regulação de comportamentos explosivos e descontrolados nos ateliês do CAO, que foram trabalhados ao longo das 22 sessões que frequentou. Os seus comportamentos obsessivos eram também evidentes nas sessões de musicoterapia, mas por não serem inibidos, não ocorriam momentos de descontrolo por parte da Ana Sofia. As primeiras sessões eram baseadas em entoação de canções que a Ana Sofia trazia, como "Malhão" ou "O meu chapéu tem três bicos," ou então composição de canções temáticas, relacionadas com os gostos da Ana Sofia, ou as suas atividades do dia-a-dia.

A Ana Sofia colaborava com entusiamo em todas as atividades das sessões. Contudo, este entusiasmo e os temas desenvolvidos nas sessões eram transportados para os momentos em que voltava aos ateliês, com os auxiliares e com a professora responsável pelo CAO, o que trazia efeitos muito negativos. Entre as sessões 15 e 18 a Ana Sofia apresentava um comportamento particularmente excitado depois da musicoterapia: queria continuar a falar e a exteriorizar os seus pensamentos, apesar das pessoas responsáveis pelos ateliês lhe dizerem para permanecer calada. Então, exibia os comportamentos explosivos referidos anteriormente, terminando em gritos e uma punição para a Ana Sofia, tal como acontecia noutros dias. Após a sessão 17, a professora responsável pelo CAO considerou que a intervenção musicoterapêutica deveria ser interrompida. Mesmo assim, após uma conversa entre a psicóloga, a professora responsável pelo CAO e a estagiária, ficou decido que a intervenção com a Ana Sofia iria continuar, já que os seus comportamentos desajustados não eram despoletados apenas após as sessões de musicoterapia e não aconteciam após todas as sessões.

Assim, a estagiária propôs uma abordagem diferente ao trabalho com a Ana Sofia, contendo os temas trabalhados em sessão na sessão, tentando que a finalização dos momentos musicais fosse numa perspetiva introspetiva e calma. Assim, recorreu a improvisações lentas em escala pentatónica, no piano, ou à exploração da kalimba, pela Ana Sofia, com acompanhamento de frases melódicas improvisadas pela estagiária, às quais se juntavam algumas melodias vocais da Ana Sofia. Desta forma, quando a Ana Sofia voltava aos ateliês, ia mais calma e cooperava mais nas atividades que lhe eram propostas pelos auxiliares, o que passou a resultar num *feedback* positivo em relação à intervenção musicoterapêutica com a utente.

A Laura, com 39 anos e incapacidade intelectual, não foi sinalizada para a musicoterapia logo que a estagiária iniciou a fase de intervenção, pelo facto do seu caso ser menos prioritário em relação aos de outros utentes. Contudo, depois da Laura verificar que quase todos os seus colegas saíam dos ateliês para irem para as sessões de musicoterapia, manifestou vontade de também frequentar as sessões. Então, em conjunto com a psicóloga, foi decidido que a Laura também iria beneficiar da intervenção musicoterapêutica, usufruindo de 8 sessões.

Nas primeiras sessões, a Laura apresentava alguma timidez vocal, mas um registo *forte* na exploração de instrumentos de pele. Por ter partilhado com a estagiária que já tinha aprendido a tocar piano noutra escola, a estagiária passou também a explorar o piano nas sessões. A Laura ia sempre tentando relembrar as peças que já tinha aprendido, mas os seus dedos não se lembravam do que devia fazer, o que trazia alguns momentos de frustração à utente. Depois da sessão 5, a Laura trouxe para a RAV um conjunto de partituras que correspondiam ao trabalho de aprendizagem de piano que tinha feito em anos anteriores. Aí a estagiária tomou noção que fazia parte dos objetivos terapêuticos da Laura a execução

competente de um instrumento musical, o que contribuía para o aumentar da autoestima e da realização pessoal: era um sonho da Laura aprender a tocar piano.

Então, de uma forma simples, e tendo em consideração a dificuldade que a Laura apresentava em ler partituras, provavelmente devido à sua patologia, foi feito um trabalho de leitura com base em cores: foram colocados autocolantes coloridos no piano e nas partituras que a Laura tinha trazido. Assim, a Laura conseguia ler com mais facilidade e executar as peças com mais segurança. Pelo facto da intervenção musicoterapêutica não corresponder a um programa de aprendizagem musical, a estagiária perguntava sempre o que é que a Laura queria fazer e só passava ao trabalho de aprendizagem musical caso a Laura manifestasse essa vontade na sessão, sendo sempre dado espaço a outras atividades, como a improvisação instrumental. Nas últimas sessões começou a investir-se na criação de momentos musicais mais intencionais, relativos à improvisação instrumental, diminuindo o interesse na aprendizagem de peças musicais a executar ao piano.

O Tim tinha 18 anos e o seu diagnóstico não era conhecido na instituição, embora manifestasse comportamentos característicos das PEA. Apresentava estereotipias com as mãos e o corpo, e limitações a nível da relação e da comunicação. Frequentou 22 sessões de musicoterapia com objetivos terapêuticos relacionados com o envolvimento intencional em momentos musicais e a execução de tarefas de percussão corporal com mudança de níveis indicada com instrução verbal cantada.

Nas primeiras sessões, o Tim não mostrava vontade de colaborar nas atividades propostas, virando a cara e pedindo, com gestos, para sair da sala de musicoterapia. A partir da sessão 10, a sua disponibilidade para a musicoterapia foi alterada e o Tim permanecia mais tempo nas tarefas de exploração da guitarra, com acompanhamento da voz da estagiária, bem como momentos de execução de ritmos corporais simples, baseados na imitação do que a

estagiária ia fazendo segundo as palavras da canção “Bate com” (apêndice I). Na fase final, o Tim passou a mostrar mais interesse em permanecer na execução das tarefas por períodos de tempo cada vez mais longos e a envolver-se mais na produção sonora na guitarra e na execução de ritmos corporais, de forma intencional.

O José tinha 23 anos e estava diagnosticado com PEA. Sabia ler e escrever e usava a verbalização para comunicar, contudo apresentava muita dificuldade na gestão emocional e na realização de tarefas pedidas pelos técnicos da RAV. Frequentou 23 sessões de musicoterapia com objetivos relacionados com o cumprimento de regras estabelecidas nas improvisações instrumentais, a descoberta e identificação dos sons musicais agradáveis e desagradáveis e ainda aceitação de sonoridades ou de atividades musicais não sugeridas pelo utente.

O José sempre mostrou disponibilidade para as sessões de musicoterapia, colaborando em todas as atividades que iam surgindo espontaneamente. Assim que a estagiária criava regras, explicando-as verbalmente ao José, este executava as tarefas, mas começava a manifestar comportamentos relacionados com o *stress* que a execução das tarefas estava a despoletar: estalar dedos, bater palmas, bater dentes e transpiração. Mesmo assim, foram sendo criados momentos em que o José podia conduzir a sessão, como na exploração livre do piano e da guitarra. Estes momentos iam sendo sucedidos por momentos dirigidos pela estagiária, como alternar entre as mãos direita e esquerda, segundo sugestão verbal, ou alternar entre sonoridades em intensidade *forte* e *piano*, segundo dicas da improvisação da estagiária. Assim que o piano foi introduzido nas sessões, o José manifestou uma preferência especial por este instrumento: sempre que a estagiária lhe pedia para escolher um instrumento dizia “Piano”. Sentava-se em frente ao piano e começava a tocar, sempre com algum descontrolo rítmico, que ia sendo controlado quando a estagiária acompanhava a sua produção. Nos momentos em que havia improvisações ao piano, a estagiária acompanhava-o com melodias vocais simples, o que

contribuía para a coesão rítmica do José. Além disso, contribuía para o despoletar de momentos de afetividade, em que o utente sorria e estabelecia contacto ocular mais prolongado com a estagiária, ou repousava a cabeça no ombro da estagiária, parecendo querer descansar ouvindo o som que estava a ser produzido.

Intervenções de Grupo com Utentes do CAO

Na valência do CAO foram estabelecidos alguns grupos para a intervenção em musicoterapia. Estes grupos foram delineados em equipa: psicóloga, professora responsável pelo CAO e estagiária. Foram consideradas as características semelhantes e necessidades terapêuticas que podiam ser atingidas no contexto de grupo. Desta forma foram estabelecidas duas duplas terapêuticas e um grupo terapêutico de três elementos. Estes utentes já usufruíam de sessões em par ou trio no âmbito do acompanhamento psicológico. Contudo, estes grupos foram reformulados na tentativa de verificar se, no âmbito da musicoterapia e ao trabalharem num grupo diferente do habitual, os utentes desenvolviam aspetos que até então ainda não tinham atingido.

O Henrique e o Fernando, de 19 e 22 anos respetivamente e com diagnóstico de incapacidade intelectual, constituíam a primeira dupla terapêutica. Por serem do sexo masculino e por apresentarem níveis de funcionalidade semelhantes constituíram uma dupla terapêutica eficaz. As 16 sessões realizadas com o Henrique e o Fernando tinham como objetivos terapêuticos a descoberta e aceitação da individualidade e da diferença, e a compreensão e exploração das suas rotinas e interesses.

As suas sessões consistiam na improvisação instrumental, muitas vezes com momentos de *solo* de um elemento com acompanhamento dos restantes, e na construção de canções. Nestas canções foram abordados os temas de rotinas, gostos e sonhos dos dois utentes e evidenciados os aspetos em comum e os aspetos diferentes entre os dois, que eram igualmente

válidos. Como os utentes apresentavam boa capacidade de comunicação verbal, quase todos os aspetos das canções foram decididos por eles, escolhendo normalmente entre duas possibilidades que a estagiária lhes dava. Nestas canções, havia momentos para cada um se expressar, contando sempre com o apoio musical do colega, o que era transportado verbalmente para a diferença entre apoiar alguém e ser-se apoiado, pois eram aspetos que ambos precisavam de trabalhar. Ao longo do período de intervenção, o Henrique faltou algumas vezes às sessões, o que normalmente era compensado pela estagiária, realizando a sessão noutro dia da semana, em que ambos estivessem presentes. Este ajuste acontecia para que o trabalho que estava a ser feito em dupla, não se tornasse num trabalho individual do Fernando, e assim fosse condicionado o progresso dos utentes enquanto dupla terapêutica.

Contudo, as faltas do Henrique começaram a ser mais recorrentes e o Fernando ficava desgostoso quando dava conta de que o colega estava a faltar e que por causa disso a sessão de musicoterapia não se realizaria. Por isso, a estagiária optou por começar a fazer sessões individuais com o Fernando, trabalhando aspetos diferentes do que eram trabalhados nas sessões em dupla. O trabalho individual com o Henrique não foi possível devido à falta de assiduidade do utente. Estas decisões foram tomadas em conjunto com a psicóloga e a professora responsável pelo CAO, visando uma abordagem terapêutica mais eficaz.

A Adele e Luísa integraram a segunda dupla terapêutica, não só por serem próximas no seu nível de funcionalidade, mas porque apresentavam características específicas que podiam ser trabalhadas em conjunto, contribuindo para o sucesso no desenvolvimento das suas competências. Ambas tinham 21 anos de idade, a Adele estava diagnosticada com incapacidade intelectual e a Luísa com síndrome de Down. Ambas apresentavam dificuldades na linguagem e encontraram na musicoterapia um espaço para comunicarem através do som musical.

As utentes participaram em 22 sessões e os objetivos terapêuticos relacionavam-se com o desenvolvimento da intencionalidade de produção musical, a criação de momentos musicais em dupla, com coesão sonora e relacional, e a descoberta e aceitação da diferença entre as duas utentes, com base na musicalidade distinta que apresentavam. Nas sessões de musicoterapia, as suas diferenças de participação foram evidentes: a Adele estava sempre entusiasmada para cantar, embora com dificuldades a pronunciar as palavras e respeitar a métrica das canções enquanto a Luísa permanecia calada, ouvindo o que estava a ser cantado; a Luísa era mais ativa na exploração instrumental, estabelecendo padrões rítmicos que ia mantendo ao longo das improvisações, o que era mais difícil para a Adele. Estas diferenças contribuíram para o desenvolvimento de competências das duas utentes, sendo que na fase final a Adele já conseguia estabelecer uma pulsação constante e a Luísa revelava mais abertura para entoar as canções, começado a produzir som na terminação de cada frase melódica.

A Ana, a Sónia e a Avril, com 22, 24 e 25 anos respetivamente, constituíram um grupo terapêutico com o propósito de desenvolver momentos de interação e socialização entre as três utentes. Os seus diagnósticos eram diferentes, mas todas mostravam forte predisposição para o trabalho musicoterapêutico. A Ana estava diagnosticada com síndrome de Down, a Sónia com incapacidade intelectual e a Avril com esquizofrenia. Estas utentes faziam parte de diferentes grupos do CAO e raramente realizavam atividades em conjunto, o que fez com que as sessões de musicoterapia constituíssem um espaço para as utentes poderem trabalhar com colegas com quem não estabeleciam contacto frequente. Desta forma, os objetivos terapêuticos diziam respeito à interação e à socialização, bem como à descoberta e ao desenvolvimento da musicalidade individual e de grupo.

Assim, foram realizadas atividades de improvisação com instrumentos PAI, acompanhados por uma condução harmónica e rítmica da guitarra, feita pela estagiária. Além

disso, também se procedeu à entoação de canções escolhidas pelas pacientes, verificando-se que as canções que cada uma escolhia eram bem conhecidas das outras. Estes momentos aumentavam muito o nível de participação na atividade e por conseguinte o tempo de realização de atividades com significado em conjunto.

Outras Atividades Realizadas no Âmbito do Estágio em Musicoterapia

Ao longo do ano letivo, a estagiária colaborou em atividades da instituição que, mesmo não consistindo em trabalho musicoterapêutico, permitiram um contacto direto com os utentes: as sessões de relaxamento e o espetáculo *Montanha.* Nestas atividades, a estagiária pôde estar com os utentes fora do contexto das sessões de musicoterapia, não deixando de assumir o seu papel como musicoterapeuta da instituição. Esta prática contribuiu, também, para a inclusão da estagiária na equipa terapêutica da instituição, trabalhando em parceria com os técnicos e terapeutas da RAV.

Sessões de Relaxamento

A estagiária teve oportunidade de colaborar com a terapeuta ocupacional na dinamização das sessões de relaxamento, que eram realizadas às terças, quartas e quintas, depois do lanche e antes dos utentes saírem da instituição. Estas sessões tinham a duração de 30 minutos e eram dirigidas pela terapeuta ocupacional, que indicava exercícios de movimento corporal e de respiração que os utentes deveriam realizar.

A estagiária tinha a função de incentivar os utentes que tinham mais dificuldade em realizar os exercícios de forma autónoma a participarem mais ativamente nas atividades. Este momento era uma forma da estagiária poder interagir com os utentes num contexto diferente do das sessões de musicoterapia e também de observar os utentes noutras atividades que não as musicais. Assim, eram detetados aspetos dos utentes que poderiam ser trabalhados nas sessões de musicoterapia. Além disso, estas sessões constituíram momentos em que a estagiária podia observar o trabalho terapêutico realizado por uma profissional.

Espetáculo *Montanha*

Entre os meses de dezembro de 2017 e abril de 2018, os utentes da RAV, juntamente com a equipa técnica, participaram no projeto “Montanha”, dinamizado pela Casa da Música.

Tendo em consideração a dimensão musical e artística do projeto, e a possibilidade de interagir com os utentes num ambiente diferente do da RAV, a estagiária fez o pedido para integrar a equipa técnica que acompanharia os utentes.

Este projeto tinha uma perspetiva inclusiva e englobou a RAV, a Escola Profissional de Música de Espinho (EPME) e o Balleteatro. O processo consistiu em onze ensaios, realizados aos fins de semana, em que foi sendo criada a história de Ötzi, alguém que era diferente daqueles que estavam ao seu redor. Ao longo destes ensaios eram distribuídos papéis aos utentes da RAV e a equipa técnica responsabilizava-se por ajudar os utentes a executarem o seu papel. O produto final consistiu num teatro-musical, com a duração de uma hora, que pôde ser apresentado aos pais e amigos de todos os participantes na sala *Guilhermina Suggia*, na Casa da Música.

Para além da perspetiva inclusiva colocada em prática ao longo de todo o processo, em que os alunos da EPME e do Balleteatro podiam interagir com os utentes da RAV, também foi possível valorizar as pessoas com deficiência enquanto artistas. Nos ensaios, constatou-se que os utentes da RAV queriam conhecer os restantes participantes, conversando com eles e contando com a sua ajuda para executarem as tarefas que iam sendo pedidas. Também foi possível observar o seu sentido de responsabilidade, decorando as suas falas e as suas movimentações em palco. Ao fazer a apresentação ao público, este pôde reconhecer o valor artístico da pessoa com deficiência. Além disto, verificou-se que os familiares e amigos se sentiram orgulhosos ao verem as capacidades dos utentes colocadas no espetáculo artístico.

Considerações Finais

Com a redação deste relatório pretende-se dar a conhecer a intervenção musicoterapêutica com pessoas com deficiência, levada a cabo no âmbito do estágio curricular realizado na RAV entre outubro de 2017 e junho de 2018.

Analisando o trabalho realizado constata-se que os objetivos definidos para o estágio foram alcançados. Foi possível compreender que a introdução de uma nova possibilidade terapêutica para os utentes da RAV trouxe efeitos positivos. Nas sessões de musicoterapia, os utentes sentiam conforto e segurança para trabalharem questões específicas da sua vida, recorrendo a metodologias diferentes daquelas a que estavam habituados. Tendo em consideração os resultados que foram obtidos com cada utente, foi possível identificar os efeitos terapêuticos específicos da aplicação da musicoterapia em pessoas com deficiência, a nível do seu funcionamento global (Grocke, et al., 2014) e de áreas específicas das suas vidas (Wan, Ruber, Hohmann, & Schlaug, 2010), como a socialização, a cognição, a expressividade emocional, o relacionamento interpessoal e o trabalho de competências.

Constatou-se que a presença diária de uma estagiária a realizar sessões de musicoterapia na RAV permitiu que a comunidade institucional pudesse observar em que consistia o trabalho musicoterapêutico. Além disso, através de projetos criativos incluídos nas sessões de musicoterapia foi possível dar uma nova visão da pessoa com deficiência à comunidade institucional. Apesar deste aspeto não ter sido previamente definido como objetivo do estágio, verificou-se que os técnicos da RAV puderam descobrir novas características dos utentes de quem cuidavam no dia-a-dia, ao verificarem o seu envolvimento nas sessões de musicoterapia. Ou seja, as experiências musicais positivas dos utentes da RAV possibilitaram uma nova forma de relacionamento entre os utentes e os técnicos da instituição (Pavlicevic, et al., 2013) sendo os primeiros vistos para além da sua incapacidade (Baker, 2013).

O estudo de literatura relevante acerca da incapacidade intelectual e das PEA, os diagnósticos mais frequentes na RAV, contribuiu para uma melhor compreensão das implicações associadas a estas patologias. Desta forma, as características dos utentes que estavam associadas à sua patologia e que emergiam nas sessões não eram vistas como estranhas pela estagiária. Além disso, o estudo das abordagens musicoterapêuticas à deficiência permitiu uma melhor preparação para a aplicação das técnicas musicoterapêuticas com cada utente.

O relato pormenorizado dos dois estudos de caso bem como o resumo do trabalho terapêutico feito com os restantes utentes permitiu que fossem identificados os efeitos terapêuticos específicos da musicoterapia. Foi possível verificar que alguns utentes puderam ultrapassar barreiras da expressão verbal, comunicando através do som musical (Lawendowsky & Bieleninik, 2017), o que foi evidente no Rui, no Pedro e no Jorge, que recorreram à improvisação para comunicarem emocionalmente (Kim, et al., 2009). Outros utentes, como o Ricardo, o Miguel, o Ivan, o Fernando e o Henrique puderam exteriorizar os seus pensamentos com recurso à construção de canções, sendo a música uma desbloqueadora de alguns temas que eram mais difíceis de partilhar (Baker, et al., 2009). Noutros casos, como a Carlota, o trio Sónia, Ana e Sara e a dupla Luísa e Adele, foi possível investir nas formas criativas de fazer música. Isto contribuiu para que as utentes pudessem acreditar nas suas potencialidades e autoeficácia, superando desafios e controlando situações consideradas difíceis, devido às suas incapacidades (Lawendowsky & Bieleninik, 2017).

Em suma, a inclusão da musicoterapia como abordagem terapêutica na RAV resultou em melhorias no funcionamento da generalidade dos utentes que usufruíram das sessões, que foram alcançadas através do estabelecimento de uma relação de confiança, baseada no som musical.

Reflexão Final

Refletir, finalmente, acerca do que significou ser estagiária em musicoterapia leva-me a visitar alguns momentos importantes que vivi ao longo deste ano letivo, que impactaram a minha caminhada.

Quando viajo ao primeiro dia em que estive na Rumo à Vida lembro-me do nervoso miudinho que senti, da boca seca e das mãos transpiradas. Lembro-me dos olhares entusiasmados com a chegada de uma "musicoterapeuta", carregados de expectativas. Lembro o sentido de responsabilidade que tomou conta de mim: eu iria influenciar as vidas daquelas pessoas. Vidas diferentes e especiais.

Ao longo das sessões, experimentei ser musicoterapeuta e consegui perceber que era essa a profissão que eu queria ter. Experiência. Apesar de em cada sessão ter de visitar e ultrapassar as minhas zonas de desconforto, em cada sessão vi que estava a descobrir o potencial terapêutico da música, *ao vivo e a cores*. Passei por muita literatura com evidências do potencial da musicoterapia. Trabalhos cientificamente válidos. Um potencial que pode ser validado também ao longo do meu estágio. A experiência fez-me descobrir a diferença entre criar momentos musicais bonitos e momentos musicais terapêuticos.

Por vezes, sentia a necessidade de orientar e guiar as sessões para experiências musicais agradáveis. Diretividade. E muitas vezes eu definia esta ideia de agradável com base nos meus pressupostos, porque não conhecia os dos pacientes. Descoberta. Através do som que surgiu nas sessões pude descobrir cada paciente, musicalmente e enquanto pessoa. E descobri que era nessas pessoas que o rumo da sessão deveria estar centrado.

Conseguir abandonar uma estrutura diretiva nas atividades que estava a fazer e estruturar a sessão a partir do que cada paciente trazia. Mudança. Isto fez-me descobrir que podia modificar aquilo que eu estava a ser enquanto musicoterapeuta. O facto de já ter

experienciado ser professora de música influenciava o meu papel como terapeuta com música. Distinção. A minha postura nas sessões passou a ser pensada de forma a aceitar incondicionalmente o que cada paciente trazia para sessão. Aprendi a desenvolver esses assuntos de forma significativa para aqueles que estavam em terapia. Foi exatamente aí que eu tive que chegar. As sessões tinham que estar centradas nos utentes, como pacientes, e não em mim, como terapeuta. Nervoso miudinho. Apesar de eu nunca ter sido terapeuta, no espaço das sessões era exatamente isso que eu estava a ser. Responsabilidade. Para mim, eu era apenas uma estagiária, uma aprendiz. Para os pacientes, eu era uma terapeuta, alguém que tinha influência nas suas vidas. Dualidade. Assumir em sessão que estava a ser terapeuta e sair da sessão lembrando que eu estava a aprender era algo que me desafiava constantemente.

Descobri que partilhar o meu trabalho me ajudava a ser melhor terapeuta. Não perdi uma oportunidade para o fazer. Fui partilhando dúvidas e inquietações que iam surgindo com a minha orientadora de estágio, que sempre me respondeu com sabedoria e numa perspetiva de colega de equipa terapêutica. Fui partilhando dúvidas e inquietações com a minha supervisora de estágio, que sempre respondeu com sabedoria e me mostrou alternativas de ação como musicoterapeuta.

O estágio significou experiência, desafios, descobertas, responsabilidade, dúvidas, inquietações e mudança. Visito aquilo que aconteceu com gratidão e com a expectativa de, num futuro pouco distante, poder aplicar esta aprendizagem na minha vida profissional.

Referências

Accordino, R., Comer, R., & Heller, W. (2007). Searching for music's potential: A critical examination of research on music therapy with individuals with autism. *Autism Spectrum Disorders, 1*(1), 101-115.

American Music Therapy Association. (2016). *What is music therapy: Definition and quotes about music therapy*. Acedido em 03 de maio de 2018, em: http://www.musictherapy.org/about/quotes

American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5: Manual de diagóstico e estatística das perturbações mentais* (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Associação Rumo à Vida. (2016). *Instituição*. Acedido em 28 de fevereiro de 2018, em: http://rumoavida.pt/index.php/instituicao

Baker, F. (2013). Front and center stage: Performing songs created during music therapy. *The Arts in Psychotherapy, 40*, 20-28.

Baker, F., & Wigram, T. (2005). *Songwriting: Methods, techinques and clinical applications for music therapy clinicians educators and students.* London: Jessica Kingsley Publishers.

Baker, F., Wigram, T., Stottc, D., & McFerran, K. (2009). Therapeutic songwriting in music therapy, Part II: Comparing the literature with practice across diverse clinical populations. *Nordic Journal of Music Therapy, 18*, 32-56.

Boardman, L., Bernal, J., & Hollins, S. (2014). The impact of cognitive intervention program and music therapy in learning disabilities. *Advances in Psychiatric Treatment, 20*, 27-36.

Boxill, E. (1985). *Music Therapy for the developmentally disabled.* Austin: Pro-Ed.

Bravo, C., Ojeda-Castelo, J., & Piedra-Fernandez, J. (2017). Art activities with Kinect to students with cognitive disabilities: Improving all motor skills. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 237*, 1148-1151.

Bruscia, K. (2001). A qualitative aproach to analyzing client improvisations. *Music Therapy Perspectives, 19*(1), 7-21.

Couteur, A. (2012). Diagnosing autism. *Pediatrics and Child, 23*(1), 5-10.

Eren, B. (2014). Use of Music in Special Education and Application Examples from Turkey. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 116*, 2593-2597.

Eren, B. (2015). The use of music interventions to improve social skills in adolescents with autism spectrum disorders in integrated group music therapy sessions. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 197*, 207 – 213.

Fernandéz, R., Vásquez, M., & Ferreiro, F. (2014). Music therapy in adolescent disruptive behaviour. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 132*, 608-614.

Fong, C., & Lee, C. (2012). Communication responses of an indian student with autism to music education. *Procedia Social and Behavioral Sciences, 65*, 808-814.

Geretsegger, M., Holck, U., & Gold, C. (2012). Randomised controlled trial of improvisational music therapy's effectiveness for children with autism spectrum disorders (TIME-A): study protocol. *BMC Pediatrics, 12*(2).

Gold, C., Wigram, T., & Voracek, M. (2007). Predictors of change in music therapy with children and adolescents: the role of therapeutic techinques. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 80*, 577-589.

Grocke, D., Bloch, S., Castle, D., Thompson, G., Newton, R., Stewart, S., & Gold, C. (2014). Group music therapy for severe mental illness: a randomized embedded experimental mixed methods study. *Acta Psychiatrica Scandinava, 130*, 144-153.

Jaschke, A. (2014). Music intervention as a system: Reversing hyper systemizing in autism spectrum disorders to the comprehension of music as intervention. *Medical Hypotheses, 82*, 40-48.

Jaschke, A., & Scherder, E. (2015). Music intervention, agitation, quality of life and repetitive behavior in people with a form of intellectual disability: a brief pilot report. *Journal of Neurology and Neuroscience, Special Issue*.

Kalgotra, R., & Warwal, J. (2017). Effect of music intervention on behaviour disorders of children with intellectual disability using strategies from applied behaviour analysis. *Disability, CBR and Inclusive Development, 28*(1), 161-177.

Kim, J., Wigram, T., & Gold, C. (2009). Emotional, motivational and interpersonal responsiveness of children with autism in improvisational music therapy. *Autism, 13*(4), 389-409.

Kumar, B., Prakash, A., Sewal, R., Medhi, B., & Modi, M. (2012). Drug therapy in autism: A present and future perspective. *Pharmacological Reports, 64*, 1291-1304.

Langan, D. (2009). A music therapy assessment tool for speceial education: Incorporating education outcomes. *Australian Journal of Music Therapy, 20*, 78-98.

Lawendowsky, R., & Bieleninik, L. (2017). Identity and self-esteem in the context of music. *Health Psychology Report, 5*(2), 2-15.

Mössler, K., Assmus, J., Heldal, T., Fuchs, K., & Gold, C. (2012). *The Arts in Psychoterapy, 39*, 333-341.

Nordoff, P., & Robbins, C. (1977). *Creative music therapy.* New York: The John day company.

Nordoff, P., & Robbins, C. (1983). *Music therapy in special education.* Saint Louis: MMB Music.

Oliveira, R., Rodrigues, F., Venâncio, M., Saraiva, J., & Fernandes, B. (2012). Avaliação e Investigação Etiológica do Atraso do Desenvolvimento Psicomotor/Défice. *Saúde Infantil, 34*(3), 5-10.

Pavlicevic, M., O'Neil, N., Powell, H., Jones, O., & Sampathianaki, E. (2013). Making music, making friends: Long-term music therapy with young adults with severe learning disabilities. *Journal of Intelectual Disabilities, 18*(1), 5-19.

Pellitteri, J. (2000). Music therapy in the special education setting. *Journal of Educational and Psychological Consultation, 11*(3&4), 379–391.

Petruta-Maria, C. (2015). The role of art and music therapy techniques in the educational system of children with special problems. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 187*, 277-282.

Porter, S., McConnell, T., McLaughlin, K., Lynn, F., Cardwell, C., Brainden, H., . . . Holmes, V. (2017). Music therapy for children and adolescents with behavioural and emotional problems: a randomised controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 58*(5), 586-594.

Rumo à Vida. (2017). *Plano Anual de Actividades.* Matosinhos.

Sausser, S., & Waller, R. (2006). A model for music therapy with students with emotional and behavioral disorders. *The Arts in Psychotherapy, 33*, 1-10.

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

Shi, Z., Lin, G., & Xie, Q. (2016). Effects of music therapy on mood, language, behavior, and social skills in children with autism: A meta-analysis. *Chinese Nursing Research, 3*, 137-141.

Silverman, M., Baker, F., & MacDonald, R. (2016). Flow and meaningfulness as predictor of therapeutic outcome within songwriting interventions. *Psychology of Music, 44*(6), 1331-1345.

Skeja, E. (2014). The impact of cognitive intervention program and music therapy in learning disabilities. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 159*, 605-609.

Srinivasan, S., Eigsti, I. N., & Bhat, A. (2016). The effects of embodied rhythm and robotic interventions on the spontaneous and responsive social attention patterns of children with autism spectrum disorder (ASD): A pilot randomized controlled trial. *Research in Autism Spectrum Disorders, 27*, 54-72.

Stephenson, J. (2006). Music Therapy and the Education of Students with severe disabilities. *Education and Training in Developmental Disabilities, 41*(3), 290-299.

Thompson, G. (2014). World-wide perspective in improvistional music therapy from the TIME-A project. *Proceedings of the 14th WFMT World Congress of Music Therapy.* Austria: World federation of music therapy.

Wan, C., Ruber, T., Hohmann, A., & Schlaug, G. (2010). The therapeutic effects of singing in neurological disorders. *Music Perception, 27*(4), 287-295.

WHO. (2011). Understanding disability. In WHO, *World Report on Disability* (pp. 1-10). Geneva: WHO Press.

WHO. (2013). *Autism spectrum disorders & other developmental disorders: From raising awareness to building capacity.* Genebra.

Wigram, T. (1999). Assessment methods in music therapy: A humanistic or natural science framework? *Nordic Journal of Music Therapy, 8*(1), 7-25.

Wigram, T. (2000). A method of music therapy assessment for the diagnosis of autism and communication disorders in children. *Music Therapy Perspectives, 18*(1), 13-22.

Wigram, T. (2004). *Improvisation: methods and techniques for music therapy clinicians, educators and students.* London e Philadelphia: Jessica kingsley publishers.

Wigram, T., & Gold, C. (2006). Music therapy in the assessment and treatment of autistic spectrum disorder: Clinical application and research evidence. *Child: Care, Health and Development, 32*(5), 535-542.

Wigram, T., Pedersen, I., & Bonde, L. (2002). *A comprehensive guide to music therapy.* London e Philadelphia: Jessica kingsley publishers.

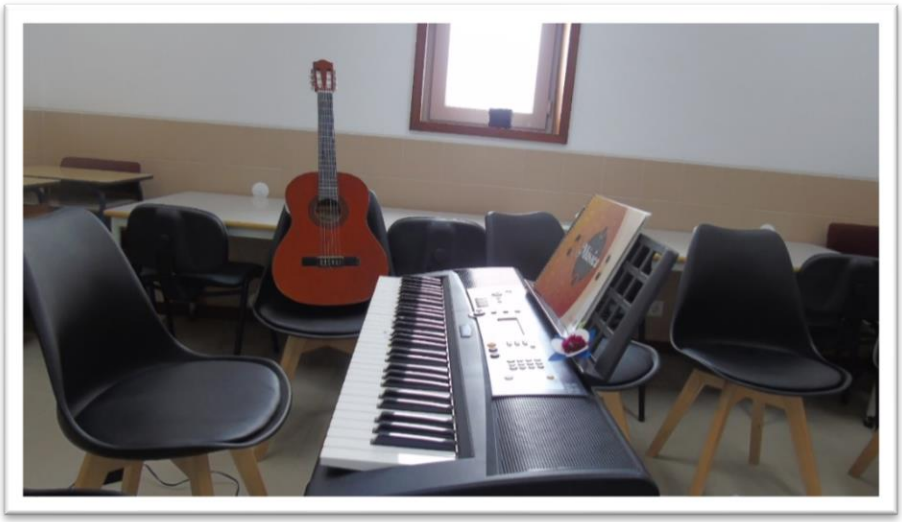
Apêndices

Lista de Apêndices

Apêndice A - Sala de musicoterapia na RAV
Apêndice B - Canções de ritual de início e fim de sessão
Apêndice C - Adaptação para português do Music Therapy Assessment for developmental disabilities (Boxill, 1985)
Apêndice D - Plano terapêutico: metas terapêuticas e objetivos de curto prazo
Apêndice E - Tabela de registo de sessões individuais
Apêndice F - Tabela de registo de sessões de grupo
Apêndice G - Canções compostas em sessão: Miguel
Apêndice H - Registo da canção "O Jipe", Miguel
Apêndice I - Canção de níveis corporais: "Bate com…"

Apêndice A

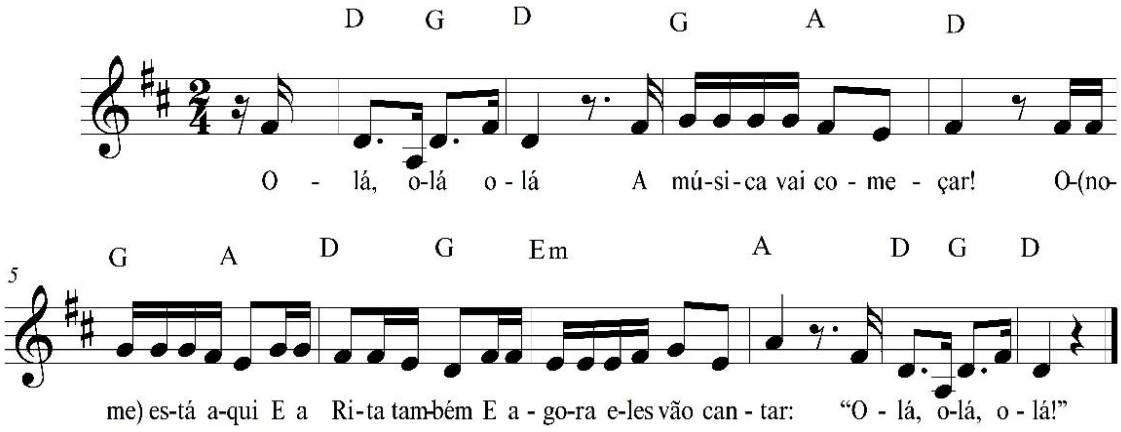
Sala de musicoterapia na RAV



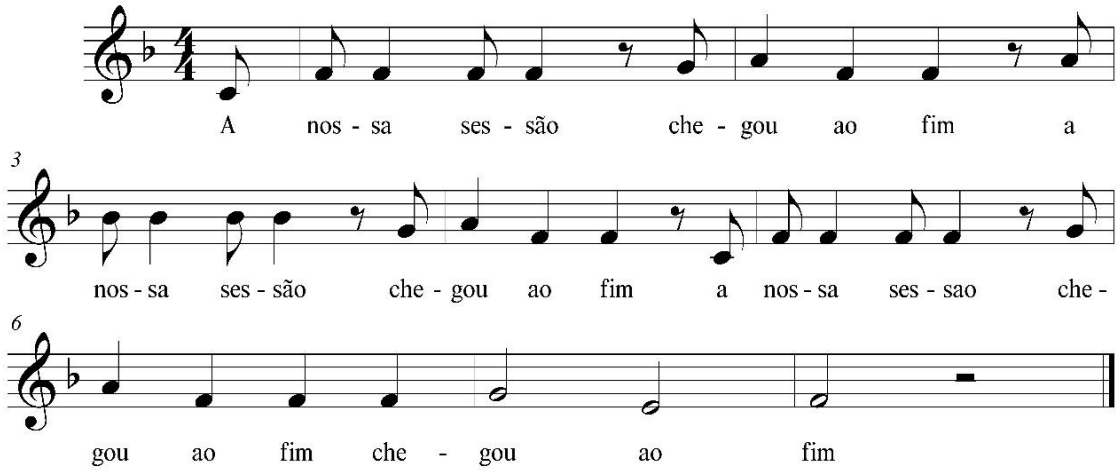
Apêndice B

Canções de ritual de início e fim de sessão

Canção de ritual de início de sessão: "Olá"



Canção de ritual de fim de sessão: "A sessão"



Apêndice C

Adaptação para português do Music Therapy Assessment for developmental disabilities (MTADD) (Boxill, 1985)

Avaliação em Musicoterapia para as Perturbações do Desenvolvimento

Nome:

Natureza da incapacidade:

Considerações culturais:

Caracterísitcas comportamentais:

Medicação:

Sumário das pontuações por domínio			
Música (0-18)		Comunicação (0-27)	
Motor (0-18)		Social (0-18)	
Cognitivo (0-30)			

Áreas de tratamento (assinalar as que se aplicam)			
Motricidade fina		Interação com pares/adulto	
Motricidade grossa		Capacidades de participação	
Linguagem expressiva		Conceitos	
Linguagem recetiva		Sequenciação/memória	
Comunicação não-verbal		Sensorial	

Recomendação de tratamento (assinalar as que se aplicam)	
Sessão individual	
Sessão de grupo	

Código de pontuação
3= resposta adequada é independente
2= resposta adequada surge com atraso
1= resposta adequada surge com ajuda/resposta parcialmente correta
0= resposta desadequada

Musical/Motor			
Ritmo/pulsação		**Capacidades de motricidade fina**	
Iniciou ritmos		Agarrou baquetas/instrumentos rítmicos	
Mantém pulsação constante		Dedilhou a guitarra	
Adaptou-se a alterações rítmicas		Tocou piano	
Melodia/Tonalidade		**Capacidades de motricidade grossa**	
Reproduz notas (vocal)		Executou movimentos de extremidades em cima/em baixo	
Canta uma canção familiar com afinação		Demonstrou coordenação adequada	
Termina uma frase musical (vocal)		Demonstrou consciência espacial adequada	
Total musical:		**Total motor**	

Cognição/Comunicação			
Conceitos		**Linguagem expressiva**	
Identifica cores		verbaliza preferências/escolhas	
identifica números		Preenche os espaços em branco (improvisação estruturada)	
identifica letras		Envolve-se na conversação	
identifica partes do corpo		Responde a questões	
identifica formas			
Sequenciação/memória		**Comunicação não-verbal**	
Lembra-se ordens de palavras/versos/movimentos		Usa gestos adequados	
Lembra-se de informação nova		Usa linguagem de sinais/ou PECS (onde aplicável)	
Lembrou-se de uma sequência			
Sensorial		**Linguagem recetiva**	
Responde para tocar ou segurar em instrumentos		Segue orientações (faladas/cantadas)	
Responde a mudanças de volume/dinâmica		Identifica imagens/objetos	
		Responde ao nome/saudações	
Total cognição:		**Total comunicação:**	

Social			
Interação com pares/adulto		**Capacidades de participação**	
Envolve-se em produção musical por imitação/paralela/interativa		Mantém contacto ocular	
Partilha/passa instrumentos		Participa na tarefa	
envolve-se em interação adequada (verbal/musical)		Demonstra conhecimento de si e dos outros	
Total social:			

Apêndice D

Plano terapêutico: metas terapêuticas e objetivos de curto prazo

Meta terapêutica	Nível de funcionamento relativo à meta terapêutica	Objetivos de curto prazo	Data definição	Data aquisição
1.		a.		
		b.		
		c.		
2.		a.		
		b.		
3.		a.		
		b.		
		c.		

Apêndice E

Tabelas de Registos de Sessões Individuais

Nome:			
Sessão nº		**Data:**	
Descrição sumária da sessão			
Instrumentos			
Repertório Utilizado			
Comportamentos musicais			
Temas surgidos			
Comportamentos gerais			
Novidades/ mudanças			
Reações pessoais/Notas			

Apêndice F

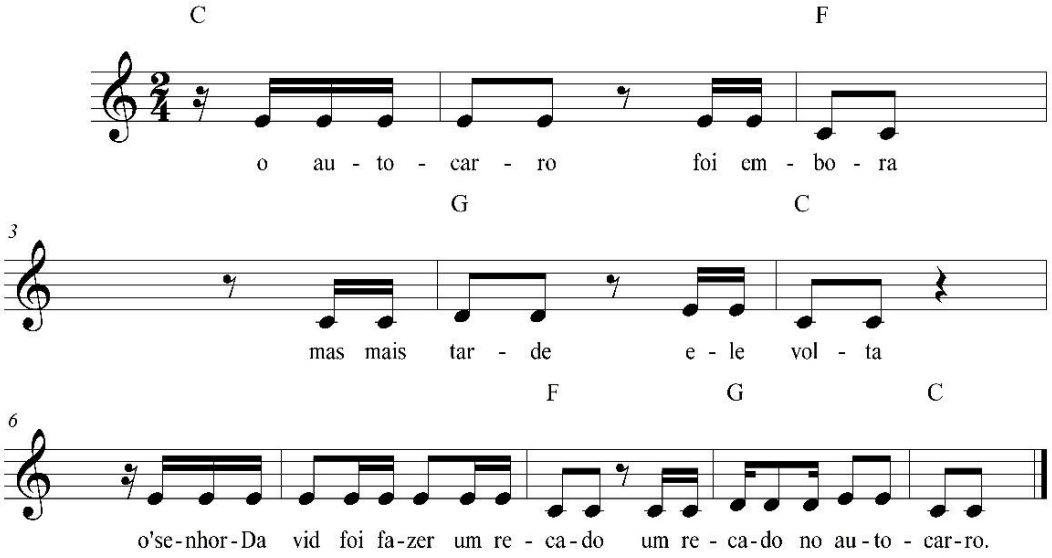
Tabelas de Registos de Sessões de Grupo

Nomes:					
Sessão nº		**Data:**		**Presenças:**	
				Ausências:	
Descrição sumária da sessão					
Instrumentos					
Repertório Utilizado					
Comportamentos musicais					
Temas surgidos					
Comportamentos individuais/ grupo					
Novidades/ mudanças					
Reações pessoais/Notas					

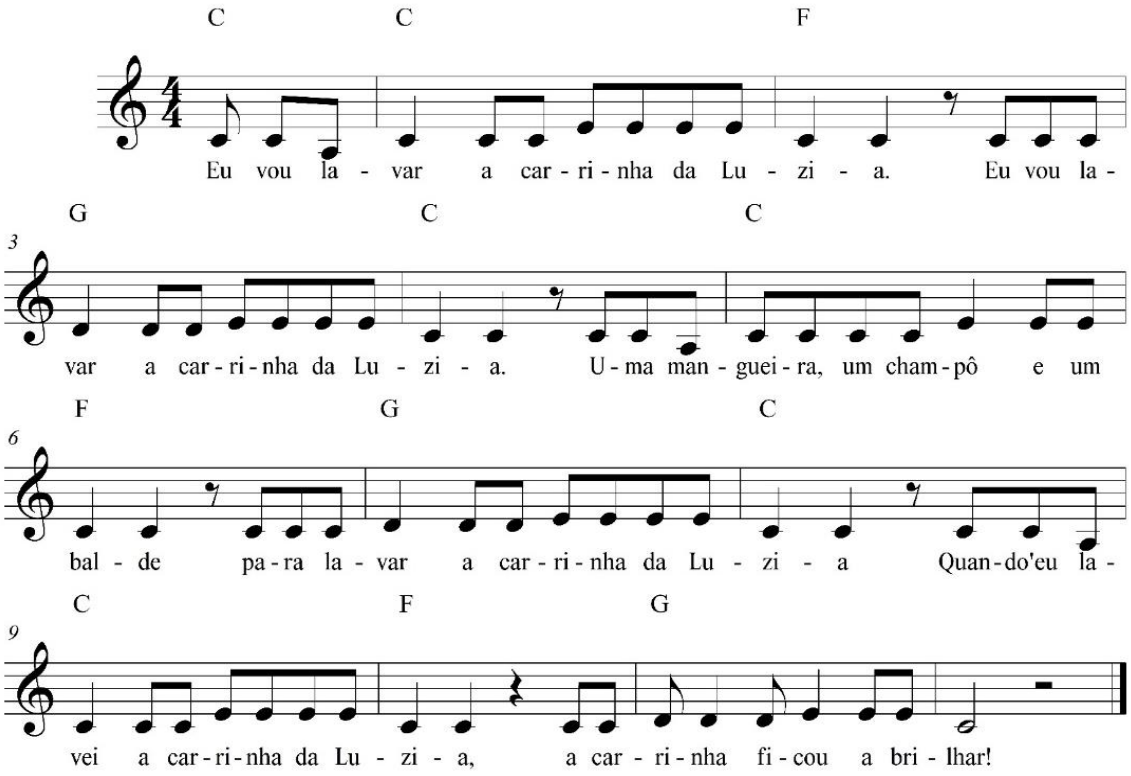
Apêndice G

Canções compostas em sessão: Miguel

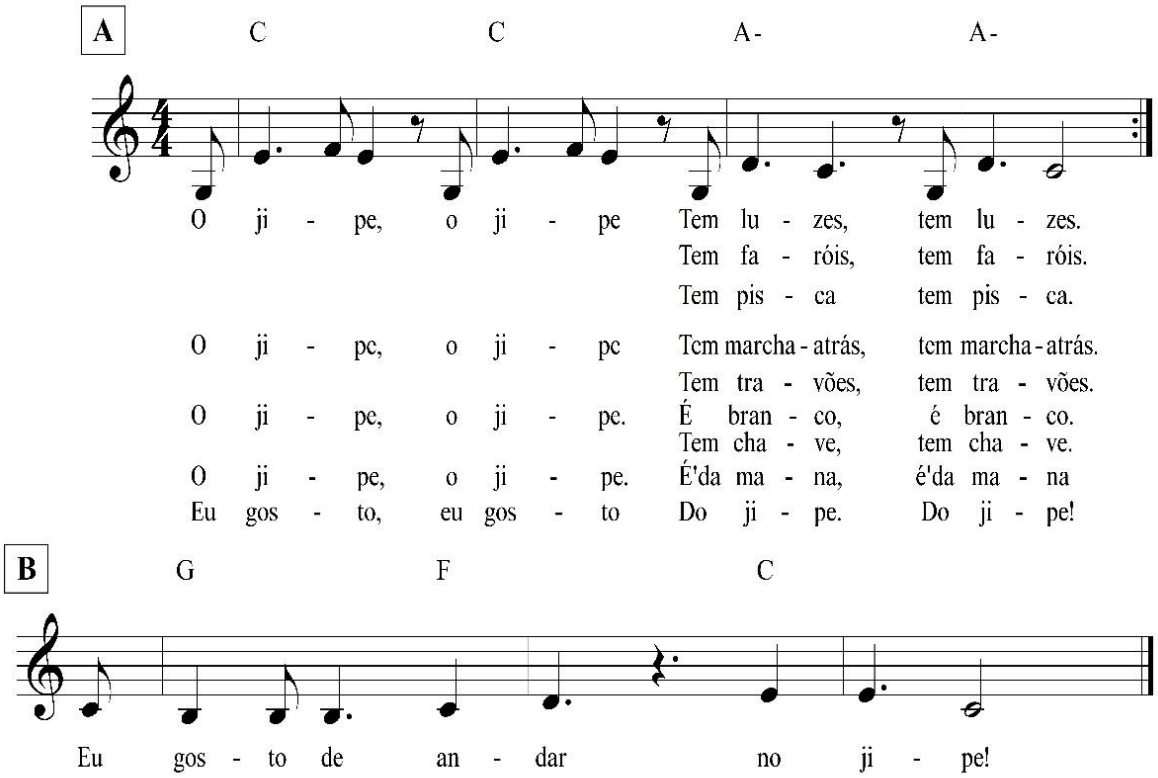
O Autocarro

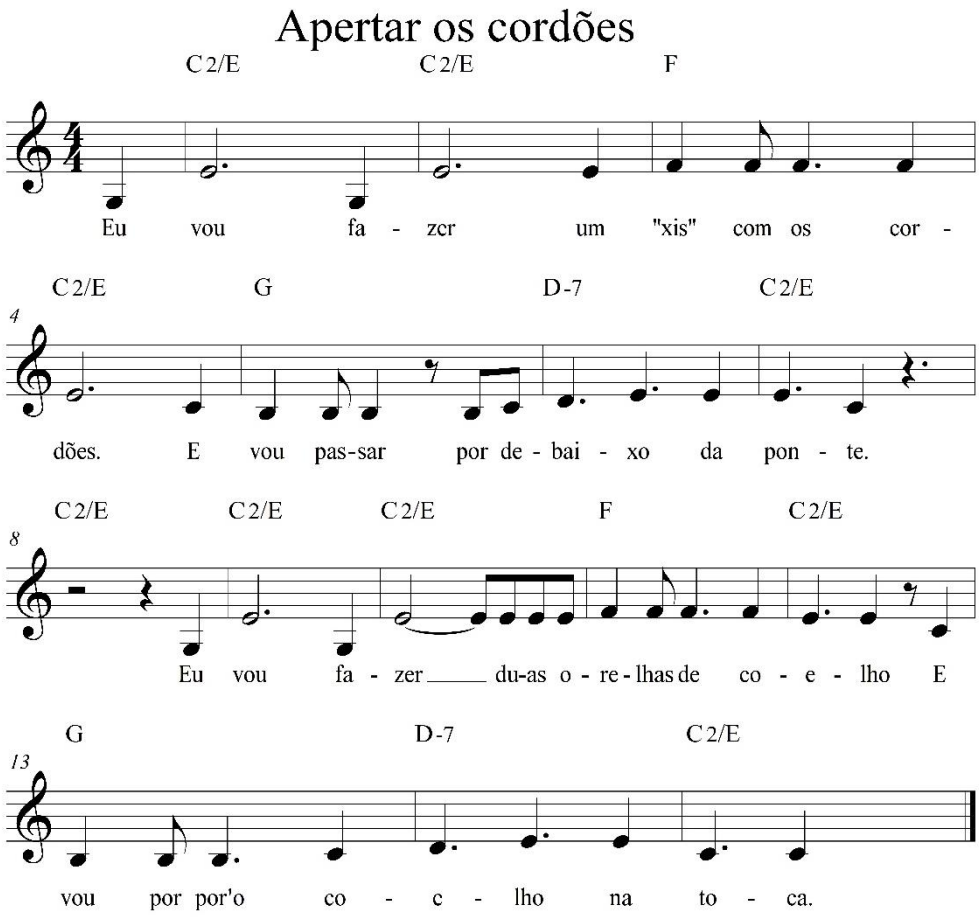


Carrinha da Luzia



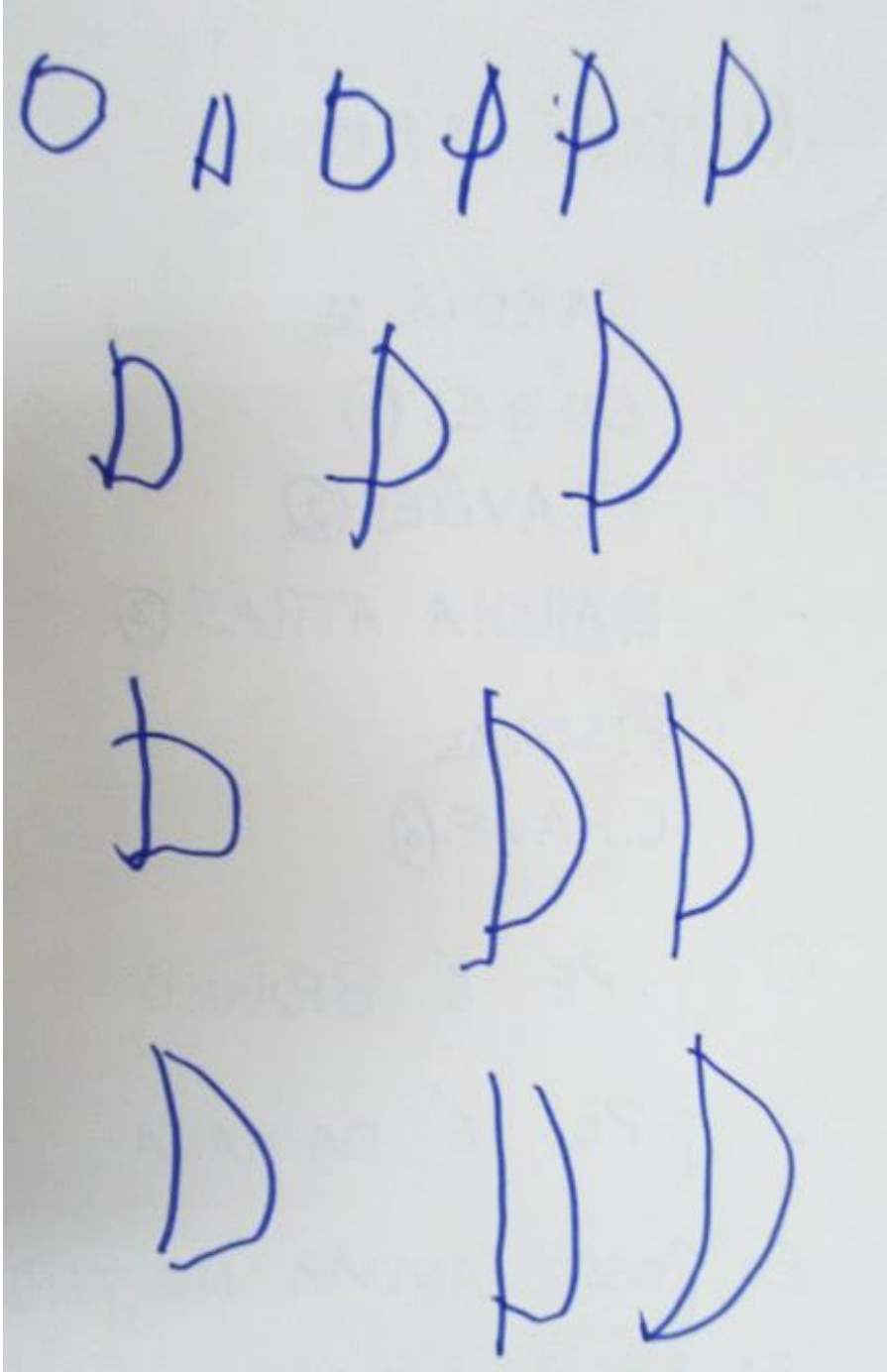
O Jipe


A
C C A- A-
O ji - pe, o ji - pe Tem lu - zes, tem lu - zes.
Tem fa - róis, tem fa - róis.
Tem pis - ca tem pis - ca.
O ji - pe, o ji - pe Tem marcha - atrás, tem marcha - atrás.
Tem tra - vões, tem tra - vões.
O ji - pe, o ji - pe. É bran - co, é bran - co.
Tem cha - ve, tem cha - ve.
O ji - pe, o ji - pe. É'da ma - na, é'da ma - na
Eu gos - to, eu gos - to Do ji - pe. Do ji - pe!
B
G F C
Eu gos - to de an - dar no ji - pe!


Apertar os cordões
C 2/E C 2/E F
Eu vou fa - zer um "xis" com os cor -
C 2/E G D-7 C 2/E
4
dões. E vou pas-sar por de - bai - xo da pon - te.
C 2/E C 2/E C 2/E F C 2/E
8
Eu vou fa - zer du-as o - re - lhas de co - e - lho E
G D-7 C 2/E
13
vou por por'o co - c - lho na to - ca.

Apêndice H

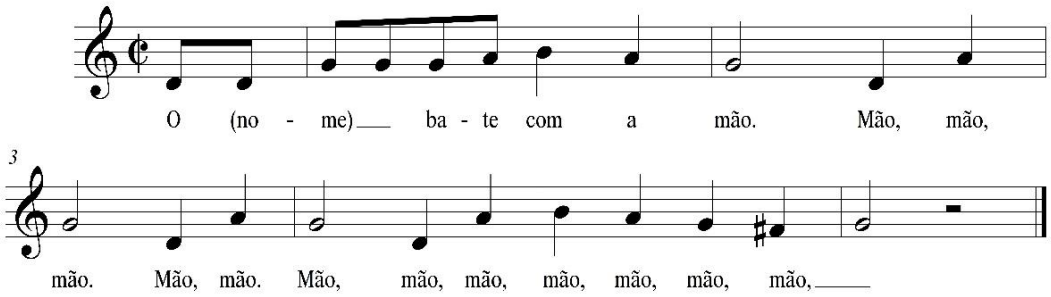
Registo da canção “O Jipe”, Miguel



Apêndice I

Canção de níveis corporais: “Bate com…”

Bate com...



a) A palavra "nome" deve ser substituída pelo nome do paciente
b) A palavra "mão" vai sendo substituída por nomes de outras partes do corpo.
Caso a palavra escolhida seja demaiado longa, pode ser substituída pela primeira sílaba da palavra, após esta ter sido dita uma vez (p.e.: a palavra "cabeça" pode ser dita uma vez, e depois substituída por "ca").

Lista de Anexos

Anexo A - Pedido de autorização do registo das sessões em vídeo

Anexo B - Declaração de autorização da gravação das sessões em vídeo a ser preenchida pelos encarregados de educação ou responsáveis legais dos utentes da RAV

Anexo A

Pedido de autorização de registo das sessões de musicoterapia em vídeo

DECLARAÇÃO

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

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

Lisboa, 9 de Novembro de 2017

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

Anexo B

Declaração de autorização da gravação das sessões em vídeo a ser preenchida pelos encarregados de educação ou responsáveis legais dos utentes da RAV

DECLARAÇÃO

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

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

_____, _____ de _____ de _____
(local) (dia) (mês) (ano)

O Próprio ou o(a) Guardião Legal / Encarregado(a) de Educação,

_____ _____
Assinatura Nome Legível