Lusíada
Repositório das Universidades Lusíada

Universidades Lusíada

Jesus, Jorge Miguel Castelhano de, 1991-

Som, música e reciprocidade : musicoterapia na multideficiência

http://hdl.handle.net/11067/4469

Metadados

Data de Publicação 2018

Resumo O presente relatório visa a descrição do trabalho clínico realizado no âmbito do estágio do Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa. O estágio teve lugar na Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral de Leiria (APPCL), tendo sido realizado de novembro de 2017 a junho de 2018. As perturbações do neurodesenvolvimento podem resultar de inúmeros fatores, sejam de etiologia genética ou ambiental. Estas perturbações geram quadros clínicos com alterações ao nível das funções do co...

This report aims at the description of the clinical work carried out in the course of the master's degree in music therapy at the Lusíada University of Lisbon. The internship took place in Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral (APPCL) having been held from November 2017 to June 2018. The neurodevelopment disorders can result from many factors, whether of genetic or environmental etiology. These disturbances generate frames with changes in the level of body functions, resulting in difficult...

Palavras Chave Musicoterapia, Pessoas com deficiência - Assistência em instituições - Portugal - Leiria, Musicoterapia - Prática profissional, Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral (Leiria, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)

Tipo masterThesis

Revisão de Pares Não

Coleções [ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-19T06:43:42Z com informação proveniente do Repositório

UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Musicoterapia

Som, música e reciprocidade: musicoterapia na multideficiência

Realizado por:
Jorge Miguel Castelhano de Jesus

Supervisionado por:
Prof.ª Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer

Orientado por:
Dr.ª Andreia Pinheiro Pedro

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 Susana Aurora Gutiérrez Jimenez

Relatório aprovado em: 1 de março de 2019

Lisboa

2018

UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

Som, música e reciprocidade: musicoterapia na multideficiência

Jorge Miguel Castelhano de Jesus

Lisboa

julho 2018

UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

Som, música e reciprocidade: musicoterapia na multideficiência

Jorge Miguel Castelhano de Jesus

Lisboa

julho 2018

Jorge Miguel Castelhano de Jesus

Som, música e reciprocidade: musicoterapia na multideficiência

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. Andreia Pinheiro Pedro

Lisboa

julho 2018

Ficha Técnica

Autor	Jorge Miguel Castelhano de Jesus
Supervisora de estágio	Prof.ª Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer
Orientadora de estágio	Dra. Andreia Pinheiro Pedro
Título	Som, música e reciprocidade: musicoterapia na multideficiência
Local	Lisboa
Ano	2018

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

JESUS, Jorge Miguel Castelhano de, 1991-

Som, música e reciprocidade: musicoterapia na multideficiência / Jorge Miguel Castelhano de Jesus ; supervisionado por Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer ; orientado por Andreia Pinheiro Pedro - 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 - PEDRO, Andreia Pinheiro, 1979-

LCSH

1. Musicoterapia
2. Deficientes - Assistência em instituições - Portugal - Leiria
3. Musicoterapia - Prática profissional
4. Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral (Leiria, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
5. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
6. Teses - Portugal - Lisboa

Ao meu Pai.

Agradecimentos

À Prof.ª Doutora Teresa Leite, por nos proporcionar a aprendizagem desta disciplina e por todo o apoio incondicional ao longo destes dois anos de mestrado, especialmente na orientação e tutoria deste trabalho.

À Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral de Leiria, pela oportunidade de realizar o estágio na sua instituição, com um especial agradecimento à Doutora Lúcia Bento.

À Doutora Andreia Pedro, pela excelente orientação, esclarecimento, disponibilidade e sobretudo amizade ao longo de todo o processo de estágio.

À equipa multidisciplinar da Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral, por toda a amizade, disponibilidade, flexibilidade e aprendizagem que me proporcionaram ao longo deste processo que em tanto contribuiu para o trabalho desenvolvido.

A toda a equipa de auxiliares da APPC de Leiria, por toda a ajuda e amizade durante este processo.

À Ana Esperança, pois foi a primeira pessoa a ajudar-me neste processo e a acompanhá-lo até ao fim. Em muito contribui para o meu crescimento pessoal e profissional.

À Almerinda Dias por toda a orientação académica e profissional e por me ter impulsionado para o mundo das terapias.

Por último, mas não menos importante, ao meu pai, José Miguel de Jesus, que sempre acreditou em mim e nunca desistiu de me acompanhar. Considero este trabalho e todas as minhas conquistas académicas e pessoais fruto da nossa luta em conjunto.

"Pathology takes second place

as the children's individualities are actively expressed."

(Nordoff & Robbins, 1971)

Resumo

O presente relatório visa a descrição do trabalho clínico realizado no âmbito do estágio do Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa. O estágio teve lugar na Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral de Leiria (APPCL), tendo sido realizado de novembro de 2017 a junho de 2018.

As perturbações do neurodesenvolvimento podem resultar de inúmeros fatores, sejam de etiologia genética ou ambiental. Estas perturbações geram quadros clínicos com alterações ao nível das funções do corpo, resultando em dificuldades de acesso à atividade e participação em inúmeros contextos da vida quotidiana. Ao longo dos anos, a musicoterapia tem provado ter um papel fundamental no acompanhamento e reabilitação de utentes com estas problemáticas.

Para além de apresentar um enquadramento teórico inerente à amostra em causa, o presente documento vem aprofundar em detalhe o trabalho realizado em musicoterapia com dois utentes da amostra, em formato de estudo de caso. Ao longo do estágio, foi também possível participar em reuniões com os técnicos da equipa multidisciplinar, ter contacto com os cuidadores dos utentes acompanhados e participar nas rotinas do serviço.

A amostra de utentes que usufruiu de intervenção em Musicoterapia foi constituída por 7 crianças com perturbações do neurodesenvolvimento de etiologia congénita. Os acompanhamentos foram realizados ao longo do estágio com intervenções individualizadas, de periodicidade semanal, com uma hora de contacto clínico. Os utentes foram avaliados qualitativamente no início e fim do estágio, tendo apresentado melhorias em áreas distintas. Foi possível concluir a importância da integração do musicoterapeuta

em equipa multidisciplinar assim como reforçar os benefícios clínicos no acompanhamento de utentes com perturbações do neurodesenvolvimento.

Palavras-chave: musicoterapia, neurodesenvolvimento, pediatria, incapacidade, reciprocidade

Abstract

This report aims at the description of the clinical work carried out in the course of the master's degree in music therapy at the Lusíada University of Lisbon. The internship took place in Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral (APPCL) having been held from November 2017 to June 2018.

The neurodevelopment disorders can result from many factors, whether of genetic or environmental etiology. These disturbances generate frames with changes in the level of body functions, resulting in difficulties of access to activity and participation in countless contexts of everyday life. Over the years, music therapy has proven to have a key role in the monitoring and rehabilitation of users with these problems.

In addition to presenting a theoretical framework inherent in the sample in question, this document comes into depth in detail the work done in music therapy with two sample users in case study format. Throughout the internship, it was also possible to participate in meetings with the technicians of the multidisciplinary team, to have contact with the caregivers of the users accompanied and participate in the routines of the service.

The sample of users who enjoyed intervention in music therapy was made up of 7 children with disorders of neurodevelopment of congenital etiology. The accompaniments were carried out throughout the internship with individualized interventions, of weekly periodicity, with 1 hour of clinical contact. The users were evaluated qualitatively at the beginning and end of the internship, having presented improvements in different areas. It was possible to conclude the importance of integrating music into a multidisciplinary team as well as enhancing the clinical benefits of monitoring users with neurodevelopmental disorders.

Key words: Music therapy, neurodevelopment, pediatrics, disability, Reciprocity

Lista de tabelas

Tabela 1. Descrição da Amostra 30

Tabela 2. Agenda Semanal 37

Tabela 3. Análise SWOT MJ em novembro de 2017 41

Tabela 4. Plano de Intervenção Terapêutica MJ 42

Tabela 5. Análise SWOT MJ em Junho de 2018 46

Tabela 6. Resultados da avaliação através da Escala de Comunicação Pré-Verbal 52

Tabela 7. Plano de Intervenção Terapêutica MC 52

Tabela 8. Resultados da reavaliação através da Escala de Comunicação Pré-Verbal 57

Lista de Abreviaturas

APPCL - Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral de Leiria

AVD's - Atividades da vida diária

EBR - Entrevista Baseada nas Rotinas

MT - Musicoterapia

NMT - Musicoterapia Neurológica

NRMT - Nordoff Robbins Music Therapy

TF - Terapia da Fala

TO - Terapia Ocupacional

Sumário

Introdução ... 1
Caracterização da Instituição ... 3
Caracterização da População-Alvo ... 7
Enquadramento Teórico ... 8
Incapacidade ... 9
Modelos de incapacidade ... 11
Musicoterapia ... 13
Modelos de Intervenção em Musicoterapia ... 16
Musicoterapia Neurológica ... 16
Musicoterapia Criativa ... 17
Objetivos Gerais do Estágio ... 29
Metodologia ... 30
Participantes ... 30
Procedimentos ... 34
Fase de encaminhamento ... 34
Fase de recolha de dado de anamnese ... 34
Fase de avaliação ... 35
Fase de elaboração do plano terapêutico ... 35
Métodos e técnicas de intervenção ... 36
Recursos materiais ... 36
Agenda ... 36
Outras atividades ... 37
Estudo de Caso Nº1 ... 38
Avaliação ... 40
Plano de Intervenção Terapêutica ... 41
Intervenção e progresso terapêutico ... 43
Fase 1 – Relação ... 43
Fase 2 – Reciprocidade ... 44
Fase 3 – Transferências funcionais ... 45
Conclusão do Caso ... 47
Estudo de Caso Nº2 ... 49
Avaliação ... 50

Plano de Intervenção Terapêutica 52
Intervenção terapêutica 54
Fase 1 – Relação 54
Fase 2 – Reciprocidade 55
Fase 3 – Emergir de competências pré-verbais 55
Conclusão do Caso 58
Outras Intervenções 59
M.S. 59
T.V. 61
R.B. 63
Conclusão 64
Reflexão Pessoal 66
Referências 67
Anexos 73
Anexo A – Organograma da Instituição 75
Anexo B – Carta de pedido de autorização para registo vídeo das intervenções 77
Anexo C – Declaração para autorização de registo vídeo das intervenções 79
Anexo D – Ficha de Musicoterapia Mod 1.45 – 1 – APPC 81
Anexo E – Análise SWOT 85
Anexo F – Escala de Comunicação Pré-Verbal 87

Introdução

No âmbito do plano curricular do curso de Mestrado de Musicoterapia da Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Lusíada de Lisboa foi desenvolvido, pelo aluno Jorge Miguel de Jesus, um Estágio Curricular sendo este descrito no presente relatório.

O estágio decorreu na Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral de Leira (APPCL) e teve como principal objetivo a intervenção clínica em contexto pediátrico com problemáticas de etiologia neurológica, congénita e do desenvolvimento. A intervenção foi centrada nas necessidades do utente e respetivos cuidadores, sendo estas fundamentais para o estabelecimento dos objetivos terapêuticos.

A musicoterapia é uma intervenção clínica que utiliza como ferramenta a música, o som e as suas propriedades para atingir objetivos terapêuticos não musicais. Ao longo dos anos, a terapia tem ganho o seu espaço e mérito científico possuindo uma área de intervenção muito abrangente, podendo atuar ao nível cognitivo, comunicacional, linguístico, motor, emocional e social.

Durante o período do estágio foi possível intervir com 7 crianças/jovens adultos com idades compreendidas entre os dois e os vinte e um anos. Os utentes apresentavam perturbações do neurodesenvolvimento com diversas etiologias.

Em primeiro lugar, foi elaborada uma caracterização da instituição abordando aspetos como tipologia da instituição, valências terapêuticas, a sua história, missão e valores. Foi realizada também a caracterização da população alvo, focando as características da mesma assim como a sua integração e intervenção na instituição.

Considerando a informação levantada, o enquadramento teórico incidiu sobre aspetos relacionados com o neurodesenvolvimento, definição e classificação de incapacidade e modelos de incapacidade. No que diz respeito à Musicoterapia, considerou-se pertinente abordar algumas definições, modelos, áreas de intervenção e qual o seu papel nas patologias do neurodesenvolvimento.

São descritas, na fase metodológica, características pertinentes da população que usufruiu da intervenção, assim como a duração e periodicidade das sessões.

Na metodologia podemos encontrar todos os procedimentos detalhados do início ao fim da intervenção divididos em 5 fases: 1) fase de encaminhamento; 2) fase de recolha de dados de anamnese; 3) fase de avaliação, 4) fase de elaboração do plano terapêutico e 5) fase de intervenção.

Posteriormente, serão apresentados, de uma forma resumida, todos os casos acompanhados e realizada uma caracterização de cada um ao longo da intervenção. Desses casos, dois foram selecionados e descritos mais detalhadamente.

Por fim, foram elaboradas uma conclusão e uma reflexão pessoal resumindo todas as experiências e aprendizagens relativas ao estágio e à elaboração do presente relatório

Caracterização da Instituição

A Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral de Leira (APPCL) é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), dotada de estatuto de Utilidade Pública, publicado no Diário de Republica, 2ª série, nº 168, de 29 de Agosto de 2006 (parte especial), com registo definitivo em 25 de Julho de 2006, no livro nº10 das Associações de Solidariedade Social, sob o nº 71/05 e fls.184, sendo reconhecida a isenção de IRC (Imposto sobre o Rendimento de Pessoas Coletivas) nos termos do respetivo despacho.

Constituída sob a forma de Associação sem fins lucrativos, foi fundada em 2000 (Comissão Instaladora) por um grupo de pais de crianças, jovens e adultos portadores de paralisia cerebral, situações neurológicas afins e outras (público-alvo).

Ganhou corpo formalmente em 2001 como Sub–Núcleo, evoluindo para Núcleo Regional de Leiria (NRL-APPC) em 2002. Transformou-se em Associação Autónoma em 2006 (APPC-Leiria) com efeitos a partir de janeiro de 2007.

A abertura do Centro de Reabilitação da Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral de Leiria (APPC-Leiria) permitiu que as crianças e famílias que eram apoiadas no Centro de Reabilitação da APPC Coimbra, passassem a ser apoiadas em Leiria, evitando assim as frequentes deslocações com custos sociais e financeiros elevados, entre outros (longa ausência dos pais no trabalho/absentismo). A APPCL reúne mais de 1000 sócios e continua a sua campanha de angariação em permanência.

A APPCL apresentou ao Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social de Leiria a proposta de celebração de um Acordo de Cooperação ao abrigo do despacho 75/92, para custear o pessoal técnico necessário para o funcionamento do Centro de Reabilitação.

Para o Acordo de Cooperação foi elaborada uma estimativa de custos que contempla: quadro de pessoal ambulatório/reabilitação, pessoal em prestação de serviço, bem como custos com a alimentação, fardas, deslocações e outros custos com pessoal, conforme rubricas orçamentais previstas no Plano Oficial de Contas (P.O.C.) das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS).

O Acordo de Cooperação Atípico, em Regime Ambulatório, foi celebrado no dia 22 de dezembro de 2003 e contempla atualmente parte do tratamento para 107 utentes.

A APPCL tem como objetivos melhorar a qualidade de vida e criar respostas localizadas para as necessidades específicas das crianças, jovens e Adultos com Paralisia Cerebral, Situações Neurológicas Afins e Outras, no âmbito da: Prevenção; Reabilitação; Habilitação; Participação; Inclusão Social e Apoio à Família/Cuidador. Pretende promover a inclusão social da pessoa com deficiência, incapacidade e/ou em situação de desvantagem, com rigor, equidade e solidariedade. Visa ser uma organização de referência do Distrito de Leiria, na promoção da (re) habilitação e da qualidade de vida da pessoa com deficiência e suas Famílias.

A área geográfica de atendimento abrange os 16 concelhos do Distrito de Leiria: Alcobaça; Alvaiázere; Ansião; Batalha; Bombarral; Caldas da Rainha; Castanheira de Pêra; Figueiró dos Vinhos; Leiria; Marinha-Grande; Nazaré; Óbidos; Pedrógão Grande; Peniche; Pombal; Porto de Mós.

A APPCL possui os seguintes serviços: Avaliação e Reavaliação, Fisioterapia, Gabinete de Apoio às Famílias, Hidroterapia, Hipoterapia, Musicoterapia, Neurologia, Ortopedia, Pediatria, Psicologia, Psicomotricidade, Serviço Social, Snoezelen, Talas Funcionais e de Posicionamento, TAA (Terapia Assistida por Animais, Terapia da Fala e Terapia Ocupacional.

A equipa técnica da APPCL reúne-se semanalmente todas as quartas feiras e mensalmente nas primeiras quartas-feiras e últimas sextas feiras do mês. Estes espaços são pertinentes para discussão de casos, rotinas dos serviços e agendamentos escolares ou domiciliários. As intervenções terapêuticas podem variar na sua periodicidade semanal, a duração das sessões é de 45 minutos e podem intervir dois técnicos de áreas distintas em coterapia com o mesmo utente.

Os utentes são propostos para avaliação pela equipa técnica após sinalização/encaminhamento por parte dos médicos que os acompanham ou pelas próprias famílias que se deslocam à instituição e solicitam uma avaliação. É feito um primeiro contacto com os técnicos de serviço social que fazem um primeiro enquadramento do funcionamento da instituição e recolhem as necessidades e expectativas dos cuidadores. Auxiliam também os cuidadores no processo de inscrição na APPCL, informando quais os documentos necessários. São também solicitados relatórios clínicos quando estes não são enviados pelo médico que acompanha a criança. Antes da avaliação, há um momento com os cuidadores e a psicóloga clínica da equipa técnica onde esta conduz uma Entrevista Baseada nas Rotinas (EBR), desenvolvida por McWilliam. Segundo WcWilliam 2012, a EBR é uma entrevista semiestruturada, realizada por um profissional a pelo menos um dos cuidadores relativamente ao funcionamento da criança e da família em rotinas diárias em casa e na escola. Esta entrevista visa selecionar uma lista de objetivos funcionais ou resultados desejáveis para a intervenção e de estabelecer uma relação positiva com a família. Depois de obtidos os dados da EBR, a avaliação da equipa técnica é então agendada e realizada às quartas feiras entre as 11h e as 13h. Antes da avaliação da equipa, os técnicos reúnem-se e a coordenadora de equipa transmite à restante equipa os dados obtidos na EBR. Os técnicos de serviço social transmitem também os dados anamnésicos. Nesta reunião são também

selecionados os técnicos que se consideram pertinentes estar presentes na avaliação com a criança e cuidadores. Depois da avaliação, em nova reunião, são então sugeridos quais os técnicos e intervenções terapêuticas que vão ao encontro das necessidades dos utentes e dos seus cuidadores. São realizadas avaliações mais profundas, já em ambulatório e individualmente, pelos técnicos que irão acompanhar as crianças.

Desde o início do funcionamento da instituição que esta possui valência de Musicoterapia, contando, à data do presente relatório, com uma técnica de Musicoterapia que não faz parte integrante da equipa técnica. O encaminhamento é realizado nos mesmos moldes das outras intervenções clínicas, mas a avaliação é elaborada posteriormente, uma vez que não se encontra presente nas avaliações da equipa técnica.

O Organograma da instituição pode ser encontrado no anexo A

Caracterização da População-Alvo

E média, a APPCL presta apoio a cerca de 120 utentes por mês, o que corresponde uma média de 1083 tratamentos e apoios por mês.

Atualmente, existem no Centro de Reabilitação da APPCL 412 utentes inscritos em processo clínico (259 sexo masculino / 153 sexo feminino). Os utentes admitidos são oriundos dos distritos de Leiria e Santarém. O quadro clínico dos utentes que abarca é de etiologia neurológica e/ou congénita possuindo crianças com Perturbações do Espectro do Autismo, Paralisia Cerebral, Microcefalias, Encefalopatias, variadas síndromes, Cromossomopatias entre outras.

A APPCL encontra-se a desenvolver diversas iniciativas solidárias com o objetivo de angariação de fundos para a construção do seu novo projeto: a "Quinta dos Trevos e Amigos", em terreno com 7.361m2, nos Marrazes, cedido gentilmente pela Câmara Municipal de Leiria. O projeto foi apresentado oficialmente à Sociedade Civil e aos media em Maio 2015.

A APPCL goza atualmente de um espaço limitado (290m2) para as respostas a dar às suas crianças especiais e familiares/cuidadores e está a trabalhar na criação deste novo projeto.

Deste novo projeto fazem parte: 1 Centro de Reabilitação Integrativo, 1 Casa Residencial em SOS/Casa AVD (Atividades de Vida Diária) e uma quinta temática envolvente às duas infraestruturas.

Enquadramento Teórico

Tendo em conta o contexto e a população abrangida pelas intervenções da APPCL, considerou-se pertinente uma revisão de literatura com o foco na neurologia pediátrica, mais concretamente nas perturbações do neurodesenvolvimento. Tratando-se de uma instituição que atua nas suas diversas valências ao nível cognitivo, motor, comunicacional, sensorial, emocional e social, é também mencionado e revisto qual o papel e campo de atuação que a Musicoterapia possui nestes domínios. Considerando também que as perturbações do neurodesenvolvimento podem resultar em dificuldades na atividade e participação da vida quotidiana, serão também revistos conceitos relacionados com a incapacidade, neurologia pediátrica, modelos teóricos e modelos de intervenção da Musicoterapia.

Perturbações do neurodesenvolvimento

As perturbações do neurodesenvolvimento resultam de vários fatores genéticos e ambientais durante os períodos embrionários e fetais de vida. Em ambiente clínico, decifrar com precisão a etiologia do diagnóstico é muitas vezes difícil (Passemard, Kaindl, & Verloes, 2013). Perturbações como síndromes epiléticos ou perturbações do espetro do autismo podem apresentar alterações de foro cognitivo, neurológico e ou psiquiátrico e podem ser causadas por comprometimento do cérebro durante o desenvolvimento (Pham, Tan, Homan, Jolly, & Gecz, 2016).

Nas últimas décadas houve um aumento na prevalência das perturbações do neurodesenvolvimento. Desde 1970 que os aumentos têm sido dramáticos em perturbações que eram então consideradas raras (Bale & Bodensteiner, 2002).

A lista de perturbações do neurodesenvolvimento é longa e heterogênea. Inclui doenças de etiologia genética, bem como de condições resultantes de episódios pré ou

pós-natal, tais como hipoxia, sindrome fetal alcoolico, alterações nutricionais, infecções, trauma, ou alterações metabólicas. Muitas destas etiologias causam ainda alguma dificuldade na sua compreensão e as alterações de foro genético são muitas vezes desconhecidas. As crianças que apresentam multideficiências têm uma combinação de dificuldades físicas e intelectuais que, embora causadas por condições semelhantes, geram qualidades e características únicas. Podem ser dependentes de terceiros e apresentar um quadro clínico de risco. Estas deficiências geralmente levam a severas limitações motoras, comunicacionais e sociais. A epilepsia é comum, e muitas vezes não está completamente controlada por medicação. Estas crianças podem ter outras limitações, tais como perda auditiva e de visão (Sontheimer, 2015).

As suas capacidades de compreensão e expressão ao nível da comunicação variam consideravelmente. Algumas crianças comunicam através de gestos ou utilizam sistemas alternativos e aumentativos de comunicação, enquanto que outras são incapazes de comunicar e de expressar as suas vontades de forma eficaz. Ao nível motor o quadro clínico também varia consideravelmente. Podem apresentar dificuldades de motricidade fina ou uma completa falta de movimento físico independente. Dependendo do grau de incapacidade, por vezes estas crianças não serão capazes de compreender ou de se adaptar a ambientes desconhecidos resultando em dificudades na atividade e na participação (Pham, Tan, Homan, Jolly, & Gecz, 2016).

Incapacidade

Incapacidade é um termo genérico abrangendo deficiências, limitações na atividade e restrições na participação. Uma deficiência é uma problemática na função ou estrutura do corpo; uma limitação na atividade é uma dificuldade encontrada na execução

de uma tarefa ou ação; uma restrição na participação é uma dificuldade que o individuo experiência no envolvimento de uma atividade da sua vida quotidiana (WHO, 2018).

As pessoas com incapacidade podem também experenciar limitações e oportunidades limitadas severas na comunicação e na partilha de aspectos essenciais deles próprios, da sua identidade enquanto completos seres humanos assim como, pensamentos, ideias, sentimentos e emoções. O sentir da sua personalidade fica em risco nas pessoas com incapacidade. Estas questões podem ser desenvolvidas através de interações focadas na partilha de significados (Toolan & Coleman, 1994).

A incapacidade não é apenas um problema de saúde. É um fenômeno complexo, que reflete a interação entre as características do corpo de uma pessoa e as características da sociedade onde este se insere. Superar as dificuldades enfrentadas pelas pessoas com incapacidade requer intervenções a fim de remover ou diminuir barreiras ambientais e sociais (WHO, 2018).

Embora o impacto entre as limitações impostas pela incapacidade e as relações interpessoais ainda seja tópico de estudo, existem inúmeras implicações para a saúde e bem-estar. Numerosos estudos em diversas disciplinas mostraram a importância dos relacionamentos interpessoais para a saúde e bem-estar. Os relacionamentos interpessoais, incluindo o amor e a amizade, são para a maioria das pessoas um ingrediente essencial à vida, algo imprescindível para a valorização pessoal. No entanto, a incapacidade é vista como um obstáculo à amizade e à recompensa da vida familiar. Estudos rejeitam essa crença generalizada, argumentando que os obstáculos que existem ao acesso a tais relacionamentos se devem principalmente às características do ambiente social e físico (Wasserman, Asch, Blustein, & Daniel, 2016).

As pessoas com incapacidade têm as mesmas necessidades de saúde que as pessoas sem incapacidade. Evidências sugerem que as pessoas com incapacidade

enfrentam barreiras no acesso aos serviços de saúde e reabilitação de que necessitam em muitos contextos (WHO, 2018).

Modelos de incapacidade

A premissa no modelo médico de incapacidade centra-se na incapacidade como resultado de deficiências individuais ou anormalidades que impedem a pessoa de participar nas atividades da comunidade. Os seguidores desta premissa assumem que as pessoas com incapacidade necessitam de intervenção e tratamento de especialistas que podem reabilitar as suas deficiências e melhorar a sua funcionalidade. (Swain & French, 2000).

O modelo social reconhece que o corpo destas pessoas pode estar prejudicado mas considera a incapacidade como um resultado de barreiras sociais, ambientais e atitudinais que impedem a participação e crescimento pessoal da pessoa (Cameron, 2008).

Segundo Swaing & French citado por Campbell (2008), o modelo afirmativo de incapacidade não nega que possa haver um lado negativo na incapacidade. Reconhece que a incapacidade não é sempre indesejada e associada a dor ou doença englobando uma individualidade positiva e identidades sociais coletivas para as pessoas com incapacidade. Neste modelo, a experiencia da incapacidade ao longo do tempo em vários contextos, é levada a par e passo com a experiencia de viver numa sociedade incapacitante. Este modelo foca-se em validar a vida e a experiência das pessoas com deficiência e permitir que façam sentido de si próprias, como autoras dos/nos seus próprios mundos culturais.

Cameron (2008), propõe uma definição diferente dos termos incapacidade e deficiência, cooerentes com a prespetiva do modelo afirmativo. Define incapacidade como diferença fisica, sensorial e intelectual esperada e respeitada por si só, numa sociedade diversificada. Deficiência define-se como a perda ou limitação de

oportunidades na participação da vida comunitária devido a barreiras físicas e sociais.

Com uma conceptualização de incapacidade que defende uma autoimagem positiva e uma visão não trágica, o modelo afirmativo representa uma alternativa viável aos discursos culturais dominantes. Desafia diretamente as conotações negativas tipicamente associadas a uma vida com incapacidade. Cameron (2010), mostrou que as pessoas com deficiência afirmam o seu estilo de vida com deficiência e apresentam uma contranarrativa comparativa à das pessoas sem incapacidade. Isto é expresso de forma mais sucinta através das artes: "formas de arte, obras de arte e produções artísticas criadas por pessoas com incapacidade para serem partilhadas com outras pessoas com incapacidade, focando-se na experiência da deficiência" (Masefield, 2006).

McCormack e Collins (2010), argumentam que os estudos na incapacidade têm o potencial de apoiar a prática centrada no utente. O modelo afirmativo abre possibilidades para uma prática em que o utente é compreendido dentro de um contexto social sendo possível chegar a diferentes resultados (Ballantyne e Muir, 2008).

A orientação afirmativa na incapacidade inclui a possibilidade das crenças e sentimentos dos portadores de incapacidade sobre si mesmos, seus corpos prejudicados e suas vidas deficientes possam ser uma afirmação e uma declaração dos benefícios de tal experiência de vida.

Segundo Ruud (2010), existe uma correlação entre as formas como os terapeutas e os seus utentes se identificam consigo próprios, interagem uns com os outros e a forma como eles sentem o corpo e a sua relação com o mundo. As diferenças filosóficas na maneira como a incapacidade é tratada e reconhecida são profundas e duradouras e a maneira como os musicoterapeutas reconhecem a incapacidade tem um impacto significativo no suporte dado ao utente.

Musicoterapia

Segundo a American Music Therapy Association (AMTA), a Musicoterapia é uma intervenção com práticas baseadas em evidências que utiliza a música como ferramenta para atingir objetivos não musicais individualizados, dentro de uma relação terapêutica, por um profissional com formação qualificada para tal. É um processo sistemático de intervenção onde o terapeuta promove estados de saúde ao utente através de experiências musicais e de relações que se desenvolvem mediante essas experiências como forças dinâmicas de mudança (Bruscia, 1998). A investigação, prática, educação e treino clínico em musicoterapia são baseados em padrões profissionais de acordo com diversos contextos culturais, sociais e políticos (WFMT, 2011). Bruscia (1998), identifica seis áreas na atuação do musicoterapeuta. A área didática, médica, saúde, psicoterapeutica, recreativa e ecológica. As áreas de atuação são moldadas, não só pelas possibilidades da profissão, mas também pelas necessidades e estruturas sociais (Bunt & Stige, 2014)

Em Portugal, a organização que visa reunir os profissionais da disciplina e promover o desenvolvimento da Musicoterapia em Portugal é a Associação Portuguesa de Musicoterapia (APMT), fundada em 1996. Esta contempla a definição da World Federation of Music Therapy (WFMT), citando que *"a musicoterapia objetiva desenvolver potenciais e/ou restabelecer funções do individuo para que ele/ela possa alcançar uma melhor integração intra e/ou interpessoal e, consequentemente, uma melhor qualidade de vida, através da prevenção, reabilitação ou tratamento."* (APMT, 2018).

Depois de uma avaliação inicial o musicoterapeuta traça o seu plano de intervenção mediante as necessidades do utente e cuidadores que pode incluir criar, tocar, cantar, movimentar-se e/ou ouvir música (AMTA, 2018). Através do envolvimento e

participação musical no contexto terapêutico, a musicoterapia promove do desenvolvimento clínico e significativo de competências funcionais que podem transferir-se para a vida quotidiana fora da sessão (Baker & Tamplin, 2006).

A Musicoterapia também fornece vias para a comunicação que podem ser úteis para aqueles possuem dificuldades de expressão de material verbal oral. A investigação em musicoterapia apoia a sua eficácia em vários níveis, tais como: motor, cognitivo, sensorial, comportamental, linguístico, emocional, comunicativo e motivacional (AMTA, 2018).

O papel da musicoterapia tem sofrido mudanças dramáticas desde o início dos anos 90, conduzido novos estudos ao nível da música e funções cerebrais. A vinda das novas técnicas nas neurociências cognitivas, como a imagiologia cerebral, permitiu estudar melhor as funções inerentes à cognição. Surgiu então um imagem complexa dos processos cerebrais envolvidos na criação e perceção da música (Thaut & Hoemberg, 2014).

Ao longo dos primeiros 60 anos de profissão houve uma grande quantidade de práticas indígenas desenvolvidas na musicoterapia. No entanto, a predominância da teoria na musicoterapia vem de uma variedade de disciplinas externas. Algumas das fontes mais comuns que foram importadas incluiram as neurociencias, a psicanálise e a teoria cognitivo comportamental (Aigen, 2005).

O conhecimento convencional na musicoterapia sempre defendeu a importância da teoria, identificando-a juntamente com a investigação e a prática clínica como um dos três pilares da disciplina. Existe portanto a ideia que a prática e a investigação sem orientação teórica correm o risco de se tornarem não sistematizadas e triviais, respetivamente. A prática clínica, sem orientação teórica, não fundamenta os

procedimentos adotados e a investigação sem orientação teórica não possui alicerces que possam garantir a sua relevância para aplicações clínicas. No entanto em muitos dominios sociais existem falhas com as afirmações supramencionadas. Existem modelos que foram desenvolvidos experimentalmente e foram implementados com sucesso sem possuirem teoria totalmente desenvolvida. Convenciona-se então que é necessário teoria para gerar hipoteses a fim de serem investigadas. Embora seja verdade na maioria das ciencias, olhando para a literatura quantitativa em musicoterapia, é possível encontrar muita investigação mas muito pouca teoria. Por outro lado, a teoria tem um papel diferente na investigação qualitativa pois o foco desta é ganhar conhecimento na experiência humana (Aigen, The Study of Music Therapy Current Issues and Concepts, 2014).

Musicoterapia e medicina

A musicoterapia na área médica, assim como nas outras áreas, inclui todas as aplicações em que o foco é ajudar o utente a melhorar, restaurar ou manter saúde. O foco nestas abordagens, como principal força de mudança, é a patologia base, assim como todas as suas repercussões psicossociais. Esta abordagem encontra-se agregada a hospitais, clínicas, centros de reabilitação, hospícios e lares de idosos. As metodologias variam de acordo com os diferentes papéis apresentados na relação utente terapeuta, justificação clínica dos objetivos, duração do tratamento e área de intervenção (Bruscia, 1998).

A musicoterapia baseada na evidência, é um método no qual o musicoterapeuta toma decisões integrando a informação científica que melhor evidencia a sua experiência, combinada com os valores, as expectativas e desejos do utente. Uma revisão sistemática ao nível da literatura na área da musicoterapia, medicina e psicologia, que recorra a

métodos explícitos de prática e estudos de caso, permitem uma apropriação destas técnicas para validar estudos (Vink & Bruinsma, 2003).

Modelos de Intervenção em Musicoterapia

Segundo Bruscia (1998), um método é definido como um tipo particular de experiência musical que o utente usa para fins terapêuticos. Uma variação é a maneira particular em que essa experiência musical é projetada. Considera um procedimento como tudo o que o terapeuta fez para envolver o utente nessa experiência musical. Uma técnica é um passo dentro de qualquer procedimento que um terapeuta usa para moldar de imediato a experiência do utente. Define também um modelo como uma abordagem sistematizada e única ao método, procedimento e técnica baseado em certos princípios.

Em 1999, no 9th World Congress of Music Therapy em Washington DC nos Estados Unidos da América, foram analisados e considerados 5 modelos significativos na musicoterapia (Aigen, The Study of Music Therapy Current Issues and Concepts, 2014). Os modelos foram o Behavioural Music Therapy (desenvolvido por Clifford K. Madsen, entre outros), Benezon Music Therapy (desenvolvido por Rolando Benezon), Bonny Method of Guided Imagery and Music (GIM) (Desenvolvido por Helen Bonny), Analytic Music Therapy (desenvolvido por Mary Pristley) e Nordoff-Robbins Music Therapy (NRMT) também conhecida por Creative Music therapy (desenvolvido por Paul Nordoff e Clive Robbins) (Wigram, Pedersen, & Bonde, 2002). Em 2005, Michael Thaut desenvolve e define a Musicoterapia Neurológica (NMT) (Kirkland, 2013), sendo esta reconhecida pela World Federation of Neuroreabilitation (ANMT, 2018).

Musicoterapia Neurológica

A musicoterapia neurológica é definida como a aplicação terapêutica da musica em disfunções cognitivas, afetivas, sensoriais, linguísticas e motoras devido a uma doença

ou lesão no sistema nervoso humano. É baseada em modelos da neurociência e nos conhecimentos já adquiridos de Neuropsicologia da Música, centrando-se nas mudanças que a escuta e a produção musical imprimem no cérebro não-musical e respectivas funcionalidades. As técnicas são standartizadas na terminologia e aplicação e são aplicadas como exercícios terapêuticos musicais que são adaptáveis ás necessidades do utente. As técnicas aplicadas são baseadas em informação de investigação científica empirica e são direcionadas a objetivos terapêuticos não musicais (Thaut & Hoemberg, 2014).

Musicoterapia Criativa

Paul Nordoff e Clive Robbins perseguiram artísticamente e humanamente formas de chegar ao coração e ao verdadeiro potencial dos utentes com quem trabalhavam. Eles observaram que a relação e interação através da música poderia servir como um meio de auto-integração e conexão humana. Esta abordagem tem também o nome de musicoterapia criativa e é influenciada nas ideias da psicologia humanista (Ritholz, 2014).

O principio teórico e prático deste modelo é baseado nos princípios da psicologia humanista descrita por teóricos como Rogers e Maslow. Estes princípios acreditam que a saúde está assente em aspetos de identificação pessoal, autonomia, autodeterminação, criação de significado, propósito na vida, dignidade, cultivo da auto estima e na procura de valores pessoais. Esta abordagem dá oportunidades para o desenvolvimento pessoal através do estabelecimento de relaçõe terapeuticas assentes na empatia, positividade incondicional e congruência. O terapeuta responde ao utente como ser único e individual adotando uma postura não diretiva, sem julgamentos, de respeito, confiança e honestidade (Kirkland, 2013).

A musicoterapia Nordoff-Robbins é uma abordagem centrada na música construída sobre a crença de que cada ser humano possui uma capacidade inata de encontrar significados nas experiências musicais (Nordoff & Robbins, 2004).

Foi também desenvolvida a ideia de que dentro de cada ser humano existe uma resposta inata à música e que é possível chegar à musicalidade de cada um, sendo esta ideia de extrema importância quando falamos das populações com incapacidade. Apesar das suas limitações na atividade e participação com dificuldades severas de aprendizagem e dificuldades motoras, esta abordagem acredita na resposta normal e natural à música e no poder da música ao permitir a autoexpressão e comunicação.

A abordagem aceita os utentes como são e reconhece/respeita os seus sentimentos permitindo a sua escolha e autonomia, sendo o terapeuta um facilitador. A criação musical é o foco primário nas sessões terapêuticas e a música, sob forma de improvisação terapêutica, é usada para estabelecer relação com o utente, proporcionando um meio de comunicação e autoexpressão e um efeito de atividade bem-sucedida (Wigram, Pedersen, & Bonde, 2002).

Musicoterapia e a Multidisciplinariedade

Os musicoterapeutas têm trabalhado individualmente ou em pequenos grupos, com objetivos focados no problema, mudança de comportamento ou em facilitar o utente a refletir conscientemente. Os modelos colaborativos na musicoterapia envolvem profissionais das mais variadas disciplinas, incluindo educação, medicina, terapia do movimento e dançaterapia (Kern & Aldridge, 2006).

Os investigadores têm examinado as colaborações entre os musicoterapeutas e a sua contribuição como membros de equipas de tratamento multidisciplinares. A

musicoterapia tem revelado ser uma abordagem complementar na promoção do desenvolvimento verbal em contexto pediátrico (Froehlisch, 1984).

Disponibilizar o melhor cuidado é a base para a colaboração. Os utentes que recebem tratamentos administrados sob uma abordagem multidisciplinar ou por profissionais que partilham os seus papeis e responsabilidades, beneficiam de intervenções conjuntas e de tratamentos continuados (Twyford & Watson, 2008).

Enquanto os musicoterapeutas continuarem a ser integrados em equipas multidisciplinares, torna-se importante determinar a perceção de outros profissionais em relação ao trabalho desenvolvido pelo musicoterapeuta. As colaborações multidisciplinares nos cuidados de saúde têm sido alvo de discussão nos últimos anos.

Existe a visão de que as pessoas com incapacidade, com necessidades de saúde complexas e dificuldades sociais não beneficiam de terem profissionais a trabalharem isoladamente com elas e que a colaboração entre diferentes especialidades é essencial para uma melhor qualidade de serviço (Hills, Norman, & Forster, 2000).

Musicoterapia, incapacidade e autonomia

Para que se desenvolva uma relação terapêutica que vá ao encontro das necessidades do utente é essencial que o terapeuta adote uma abordagem que dê valor à resposta musical única e individual. É importante ter em conta que as respostas musicais podem demorar a emergir e que isso se pode dever a questões relacionadas com a incapacidade, falta de confiança ou a uma fuga ao contacto. Tudo o que surgir nas sessões terapêuticas deve ser respeitado.

O papel do musicoterapeuta que trabalha com pessoas com incapacidade passa por oferecer um contexto em que estas encontram significado para as suas próprias

respostas, assim como sensação de controlo sob as respostas musicais dentro de uma relação.

Os objetivos no trabalho na incapacidade são sempre ajustados às suas forças e fraquezas e com foco na personalidade única e individual de cada utente. O musicoterapeuta deve promover suporte para o desenvolvimento do potencial da criança.

A intervenção inicia-se muitas vezes com um periodo de observação e avaliação, onde o terapeuta observa e entra na maneira especifica que o utente possui de comunicar e de se relacionar com o mundo exterior.

A possibilidade de expressar preferências e fazer escolhas autonomamente são considerados direitos humanos básicos. Tais possibilidades podem ser um desafio para pessoas com incapacidade, sendo que por vezes não podem utilizar ferramentas de comunicação convencionais, como a fala ou comunicação não verbal eficaz. No entanto, independentemente da incapacidade, oferecer oportunidades para a expressão, preferências e hipóteses de escolha, continua a ser importante para esses indivíduos, não só como reconhecimento dos seus direitos como seres humanos, mas também a fim de potenciarem a sua qualidade de vida. Os indivíduos com multideficiência estão ávidos por música e canções e são capazes de apreciar formas de arte. O acesso a experiências musicais permite às pessoas com incapacidade sentirem-se vivas, possibilitando também o acesso a experiências partilhadas com pessoas que não possuem incapacidade. A música valida e descreve os sentimentos que não podem ser falados ou expressados de outra forma (McFerran & Shoemark, 2013).

Segundo Lee & McFerran (2012), quando as pessoas com incapacidade recebem oportunidades consistentes para melhorar a sua capacidade de expressar preferências, podem ser capazes de o fazer. Igualmente importante é o prazer e a felicidade que sentem

quando são ouvidos, compreendidos e validados. O papel do musicoterapeuta não se centra apenas no desenvolvimento de habilidades de comunicação, mas também na compreensão de como estas contribuem para fomentar de uma forma humanizada todos os aspetos a qualidade de vida dos utentes (Lee & Mcferran, 2012).

McFerran & Shoemark (2013), sugerem que a interação musical gera encontros sociais e comunicacionais sendo estes fundamentais e extremamente significativos para as pessoas com incapacidade assim como um direito humano. Ser ouvido e reconhecido dentro de uma relação de apoio é ainda mais importante para pessoas com incapacidade e é claro que os musicoterapeutas estão habilitados a manifestar tais relações ao longo do tempo e a desenhá-las através do potencial único da música (McFerran & Shoemark, 2013).

Comunicação Humana

Comunicar é uma função inerente ao ser humano e é frequentemente tida como algo natural e inquestionável. Muitas vezes só nos deparamos com o ato de comunicar quando não somos capazes de o fazer (Costa, 2008). De acordo com Jakobson (1973, citado por Menezes, 2000), para existir comunicação devem existir três fatores: um emissor (quem produz a mensagem), um recetor (que recebe a mensagem) e um canal (pelo qual a mensagem é transmitida). É ainda necessário que, para que a mensagem seja entendida por ambos, esta se apresente num código comum aos dois ou mais interlocutores.

A comunicação consiste num processo ativo de troca de informação que envolve a codificação (ou formulação), a transmissão e a descodificação (ou compreensão) de uma mensagem entre dois, ou mais, intervenientes (Sim-Sim, 1998). Esta pode ser verbal ou não verbal, sendo apresentada sobre diversas formas. A comunicação não verbal

transmite-nos diversas vezes as intenções que as palavras não chegam a expressar, como por exemplo um sorriso ou um silêncio em determinadas situações podem comunicar mais facilmente o que sentimos do que simples palavras.

A intencionalidade está relacionada com o conceito de comunicação e é também a base da construção social. Segundo Sanchéz-Cano (2007), a intenção que determinado organismo tem de influenciar o outro é um dos fatores que permite diferenciar o que é tido como comunicação intencional de comunicação não intencional. Quem recebe a mensagem vai decidir qual a informação considerada como intencional e como não intencional. A escolha é que torna a comunicação num processo interativo. O autor refere também que a intencionalidade comunicativa é um fenómeno onde se atribuem intenções entre o que é pretendido pelo emissor e o recetor.

Numa perspetiva interativa, a comunicação preexiste à linguagem. A criança desde muito cedo manifesta os seus estados emocionais. Em bebé, manifesta-se através de vocalizações, expressões e gestos que, segundo Vigotsky (1977, cit. Por Sanchéz-Cano, 2007), se convertem em expressões sociais às quais os adultos atribuem um significado, agindo de acordo com as mesmas. A criança apresenta também comportamentos intencionais quando sabe que as suas reações vão provocar determinado tipo de resposta naqueles que a rodeiam, permitindo-lhes desenvolver relações e a aprender e adquirir conhecimentos. Para Serra (2000, cit. por Sanchéz-Cano, 2007), a intencionalidade pode ser entendida como um fenómeno compartido a partir do momento em que permite a cada participante na comunicação encontrar irregularidades, antecipar e atuar em função do outro.

Interação Social

A interação social é uma relação complexa que envolve um grande número de variáveis, entre as quais a comunicação verbal e não verbal. A expressão "interação social" sugere a ideia de ação entre sujeitos ou, mais especificamente, uma "ação conjunta e interdependente de dois ou mais participantes e que produz mudanças, tanto nos sujeitos, como no contexto no qual a interação se desenvolve (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967). Se se tiver em conta a sua funcionalidade, então pode ser definida como um veículo fundamental para a transmissão dinâmica do conhecimento (Garton, 1994). Vygotsky (1998), considera a interação social o motor do desenvolvimento cognitivo humano. De acordo com Passerino e Santarosa (2007), a interação social é uma relação complexa que se desenvolve com a participação, não somente das pessoas diretamente envolvidas, mas dos instrumentos de mediação inseridos no contexto sociocultural ao qual tais pessoas pertencem. Esta interação evidencia-se principalmente pela linguagem, mas também pelas ações das pessoas no plano interpessoal e pelas significações atribuídas a todos os elementos da relação pelos participantes no plano intrapessoal.

Especificamente sobre a interação social, Hobson (1993) afirma que para conhecer as pessoas é necessário vivenciar e ganhar conhecimento nas relações sociais, ou seja, participar na interação social. As relações interpessoais levam a uma interação social plena quando existem intercâmbios recíprocos e coordenação de sentimentos que permitem o compartilhar de uma experiência ou situação. Uma interação social plena precisa da presença de dois requisitos fundamentais: comunicação e envolvimento afetivo. Somente com a presença destes requisitos é que acontece o fenómeno social de "compartilhar".

O papel da musicoterapia na comunicação humana

Um dos aspetos da comunicação, que tem sido por vezes negligenciado, é sua natureza recíproca, dinâmica e ativa. Cada parceiro de comunicação afeta o outro e os

resultados e formas de comunicação não são predeterminados ou controlados por um parceiro. Cada criança precisa de oportunidades suficientes para comunicar ao seu atual nível de competência, bem como para estender este nível de competência. As oportunidades para ambos iniciarem e responderem, incluindo no uso de formas musicais de interação, precisam de ser administradas sem esforço pois as oportunidades naturais de comunicação podem revelar-se muito limitadas (Rainey, 2003).

Para crianças com comunicação pré-intencional, a interação musical proporciona uma estrutura para o parceiro de comunicação sustentar uma interação. Devido à natureza, por vezes fugaz e ténue, das respostas do utente, muitas vezes é difícil para os parceiros de comunicação manterem envolvimento na interação. Quando os parceiros não conseguem encontrar um meio de interação com crianças com competências de comunicação pré-intencional, concentram-se exclusivamente em atividades diretivas ou diminuem atividades disruptivas de autoestimulação, sem um foco no aumento de meios de interação positivos. Para crianças com níveis precoces de comunicação intencional, a interação musical proporciona um aumento de oportunidades positivas para influenciar os outros, mais motivação para a comunicação e a oportunidade de experimentarem um fluxo de interação envolvendo repetidos turnos musicais equiparado a uma conversa (Rainey, 2003).

As dificuldades de comunicação são agudizadas particularmente com pouco ou nenhum discurso. Enquanto que uns possuem uma boa compreensão da linguagem verbal e são capazes de se expressar com combinações de sons, expressões faciais e gestos ou a cantar, muitos não o são (Janet, 2004).

Praticamente, todo e qualquer som que as crianças produzam do seu nascimento até ao momento em que expressam os seus primeiros morfemas, podem ser compreendidos em contextos musicais. As vocalizações possuem um papel importante

no desenvolvimento e estabelecimento de uma relação terapêutica onde as competências comunicativas podem ser exponenciadas. É possível distingir entre sons com intencionalidade comunicativa e sons isolados ou de auto regulação. Estas categorias sonoras podem ser utilizadas nos contextos de experiencias musicais (Loewy, 1995)**.**

Segundo Holck, (2004), a investigação em musicoterapia tem provado possuir um efeito positivo no aumento das capacidades sociais e pré-verbais como a iniciativa, resposta, imitação, vocalização e troca de turnos.

A musicoterapia é uma intervanção que permite potenciar a coordenação de componentes verbais e não verbais da comunicação em crianças, em particular a intencionalidade comunicacional e as vocalizações (Froehlich, 1984).

A interação musical pode fornecer à criança sinais iniciais de intenção comunicativa, motivação para comunicar e uma oportunidade para elaborar turnos de comunicação em contextos musicais (Rainey, 2003).

Embora tenham surgido importantes variações contemporâneas, a visão dos criadores de música como forma de arte podendo promover estados de saúde, permanecem centrais na atual prática Nordoff Robbins. O conhecimento ao nível da composição e de técnicas de improvisação e o conforto com diversos estilos, escalas e expressões idiomáticas podem promover melhores experiências musicais interativas oferecidas nas sessões. O desenvolvimento de competências de escuta atentiva, flexibilidade musical e turnos de pergunta resposta permite que o terapeuta se sintonize com a presença e iniciativas do utente (Ritholz, 2014).

A música possui muitas das características da linguagem verbal: ambos os mediadores são temporais e auditivos; ambos podem ser representados através de símbolos visuais; e tipicamente envolvem um remetente, um receptor e uma mensagem.

Essas semelhanças levaram alguns teóricos da musicoterapia a considerar a música na musicoterapia como uma língua, ou pelo menos como um meio de comunicação (Aigen, 2014).

Um estudo conduzido por Hopper (2002) confirmou que a utilização de atividades musicais não invasivas e não verbais a fim de estruturar uma interação, aumenta a frequência de interações bem-sucedidas.

Os resultados destacam que fazer música dentro de uma atividade estruturada, não se trata apenas de uma experiência agradável, mas também de uma experiência com muito valor terapêutico. Existem muitas pessoas com incapacidade que demonstram muito agrado com a oportunidade de fazer música. Os resultados comprovaram também o valor e importância de desenvolver um interesse por música. (Hooper, 2000).

Escolher a música como método de comunicação tem muitas vantagens em utentes com graves incapacidades. Não só é relativamente livre de problemáticas associadas à linguagem, como também é inata (Magee & Bowen, 2008).

Métodos e Técnicas de Intervenção

Tendo em conta a população e o plano de intervenção com foco em questões relacionadas com a comunicação humana, foram selecionadas e aprofundadas algumas técnicas de intervenção terapêutica.

As técnicas são utilizadas no âmbito de diferentes métodos terapêuticos. A adequação e aplicação das técnicas e o método terapêutico é decidida pelo terapeuta ao trabalhar com o utente. Esta escolha é predeterminada consoante as necessidades especificas (Wigram T. , 2004).

Grounding define-se como a criação de uma base sonora estável que possa servir

como âncora para a musicalidade do utente. É um método extremamente útil quando aplicado com utentes que tocam sem estrutura e com flutuações. Permite que o utente surja conectado e contextualizado com direções e intencionalidade (Wigram T. , 2004).

A técnica de *Mirroring* é definida como fazer exatamente o que o utente fizer em termos musicais, expressivos assim como através da linguagem corporal ao mesmo ritmo e tempo que o utente. É uma técnica empática frequentemente usada quando o musicoterapeuta pretende transmitir que está a tentar ir ao encontro do mesmo nível de comunicação do utente tentando atingir uma sincronia com o mesmo. O utente poderá ver o seu próprio comportamento no comportamento do terapeuta (Wigram T. , 2004).

Já na abordagem da musicoterapia neurológica, o sistema resultou no desenvolvimento de técnicas estandardizadas suportadas por evidências científicas.

Atualmente a base da musicoterapia neurológica consiste em 20 técnicas que são definidas pelo tratamento com base no diagnóstico e no papel da música e dos seus mecanismos de precessão musical e produção musical (Thaut & Hoemberg, 2014).

Tendo em conta que o foco da intervenção neste trabalho são as questões de foro comunicacional na incapacidade, considerou-se pertinente analisar duas técnicas da abordagem a Developmental Speech and Laguage Traning Through Music (DSLM) e a Symbolic Communication Traning through Music (SYCOM).

A DLSM caracteriza-se pelo uso específico de material musical apropriado e de experiências musicais que promovam a fala e o desenvolvimento da linguagem através do canto, tocando instrumentos e combinando música, fala e movimento (Thaut 2005).

Já a SYCOM consiste no uso estruturado de exercícios de performance musical usando improvisações instrumentais e vocais para treinar comportamentos comunicativos, linguagem, pragmática, gestos apropriados, comunicação num sistema

não verbal (Thaut, 2005).

A improvisação clínica define-se como o uso da improvisação musical num ambiente securizante e de suporte utilizado para ir ao encontro das necessidades do utente (Wigram T. , 2004). É um método utilizado pelos musicoterapeutas num espetro grande da população clínica. A literatura apoia os seus benefícios e eficácia no desenvolvimento cognitivo, afetivo, sensorial e comunicativo. A improvisação é também muito utilizada como mediadora de auto-expressão através do desenvolvimento de funções sócio-emocionais apropriadas (Thaut & Hoemberg, 2014).

As pessoas com incapacidade têm dificuldades na atividade e participação da vida quotidiana devido a alterações nas suas funções mentais e/ou estruturas corporais. Estas alterações resultam em dificuldades em domínios cognitivos, motores, sociais, relacionais e comunicacionais. A comunicação é o domínio que nos permite criar relações sociais e enquadrarmo-nos em determinas culturas. Independentemente das suas limitações, a musicoterapia pode ajudar estas pessoas a desenvolver competências de comunicação e a experienciar momentos de total reciprocidade comunicativa essencial para a saúde mental dos utentes. Os objetivos do estágio, tendo em conta a população alvo e o que foi referido em termos de enquadramento teórico, terão então por base a comunicação humana, a relação e aspetos psicossociais.

Objetivos Gerais do Estágio

O presente estágio pretende explorar qual o papel da musicoterapia nas perturbações da comunicação e no emergir da intencionalidade comunicativa. Pretende também abordar a complementaridade entre a musicoterapia e a terapia da fala. Para tal, foi necessário enquadrar a disciplina da musicoterapia, população alvo e caracterizar o trabalho do musicoterapeuta. Considerou-se também pertinente demonstrar as mais valias do enquadramento do musicoterapeuta na equipa multidisciplinar, podendo potenciar os efeitos de outras terapias a par com o trabalho psicossocial inerente às pessoas com incapacidade.

Tendo em conta as necessidades da instituição e de todos os intervenientes envolvidos cumpriram-se os seguintes objetivos:

- O papel da musicoterapia no desenvolvimento de competências pré-verbais,
- Participação ativa nas reuniões multidisciplinares,
- Partilha de informação clínica relevante,
- Envolvimento da comunidade em geral,
- Apresentação de objetivos clínicos alcançados no final do processo.

Metodologia

Neste capítulo podemos encontrar a caracterização da amostra, a descrição das diferentes fases de integração do estagiário na instituição e a definição das metodologias utilizadas ao longo do estágio, tendo este ocorrido entre novembro de 2017 e julho de 2018.

Participantes

Ao longo do estágio, 7 utentes beneficiaram da intervenção em musicoterapia, estando estes inseridos nos serviços de reabilitação da Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral. Os utentes participaram em sessões com periodicidade semanal e com duração de 45 e 60 minutos. As etiologias das patologias da população intervencionada são, em todos os casos, de causa genética. Na tabela 1 são demonstrados dados biográficos dos utentes que participaram nas intervenções em musicoterapia.

Tabela 1. Descrição da Amostra

Identificação	Sexo	Idade	Diagnóstico	Outras Intervenções
MC	M	3A2M	Cromossomopatia do crom-18	Fisio, T.F
MS	F	8A8M	Encefalopatia Epilética	Fisio, T.F
TF	M	5A5M	Síndrome de West	Fisio, T.F, Hidro
TV	M	2A2M	Síndrome de Potocki-Lupski	T.O, T.F
TN	M	10A7M	Síndrome de Rett	P.M, T.O
RB	F	21A	Síndrome de Angelman	Fisio, T.O, P.M
MJ	M	18A3M	Síndrome de Wolf Wilchhorn	Fisio, T.O

Instrumentos de avaliação e monitorização de resultados

O processo de avaliação é fundamental, pois permite ao Musicoterapeuta obter informações pertinentes acerca de cada utente através da recolha de dados sobre as suas dificuldades e capacidades. Após a avaliação, juntamente com os dados fornecidos pelos profissionais da equipa multidisciplinar e cuidadores, torna-se possível intervir de uma forma adequada às problemáticas apresentadas. Como instrumentos de avaliação e monitorização de resultados foram escolhidos dois instrumentos: a) Análise S.W.O.T e b) Escala de Comunicação Pré-Verbal.

Foi selecionada a análise S.W.O.T pois esta permite identificar objetivos e obter uma visão relativamente às forças, fraquezas, oportunidades e ameaças referentes à atividade e participação na sua organização quotidiana. Irá também permitir uma reflexão tanto do nível de funcionalidade dos utentes no início do processo como no fim do mesmo. A Análise SWOT pode ser compreendida como uma forma de examinar forças e fraquezas internas e das oportunidades ameaças de uma organização. Originalmente a análise SWOT foi concebida para análise industrial e é uma ferramenta a ser utilizada em fases preliminares, em fases de tomada de decisão possuindo muita abrangência para além do setor (Bibis, Artiles, & Paula, 2001). A história da análise SWOT é tão antiga quanto o conceito de planeamento estratégico. Foi criada por Alberto S. Humphrey que trabalhava no Instituto de Investigação de Stanford. A análise começou a surgir na literatura na década de 1960. A análise SWOT é um método típico para identificar objetivos e um método eficiente para analisar condições. (Yuan & Chang, 2006).

A Escala de Comunicação Pré-Verbal surge no âmbito dos objetivos de estágio com foco no desenvolvimento de competências pré-verbais e interação verbal e não verbal. Considerou-se uma escala pertinente dada a sua constituição e amplitude de áreas avaliadas focadas na comunicação. Inicialmente esta escala irá permitir construir um

perfil comunicacional dos utentes avaliados e irá auxiliar na construção do plano de intervenção e na seleção de métodos e técnicas a utilizar. A Escala irá também permitir monitorizar os resultados no final das intervenções terapêuticas e comparar com os dados com a avaliação inicial obtendo assim um melhor enquadramento dos progressos terapêuticos. A escala de Comunicação Pré-Verbal (ECPV), elaborada em 1988 por Chris Kiernan e Barbara Reid, destina-se a avaliar, principalmente, as capacidades de comunicação não verbal e vocal existentes em crianças, jovens ou adultos que ainda se encontrem numa fase pré-verbal (Kiernan e Reid, 1988).

A Escala de Comunicação Pré-Verbal é destinada a crianças que se encontrem em idade pré-verbal (normalmente até aos 12/15 meses) e jovens e adultos que estejam num estado de desenvolvimento da linguagem/comunicação ainda muito primário. A escala pode ser encontrada no anexo F.

A escala de comunicação pré-verbal é constituída por 195 itens e encontra-se dividida em dois grandes grupos de áreas, isto é, em comportamentos pré-comunicativos e em comunicação intencional. Na linha divisória entre estes dois grandes grupos, encontram-se duas áreas: a área de imitação motora (12) e a imitação vocal (13), que podem ser comunicativas ou não comunicativas. As duas grandes áreas são subdivididas em 27 grupos mais específicos, sendo cada um deles, constituído por 2 a 14 itens. Nos comportamentos pré-comunicativos encontram-se as áreas: necessidades e preferências (1), ver e olhar e uso de suportes visuais (2 e 3), controle das mãos e braços (4), interação social sem comunicação (5), ouvir e escutar (6), desenvolvimento dos sons e controle da musculatura da fala (7 e 8), uso consistente do ruído (9), expressão das emoções/não comunicativas (10), música e canto (11).

Os comportamentos de comunicação informal englobam as áreas: dar (14), comunicação através de imagens, objetos, movimento global do corpo, gestos,

manipulação, apontar, olhar e uso comunicativo dos sons (15 a 21), expressão da emoção comunicativa e manipulação da emoção (22 e 23).Os comportamentos de comunicação formal contemplam as áreas: compreensão da comunicação não vocal, vocalizações, fala e emoções (24, 25 e 26) e uso da comunicação através de símbolos, gestos ou fala (27).

Na escala, aos itens observados no contexto de aplicação, são feitas cotações qualitativas (sim/não) ou comentários e cotações numéricas (3/3, 2/3, 1/3). Aos itens relacionados com o quotidiano do aluno, isto é, que só são possíveis observar ao longo do tempo, são cotados como: frequentemente/ raramente ou nunca. A E.C.P.V possui duas formas de cotação, nomeadamente, a E.C.P.V. completa e a abreviada.

A Escala completa fornece-nos um panorama geral das capacidades comunicativas do aluno, realçando as suas áreas fortes e fracas. Assim, as áreas em que o utente tenha sido cotado positivamente em todos ou em quase todos os itens, são assinaladas com um marcador verde na folha de cotação 1. Se o aluno tiver sido bem sucedido em cerca de metade dos itens, deve-se assinalar com a cor vermelha, a branco as áreas onde o aluno tenha sido cotado negativamente em todos os itens.

A E.C.P.V. abreviada reflete o uso funcional da comunicação e examina se o aluno comunica de forma simples ou se utiliza uma comunicação mais flexível e socialmente mais interativa. É uma forma de cotação abreviada, pois não é necessário ter em conta os comportamentos pré-comunicativos. Encontra-se dividida em seis categorias de comunicação. Assim, por cada resposta “frequentemente, sim, 3/3”, deve-se cotar com um ponto e quando o resultado obtido é “raramente, nunca, não ou 1/3”, não se atribui cotação, sendo possível traçar uma linha que traduz o desenvolvimento normal do aluno. O conhecimento que se tem do aluno é muito importante na cotação.

Procedimentos

Ao longo do estágio verificaram-se 5 fases distintas: 1) fase de encaminhamento; 2) fase de recolha de dados de anamnese; (3) fase de avaliação; (4) fase de elaboração do plano terapêutico; (5) fase de intervenção. A primeira fase iniciou-se em novembro de 2017 e a fase de intervenção em dezembro de 2017 tendo continuado até ao final de junho de 2018. As fases supramencionadas são descritas em seguida.

Fase de encaminhamento

Esta fase correspondeu também à fase de integração do estagiário, sendo que os primeiros dias visaram a apresentação do espaço, equipa multidisciplinar, utentes e também rotinas inerentes à associação. Ao longo de uma semana foi possível observar os utentes em diversos contextos de intervenção o que permitiu também verificar a pertinência do encaminhamento e de possíveis objetivos a alcançar com a intervenção em Musicoterapia. Foi então feito um levantamento dos utentes que poderiam beneficiar de Musicoterapia e iniciaram-se as marcações dos momentos de recolha de dados de anamnese com os pais dos utentes.

Fase de recolha de dado de anamnese

Realizou-se então um primeiro contacto individual com os cuidadores dos diversos utentes a fim de reunir informação pertinente relativamente ao seu desenvolvimento. Para tal foi utilizada a Ficha de Musicoterapia Mod 1.45 – 1 (ver anexo D) tendo esta sido desenvolvida por musicoterapeutas que intervirão na associação e que foi cedida a utilização por parte do aluno estagiário.

Fase de avaliação

Na fase de avaliação foi marcado um primeiro contacto com os utentes onde foi possível interagir e estar atento a questões de domínio cognitivo, linguístico, motor, emocional e social. O processo de avaliação é importante, uma vez que permite obter informações pertinentes acerca de cada utente, através da recolha de dados sobre as suas dificuldades e capacidades. Após a avaliação e juntamente com os dados fornecidos durante a realização da anamnese, torna-se possível intervir de uma forma adequada ao nível das áreas que o utente apresenta afetadas. As avaliações foram essencialmente de foro qualitativo sendo que até as escalas anteriormente apresentadas foram assim analisadas.

Fase de elaboração do plano terapêutico

Foi então realizado um plano de intervenção terapêutica no qual foram traçados os objetivos gerais de intervenção. Os diferentes planos a realizar foram, assim, elaborados de modo a possibilitar a sua aplicação durante o período de estágio. Estes incluem, as problemáticas, os objetivos gerais e os objetivos específico.

Fase de intervenção Uma vez finalizadas as fases anteriores, foi efetuado novo contacto com os cuidadores onde foram discutidos os resultados da avaliação, o plano de intervenção terapêutica, periodicidade e horário da intervenção. Para efeitos de monitorização e supervisão do trabalho clínico desenvolvido, foi solicitado aos cuidadores autorização para efetuar um registo audiovisual. Para tal, foi utilizada a carta de pedido de autorização para registo vídeo das intervenções (ver anexo b) (sendo que esta detalha a pertinência do pedido) e a declaração de registo vídeo das intervenções (ver anexo c). Reunidas todas as condições foi possível iniciar a intervenção clínica em musicoterapia.

Métodos e técnicas de intervenção

Ao longo da intervenção em musicoterapia e tendo em conta os objetivos terapêuticos definidos graças ao levantamento de dados de anamnese e da avaliação realizada dos utentes encaminhados, foram previamente selecionados métodos e técnicas que possibilitassem ir ao encontro das necessidades dos mesmos. Os principais e mais utilizados foram: a) improvisação clínica, vocal e instrumental; b) tonal/vocal holding; c) primitive drum grounding; d) mirroring; e) escuta de canções.

Recursos materiais

No que respeita ao espaço, as intervenções foram realizadas no gabinete de musicoterapia já existente na instituição. Este tem ao dispor diversos instrumentos musicais harmónicos/melódicos (guitarra, piano, xilofone, metalofone) e precursão (jambé, reco-reco, maracas, pandeireta, triangulo, clavas, bateria entre outros).

Os critérios de seleção de instrumentos musicais ao longo das sessões foram ao encontro com as necessidades dos utentes. Foram também tidos em conta vários materiais acessórios como cadeiras adaptadas, talas, plataformas entre outros. Para efeitos de supervisão e orientação do trabalho desenvolvido pelo estagiário foi utilizado uma câmara de filmar e um computador da instituição.

Agenda

Na agenda semanal relativa ao período de estágio, são contemplados os momentos de intervenção clínica, assim como a presença em rotinas da instituição. As reuniões de quarta-feira, no período das 11h às 13h, possuíam uma periodicidade semanal. As

reuniões de quarta-feira, no período das 14h:00 às 17h:00, e de Sexta-feira das 14h:00 às 17h:00, tinham uma periodicidade mensal.

Tabela 2. Agenda Semanal

Horas	2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª Feira
9:00 – 10:00		M.S			M.J
10:00 – 11:00	M.C	T.F	T.M	T.N	
11:00 – 12:00			Reunião		
12:00 – 13:00			Reunião		
13:00 – 14:00			Reunião		Reunião
14:00 – 15:00			Reunião		Reunião
15:00 – 16:00			Reunião		R.B
16:00 – 17:00			Reunião		Reunião

Outras atividades

A 26 de Maio de 2018, foi realizado o 11º Encontro Internacional de Musicoterapia "Musicoterapia e desenvolvimento humano", pela Associação Portuguesa de Musicoterapia (APMT), em parceria com a Universidade Lusíada de Lisboa. Neste contexto, o estagiário apresentou uma comunicação com o título "Com música em consigo! Musicoterapia e funcionalidade na multideficiência", inserida num painel dedicado à apresentação de casos de intervenção clínica em Musicoterapia e tendo como foco a abordagem da Musicoterapia na incapacidade e o desenvolvimento humano, partilhando o caso MJ.

Estudo de Caso Nº1

O utente MJ é um jovem adulto com uma idade cronológica de 18 anos e 3 meses, à data de consulta do processo clínico em novembro de 2017, que frequenta os serviços da APPCL há sensivelmente 13 anos.

História clínica: Em criança, o MJ foi sinalizado para consulta de desenvolvimento do hospital local aos 16 meses. Fruto de uma primeira gravidez de risco, com início dos movimentos fetais às 21 semanas e sempre com uma atividade fetal diminuída, o MJ apresentou um atraso de crescimento intrauterino, o que levou à realização de amniocentese às 22 semanas. Este exame veio a revelar um Cariótipo – 46xy. O parto ocorreu no hospital às 42 semanas de gestação por cesariana. Nasceu com 2660 gramas de peso, 46 centímetros de comprimento, 34 centímetros de perímetro cefálico e com um Apgar ao 1º minuto de 9, ao 5º minuto de 10 e ao 10º minuto de 10. Usufruiu de aleitamento materno até aos 5 meses apresentando uma sucção pouco eficaz.

Segundo o historial clínico ao 4º mês de vida os pais notaram um atraso motor e hipotonia generalizada, tendo motivado a procura de uma consulta de neuropediatria. Fez diversas investigações para esclarecimento das etiologias do quadro, tendo completado o cariótipo com citogenética molecular onde se confirmou a região crítica do braço curto do cromossoma 4, confirmando a suspeita clínica de Síndrome de Wolf-Hirschhorn. Aos 18 meses sabe-se que realizou uma ressonância magnética que revelou uma leve assimetria crânio-encefálica, maior abaulamento do occipital direito, com dismetria dos hemisférios cerebelosos, com maior descida do hemisfério cerebeloso direito e com maior desenvolvimento homolateral. Não apresentou anomalias do desenvolvimento, nomeadamente da migração ou sulcação, alterações de sinal das estruturas da substância branca ou cinzenta e também não apresentou malformações vasculares.

Após o diagnóstico, o utente começou a fazer convulsões e a apresentar febre tendo iniciado terapêutica antiepilética com valproato de sódio e, mais tarde, carbamazepina com controlo parcial das crises. Relativamente ao seu desenvolvimento, é possível verificar atraso de todas as aquisições tendo segurado a cabeça aos 12 meses, começando a sentar-se sem apoio aos 15 meses. Iniciou a marcha aos 4 anos com predominância de uma grande descoordenação. Não apresenta défice auditivo ou visual. Apresentou grandes dificuldades ao nível da alimentação e na deglutição melhorando sucessivamente ao longo dos anos.

Situação atual: O MJ tem usufruído de múltiplos apoios na APPC de Leiria, nomeadamente pela terapia ocupacional, fisioterapia, psicomotricidade, terapia da fala e hidroterapia. Foi avaliado com o teste de Griffiths na instituição aos 5 anos de 8 meses que veio a revelar um Quociente Global de 32.6 com os seguintes resultados parciais: A (Motricidade grossa: 50; B (Comportamento Social): 41; C (Audição e Fala): 25; D (Coordenação mão/olho): 24 e R (Realização: 24, compatível com uma perturbação global grave do desenvolvimento.

Atualmente, MJ continua a ser acompanhado pela equipa multidisciplinar da APPC, sendo que beneficia de apoios terapêuticos ao nível da fisioterapia, terapia da fala, terapia ocupacional e psicomotricidade deslocando-se duas vezes por semana à instituição e sendo acompanhado com uma periodicidade semanal em cada uma das valências. Considerou-se pertinente o encaminhamento para uma avaliação em Musicoterapia, visto que desde cedo demonstrou uma afinidade bastante significativa com a música, apresentando manifestações motoras ritmadas e ligeiras vocalizações.

Para além dos dados que constavam dos processos e das informações recolhidas oralmente junto da cuidadora do MJ, foi realizada uma sessão de observação e

levantamento de dados no contexto musicoterapêutico, tendo-se destacado em ambas a importância da música durante o percurso de vida de MJ.

Relativamente ao seu desenvolvimento, a cuidadora refere que MJ tem sido alvo de muitas intervenções e os ganhos têm sido progressivos, mas salienta os últimos dois anos no quais MJ apresentou grandes evoluções ao nível da compreensão de ordens simples e ao nível motor.

Da anamnese sonoro-musical do utente destacam-se temas como "Olha a Bola Manel" e todos os temas do programa infantil Batatoon transmitido entre 1998 e 2002 no canal TVI. A cuidadora caracterizou MJ como uma criança afetuosa e de fácil interação. No entanto, salientou as suas dificuldades de comunicação, sobretudo a sua falta de iniciativa para atividades da vida quotidiana e ausência de expressão ao nível dos seus quereres e das suas vontades, sendo estas também as necessidades apresentadas pela cuidadora. Dado o historial clínico e dados recolhidos junto da equipa multidisciplinar e da cuidadora, considerou-se pertinente uma primeira avaliação com o utente MJ.

Avaliação

O primeiro contacto presencial efetuado com MJ realizou-se no final de novembro de 2017. A avaliação foi elaborada com base em observação direta nas interações efetuadas sem recurso a instrumentos de avaliação formal ou informal. Apresentou-se na sala de espera com marcha autónoma, acompanhado pela cuidadora e a pedido da mesma cumprimentou o terapeuta erguendo a mão no ar. Foi então levado até à sala de Musicoterapia, sentando-se por iniciativa numa cadeira que se encontrava disponível.

À sua disposição, MJ tinha alguns instrumentos musicais de percussão como tambores, pandeiretas e também shakers e maracas. Foi possível observar que MJ se movia espontaneamente, no entanto com um tónus não apropriado, apresentando uma

marcha lentificada e descoordenada. Foi-lhe solicitado que agarrasse num ovo shaker, ao que acedeu, permitindo observar que MJ consegue cruzar a linha média do corpo assim como agarrar em objetos. Em termos de estruturas do corpo, MJ apresenta uma cifose bastante acentuada resultando numa aparência de baixa altura, tendo em conta a sua idade. Durante esta primeira observação, o utente manteve uma postura encerrada, não mantendo contacto ocular e sem iniciativa à comunicação ou ao contacto com o terapeuta, limitando-se a obedecer às ordens simples que conseguia compreender.

Tabela 3. Análise SWOT MJ em novembro de 2017

	Forças	Fraquezas
Fatores Internos	Afinidade à música Marcha autónoma Motricidade Grossa Compreensão de ordens simples Comunicação não verbal	Hipotonia generalizada Défice cognitivo Dificuldades de comunicação Dependência de terceiros Falta de autonomia
Fatores Externos	Suporte familiar Acompanhamento especializado	

Plano de Intervenção Terapêutica

A fim de sistematizar a intervenção terapêutica e tendo em conta os dados recolhidos na sessão de anamnese, do levantamento de necessidades e espectativas da cuidadora, do primeiro momento de avaliação e de informações recolhidas junto da equipa foi elaborado o seguinte plano de intervenção terapêutica:

Tabela 4. Plano de Intervenção Terapêutica MJ

Problema Nº 1:

- Pouca iniciativa e pro atividade

Objetivo Geral:

- Aumentar o tempo de permanência na atividade

Objetivos Específicos:

- Proporcionar momentos de escolha de instrumentos	- Potenciar o tempo de permanência durante as improvisações clínicas	- Contextualizar os seus sons e movimento ao longo das improvisações

Problema Nº 2:

- Dificuldades de comunicação

Objetivo Geral:

- Promover o aumento de competências não verbais

Objetivos Específicos:

- Aumento vocalizações	- Aumento de gestos

Problema Nº 3:

- Pouca autonomia funcional, dentro das suas capacidades

Objetivo Geral:

- Aumentar o grau de autonomia

Objetivos Específicos:

- Expressão ao longo das improvisações	- Escolha espontânea de instrumentos musicais

Intervenção e progresso terapêutico

O utente MJ usufruiu de 28 sessões individuais com periodicidade semanal, entre novembro de 2017 e junho de 2018. O utente deslocava-se até à APPC acompanhado, em regra geral, pela cuidadora. Em termos de espaço, as sessões foram realizadas no gabinete de musicoterapia, havendo uma preparação de setting algum tempo antes da chegada de MJ. Tendo em conta o percurso terapêutico percorrido, foram concebidas 3 fases que se diferenciaram pela progressão do utente: 1) fase da relação; 2) reciprocidade e 3) transferências funcionais.

Fase 1 – Relação

Inicialmente foi ponderado qual o setting que se iria preparar a fim de receber o utente MJ. Optou-se por utilizar a guitarra com o objetivo de possibilitar grounding ao utente e deixaram-se ao dispor instrumentos musicais como ovos shakers, maracas e um pequeno tambor no chão. A escolha destes objetos musicais deveu-se ao facto de MJ apresentar grandes alterações ao nível de motricidade fina, assim como um grau de funcionamento cognitivo muito limitado para a idade. Relativamente ao posicionamento e orientação no espaço, colocou-se um tapete almofadado no chão visando convidar MJ a optar pela posição sentado.

Na primeira sessão, MJ foi convidado a sentar-se, tendo imediatamento colocado os braços em extenção como forma de solicitar auxílio para se sentar. Uma vez sentado, MJ apresentou uma postura encerrada, com o olhar fixado no chão e sem qualquer tipo de manifestação com intenção comunicativa, mesmo com algumas perguntas coloquiais por parte do aluno estagiário. Iniciou-se então a sessão com o aluno estagiário a tocar guitarra com um ostinato nos acordes de dó e sol, sendo que imediatamente o utente apresentou o seu primeiro contacto ocular com o estagiário. O ostinato foi oscilando em

termos de intensidade e volume, sendo que raramente surgiam manifestações motoras contextualizadas por parte do utente ao som da música. Foi apenas quando o nome de MJ foi cantado durante o ostinato, que este realizou a sua primeira vocalização, acompanhada de expressões faciais de agrado, desencadeado também respostas motoras com alguma extensão dos membros superiores.

Ao longo das primeiras 4 sessões, a metodologia utilizada foi consistente com a da primeira sessão, sendo que na 4ª sessão, MJ, por iniciativa própria, começou a agarrar em instrumentos rítmicos como a maraca e começou a tocar mostrando uma pulsação consistente, assim como vocalizações que surgiam, umas vezes de forma espontânea, outras esperando pela sua vez em alternância com as vocalizações do estagiário.

Fase 2 – Reciprocidade

A fase seguinte caracterizou-se pelo aumento da reciprocidade ao longo das improvisações terapêuticas. A partir da 5ª sessão, optou-se por colocar o utente numa cadeira, o que facilitou o controlo motor assim como a participação nas improvisações. A frequência de vocalizações intensificou-se, assim como o consistente respeito pelos turnos vocais. Foi dado progressivamente cada vez mais espaço a MJ nas improvisações, a fim de poder explorar as suas vocalizações e momentos musicais. Estes momentos possibilitaram contextualizar o que MJ tocava com os objetos musicais. Ao longo do tempo foram adicionados cada vez mais instrumentos musicais à sessão e MJ era convidado a explorar, conhecer e tocar esses mesmos instrumentos.

Na 6ªa sessão, MJ, durante uma improvisação, levantou-se da cadeira por iniciativa própria, sem ordem verbal do estagiário, para ir buscar uma baqueta que estava no chão e mais tarde para ir buscar um tambor. Ao longo das sessões, os níveis de reciprocidade foram aumentando progressivamente e os níveis de satisfação expressa pelo MJ eram bastante notáveis, quer em contexto de sessão, quer fora da sessão, como por exemplo, na sala de espera. O utente

desenvolveu a capacidade de prever algumas características sonoras que surgiam ao longo das improvisações e começou a imprimir criatividade às suas próprias produções sonoras.

O convite à vocalização por parte do estagiário, surgia sob forma não diretiva e não-verbal, através de vocalizações muito semelhantes às que MJ conseguia emitir. Ao longo das sessões, ele ia surgindo com novas vocalizações e novas explorações ao nível de tom, volume e intensidade, as quais o estagiário apoiava em *grounding* harmónico, contextualizando as suas produções tanto quanto fosse possível.

Fase 3 – Transferências funcionais

As seguintes sessões foram marcadas por momentos em que MJ realizava ações por iniciativa própria, tais como descalçar-se quando se sentava na cadeira, no início da sessão, escolha de instrumentos, vocalizar e tocar instrumentos. Quando o estagiário se deslocava até ao utente antes da sessão, este levantava-se e agarrava o estagiário puxando-o em direção ao gabinete, demonstrando capacidade de antecipação. Na 10ª sessão, MJ interrompeu uma improvisação levantando-se e dirigindo-se a uma caixa de lenços que estava no gabinete, retirando um lenço e limpando a boca. Este acontecimento informa-nos relativamente ao aumento da sua autonomia e da consciência de si próprio, ao ponto de priorizar o seu autocuidado e bem-estar em detrimento da atividade prazerosa que estava a realizar.

As sessões tornaram-se momentos prazerosos para MJ e um local de autoexpressão onde podia efetivamente surgir com traços de autonomia, sem nunca ser receber sugestões de foro diretivo. A certa altura, os convites verbais deixaram de ser necessários e MJ já estava bastante familiarizado com as rotinas das sessões de musicoterapia.

As sessões foram também um local onde foi possível o utente trabalhar a sua criatividade e a sua capacidade de autodeterminação no âmbito das suas atividades de vida diária. A certa altura a cuidadora começou a relatar algumas alterações de MJ no que dizia respeito à sua atividade e participação no seu dia a dia. Episódios como a escolha espontânea do seu lanche, após negar o proposto pela cuidadora, dirigindo-se ao armário onde se encontravam os seus cereais preferidos, solicitar ajuda para calçar os sapatos, procurar pessoas à sua volta e dirigi-las para locais de seu interesse começaram a surgir. Com estas alterações de comportamento, a cuidadora alterou também a sua postura com MJ, proporcionando-lhe momentos de escolha no seu dia a dia, como a escolha da alimentação, das peças de vestuário, potenciando assim o seu grau de autonomia.

Avaliação Final

Tabela 5. Análise SWOT MJ em Junho de 2018

	Forças	Fraquezas
Fatores Internos	Afinidade à música Marcha autónoma Motricidade Grossa Compreensão de ordens simples Comunicação não verbal Autonomia emergente Capacidade de decisão	Hipotonia generalizada Défice cognitivo Dificuldades de comunicação Dependência de terceiros
Fatores Externos	Suporte familiar Acompanhamento especializado	

Tendo em conta os objetivos estabelecidos e todo o processo terapêutico realizado, foi realizada nova análise SWOT para ser comparada com a anterior. As características da primeira análise SWOT são características do seu quadro clínico inicial. Fazendo a segunda análise, considera-se que MJ apresentou progressos de domínio cognitivo e comunicativo. Após segunda análise, pudemos acrescentar nos fatores internos, no tópico das forças, traços de autonomia e capacidade de decisão, sendo estes pontos chave na intervenção de MJ. Estas evoluções tiveram bastante impacto na sua atividade e participação na vida quotidiana. É de salientar que MJ, à data do relatório, manteve as características supramencionadas e a cuidadora continuou a dar feedback de evolução em episódios rotineiros no dia a dia de MJ.

Conclusão do Caso

Em retrospetiva com o estado do utente antes do início da intervenção em Musicoterapia, são notáveis alterações bastantes significativas na sua atividade e participação da sua vida quotidiana. Estas modificações de comportamento e atitude foram, não só sentidas em contexto de gabinete, mas também em contextos como na escola e na própria casa. Tendo em conta as necessidades levantadas pela cuidadora de MJ, os objetivos foram passíveis de serem trabalhados em Musicoterapia. Tratando-se de ausência de traços de autonomia, através da improvisação clínica em Musicoterapia, MJ surgiu com som e movimento que, com a ajuda do aluno estagiário, surgiram numa forma contextualizada e natural. Estes momentos trouxeram também ao MJ uma série de atividades bem-sucedidas, contribuindo assim para um aumento da sua autoestima.

Ao longo das sessões, os níveis de reciprocidade foram aumentando extrapolando para ações fora do contexto de improvisação e por fim para fora do setting terapêutico.

À semelhança do que foi mencionado no enquadramento teórico, com este estudo de caso pode-se verificar que uma intervenção em musicoterapia tem um efeito positivo

no aumento das capacidades sociais e pré-verbais como a iniciativa, resposta, imitação, vocalização e troca de turnos (Holck, 2002).

Estudo de Caso Nº2

Segundo o processo clínico do utente consultado em novembro de 2017, MC é uma criança do sexo masculino, nascida a 02/03/2014, com uma idade cronológica de 3 anos e 8 meses. A criança frequenta a APPCL desde junho de 2015.

História clínica: A gravidez teve a duração de 41 semanas e 1 dia e cumpriu o esquema de vigilância pré-natal. Relativamente ao período perinatal, o parto foi eutócico com epidural, choro imediato, nasceu com 3195 gramas, 50 cm de altura, 33.5 cm de perímetro cefálico e com um índice de Apgar ao 1º min de 9 e ao 5º minuto de 10.

Houve contacto pele com pele durante a primeira hora de vida e o aleitamento materno até alta hospitalar foi misto. Em abril de 2014 foi realizado um estudo ao cariótipo no sangue periférico, com bandas de alta resolução revelando uma monossomia da região 18q21.31 → 18qter, resultando como diagnóstico clínico uma cromossomopatia do cromossoma 18, com conformação anormal e com deleção terminal do braço longo.

Segundo Gardner & Sutherland (2012) citado no relatório de estudo genético, a falta de material genómico de um autossoma (como é o caso presente) acompanha-se, quase invariavelmente, de atraso mental de severidade variável e/ou malformações congénitas. No entanto, dado que se trata de uma situação de mosaicíssimo, não é possível prever com rigor o fenótipo associado.

A criança beneficiou de fisioterapia no Centro Hospitalar de Leiria e é seguido na consulta de Neuropediatria, tendo sido encaminhado pela mesma para a Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral em Junho de 2015.

Situação atual: MC vive com a mãe e com os avós com quem possuiu um bom relacionamento interpessoal. A criança frequenta creche desde os 3 anos de idade

encontrando-se bem integrado do ponto de vista social. Colabora nas rotinas não mostrando desconforto.

Na Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral de Leiria, MC usufrui de intervenção em fisioterapia e terapia da fala desde o seu encaminhamento, deslocando-se à instituição uma vez por semana. A cuidadora refere que MC possuiu afinidade à música, apresentando respostas motoras e expressões de agrado não sendo possível no entanto, caracterizar e fazer um levantamento de reportório significativo para a criança. Dado o atraso global no desenvolvimento da criança, considerou-se pertinente uma intervenção em Musicoterapia.

Avaliação

Depois da criança ter sido referenciada para o serviço de Musicoterapia e de uma consulta de anamnese com a cuidadora, foi realizado um primeiro contacto com a criança MC em novembro de 2017.

Foram visíveis as dificuldades anteriormente mencionadas, assim como comportamentos como reação à música e à relação terapêutica. A criança foi sentada num tapete ligeiramente almofadado, tendo ao dispor instrumentos como ovos, shakers, maracas, tambores e um piano. Dadas as dificuldades de coordenação e planeamento motor, não foi possível à criança agarrar em nenhum tipo de instrumento, apesar de ter mostrado iniciativa. Quando lhe era colocado um instrumento na mão com ajuda do terapeuta, o tempo de permanência do instrumento na mão era muito curto. Quanto ao piano, a criança, através de pistas visuais e sonoras fornecidas pelo terapeuta, obteve um acesso direto de causa efeito, tendo apresentado bastante iniciativa para explorar as propriedades sonoras do instrumento.

A criança não acedeu a turnos de comunicação através da interação sonora com o terapeuta no piano e o tempo de permanência na exploração do piano foi de cerca de 5 minutos. MC começou então a mostrar sinais de desconforto e desagrado iniciando choro. Foi então utilizada a guitarra que se revelou um objeto de bastante interesse e fundamental no auxílio à regulação da criança. Nesta altura, MC começou então a sorrir e a focar-se no terapeuta, com algum contacto ocular, mas sobretudo com foco no instrumento. Apresentou também movimentos dos membros inferiores dentro da pulsação e procurou o contacto com as cordas do instrumento musical.

Dado o primeiro contacto em contexto de sessão de Musicoterapia e cruzando dados obtidos através da equipa multidisciplinar e da cuidadora, foi preenchida a Escala de Comunicação Pré-Verbal.

Tendo em conta os resultados obtidos na Folha de Cotação Nº 1 (ver em anexo), MC, ao nível de Comportamentos Pré-Comunicativos, foi cotado positivamente em quase todos os itens dos pontos; (1) Necessidades e Preferências; (2) Ver e Olhar e (10) Expressão de emoções (não-comunicativas). A área em que a criança foi bem-sucedida em cerca de metade dos itens foi no ponto (8) Controlo da musculatura da fala. As restantes áreas como (3) Uso de suportes visuais; (4) Controle das mãos e braços; (12) Imitação motora; (5) Interação social sem comunicação; (6) Ouvir e escutar; (9) Uso consciente do ruído; (7) Desenvolvimento dos sons; (13) Imitação vocal e (11) Música e canto, não foram cotados positivamente. Ao nível dos pontos inerentes aos Comportamentos de Comunicação Informal e das Capacidades de Comunicação Formal não foram cotados positivamente.

Tabela 6. Resultados da avaliação através da Escala de Comunicação Pré-Verbal

Item	Cotação
Solicitação da Atenção (SA)	0/5
Satisfação de Necessidades (SN)	0/8
Negação Simples (NS)	0/5
Interação Positiva	0/6
Interação Negativa	1/6
Atenção Partilhada	0/5
Imitação Motora	0/10
Imitação Vocal	0/13
Compreensão da Comunicação Não-Vocal	0/10
Compreensão da vocalização e da fala	0/14

Plano de Intervenção Terapêutica

Tendo em conta os dados recolhidos na sessão de anamnese, do levantamento de necessidades da cuidadora e da avaliação realizada com a escala de comunicação pré-verbal, estabeleceram-se os objetivos apresentados na tabela seguinte:

Tabela 7. Plano de Intervenção Terapêutica MC

Problema Nº 1:
- Não agarra em explora objetos com a mão
Objetivo Geral:
- Promover um melhor controlo das mãos e dos braços

Objetivos Específicos:		
- Largar	- Agarrar e segurar objetos	- Tempo de permanência de objetos na mão
Problema Nº 2:		
- Dificuldades na comunicação		
Objetivo Geral:		
- Promover competências de comunicação pré verbal		
Objetivos Específicos:		
- Aumentar o leque de vocalizações		
- Aumentar o uso de instrumentos com teor comunicativo		

Como se pode verificar na tabela anterior, os objetivos de intervenção terapêutica foram centrados ao nível do desenvolvimento de competências de comunicação e competências sociais. Tendo em conta a idade cronológica da criança, esta encontra-se com um atraso grave ao nível da comunicação em retrospetiva com crianças da sua idade. A escolha do foco de intervenção nesta área deveu-se também ao facto de ser uma necessidade apresentada pela cuidadora. Depois de estabelecer e delinear os objetivos de intervenção, considerou-se pertinente que MC usufrua de intervenção em musicoterapia com periodicidade semanal, com horário definido ás segundas feiras das 10h:00 às 11h:00.

Intervenção terapêutica

O utente MC usufruiu de 24 sessões individuais tendo iniciado o processo em finais de novembro de 2017, apresentando-se nas intervenções com uma periodicidade semanal. O utente deslocava-se até à APPC acompanhado da cuidadora. Tendo em conta o percurso terapêutico percorrido, é possível apresentar a seguinte divisão: 1) fase da relação; 2) reciprocidade e 3) emergir de competências pré verbais.

Fase 1 – Relação

No início da intervenção terapêutica, MC foi uma criança que facilmente desorganizava e entrava num padrão de choro. As dificuldades de comunicação agravavam a situação e foi consideravelmente difícil encontrar estratégias que facilitassem a regulação de MC. Com o decorrer das sessões e vínculo interpessoal com o terapeuta estagiário, esses padrões tenderam a diminuir estabilizando sem choro a partir da 4ª sessão. No setting terapêutico, utilizou-se inicialmente apenas um ovo shaker com a criança sentada num tapete almofadado, as sessões eram iniciadas com uma canção do bom dia e finalizadas com uma canção do adeus.

Antes da criança entrar em gabinete com o estagiário eram realizadas algumas saudações coloquiais junto de auxiliares e terapeutas que frequentavam as proximidades do gabinete. A criança apresentava também os comportamentos que demonstrou durante o primeiro período de avaliação.

As improvisações inicialmente eram acompanhadas de pequenas vocalizações que visavam reproduzir as capacidades vocais de MC e eram interrompidas sob forma de criar oportunidades de manifestação de vontade para voltar a tocar. Essas manifestações foram inicialmente apenas motoras, com agitação dos membros inferiores, expressões faciais

como o sorriso e ligeiras vocalizações. Sempre que possível foi colocado o ovo shaker na mão de MC sendo que este o tentava levar à boca e rapidamente o deixava cair.

Na 6ª sessão o tempo de permanência do ovo shaker foi exponenciado e, através da improvisação, foi possível encontrar um mote que permitiu a interação por turnos entre MC e o aluno estagiário. Sempre que MC tocava com o shaker, obtinha a resposta sonora por parte do aluno estagiário pretendida, algo que se revelou extremamente prazeroso e funcional para MC. A partir da 6ª sessão foi também possível verificar o reconhecimento do estagiário por parte da criança pois quando esperava pelas sessões na sala de espera, junto da cuidadora, a criança efetuava contacto ocular, começava a sorrir e iniciava alguma agitação motora.

Fase 2 – Reciprocidade

Esta fase caracterizou-se pelo exponenciar de períodos de comunicação com muita reciprocidade. MC compreendeu a noção de causa efeito, tocando ovos shakers para obter resposta por parte do terapeuta e transferiu para outros objetos musicais. A partir da 10ª sessão, o tempo de permanência do objeto aumentou e quando havia queda do objeto, MC começou, por iniciativa própria e com bom controlo manual, a agarrar nos objetos. Ao longo do tempo, MC começou a fazer trocas espontâneas de objetos, havendo momentos em que tocava com o ovo shaker e outros momentos em que, espontaneamente, agarrava nas maracas ou em pequenos tambores. Na 12º sessão MC começou a utilizar os objetos fora da perspetiva de causa efeito/turnos de comunicação com o objetivo de acompanhar a pulsação da improvisação.

Fase 3 – Emergir de competências pré-verbais

Na 15ª sessão, MC transferiu a causa efeito dos objetos musicais, começando a explorar vocalizações também dessa forma. Estas começaram a ser espelhadas por parte

do terapeuta e contextualizadas ao longo da improvisação, o que elevou a dinâmica da relação para os turnos de comunicação. O MC começou também a agarrar os objetos bilateralmente, sendo que por vezes tinha um ovo shaker numa mão e uma maraca na outra.

Ao longo das improvisações, eram proporcionados momentos de autoexpressão e MC começou a explorar as vocalizações. O grounding proporcionado pelo terapeuta passou a ser apenas instrumental, sendo que a maioria das vocalizações eram da responsabilidade de MC. O contacto ocular foi também potenciado, havendo muita procura da fonte sonora quando o terapeuta se colocava fora do campo de visão de MC. Solicitar a atenção tornou-se uma tarefa menos complexa para a criança visto que começou a agarrar e a tocar instrumentos quando queria desencadear reações no terapeuta.

Na 17ª sessão, MC imitou o movimento labial de um beijo com som, sendo que a cuidadora, quando confrontada pelo terapeuta, confirmou que se vinha a tornar consistente e que MC começava a utilizar o beijo quando sentia necessidade de regular uma determinada situação constrangedora para ele.

Nas últimas sessões, MC manteve os comportamentos adquiridos ao longo do processo terapêutico, tornando-se numa criança mais comunicativa e explorando cada vez mais ao longo das improvisações.

No futuro, considera-se pertinente a continuação de MC nas sessões de musicoterapia, uma vez que estas se tornaram num espaço prazeroso, possibilitando a sua autoexpressão, desenvolvimento de competências pré-verbais e sociais indispensáveis para o seu dia a dia.

Avaliação final

Numa fase final do processo terapêutico, foi preenchida novamente a Escala de Comunicação Pré-Verbal e comparada com a anterior. Tendo em conta os resultados obtidos na Folha de Cotação Nº 1, MC, ao nível dos Comportamentos Pré-Comunicativos, manteve os resultados anteriores, tendo sido cotado positivamente em quase todos os itens dos pontos; (1) Necessidades e Preferências; (2) Ver e Olhar e (10) Expressão de emoções (não-comunicativas). As novas áreas em que a criança foi bem-sucedida em cerca de metade dos itens foi no ponto (8) Controlo da musculatura da fala. Nas restantes áreas, como (3) Uso de suportes visuais; (4) Controle das mãos e braços; (12) Imitação motora; (5) Interação social sem comunicação; (6) Ouvir e escutar; (9) Uso consciente do ruído; (7) Desenvolvimento dos sons; (13) Imitação vocal e (11) Música e canto, não se verificaram alterações. Ao nível dos pontos inerentes aos Comportamentos de Comunicação Informal e das capacidades de Comunicação Formal também não se verificaram alterações.

Tabela 8. Resultados da reavaliação através da Escala de Comunicação Pré-Verbal

Item	Cotação
Solicitação da Atenção (SA)	3/5
Satisfação de Necessidades (SN)	1/8
Negação Simples (NS)	1/5
Interação Positiva	0/6
Interação Negativa	1/6
Atenção Partilhada	1/5
Imitação Motora	2/10
Imitação Vocal	2/13

Compreensão da Comunicação Não-Vocal	2/10
Compreensão da vocalização e da fala	0/14

Conclusão do Caso

Ao longo das sessões de musicoterapia foi possível verificar o emergir de competências pré-verbais em MC. A musicoterapia revelou-se um contexto de intervenção extremamente prazeroso e MC pode usufruir da possibilidade de explorar a sua forma de comunicar com o terapeuta. Em retrospetiva com o início da intervenção terapêutica, encontramos o MC com melhorias significativas, quer comunicativas, quer na gestão emocional, quando confrontado com dificuldades em expressar as suas necessidades.

Tal como foi referenciado no enquadramento teórico deste trabalho e se pode verificar ao longo da intervenção com MC, para crianças com níveis primários de comunicação intencional, a interação musical proporciona um aumento de oportunidades positivas para influenciar os outros, mais motivação para a comunicação e a oportunidade de experimentarem um fluxo de interação envolvendo repetidos turnos musicais equiparados a uma conversa (Rainey, 2003).

Considera-se pertinente o acompanhamento em musicoterapia para que MC possa continuar a desenvolver competências em vários domínios do seu desenvolvimento.

Outras Intervenções

Neste capítulo são caracterizados de forma sucinta as outras intervenções realizadas ao longo do período de estágio. São apresentados alguns dados de enquadramento do quadro clínico, objetivos de intervenção e resultados.

M.S.

M.S. é uma utente do sexo feminino, com uma idade cronológica à data da consulta do processo de 9 anos e 9 meses. A utente apresenta como diagnóstico clínico uma encefalopatia epilética.

É uma criança sem marcha autónoma, utiliza cadeira de rodas, sem possibilidade de se deslocar e apresentando um quadro motor tetraparésico com hipotonia generalizada e rigidez muscular. Em termos de comunicação, M.S. tem graves dificuldades de expressão, emitindo ligeiras vocalizações. É difícil aferir o seu grau de compreensão das instruções verbais do adulto. Em reunião com os cuidadores, recolheu-se a informação de que M.S. apresentava gosto pela música e que, em alguns momentos, as suas vocalizações surgiam contextualizadas ao longo de músicas que ouvia, demonstrando também expressões faciais como o sorriso.

Em avaliação e ponderação com a equipa multidisciplinar, considerou-se pertinente o acompanhamento de M.S. em musicoterapia. Os objetivos estabelecidos tiveram como foco a estimulação auditiva e os níveis básicos de interação como a procura da fonte sonora, contacto ocular e interação vocal. Procurou-se proporcionar momentos de reciprocidade e contacto musical com M.S.

Ao longo das sessões terapêuticas, foi notório o compromisso de M.S com as sessões terapêuticas demonstrando alegria, sorrindo quando o aluno estagiário se deslocava até ela antes do início das sessões de musicoterapia, antecipando as mesmas.

Foi possível concluir que, através da musicoterapia, é possível criar um canal relacional e comunicacional, mesmo em pacientes sem competências verbais. Proporcionar momentos de reciprocidade, para M.S., contribuiu para o seu bem-estar sendo que este foi o objetivo estabelecido e uma prioridade solicitada pelos cuidadores.

T.F.

T.F. é uma criança do sexo masculino, apresentando, à data de consulta do processo clínico, 5 anos e 6 meses.

O utente apresenta como diagnóstico clínico Síndrome de West. Este quadro resultou em graves alterações ao nível cognitivo, impedindo T.F. de ter uma marcha autónoma, controlo de esfíncteres e capacidade de comunicação quer ao nível de expressão, como de compreensão. Em termos de atividade e participação, é uma criança que não brinca, não se relaciona com nenhum objeto e, aparentemente, não exprime necessidades nem preferências.

T.F. é uma criança que vocaliza espontaneamente algumas sílabas, no entanto estas não surgem contextualizadas. Em reunião com o cuidador, este refere que a criança gosta de música e de cantar. Foi realizada uma sessão de avaliação em Musicoterapia, sendo que as respostas motoras de T.F. à música foram pertinentes, ficando muito focado no som da guitarra e vocalizando pontualmente com contornos prosódicos muito evidentes. Os objetivos foram delineados focando-se nas competências pré-verbais de T.F., utilizando técnicas de *mirroring* e causa-efeito. Ao longo das sessões foi possível verificar a integração de algumas rotinas da sessão de musicoterapia, assim como de causa efeito ao longo das improvisações clínicas.

No final da intervenção, T.F. potenciou competências pré-verbais que o ajudaram a exprimir melhor as suas necessidades. Com a intervenção em fisioterapia, T.F. também

apresentou evoluções significativas no que diz respeito à marcha, tendo iniciado a mesma com ajuda. Atualmente a criança melhorou a forma como se relaciona com os objetos, diminuindo a sua necessidade de exploração oral, começando a integrar e a explorar as suas funções. Começou também, nas sessões de musicoterapia, a espelhar o terapeuta estagiário tendo transferido essas competências para fora do gabinete, noutros contextos da sua vida quotidiana.

T.V.

T.V. iniciou uma intervenção em musicoterapia com dois anos idade, idade em que integrou a equipa da APPCL.

T.V. apresenta um diagnóstico clínico de Síndrome de Potocki Lupski, que se caracteriza por atraso moderado a severo do desenvolvimento global. À data da avaliação em Musicoterapia, T.V. não palrava, comunicando apenas com gestos simples, como o apontar e desencadeando o choro para tentar exprimir as suas necessidades. T.V. iniciou a marcha com cerca de um ano de idade, é uma criança que não possui relação com objetos e não brinca. Os objetivos da intervenção, tendo em conta o levantamento de necessidades e expetativas da mãe, foram centrados no desenvolvimento de competências pré-verbais. Tendo em conta a fase de desenvolvimento em que T.V. se encontrava, um dos objetivos específicos definidos foi o promover o palrar.

Ao longo das sessões de musicoterapia, foram usadas, técnicas de *grounding* e legendagem vocal, que promoveram a expansão do repertório sonoro de T.V. e o início do palrar. Durante as improvisações, T.V. começou a explorar os objetos musicais utilizando-os corretamente e tirando o máximo proveito das propriedades acústicas dos mesmos.

T.N.

T.N. é uma criança do sexo masculino, com uma idade cronológica à data da consulta do processo de 9 anos e 11 meses. O utente apresenta como diagnóstico clínico Síndrome de Rett.

A criança tem marcha autónoma, no entanto é dependente de terceiros nas atividades de vida diária como o comer, vestir, tomar banho e ir à casa de banho. Em termos de comunicação e linguagem é difícil aferir quantitativamente em que estado se encontra a criança. No entanto, verifica-se uma ausência de expressão verbal oral e dificuldades de compreensão. Para expressar as suas necessidades, T.N. procura agarrar o adulto com o objetivo de o conduzir onde precisa, sem, no entanto, utilizar o gesto de apontar. T.N. também não utiliza qualquer tipo de vocalização.

Em reunião com a equipa multidisciplinar, considerou-se que T.N. apresenta um atraso grave no desenvolvimento com maior incidência no domino cognitivo. A cuidadora focou as suas necessidades e expectativas na promoção de competências comunicacionais.

Ao longo das sessões de musicoterapia, foi dado suporte de *grounding* a T.N. e foram-se legendando algumas atividades. Ao longo da intervenção terapêutica, foram procuradas algumas situações que permitissem a integração da aprendizagem de causa efeito. Foram também estimulados alguns gestos coloquiais como o adeus e o gesto do olá.

As sessões de musicoterapia revelaram-se um espaço prazeroso para T.N. e, ao longo das sessões, através de dinâmicas de causa efeito, T.N. começou a utilizar os instrumentos para provocar reações espectáveis no estagiário. Em reunião de avaliação

com a cuidadora, esta referiu que T.N. começou a usar de forma consistente o gesto do adeus e do "ola".

R.B.

R.B. é uma jovem adulta de 22 anos que apresenta o diagnóstico Síndrome de Angleman.

A jovem, em termos motores, desloca-se em cadeira de rodas de forma não autónoma. É uma utente não verbal e apresenta grandes limitações ao nível cognitivo. No passado já tinha usufruído de uma intervenção em Musicoterapia.

Os objetivos da intervenção foram focados em proporcionar momentos de reciprocidade através da improvisação musical. Considerou-se também pertinente procurar estimular competências de comunicação não-verbal como o apontar para pedir outros instrumentos.

Foi possível mostrar que R.B. possui competências pré-verbais e que, em improvisação musical, consegue ser muito pró-ativa e contextualizada.

Conclusão

O presente estágio de intervenção permitiu ao aluno estagiário ter um contacto direto com a realidade profissional do Musicoterapeuta, proporcionando-lhe assim a oportunidade de colocar em prática conteúdos abordados e aprofundados em sala de aula. Tendo em conta a diversidade filosófica das abordagens em Musicoterapia, foi possível também estabelecer quais as que faziam mais sentido ao aluno estagiário consoante as necessidades dos utentes e a realidade da instituição.

Por vezes, as alterações ao nível cognitivo e da compreensão da linguagem, dificultam uma intervenção a um nível verbal. A musicoterapia revelou ser eficaz na promoção de competências pré-verbais, sobretudo ao nível da intencionalidade comunicativa. A música, sendo um estímulo muito auditivo, proporciona essa possibilidade. A complementaridade entre a musicoterapia e a terapia da fala é, de facto algo que se revela bastante pertinente. Tal como referido no enquadramento teórico, a música possui muitas das características da linguagem verbal: ambos os mediadores são temporais e auditivos; ambos podem ser representados através de símbolos visuais; e tipicamente envolvem um remetente, um receptor e uma mensagem. Essas semelhanças levaram alguns teóricos da musicoterapia a considerar a música na musicoterapia como uma língua, ou pelo menos como um meio de comunicação (Aigen, 2014).

A possibilidade de estar integrado numa equipa multidisciplinar potenciou a intervenção e ajudou a mostrar outros níveis de atividade e participação, que se encontravam até então por relevar em alguns utentes. A partilha e a troca de informação dialogada com os restantes terapeutas contribuiu para uma melhor adequação da intervenção terapêutica e para o crescimento pessoal e profissional do aluno estagiário.

Foi possível concluir que, à semelhança da comunicação, a música faz parte da condição humana. McFerran & Shoemark (2013), sugerem que a interação musical gera

encontros sociais e comunicacionais sendo estes fundamentais e extremamente significativos para as pessoas com incapacidade assim como um direito humano. Com a intervenção terapêutica em musicoterapia foi possível proporcionar essas dimensões aos utentes que puderam usufruir. O musicoterapeuta relevou-se um membro importante na integração de uma equipa multidisciplinar.

Reflexão Pessoal

Tendo em conta o decorrer do estágio, considero que este me potenciou e desenvolveu a nível pessoal e profissional. Mais do que uma simples profissão apoiada em evidências científicas, seja na área da musicoterapia seja da música em saúde, há toda uma abordagem filosófica e de linha de raciocínio que se transferiu para a minha maneira de encarar a patologia e o ser humano. A vertente sociológica e sobretudo humanista das abordagens da musicoterapia permitiu-me olhar para a patologia como algo inerente e expectável à experiência do ser humano, do que propriamente como algo desviante da normalidade.

Sendo esta a primeira vez que dinamizei uma intervenção em musicoterapia, senti que os resultados foram apaixonantes, assim como toda a participação e compromisso tanto da equipa multidisciplinar como das famílias cuidadoras dos casos que acompanhei. Venho a constatar agora, através de ricas experiências de interação e musicalidade, que, para lá das limitações e da patologia, existe uma pessoa, pessoa essa que possui direitos e que pode tirar prazer do contacto interpessoal, de instâncias de reciprocidade comunicativa e da sensação de atividade bem-sucedida.

Como músico, este estágio revelou-se um grande desafio pois não estava de todo preparado para trabalhar a um nível tão simples. De facto, o que se convenciona como simples acabou por se revelar bastante complexo, na medida em que foi necessário estar muito constante e atento para dar suporte à exploração musical dos utentes. Foi também a primeira vez que senti verdadeiramente que estava a fazer música numa perspetiva pouco egocêntrica e sim altruísta.

Enquanto terapeuta da fala, sinto que a musicoterapia será uma grande aliada na intervenção e será muito bom possuir as duas abordagens a fim de proporcionar uma melhor resposta às necessidades dos utentes. Uma das grandes dúvidas que coloquei no início do estágio era se seria capaz de, no futuro, me dissociar em termos profissionais, saber quando sou terapeuta da fala e quando é que sou musicoterapeuta. Neste momento ainda continuo com a mesma dúvida, no entanto ela deixou de ter o impacto inicial que tinha em mim.

Referências

Aigen, S. K. (2005). *Music-Centered Music Therapy.* Barcelona: Barcelona Publishers.

Aigen, S. K. (2014). *The Study of Music Therapy Current Issues and Concepts.* New York: Routledge.

Aldridge, D., & Kern, P. (2006). Using embedded music therapy interventions to support outdoor play of young children with autism in an inclusive community-based child care program.

AMTA. (2018). *musictherapy*. Obtido de American Music Therapy Association: https://www.musictherapy.org/

ANMT. (2018). *The Academy of Neurologic Music Therapy*. Obtido de https://nmtacademy.co/

APMT. (2018). *Associação Portuguesa de Muscioterapia*. Obtido de Associação Portuguesa de Muscioterapia: https://www.apmtmusicoterapia.com/

Baker, F., & Tamplin, J. (2006). *Music Therapy Methods in Neurorehabilitation A Clinician's Manual.* London: Jessica Kingsley Publishers .

Bale, J. F., & Bodensteiner, J. B. (2002). Pediatric neurology, part II. *Neurologic Clinics, 21*(4). Obtido em 10 de 6 de 2018, de http://neurologic.theclinics.com/article/s0733-8619(02)00027-0/fulltext

Ballantyne E, M. A. (2008). In practice from the viewpoint of an occupationaltherapist. *Disability on equal terms.*

Battaglia, A., & Carey, J. C. (1999). Health Supervision and Anticipatory Guidance of Individuals with Wolf-Hirschhorn Syndrome. *American Journal of Medical Genetics*, 111-115.

Bibis, B., Artiles, J., & Paula, C. (2001). Application of strengths, weaknesses, opportunities and threats analysis in the development of a health technology assessment program. *Health Policy*.

Bruscia, K. E. (1998). *Defining Music therapy* . Lower Village: Barcelona Publishers.

Bunt, L., & Stige, B. (2014). *Music Therapy An art beyond words.* New York: Routledge.

Cameron. (2008). Further towards an affirmation model. *Disability studies: emerginginsights and perspectives*.

Froehlich, M. (1984). A comparison of the effect of music therapy and medical play therapy on the verbalization behavior of pediatric patients. *Journal of Music Therapy; 21*, 2-15.

Hills, B., Norman, I., & Forster, L. (2000). *A Study of Burnout and Multidisciplinary Team-working amongst Professional Music Therapists.* London: British Journal of Music Therapy.

Hobson. (1993). *El autismo y el desarrollo de la mente.* Madrid: Alianza.

Holck, U. (2002). *A comprehensive guide to music therapy : Theory, clinical practice, research and training*. Obtido em 30 de 9 de 2018, de http://vbn.aau.dk/da/publications/music-therapy-for-children-with-communication-disorders(c6200ee0-9c2e-11db-8ed6-000ea68e967b).html

Hooper, J. (2001). Overcoming the Problems of Deinstitutionalization: Using Music Activities to Encourage Interaction between Four Adults with a Developmental Disability . *Music Therapy Perspectives*, 121-127.

Hooper, J. (2002). Using music to develop peer interaction: an examination of the response of two subjects with a learning disability. *British Journal of Learning Disbilities*, 166-170.

Juyoung, L., & Mcferran, K. (2012). The improvement of non-verbal communication skills of five females with profound and multiple disabilities using song-choices in music therapy. *Voices: A World Forum for Music Therapy*.

Kirkland, K. (2013). *Internacional Dictionary of Music Therapy.* New York: Routledge.

Lee, J. &. (2012). The improvement of non-verbal communication skills of five females with profound and multiple disabilities using song-choices in music therapy. *Voices: A World Forum for Music Therapy*.

Loewy, J. V. (1995). *The Musical Stages of Speech: A Developmental Model of Pre-Verbal Sound Making.* New York: The Armstrong Foundation.

Magee, W. L., & Bowen, C. (2008). Using music in leisure to enhance social relationships with patients with complex disabilities. *NeuroRehabilitation, 23*(4), 305-311. Obtido em 22 de 5 de 2018, de https://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18820394

Masefield, P. (2006). Strength: broadsides from disability on the arts. *Stoke-on-Trent:Trentham*.

McCormack C, C. B. (2010). Can disability studies contribute to client-centred occupational therapy practice? *British Journal of OccupationalTherapy*.

McFerran, K., & Shoemark, H. (2013). How musical engagement promotes well-being in education contexts: The case of a young man with profound and multiple disabilities. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-*

being, 8(0), 20570-20570. Obtido em 22 de 5 de 2018, de https://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23930986

McWilliam, R. (2012). *Trabalhar com Crianças com Necessidades.* Porto: Porto Editora.

Menezes. (2000). *Matemática, linguagem e comunicação.* Portugal: Millenium.

Passemard, S., Kaindl, A. M., & Verloes, A. (2013). *Pediatric Neurology Part I.* Obtido em 10 de 6 de 2018

Pham, D. H., Tan, C., Homan, C. C., Jolly, L. A., & Gecz, J. (2016). *Chapter 14 – Protocadherin Mutations in Neurodevelopmental Disorders*. Obtido em 10 de 6 de 2018, de https://sciencedirect.com/science/article/pii/b9780128001097000145

Rainey, P. (2003). Relating improvisational music therapy with severely and multiply disabled children to communication development. *Journal of Music Therapy*, 227-246.

Ritholz, M. S. (2014). The Primacy of Music and Musical Resources in Nordoff-Robbins Music Therapy. *Music Therapy Perspectives, 32*(1), 8-17. Obtido em 22 de 5 de 2018, de https://academic.oup.com/mtp/article/32/1/8/1111036/the-primacy-of-music-and-musical-resources-in

Ruud, E. (2003). Book Review: A Comprehensive Guide to Music Therapy. Theory, Clinical Practice, Research and TrainingWigramTony, PedersenInge Nygaard andBondeLars Ole (eds), A Comprehensive Guide to Music Therapy. Theory, Clinical Practice, Research and Training. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2002. ISBN 1 843100835 (paperback). 384 pp. 2 CD.

Musicae Scientiae, 7(2), 304-306. Obtido em 30 de 9 de 2018, de http://msx.sagepub.com/content/7/2/304.full.pdf

Sanchéz, C. (2007). *La evaluación psicopedagógica.* Barcelona: Editorial Graó.

Sim, S. (1998). *Desenvolvimento da Linguagem.* Lisboa: Universidade Aberta.

Sontheimer, H. (2015). Chapter 10 – Infectious Diseases of the Nervous System. *Diseases of the nervous system*, 289-315. Obtido em 10 de 6 de 2018, de https://sciencedirect.com/science/article/pii/b9780128002445000100

Swain, J., & French, S. (2010). Towards an Affirmation Model of Disability. *Disability & Society*, 569-582.

Thaut, M. (2005). *Rhythm, Music, and the Brain.* United Kingdom: Taylor & Francis.

Thaut, M. H., & Hoemberg, V. (2014). *Handbook of Neurologic Music Therapy.* United Kingdom: Oxford University Press.

Toolan, P., & Coleman, S. (1994). *Music Therapy, a description of process: engagement and avoidance in five people with learning disabilities.* Unitend Kingdom: Brithis Journal of Music Therapy.

Wasserman, D., Asch, A., Blustein, J., & Daniel, P. (2016). *Dusability: Health, Well-Beng, and Personal Relationships.* Stanford: The Stanford Encyclopedia of Philosophy.

WFMT. (2018). *wfmt*. Obtido de wfmt: https://www.wfmt.info/

WHO. (2018). *World Health Organization*. Obtido de World Health Organization: www.who.int

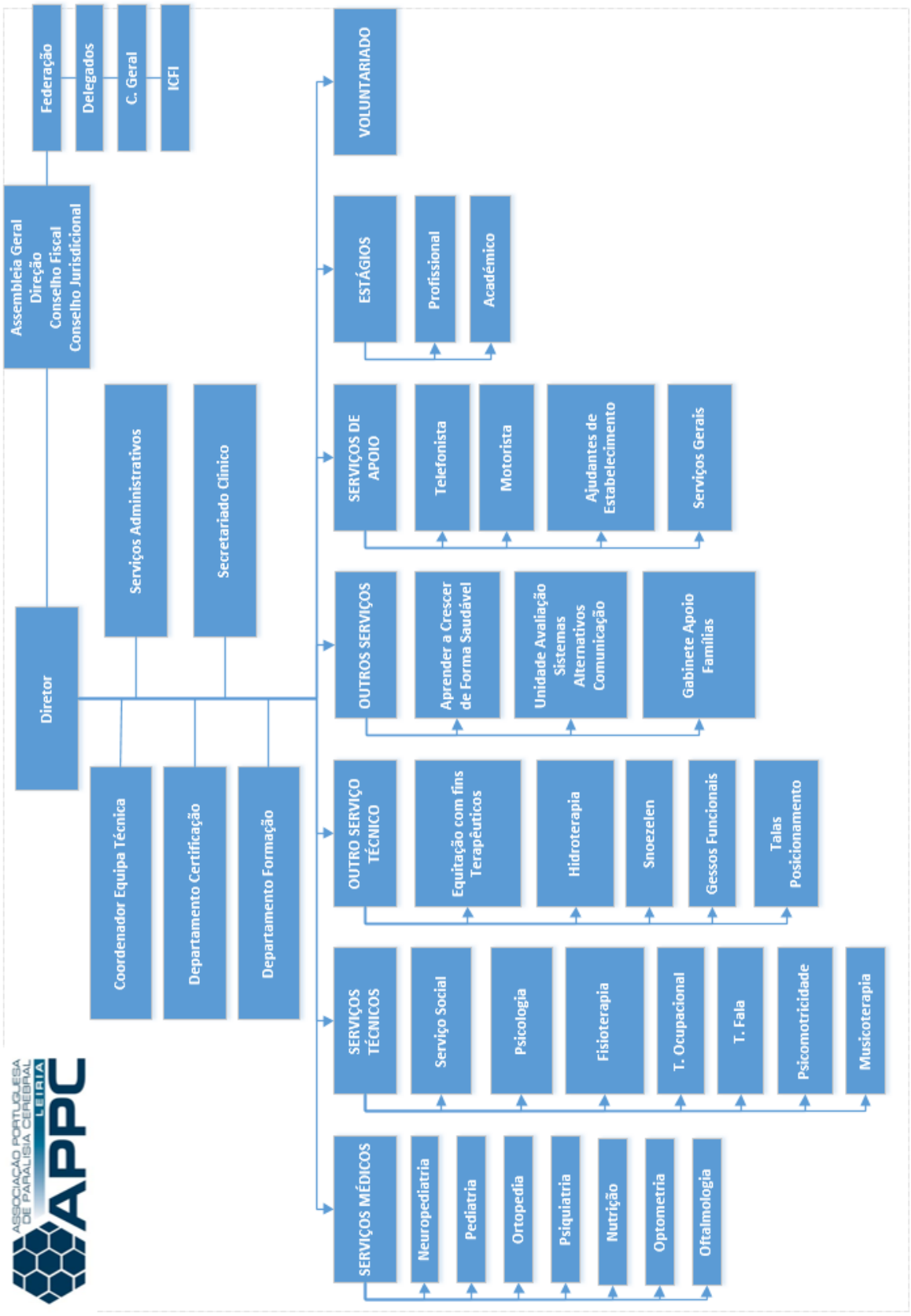
Wigram, T. (2004). *Improvisation Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators ans Students.* United Kingdom: Jessica Kingsley.

Wigram, T., Pedersen, I. N., & Bonde, L. O. (2002). *A Comprehensive Guide to Music Therapy.* United Kingdom: essica Kingsley Publishers.

Yuan, M. M., & Chang, R.-H. (2006). A new design approach of user-centered design on a personal assistive bathing device for hemiplegia. Disability and Rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 1077-1089.

Anexos

Anexo A – Organograma da Instituição



Anexo B – Carta de pedido de autorização para registo vídeo das intervenções

Lisboa, ___ de _____ _____

Ao Exmº(ª) Sr(ª)

Caro(a) Senhor(a),

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

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

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

Com os melhores cumprimentos,

Professora Doutora Teresa Leite

Coordenadora Científica

Mestrado de Musicoterapia

Universidade Lusíada de Lisboa

Anexo C – Declaração para autorização de registo vídeo das intervenções

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 _____ _____

(local) (dia) (mês) (ano)

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

_____ _____

Assinatura Nome Legível

Anexo D – Ficha de Musicoterapia Mod 1.45 – 1 – APPC

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE PARALISIA CEREBRAL LEIRIA APPC

FICHA DE MUSICOTERAPIA

DADOS UTENTE

Nome: _____ N.º Processo: _____ Nº Sócio: _____

Data Nascimento ____/____/____ Naturalidade _____ I.C. _____

Diagnóstico: _____

Dificuldades de Motricidade — Não ☐ Sim ☐ — Global ☐ Obs. _____ — Fina ☐ Obs. _____

Nome Pai _____ Idade _____ Profissão _____

País de Origem _____ Afinidade com música tradicional desse país/ região Não ☐ Sim ☐

Qual? _____

Nome Mãe _____ Idade _____ Profissão _____

País de Origem Afinidade com música tradicional desse país/ região Não ☐ Sim ☐

Qual?

AVALIAÇÃO INICIAL

COMUNICAÇÃO	Verbal ☐	Gestual ☐	SPC ☐	Inexistente ☐	
Observações:					
HIGIENE PESSOAL	Autónomo ☐	Com Ajuda ☐	Totalmente Dependente ☐		
Observações:					
CAPACIDADE VISUAL	Normal ☐	Estrabismo ☐	Cegueira ☐	Outro ☐	
Observações:					
CAPACIDADE AUDITIVA	Normal ☐	Localiza sons ☐	Identifica sons ☐	Ausente ☐	Outro ☐
Observações:					
INTERAÇÃO SOCIAL (CUIDADOR)	Aceita ☐	Rejeita ☐	Chora ☐	Apático ☐	Ri ☐
Observações:					
INTERAÇÃO SOCIAL (DESCONHECIDO)	Aceita ☐	Rejeita ☐	Chora ☐	Apático ☐	Ri ☐
Observações:					
MEDOS	Não ☐	Sim ☐	Quais:		
FORMAS DE ACALMAR					
Observações:					
COMPORTAMENTO	Colaborante ☐	Explora o meio ☐	Estabelece relação ☐	Desmotivado ☐	Outro ☐
Observações:					
ESTABELECIMENTO ENSINO	Pré escolar ☐	1º Ciclo ☐	2º Ciclo ☐	3º Ciclo ☐	Secundário ☐ Superior ☐ Outro ☐
Observações:					
ATIVIDADES PREFERIDAS					
Observações:					

Mod1.45 -1 Departamento Equipa Técnica

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE PARALISIA CEREBRAL LEIRIA APPC

FICHA DE MUSICOTERAPIA

QUE TIPO DE MÚSICA PREFERE E QUAL A QUE REJEITA?		
QUE TIPOS DE SONS PREFERE E QUE TIPOS DE SONS REJEITA?		
QUAIS AS SUAS REAÇÕES?		
ASSOCIAÇÕES COM SONS?	Não ☐	Sim ☐
TÊM O HÁBITO DE LHE CANTAR ALGUMA CANÇÃO? QUAL?	Não ☐	Sim ☐
TÊM ALGUMA FORMA DE COMUNICAÇÃO ESPECIAL COM O SEU FILHO? DESCREVAM-NA	Não ☐	Sim ☐
PARTICULARIDADES PERANTE O SILÊNCIO?		

PREFEÊNCIAS MUSICAIS E DE INSTRUMENTOS

ESTUDOS MUSICAIS	Não ☐	Sim ☐
Quais?		
HOUVE MODIFICAÇÕES NOS GOSTOS MUSICAIS E INSTRUMENTAIS?	Não ☐	Sim ☐
REJEITA SONS E RUÍDOS	Não ☐	Sim ☐
PORQUÊ?		

SONS TÍPICOS DA CASA

DESCREVA O AMBIENTE SONORO DA VOSSA CASA (SONS ROTINEIROS, AUDIÇÃO MUSICAL FREQUENTE, RUÍDOS PECULIARES, GRITOS, BATER DAS PORTAS, SILÊNCIO, ETC)
EXPETATIVAS FACE À MUSICOTERAPIA

Leiria _____ de _____ de 20__

Mod1.45 -1 Departamento Equipa Técnica

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE PARALISIA CEREBRAL LEIRIA APPC

FICHA DE MUSICOTERAPIA

HISTÓRIA MUSICAL (UTENTE)		
VIVÊNCIAS SONORAS DURANTE A GRAVIDEZ DA MÃE	Não ☐	Sim ☐
VIVÊNCIAS SONORAS DURANTE O NASCIMENTO E OS PRIMEIROS DIAS DE VIDA (VOZES, CANÇÕES E SONS)	Não ☐	Sim ☐
MOVIMENTOS CORPORAIS E CANÇÕES DE EMBALAR DA MÃE	Não ☐	Sim ☐
DE QUE FORMA ADORMECIAM?		
RECORDAM ALGUMA CARACTERÍSTICA PARTICULAR DURANTE OS PRIMEIROS ANOS DE VIDA?	Não ☐	Sim ☐
RECORDAM SONS OU RUÍDOS QUE LHE DAVAM PRAZER OU QUE REJEITAVA?	Não ☐	Sim ☐
PRIMEIROS CONTATOS COM INSTRUMENTOS MUSICAIS.		
QUAIS OS PREFERIDOS?		
QUAIS OS QUE REJEITA?		

Mod1.45 -1 Departamento Equipa Técnica

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE PARALISIA CEREBRAL LEIRIA APPC

FICHA DE MUSICOTERAPIA

Musicoterapeuta

_____

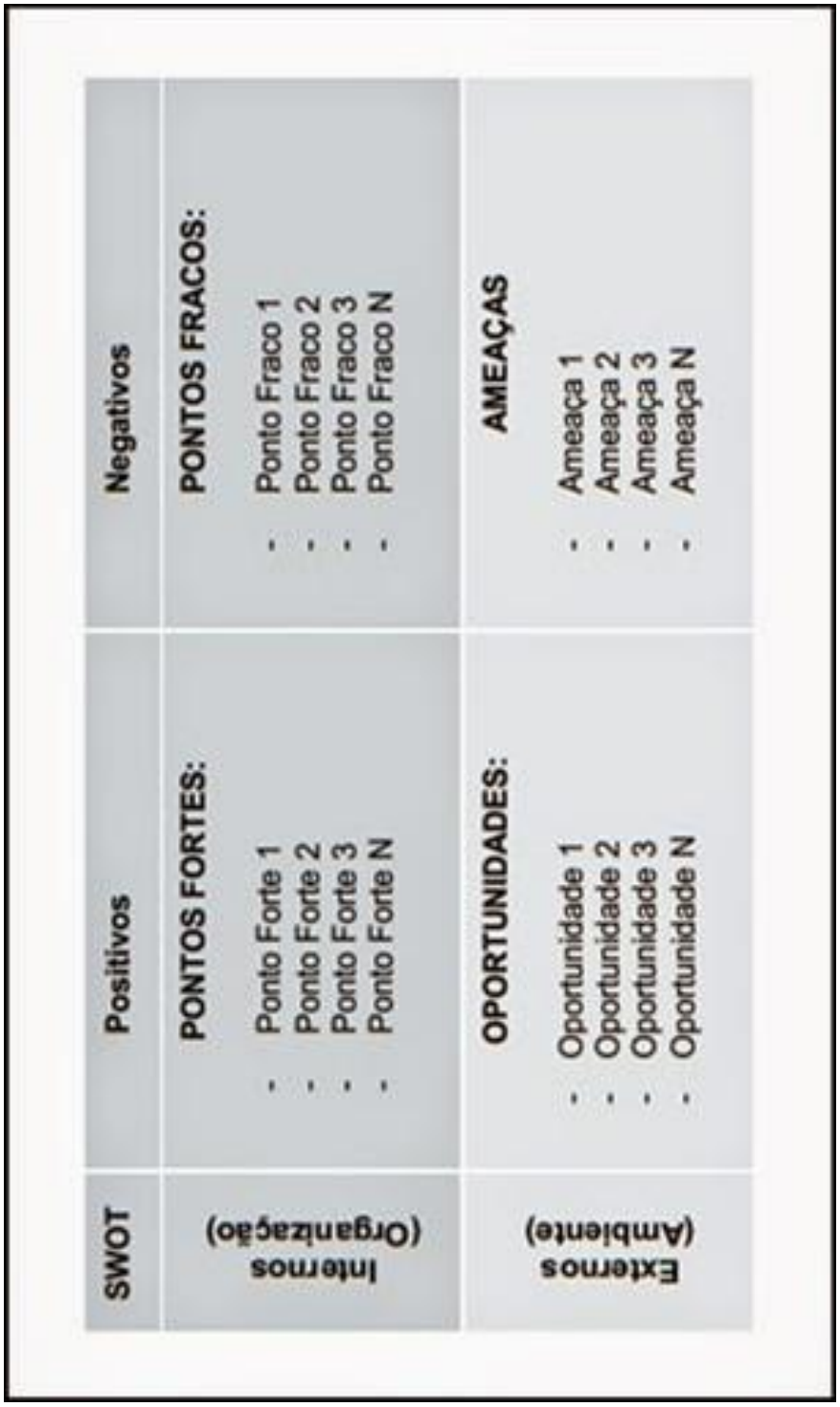
Encarregado Educação

_____

Mod1.45 -1

Departamento Equipa Técnica

Anexo E – Análise SWOT



Anexo F – Escala de Comunicação Pré-Verbal

ESCALA DE COMUNICAÇÃO PRÉ-VERBAL

(Chris Kiernan and Barbara Reid, 1987)

NOME: _____

IDADE: _____ANOS _____ MESES

ESCOLA OU CENTRO: _____

ESCALA APLICADA POR: _____

DATA: _____

COMENTÁRIOS:

Instruções para a cotação

As categorias de cotação da ECPV são: Sim-Não; Frequentemente (F); Raramente (R); Nunca (N) ou, no caso de itens a serem testados, o número correcto de respostas de cada item. No manual vêm detalhadamente descritos os processos de cotação.

Nas primeiras páginas deste caderno temos duas folhas de cotação. A Folha de Cotação 1 dá-nos uma imagem da realização do aluno em termos globais. Sugerimos que assinale com um marcador encarnado as áreas em que o aluno tenha sido cotado positivamente em todos ou quase todos os itens. Assinale com uma cor contrastante as áreas em que o aluno tenha sido bem sucedido em cerca de metade dos itens (por ex: 4 Frequentemente e 1 Raramente num conjunto de 10 itens). Deixe em branco as áreas onde nenhum ou apenas dois itens tenham sido bem sucedidos.

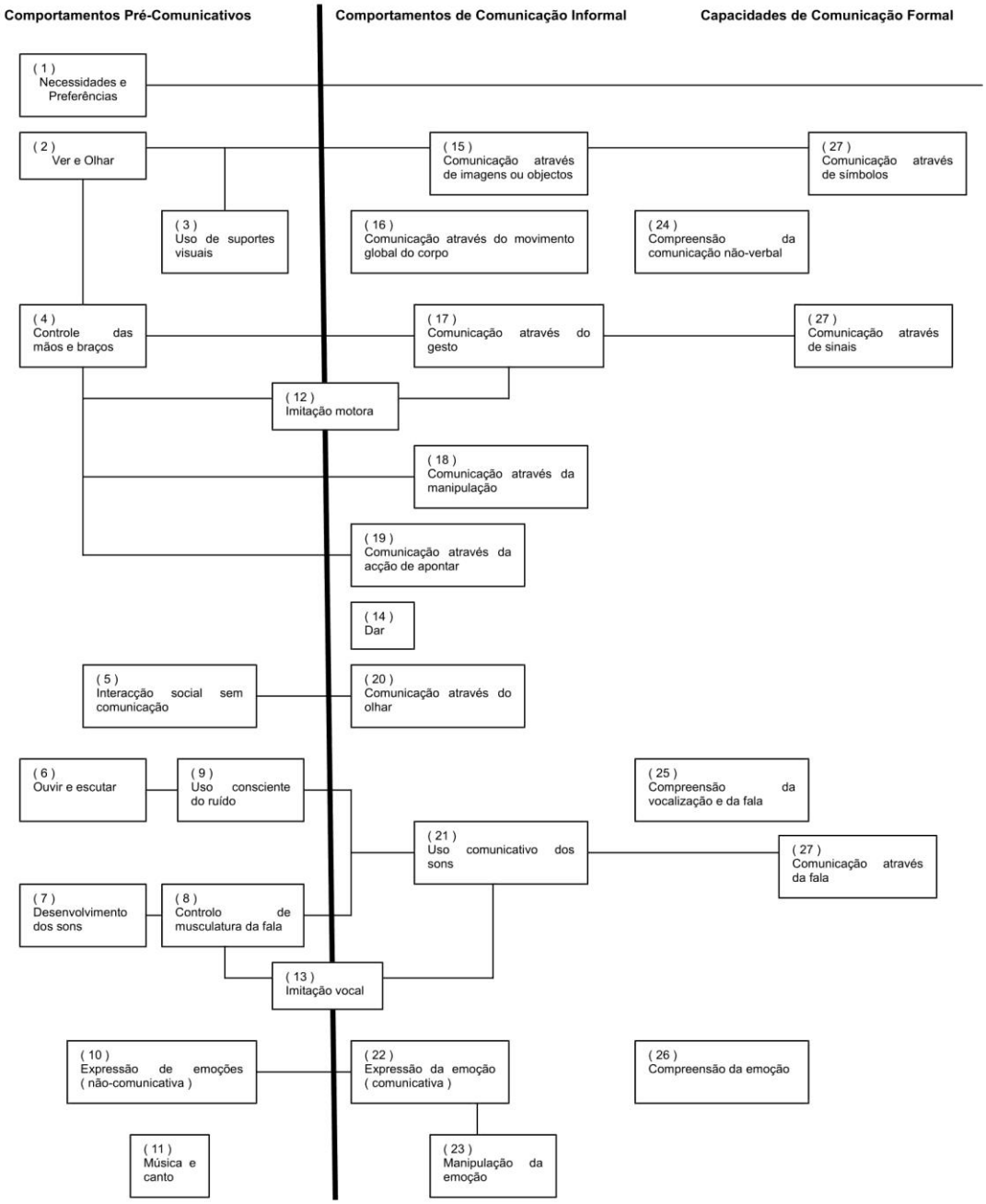
A Folha de Cotação 2 considera a área da comunicação do aluno em termos de utilização funcional de respostas comunicativas. São identificadas seis categorias de comunicação. Na Folha de Cotação 2 vêm reproduzidos os números dos itens. Estes itens estão assinalados e realçados na tabela com iniciais a seguir ao número do item. As categorias identificadas são. Solicitação de Atenção (SA); Satisfação de Necessidades (SN); Negação Simples (NS); Interacção Positiva (IP); Interacção Negativa (IN) e Atenção Partilhada (AP). A folha de cotação consiste num perfil onde podem ser registados os resultados destas seis categorias de comportamento comunicativo e os resultados das áreas de " Imitação " e " Compreensão ".

A Folha de Cotação 2 representa também uma forma abreviada da ECPV.

Encontram-se no manual indicações detalhadas sobre a cotação.

1

FOLHA DE COTAÇÃO 1



2

FOLHA DE COTAÇÃO 2 (ECPV FORMA ABREVIADA)

Solicitação da Atenção (SA) Itens nºs: 17-1, 18-1, 21-1, 21-4, 22-5	0		1			2			3			4			5
Satisfação de Necessidades (SN) Itens nºs: 15-2, 15-3, 15-4, 17-6, 18-3, 19-2, 19-6, 22-2	0	1		2		3		4		5		6		7	8
Negação Simples (NS) Itens nºs: 16-4, 17-9, 18-2, 22-3, 22-6	0		1			2			3			4			5
Interacção Positiva (IP) Itens nºs: 14-1, 14-2, 17-5, 21-8, 22-4, 23-4	0		1			2			3			4			5
Interacção Negativa (IN) Itens nºs: 22-1, 23-2, 23-5, 23-7, 23-8, 23-9	0		1			2			3			4			5
Atenção Partilhada (AP) Itens nºs: 15-5, 15-6, 18-5, 19-5, 21-7	0		1			2			3			4			5
Imitação Motora (secção 12)	0	1		2		3		4		5		6		7	8		9	10
Imitação Vocal (secção 13)	0	1	2		3	4		5	6		7	8		9	10	11	12	13
Compreensão da Comunicação Não-Vocal (secção 24)	0	1		2		3		4		5		6		7	8		9	10
Compreensão da Vocalização e da Fala (secção 25)	0	1	2		3	4		5	6		7	8		9	10	11	12	13	14

1. **NECESSIDADES E PREFERÊNCIAS**

Esta área tem uma dupla finalidade. Em primeiro lugar diz-nos se o aluno tem alguma razão para comunicar, em segundo lugar informa-nos sobre quais os itens ou actividades que podemos usar como tópicos de interacção para recompensar o aluno num programa de comunicação. Registe as necessidades e preferências do aluno no espaço correspondente.

	Sim	Não	Outras necessidades e preferências
1. O aluno aprecia alguns acontecimentos ou actividades em especial, como por exemplo, viagens de automóvel, banhos, natação ?			
2. O aluno gosta de música ?			
3. O aluno gosta de se entreter com outras pessoas, por exemplo, que joguem com ele, que lhe peguem, que cantem para ele, que lhe mostrem livros de imagens ?			
4. O aluno gosta que se metam com ele, que lhe façam cócegas, etc ?			
5. O aluno tem alguns brinquedos preferidos ou outros objectos pelos quais manifeste uma predilecção especial ou com que goste de brincar ?			
6. O aluno tem alguns alimentos ou bebidas preferidas ?			

2. VER E OLHAR

Só se cota esta área se o aluno não tiver qualquer deficiência visual. Se o aluno não fizer frequentemente estas coisas, mas as puder fazer a pedido, pontue na coluna " Sim ".

	Sim	Não	Comentários
1. Consegue olhar para uma mão que passe em frente dos seus olhos ?			
2. Fixa um objecto parado ?			
3. Vira-se e olha para um objecto introduzido silenciosamente no seu campo visual ?			
4. Segue com o olhar objectos em movimento ?			
5. Consegue olhar para a cara de outra pessoa examinando-lhe as feições ?			

3. USO DE SUPORTES VISUAIS

Só se cota esta área se o aluno não tiver qualquer deficiência visual. Se o aluno não fizer frequentemente estas coisas, não as puder fazer a pedido, pontue na coluna " Sim ".

	F	R	N	Comentários
1. Mostra interesse por fotografias, livros de imagens ou revistas.				
2. Mostra-se capaz de reconhecer suportes visuais, seleccionando os seus doces preferidos, levantando-se quando vê amigos ou conhecidos à distância, etc…				
3. É capaz de realizar jogos de emparelhamento muito baseados na discriminação visual, ou emparelhando espontaneamente: a) objecto com objecto, por ex: jogos de classificação b) objecto com imagem c) imagem com imagem, por ex: loto de figuras				
4. Reconhece pessoas a partir de fotografias				

4. CONTROLO DAS MÃOS E BRAÇOS	Sim	Não	Comentários
1. Consegue largar os objectos ? Se o aluno tiver uma boa coordenação motora fina, tal como vem indicada no item 7, pontuar positivamente os outros itens.			
2. Consegue agarrar e segurar objectos com a mão toda, não estando o polegar oposto aos outros dedos ?			
3. Consegue agarrar e segurar objectos com a mão toda, estando o polegar oposto aos outros dedos ?			

3

4. Usa igualmente bem as duas mãos (anote se o aluno for hémiplégico) ?			
5. Utiliza sem dificuldade os dois braços nos movimentos normais do dia a dia ?			
6. Consegue usar objectos que exijam a utilização do dedo indicador, carregar em botões, etc ?			
7. Consegue apanhar objectos usando apenas o polegar e o indicador em oposição (pinça) ?			

5. INTERACÇÃO SOCIAL SEM COMUNICAÇÃO

	F	R	N	Comentários
1. Observa outras pessoas com interesse.				
2. Reage a pessoas conhecidas distinguindo-as de estranhos, por ex: sorrindo, dirigindo-se a elas ou mostrando entusiasmo.				
3. Senta-se ao lado, aconchega-se ou toca em pessoas conhecidas.				
4. Estabelece espontaneamente contacto visual com uma pessoa que esteja próxima.				
5. Dirige-se e pára perto de outra pessoa " esperando " a sua atenção (mas não lhe toca, não tenta estabelecer contacto ou procura chamar a sua atenção emitindo sons).				

6. OUVIR E ESCUTAR

	Sim	Não	Comentários
1. É capaz de olhar atentamente para uma pessoa que lhe fala ?			
2. É capaz de voltar a cabeça para olhar na direcção da fonte sonora ?			
3. É capaz de alterar o movimento do corpo em resposta à voz de outra pessoa ?			
4. É capaz de virar a cabeça na direcção duma pessoa que fala ou canta ?			
5. Interrompe o choro (ou outra manifestação de desagrado) em resposta à voz de outra pessoa ?			
6. É capaz de reagir de modos diferentes variando as entoações da voz (por ex: conversa calma versus gritos) ?			
7. É capaz de dar pancadas ou bater em coisas (por ex: brinquedos ou brinquedos musicais) com a intenção aparente de provocar sons ?			
8. É capaz de produzir sons agradáveis (por ex: murmurar, falar baixinho) ou de parar de chorar quando ouve música ?			

7. DESENVOLVIMENTO DOS SONS

Se o aluno emite algumas palavras claramente pode ser cotado nesta área. Se o aluno produzir sons que não estejam descritos nos itens abaixo, anote-o na coluna dos comentários. Nesta parte da escala não se exige que os sons tenham um significado. Paralelamente, interessa-nos aqui a produção de sons e imitação espontânea e não avaliar a imitação enquanto tal (ver adiante – área 13).

	Sim	Não	Comentários
1. Emite sons culturais, resmungos ou gemidos ?			
2. Emite sons de vogais abertas, por ex: aaa, eee, ooo ?			
3. Emite os sons nnn ou sss ?			
4. Emite sons de consoantes (que podem ser combinadas com vogais, por ex: bu, mu) ?			
5. Consegue repetir a mesma sílaba duas ou três vezes (por ex: ma, ma, ma) ?			
6. Consegue fazer jogos vocais combinando duas sílabas diferentes, por			

4

ex: da-ba, ee-aa, ia-da ?			
7. Palra utilizando sons semelhantes aos da fala " normal " e possivelmente uma ou duas palavras reconhecíveis ?			
8. Palra seguindo a entoação da fala " normal " (por ex: palra numa sequência com altos e baixos como uma " conversa verdadeira ") ?			

8. CONTROLO DA MUSCULATURA DA FALA

Se o aluno consegue comer e respirar normalmente podemos supor que provavelmente terá um controlo motor da fala adequado. Este tipo de controlo, e provavelmente o controlo voluntário avaliado nos itens 4 e 5, representa uma condição necessária mas não suficiente para a emergência da fala. O aluno pode ser capaz de fazer todas estas coisas e, contudo, não falar.

	F	R	N	Comentários
1. Respira normalmente, isto é, sem espasticidade motora.				
2. Engole normalmente, com controlo aparente da língua.				
3. Mastiga normalmente, com controlo aparente dos maxilares e dos lábios.				
4. É capaz de soprar um tecido ou um material semelhante.				
5. Consegue chupar por uma palhinha.				

9. USO CONSISTENTE DO RUÍDO

Esta área refere-se a ruídos feitos espontaneamente pelo aluno mas não por imitação directa dum adulto ou de outra criança. Se o aluno deixou de responder ao item 1 por já ser capaz de responder ao item 2, cotar positivamente nos dois itens. Se o aluno consegue utilizar algumas palavras cote-o positivamente nos dois itens.

	F	R	N	Comentários
1. Emite, ocasional ou continuamente, sons que não parecem estar directamente relacionados com qualquer actividade lúdica e que não podem ser considerados como tendo alguma intenção comunicativa.				
2. Emite consistentemente sons em situações lúdicas específicas que parecem fazer parte da situação de jogo, por ex: imitar o ruído do motor quando brinca com um carro. Não se pode inferir uma intenção de comunicação.				

10. EXPRESSÃO DE EMOÇÕES (NÃO COMUNICATIVA)

Pode-se considerar que há intenção se, por exemplo, o aluno olha para outra pessoa quando chora e aumenta o choro ou zanga-se se a outra pessoa se afasta. A emoção pode manifestar-se de forma não social ou social, ou seja, com a intenção de comunicar com outra pessoa. Neste nível avaliamos apenas a expressão não comunicativa da emoção. Com isto queremos significar que o aluno não pretende comunicar nada aos outros. A expressão comunicativa da emoção será avaliada na área 22.

	F	R	N	Comentários
1. Ri ou dá gargalhadas quando relaxado ou feliz.				
2. Sorri quando relaxado ou feliz.				
3. Chora quando sente dor ou mal-estar.				
4. Grita ou guincha para expressar zanga ou frustração.				
5. Quando zangado ou frustrado bate ou ataca as outras pessoas.				
6. Beija os outros, mas aparentemente apenas como uma rotina sem significado.				

11. MÚSICA E CANTO

Esta área destina-se a avaliar a capacidade do aluno para perceber, responder e produzir música.
Se o aluno já não corresponde a um determinado item (por ex: ao item 11) porque evoluiu para uma tarefa mais complexa (por ex: para o item 13) pontuar positivamente ambos os itens.

	F	R	N	Comentários

5

1. Mostra sinais evidentes de agrado quando ouve música, por ex: sintoniza música no rádio, dirige-se à TV quando esta transmite música, fica sossegado e / ou sorri quando a música está a tocar.				
2. Bate o compasso da música embora não necessariamente ao ritmo certo.				
3. Dança ao som da música, por ex: saracoteando-se ritmicamente para cima e para baixo ou balançando-se para trás e para a frente.				
4. Consegue bater com ritmo o tambor ou a pandeireta.				
5. Canta ou trauteia cadências simples (isto é, as que podem ser transcritas em notação de solfejo) sem palavras ou com balbucio.				
6. Acompanha outras crianças que cantam.				
7. Começa a cantar quando o adulto entoa a primeira frase duma das canções que ele conhece (com ou sem palavras).				
8. Canta claramente, isto é, as melodias reconhecem-se facilmente.				
9. Dança ao ritmo da música.				
10. Canta canções simples com as palavras correctas apesar de não ter linguagem.				
11. Canta canções com melodias complicadas sem palavras.				
12. Canta toadas equivalentes a frases completas (ex: substitui um pedido pela entoação da frase).				
13. Canta canções com melodias complicadas e com as palavras correctas.				

12. IMITAÇÃO MOTORA

É mais fácil responder à primeira parte desta área através duma avaliação directa. Anote do item 1 ao 8 quando é que o aluno o imita correctamente. Depois repita mais duas vezes a lista, colocando preferencialmente de cada vez os itens numa ordem diferente. Anote na coluna dos " Comentários " caso o aluno tenha uma deficiência física que o impeça de dar a resposta correcta (por ex: um hemiplégico que não pode responder ao item 3, bater as palmas)

	0/3	1/3	2/3	3/3	Comentários
1. Coloca objectos num recipiente, por imitação.					
2. Dá palmadas na mesa, por imitação.					
3. Bate palmas, por imitação.					
4. Bate com um lápis na mesa, por imitação.					
5. Põe as mãos na cabeça, por imitação.					
6. Acena em sinal de adeus, por imitação.					
7. Levanta-se ou senta-se, por imitação.					
8. Deita a língua de fora, por imitação					

	F	R	N	Comentários
9. Imita uma acção simples recordando uma acção anteriormente observada (por ex: atender o telefone, embalar a boneca)				
10. Imita uma sequência de acções recordando acções anteriormente observadas (por ex: dar banho à boneca e pô-la na cama, " fazer de conta " que aspira o chão ou que limpa usando um pano de pó)				

13. IMITAÇÃO VOCAL

Se o aluno imita nitidamente uma série de sons simples pontue-o positivamente neste nível

	F	R	N	Comentários
1. Emite sons sem significado como resposta ao discurso de outra pessoa				
2. Vocaliza em resposta a outra pessoa que fala				
3. Imita nitidamente sons da fala dos adultos, por ex: ma, ba, ooo.				
4. Assopra por imitação (ex: assoprar um apito ou uma palhinha)				

6

5. Imita o tossir quando se tosse perto dele.				
6. Imita os seus próprios sons quando os ouve gravados.				
7. Imita sons de prazer expressos por outros alunos, quando os ouve.				
8. Imita os sons dos animais repetindo os sons feitos pelo adulto.				
9. Reproduz algumas palavras por imitação mas não as usa necessariamente como forma de comunicação.				
10. Imita sons que expressam desagrado feitos por outros alunos, quando os ouve.				
11. Imita os padrões de entoação dos outros.				
12. Repete nitidamente algumas palavras mas só após um intervalo (i.e. não imita imediatamente as palavras ditas por outra pessoa, mas pode repeti-las espontaneamente 5 min. mais tarde ou no dia seguinte)				
13. Imita palavras quando a palavra ou frase é dita por outra pessoa e fá-lo com um intervalo de 5 minutos ou mais, mas não necessariamente com intenção de comunicar.				

14. DAR

	F	R	N	Comentários
1. **IP Mostra espontaneamente um objecto a outra pessoa e dá-o quando solicitado.**				
2. **IP Dá, sem ser solicitado, objectos a outras pessoas e sem que os outros tenham, necessariamente, mostrado desejo de os ter.**				

15. COMUNICAÇÃO ATRAVÉS DE IMAGENS OU OBJECTOS

Se o aluno for bem sucedido em qualquer dos itens desta área, anote na coluna " Comentários " se ele consegue comunicar ou só através de objectos, ou só através de imagens ou através de ambas, objectos e imagens. Nesta área pretende-se avaliar o comportamento espontâneo – se o aluno realiza alguns dos itens, mas apenas no âmbito de actividades escolares organizadas, anote-o na coluna dos " Comentários ".

	F	R	N	Comentários
1. Dá a outra pessoa um objecto como forma de expressar uma necessidade, por ex: um copo se quer beber, um disco se quer ouvi-lo.				
2. **SN Perante um conjunto de imagens aponta para a imagem dum objecto para manifestar uma preferência ou uma necessidade, por ex: para a imagem de um gelado ou para a imagem duma peça de roupa ou de um objecto num catálogo.**				
3. **SN Dá a outra pessoa um objecto relacionado com a solução de um problema que quer que ela lhe resolva, por ex: chaves para abrir uma porta, ferramenta para arranjar qualquer coisa.**				
4. **SN Olha para uma imagem dum objecto para demonstrar uma necessidade, por ex: dum bolo para mostrar que quer um bolo.**				
5. **AP Mostra a imagem de um objecto só para chamar a atenção para o objecto (não para pedir o objecto), por ex: a fotografia de outro aluno para indicar a sua presença.**				
6. **AP Mostra um objecto (não uma imagem) só para chamar a atenção para a presença de outro objecto, por ex: mostra um carro miniatura para chamar a atenção para um carro verdadeiro que ele tenha visto.**				

16. COMUNICAÇÃO ATRAVÉS DO MOVIMENTO GLOBAL DO CORPO

Anote na coluna dos " Comentários " no caso do aluno ter qualquer limitação de ordem física que o impeça de executar algum dos comportamentos desta área.

7

	F	R	N	Comentários
1. Colabora activamente em algumas actividades, por exemplo, estendendo o pé para que lhe calcem o sapato ou estendendo adequadamente as mãos para que lhas lavem.				
2. Opõe-se a uma actividade tornando rígidos os braços, as pernas ou todo o corpo, por exemplo a que o movam ou a que o vistam.				
3. Senta-se e recusa a mover-se ou cooperar.				
4. **NS Deixa-se arrastar ou deita-se no chão ou pavimento com a intenção de resistir se, por exemplo, não quer ir a qualquer sítio.**				

17. COMUNICAÇÃO ATRAVÉS DO GESTO

Define-se gesto como uma resposta pela qual o aluno se expressa através dum movimento sem contacto físico. O " apontar " é avaliado separadamente na área 19.
Nos itens 3 e 4, nos itens 6 a 8 e no item 10, se o aluno aprendeu a utilizar alguns gestos convencionais, cote-o positivamente e anote na coluna dos " Comentários " que os gestos lhe foram ensinados.

	F	R	N	Comentários
1. **SA Estica-se para que lhe peguem ou o abracem.**				
2. Repete espontaneamente parte de uma acção feita por outra pessoa para mostrar que deseja a sua repetição, por ex: mover os dedos " como quem faz cócegas " para pedir que lhe façam cócegas.				
3. Abana a cabeça espontaneamente (ou faz outro gesto consistente) para indicar o " não ".				
4. Abana a cabeça espontaneamente (ou faz outro gesto consistente) para indicar o " sim ".				
5. **IP Acena em gesto de adeus, sem ser ajudado, quando outra pessoa vai sair ou quando ele se vai embora**				
6. **SN Utiliza gestos simples para expressar necessidades, por ex: desejo de beber, aponta para as calças para mostrar que precisa de ir à casa de banho.**				
7. Através do gesto chama espontaneamente a atenção para a presença dum objecto ou pessoa, por ex: um gesto para " gato " para chamar a atenção para a presença do gato.				
8. Indica espontaneamente através de gestos que quer ir à casa de banho a fim de deixar por algum tempo a sala de aula.				
9. **NS Acena em adeus para mostrar que quer que outra pessoa se vá embora.**				
10. Usa gestos complexos ou uma sequência de gestos para exprimir necessidades, por ex: quando quer beber finge primeiro que está a despejar duma garrafa e depois que bebe.				

18. COMUNICAÇÃO ATRAVÉS DA MANIPULAÇÃO

	F	R	N	Comentários
1. **SA Aproxima-se e toca noutra pessoa para chamar a atenção.**				
2. **NS Empurra a mão de outra pessoa quando não quer ser ajudado ou não quer interferências.**				
3. **SN Puxa ou empurra outra pessoa para a levar a ir a algum lugar ou a alcançar-lhe alguma coisa que ele quer, por ex: puxa outra pessoa para o recreio ou para a casa de banho quando quer ir a um desses sítios.**				
4. Traz objectos a outra pessoa ou leva outra pessoa junto dos objectos e mostra-lhe que pretende que ela faça uma coisa específica, por ex: pôr a mão de outra pessoa no puxador duma porta para mostrar que quer que ela o faça girar; uma criança pode empurrar para cima os braços do adulto na direcção duma prateleira alta.				
5. **AP Puxa ou empurra outra pessoa só para lhe mostrar alguma coisa ou alguém.**				

8

19. COMUNICAÇÃO ATRAVÉS DA ACÇÃO DE APONTAR

Nesta área um grupo de itens (1, 2 , 3 , 6) diz respeito a objectos que o aluno quer ter; os restantes itens (4, 5) dizem respeito a objectos sobre os quais o aluno apenas quer chamar a atenção.

	F	R	N	Comentários
1. Toca num objecto que quer mas não olha para a outra pessoa.				
2. **SN Toca num objecto que quer e depois olha alternadamente da outra pessoa para o objecto até que ela responda. É o equivalente a dizer " dá-me " ou a pedir licença.**				
3. Estende-se na direcção dos objectos que quer e que estão fora do seu alcance, mas sem esforço real, enquanto simultaneamente olha para o objecto e para a outra pessoa. De novo o equivalente a dizer " dá-me ".				
4. Toca em objectos apenas com a intenção de chamar a atenção do outro sobre eles. Por exemplo, pode tocar num objecto e ir olhando alternadamente do objecto para outra pessoa até que esta mostre que lhe presta atenção.				
5. **AP Aponta com a mão e / ou com o braço para objectos distantes a fim de chamar a atenção sobre eles.**				
6. **SN Aponta com a mão e / ou com o braço para um objecto distante que ele quer obter enquanto olha alternadamente da outra pessoa para o objecto.**				

20. COMUNICAÇÃO ATRAVÉS DO OLHAR

Embora estes itens sejam semelhantes aos da área 19 (Comunicação através da acção de apontar), nós procuramos agora os alunos que apenas olham para os objectos que pretendem e não apontam para eles. Se o aluno já ultrapassou o nível descrito no item 1 cote-o positivamente e anote-o na coluna dos " Comentários ".

	F	R	N	Comentários
1. Olha para alguma coisa que quer obter mas não parece reconhecer que é necessário que outra pessoa olhe também para que haja comunicação.				
2. Olha para alguma coisa que quer obter e depois alternadamente da outra pessoa para o objecto até que esta lhe responda.				

9

21. USO COMUNIATIVO DOS SONS

Anote na coluna dos " Comentários " se os sons foram sempre ou frequentemente utilizados em conjunto com outro tipo de respostas, por exemplo, tocando no adulto ou apontando. Os itens referem-se preferencialmente a sons e não a palavras. Se o aluno utilizar algumas palavras em vez de sons não deve ser cotado aqui, pois sê-lo-á posteriormente noutra área a um nível mais avançado.

	F	R	N	Comentários
1. **SA Aproxima-se de outra pessoa e emite sons para atrair a sua atenção.**				
2. Quando está afastado de outras pessoas vocaliza para atrair a atenção.				
3. Emite um som específico quando se recusa a pegar num objecto ou rejeita uma intromissão, por ex: como reposta a alguém que tenta lavar-lhe a cabeça.				
4. **SA Aproxima-se de outra pessoa e então vocaliza para chamar a atenção.**				
5. Vocaliza a fim de conseguir obter determinado objecto. A entoação indica que há intenção de comunicar				
6. Emite um som específico quando é repreendido, por ex: um som de objecção ou de conciliação.				
7. **AP Vocaliza apenas para chamar a atenção para um objecto, o equivalente a " olha, aqui está ele ".**				
8. **IP Mantém uma " conversa " a dois com outra pessoa, isto é, espera pela sua vez para emitir sons, mas os sons não têm significado.**				

22. EXPRESSÃO DA EMOÇÃO (COMUNICATIVA)

	F	R	N	Comentários
1. **IN Grita se está zangado ou frustrado, com nítida intenção de comunicar.**				
2. **SN Sorri quando quer alguma coisa, o equivalente a "dás-me ? ".**				
3. **NS Franze o sobrolho a outras pessoas a fim de expressar desagrado ou dúvida (isto é, mais do que estar apenas aborrecido).**				
4. **IP Beija e abraça outras pessoas como expressão de afecto.**				
5. **SA Chora, o choro dirige-se a outra pessoa, isto é, o aluno pára de chorar logo que atrai a atenção de outra pessoa, independentemente do facto de ela ainda não ter feito nada.**				
6. **NS Bate noutra pessoa quando esta o contraria. Pára e acalma-se logo que deixa de ser contrariado.**				

23. MANIPULAÇÃO DA EMOÇÃO

	F	R	N	Comentários
1. Compreende quando o mandam interromper uma actividade mas persiste nela com a intenção de provocar uma reacção na outra pessoa.				
2. **IN Belisca, arranha ou bate noutras pessoas com a intenção de as magoar, isto é, não apenas para chamar a atenção mas**				

10

deliberadamente para as magoar.				
3. Quando outra pessoa está magoada ou ferida ele acaricia ou fricciona a área atingida para que ela " fique melhor ".				
4. **IP Quando outra pessoa se zanga com ele tenta acalmá-la sorrindo-lhe ou abraçando-a.**				
5. **IN Procura deliberadamente chamar a atenção ou provocar a zanga ou irritação nas outras pessoas batendo ou ameaçando partir objectos, por ex: batendo e depois olhando, podendo fazer deliberadamente girar a cabeça da outra pessoa de modo a que ela esteja a olhar quando ele bate nalguma coisa.**				
6. Tenta provocar uma reacção emocional noutra pessoa expressando surpresa ou espanto, por ex: como reacção a um acontecimento estranho, tal como a entrada dum pássaro na sala.				
7. **IN Faz " disparates " com intenção provocatória.**				
8. **IN Sorri ou ri com a intenção de levar outra pessoa a irritar-se ou a zangar-se.**				
9. **IN Ameaça bater ou magoar outra criança ou outra " vítima " com a intenção de provocar o professor, instrutor ou um familiar.**				

24. COMPREENSÃO DA COMUNICAÇÃO NÃO-VOCAL

Com excepção dos itens 9 e 10 as respostas aos itens desta área podem ser testadas com o aluno. Aplique os itens por ordem e depois repita duas vezes o conjunto dos itens. Todos estes itens se referem a indicação não-vocais. Não cote positivamente se o aluno apenas responde quando há uma componente verbal. Anote na coluna dos " Comentários " se o aluno apenas responde quando há uma combinação de indicações vocais e não-vocais.

	0/3	1/3	2/3	3/3	Comentários
1. Agarra num objecto neutro que lhe é dado por outra pessoa, por ex: um livro ou um pano.					
2. Aperta a mão que outra pessoa lhe estende.					
3. Olha para onde outra pessoa aponta quando esta põe o dedo sobre o objecto.					
4. Olha para um objecto colocado a cerca de dois metros da pessoa que está a apontar.					
5. Coopera quando é guiado fisicamente (ajudado) e repete em seguida sozinho a mesma acção, por ex: uma acção que implique a motricidade fina ou o ser ajudado a vestir-se.					
6. Olha para um objecto colocado a mais de dois metros da pessoa que está a apontar.					
7. Obedece a ordens simples não-verbais expressas através de gestos, tais como " vem cá ", " senta-te ", " vai ", quando estas são expressas de forma não-verbal através de gestos ou quando são expressas verbalmente mas necessitam de suporte gestual para serem compreendidas.					
8. É possível chamar a atenção do aluno para um objecto olhando alternadamente para ele e para o objecto, sem apontar, até que ele olhe.					

	F	R	N	Comentários
9. Quando ele " não quer olhar " e outra pessoa insiste apontando nessa direcção, ele olha para outro lado, recusa o contacto visual ou fecha os olhos.				
10. Quando ele " não quer ir ", vira as costas ou foge quando alguém lhe segura a mão ou os braços para o levar.				

25. COMPREENSÃO DA VOCALIZAÇÃO E DA FALA

Possivelmente alguns destes itens terão de ser testados para nos assegurarmos de que o aluno está a responder apenas à fala e não a fala associada a gestos, à direcção do olhar ou a outro suportes significativos a nível do contexto. Se o aluno já atingiu um nível corresponde a determinado item, ele pode saber alguns dos exemplos deste nível, mas não outros (por ex: para o item 14 pode saver " sobre " e " em " mas não " debaixo de "; para o item 13 pode saber " vermelho e azul " mas não saber " pequeno e grande "). Neste caso, anote na coluna dos " Comentários " aquilo que o aluno aprendeu até esse momento.

	F	R	N	Comentários
1. Quando o chama pelo seu nome, responde, distinguindo-o dos nomes dos outros alunos.				
2. Interrompe o que está a fazer quando lhe dizem " não " ou " pára ".				
3. Perante cerca de seis objectos familiares diferentes entrega-os na mão do adulto ou aponta para eles quando lhe dizem " dá-me … " ou " mostra-me … ".				

	F	R	N	Comentários
4. Responde a ordens verbais simples não acompanhadas de gestos, por ex: " vem cá ", " senta-te ", " levanta-te ", " vai ", " está calado ".				
5. A pedido aponta várias partes do seu próprio corpo, " mostra-me… ".				
6. Obedece a ordens simples, tais como " vai buscar o teu casaco ", " Fecha a porta " ou " tira os sapatos ", não acompanhadas de gestos ou de outras pistas significativas relacionadas com a forma como a ordem é dada.				
7. Aponta ou dirige-se a quatro ou cinco pessoas familiares quando se lhe pergunta " onde está … ? ".				
8. Mostra quatro ou cinco imagens num livro (ou em cartões de imagens) quando solicitado, " mostra-me… ".				
9. Responde adequadamente a questões tais como " onde está o teu saco ? " ou a ordens como " vai buscar os teus sapatos " quando os objectos não estão à vista.				
10. Obedece a ordens verbais que implicam uma acção e dois objectos, tais como " põe a colher dentro do copo ".				
11. Aponta ou dirige-se a quatro ou cinco lugares da casa, da escola ou do centro quando solicitado " mostra-me… ", " leva-me para… ".				
12. Tapa os ouvidos quando não quer fazer qualquer coisa que lhe estão a pedir.				
13. Compreende frases que contêm adjectivos, por ex: " dá-me a bola pequena ".				
14. Compreende instruções verbais não acompanhadas de gestos que incluem palavras tais como " sobre ", " em " e " debaixo de ".				

26. COMPREENSÃO DA EMOÇÃO

	F	R	N	Comentários
1. Compreende quando uma pessoa tem uma atitude amigável aproximando-se dela e, quando tem uma atitude hostil, não se aproximando.				
2. Quando outra pessoa está zangada ele fica preocupado ou reage de outra forma adequada no caso de ter sido ele quem deliberadamente provocou a zanga.				
3. Perante outra pessoa triste ou que chora reage adequadamente, fazendo uma expressão preocupada, dando atenção ao outro e / ou consolando-a. Se foi ele que causou deliberadamente o choro de outro a sua resposta mostra que compreende a situação.				

12

27. UTILIZAÇÃO DA COMUNICAÇÃO ATRAVÉS DE SÍMBOLOS, GESTOS OU FALA

1. Aproximadamente quantas palavras, gestos ou símbolos, ou o equivalente em termos de imagens, usa o aluno constantemente pelo menos uma vez por semana ?

Palavras _____ Gestos _____ " Símbolos " _____

2. De entre as palavras, gestos, símbolos ou equivalentes que o aluno utiliza, aproximadamente quantas usa pouco frequentemente, isto é, menos de uma vez por semana ?

Palavras _____ Gestos _____ " Símbolos " _____

Caso o aluno utilize algumas palavras, gestos ou símbolos responda às questões que se seguem. Não se esqueça de anotar se o aluno usou uma palavra, gesto ou símbolo ou uma combinação de dois ou mais destes elementos.

	F	R	N	Comentários
3. Utiliza alguns deles para solicitar a atenção, expressar necessidades ou indicar " não " ? Quais: _____				
4. Utiliza alguns deles em " conversa em interacção " ou para solicitar a atenção para objectos ou acontecimentos interessantes ? Quais: _____				
5. Utiliza alguns deles apenas para nomear algo quando é para isso solicitado ? Quais: _____				
6. Alguns deles são utilizados sem que aparentemente o aluno conheça o seu significado ? Quais: _____				
7. Alguns deles são utilizados repetitiva e continuamente sem significado ? Quais: _____				

13