Lusíada
Repositório das Universidades Lusíada

Universidades Lusíada

Lopes, João Jacob Beja, 1978-

Da reflexão teórica à diversidade da prática clínica numa população adulta dependente

http://hdl.handle.net/11067/4499

Metadados

Data de Publicação 2018

Resumo Este relatório referente ao estágio curricular do curso de mestrado em musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, que como objetivo tem o desenvolvimento e treino do exercício da profissão de Musicoterapia do estagiário, e com isso, possibilitar a diversificação de respostas terapêuticas da APERCIM através do Centro de Atividades Ocupacionais (CAO) aos seus clientes e familiares. Foram efetuados 3 processos musico terapêuticos organizados em sessões de grupo e 7 em sessões individuais. Um ...

This report refers to the curricular traineeship of the master's degree in music therapy from the Universidade Lusíada de Lisboa, which aims to develop and train the trainee's Music Therapy profession, and with that, to enable the diversification of therapeutic responses of APERCIM through the Center of Occupational Activities (CAO) to their clients and family members. Three therapeutic music processes were performed in group sessions and 7 in individual sessions. A case of chronic schizophrenia...

Palavras Chave Musicoterapia, Pessoas com paralisia cerebral - Assistência em instituições - Portugal - Mafra, Esquizofrénicos - Assistência em instituições - Portugal - Mafra, Musicoterapia - Prática profissional, Associação Para Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Mafra (Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)

Tipo masterThesis

Revisão de Pares Não

Coleções [ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-24T13:03:22Z com informação proveniente do Repositório

http://repositorio.ulusiada.pt

UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Musicoterapia

Da reflexão teórica à diversidade da prática clínica numa população adulta dependente

Realizado por:
João Jacob Beja Lopes

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

Orientado por:
Dr.ª Ana Cristina da Silveira Poção

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 Jiménez

Relatório aprovado em: 15 de Março de 2019

Lisboa

2018

UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

Da reflexão teórica à diversidade da prática clínica numa população adulta dependente

João Jacob Beja Lopes

Lisboa

outubro 2018

UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

Da reflexão teórica à diversidade da prática clínica numa população adulta dependente

João Jacob Beja Lopes

Lisboa

outubro 2018

João Jacob Beja Lopes

Da reflexão teórica à diversidade da prática clínica numa população adulta dependente

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

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

Orientadora de estágio: Dr.ª Ana Cristina da Silveira Poção

Lisboa

outubro 2018

Ficha Técnica

Autor	João Jacob Beja Lopes
Supervisora de estágio	Prof.ª Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer
Orientadora de estágio	Dr.ª Ana Cristina da Silveira Poção
Título	Da reflexão teórica à diversidade da prática clínica numa população adulta dependente
Local	Lisboa
Ano	2018

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

LOPES, João Jacob Beja, 1978-

Da reflexão teórica à diversidade da prática clínica numa população adulta dependente / João Jacob Beja Lopes ; supervisionado por Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer ; orientado por Ana Cristina da Silveira Poção - 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 - POÇÃO, Ana Cristina da Silveira, 1972-

LCSH
1. Musicoterapia
2. Pessoas com paralisia cerebral - Assistência em instituições - Portugal - Mafra
3. Esquizofrénicos - Assistência em instituições - Portugal - Mafra
4. Musicoterapia - Prática profissional
5. Associação Para Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Mafra (Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
6. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
7. Teses - Portugal - Lisboa

1. Music therapy
2. Cerebral palsied - Institutional care - Portugal - Mafra
3. Schizophrenics - Assitência em intituições - Portugal -Mafra
4. Music therapy - Practice
5. Associação Para Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Mafra - Study and teaching (Internship)
6. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
7. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC
1. ML3920.L67 2018

Resumo

Este relatório referente ao estágio curricular do curso de mestrado em musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, que como objetivo tem o desenvolvimento e treino do exercício da profissão de Musicoterapia do estagiário, e com isso, possibilitar a diversificação de respostas terapêuticas da APERCIM através do Centro de Atividades Ocupacionais (CAO) aos seus clientes e familiares.

Foram efetuados 3 processos musico terapêuticos organizados em sessões de grupo e 7 em sessões individuais. Um caso de Esquizofrenia crónica e um caso de Paralisia Cerebral Espástica vão ser descritos em maior pormenor, em estudos de caso. Para a avaliação do progresso terapêutico utilizou-se observação direta e indireta (visualização dos Vídeos) das sessões, e instrumentos de avaliação e de monitorização, com ferramenta de avaliação em musicoterapia e grelha de observação em sessão. Recorreu-se a várias técnicas musicoterapêuticas, numa perspetiva do modelo psicoterapêutico integracionista, consoante as características e objetivos delineados para cada caso, e harmonizados com o respetivos planos de desenvolvimento individual (PDI), abrangendo domínios desde o desenvolvimento cognitivo e psicomotor, ás questões de carácter comportamental e psicossocial.

Conclui-se que neste processo apesar das contingências em tempo cronológico do estágio, quer por contingências de carácter organizativo inerentes á instituição,

demonstrou-se a pertinência musicoterapia no complemento terapêutico, assente na melhoria de estado geral dos clientes. Os objetivos determinados, foram alcançados nas situações onde ocorreu redução de sintomas, regulação mental e comportamental, e consequente potencial redução na medicação farmacológica, tornando-se evidente o papel que a musicoterapia pode e deve desempenhar numa instituição com as características multifatoriais da população abrangida pela APERCIM.

Palavras chave: Musicoterapia; adultos; multideficiência; reabilitação.

From Theoretical Reflection to the Diversity of Clinical Practice in a Dependent Adult Population.

Abstract

This report refers to the curricular traineeship of the master's degree in music therapy from the Universidade Lusíada de Lisboa, which aims to develop and train the trainee's Music Therapy profession, and with that, to enable the diversification of therapeutic responses of APERCIM through the Center of Occupational Activities (CAO) to their clients and family members.

Three therapeutic music processes were performed in group sessions and 7 in individual sessions. A case of chronic schizophrenia and a case of spastic cerebral palsy will be described in more detail in case studies. For the evaluation of therapeutic progress, direct and indirect observation (visualization of the Videos) of the sessions, and evaluation and monitoring instruments were used, with evaluation tool in music therapy and observation grid in session. A number of music therapy techniques were used, from a perspective of the integrationist psychotherapeutic model, according to the characteristics and objectives outlined for each case, and harmonized with the

respective individual development plans (PDI), covering domains ranging from cognitive and psychomotor development, to behavioral and psychosocial character.

It is concluded that in this process, despite the contingencies in chronological time of the stage, or due to organizational contingencies inherent to the institution, it was demonstrated the pertinence of music therapy in the therapeutic complement, based on the improvement of the general condition of the clients. The determined objectives were achieved in situations where there was a reduction in symptoms, mental and behavioral regulation, and consequent potential reduction in pharmacological medication, making evident the role that music therapy can and should play in an institution with the multifactorial characteristics of the population covered by APERCIM.

Keywords: Music therapy; adults; multideficiency; rehabilitation;

Lista Abreviaturas e Siglas

MT – Musicoterapia

TMT – (Terapeuta) musicoterapêuta

MTC – Musicoterapêutico/a

CAO – Centro de Atividades Ocupacional

PC – Paralisia Cerebral

Da Reflexão Teórica à Diversidade da Prática Clínica Numa População Adulta Dependente.

"Solta a alegria! Que fique desatada!
Esquece a ânsia que rói o coração.
Tanta doença foi assim curada"
...
"Pois que o alaúde e fresco vinho
Te aguardam na beira do caminho."

Sec,XI
Al-Mu'tamid
in Adalberto Alves, O Meu Coração É Árabe (1987)

Índice

RESUMO 2
ABSTRACT 4
ÍNDICE 8
INTRODUÇÃO 10
A INSTITUIÇÃO 12
POPULAÇÃO ALVO DA APERCIM 12
ORGANIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO 13
ÂMBITO DE APLICAÇÃO DO CAO 13
OBJETIVOS DO CAO 14
SERVIÇOS PRESTADOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS 14
INSTALAÇÕES E FUNCIONAMENTO 15
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA 17
PERTURBAÇÕES DO DESENVOLVIMENTO INTELECTUAL 17
Musicoterapia na doença mental em geral 18
ESQUIZOFRENIA 19
Definição e prevalência da esquizofrenia 19
Sintomatologia 20
Perturbações do espectro da esquizofrenia 20
Musicoterapia na redução da sintomatologia da esquizofrenia 21
MULTIDEFICIÊNCIA 23
Conceito 23
Causas da multideficiência 23
Prevalência e incidência 24
Necessidades 25
Musicoterapia na multideficiência 26
PARALISIA CEREBRAL 26
Tipos de paralisia cerebral 27
Musicoterapia na paralisia cerebral 28
MUSICOTERAPIA E TECNOLOGIAS 30
MODELO TEÓRICO 31
Psicoterapia integrativa 31
A teoria implícita vs. explícita ou formal 31
MODELOS TEÓRICOS BASE DA MT 32
Terapia musical criativa - Nordoff &Robbins 32
Musicoterapia Orff 33
Musicoterapia Humanista 34
Musicoterapia Behaviorista 34
O MÉTODO INTUITIVO DE BERGSON 35
"FLEXIBILIDADE RIGOROSA" 35
INTERVENÇÃO SISTÉMICA E COMUNITÁRIA 36
OUTRAS CONSIDERAÇÕES EM MUSICOTERAPIA 37
METODOLOGIA 39
OBJETIVOS DE ESTÁGIO 39
PROCESSO DE SELEÇÃO EM MUSICOTERAPIA 39
Critérios de seleção 40
FORMULÁRIOS E INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO MUSICOTERAPÊUTICA 41

As Sessões 42
Setting Musicoterapêutico 45
O espaço *45*
O instrumentário musical do setting musicoterapêutico *46*
Rotina do musicoterapêuta na instituição 47
Intervenção musicoterapêutica 48
Musicoterapia individual *48*
Estudos de caso 49
Estudo de caso –Icaro *49*
Plano terapêutico- Ícaro *50*
Intervenção – Ícaro *51*
Excertos de texto improvisados por Ícaro *53*
Conclusão e discussão - Ícaro *54*
Estudo caso – Eros *56*
Plano terapêutico – Eros *56*
Processo terapêutico- Eros *56*
Conclusão e discussão - Eros *59*
Outros casos Musicoterapia individual *61*
Ísis *61*
Emílio *63*
Cibele *64*
Jacinto *66*
Cíntia *68*
Musicoterapia em Grupo 69
Grupo - DV I 70
Conclusão - Grupo DV I 72
Grupo - DV II 73
Conclusão - DV II 76
Grupo III 77
Atividades pontuais 79
CONCLUSÃO REFLEXIVA **80**
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **84**
ANEXO A **91**
ANEXO B **93**
ANEXO C **94**
ANEXO D **95**

Introdução

Este relatório referente ao estágio curricular do curso de mestrado em musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa com a duração de 8 meses.

Este estágio curricular tem como objetivo o desenvolvimento e treino do exercício da profissão de Musicoterapia do Discente, e com isso, possibilitar a diversificação de respostas terapêuticas que a instituição APERCIM através do Centro de Atividades Ocupacionais (CAO) aos seus clientes e familiares.

Foram efetuados três processos musico terapêuticos organizados em sessões de grupo e 7 em sessões individuais. Um caso de um cliente portador de Esquizofrenia crónica e um caso um jovem adulto portador de Paralisia Cerebral Espástica vão ser descritos em maior pormenor, em estudos de caso. A avaliação do progresso terapêutico recorrendo á observação direta das sessões, e indireta através da visualização de Vídeos, aplicação de instrumentos de avaliação e de monitorização das sessões, através de ferramenta de avaliação em musicoterapia e uma grelha de observação em sessão. Recorreu-se a várias técnicas musicoterapêuticas, numa perspetiva do modelo psicoterapêutico integracionista, consoante as características e objetivos delineados para cada caso, e harmonizados com o respetivos plano de desenvolvimento individual (PDI), abrangendo domínios desde o desenvolvimento cognitivo e psicomotor, ás questões de carácter comportamental e psicossocial.

Conclui-se que neste processo, demonstrou-se a pertinência da musicoterapia no complemento terapêutico da instituição, assente na melhoria de estado geral dos

clientes. Os objetivos determinados, foram alcançados nas situações onde ocorreu redução de sintomas, regulação mental e comportamental, e consequente potencial redução na medicação farmacológica, tornando-se evidente o papel que a musicoterapia pode e deve desempenhar numa instituição com as características multifatoriais da população abrangida pela APERCIM.

A instituição

APERCIM - Associação Para Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Mafra

Segundo a descrição da própria instituição, a APERCIM, Instituição Particular de Solidariedade Social, que tem como missão proporcionar bem-estar, qualidade de vida, autonomia e contribuir para o desenvolvimento integral dos utentes, ajustando-se às necessidades de cada pessoa, com e sem deficiência, ou problemas psiquiátricos, num clima de segurança afetiva e física, em qualquer fase da vida, promovendo a reabilitação, integração e participação ativa e plena na sociedade, satisfazendo as suas necessidades e das suas famílias. Ambiciona ser reconhecida como entidade de excelência, promovendo a reabilitação, integração e participação ativa e plena na sociedade pelos seus clientes, satisfazendo as suas necessidades e das suas famílias, respeitando os valores da Solidariedade com amor pelo próximo, numa atitude Ética, respeitando os valores humanos estabelecendo e honrando a Confiança dos seus integrantes.

População alvo da APERCIM

A População alvo da APERCIM todo o cidadão que necessita de algum tipo de ajuda, portadora ou não, de patologias ou deficiência, que necessite de respostas, a qualquer nível, cuidados especializados, questões sociais, judiciais ou outras. O universo da APERCIM é de 120 clientes/utentes, com idades que vão dos 0 aos 90

anos, variado no tipo de patologias, físicas ou psíquicas, ou ambas, como dos casos de Multideficiência, casos de diagnostico inconclusivo.

Organização da instituição

A APERCIM divide-se em 5 organismos, CRI – Centro de Recursos para a inclusão, Lar Residencial, ELI – Intervenção precoce e Creche, e CAO – Centro de Atividades Ocupacionais, que com valências múltiplas que se interligam no objetivo de criar as melhores condições aos seus clientes.

O Estágio MTC vai incidir numa população, Adulta ou jovem adulta, portadora de patologias variadas, quer físicas, quer mentais, quer sensoriais, e quadros de multideficiências, integrados no CAO (centro de atividades ocupacionais) estando ou não integrados na residência, e com diversos graus de dependência.

Âmbito de aplicação do CAO

O CAO da APERCIM destina-se a maiores de 16 anos de idade, portadores de doença grave, sem capacidade de trabalho permanentemente ou parcialmente, e pessoas com deficiência sem enquadramento no regime de emprego protegido, facultando apoios específicos.

Incide na valorização e integração social do portador de deficiência grave, investindo no desenvolvimento das suas capacidades possíveis. Facilita o desenvolvimento de atividades de ocupação e sociabilização, complementadas com apoios terapêuticos técnicos especializados.

Objetivos do CAO

Estimular e facilitar o desenvolvimento das capacidades dos portadores de deficiências; Reforçar a autoestima e autonomia pessoal e social; Satisfazer as necessidades básicas dos clientes e agregados; Melhorar a qualidade de vida dos portadores de deficiências; Acompanhamento psicossocial; Privilegiar a relação com a família e a comunidade facilitando a integração social dos clientes; Encaminhar e promover programas adequados de integração socioprofissional; Facilitar a integração social; Desenvolver atividades ocupacionais, sociais, culturais, recreativas e desportivas.

Serviços prestados e atividades desenvolvidas

As Atividades do CAO visão o desenvolvimento e manutenção das competências, de acordo com as características especificas do individuo, agrupadas de seguinte modo: Atividades ocupacionais de desenvolvimento e manutenção de competências; Atividades socialmente úteis, visando a integração socioprofissional; Atividades de desenvolvimento pessoal e social, competências de relacionamento interpessoal e autodeterminação/autonomia, o bem estar, a cidadania, participação social, académico- funcionais e desportivas; Atividades lúdico – terapêuticas, que visão o bem estar físico e psíquico, atividades dinâmicas físico-funcional, expressão dramática e sensorial; Administração e acompanhamento terapêutico; Transportar os clientes no âmbito das atividades do CAO.

Instalações e funcionamento

As instalações estão dispostas nos dois edifícios da instituição situados da Rua da Santa Casa da misericórdia n°s 3 e 5 em Mafra, com 9 salas de atividades, 5 salas oficinais, complementadas com lavandaria, bar, salas terapêuticas de AVD (atividades de vida diária), Fisioterapia, fitness, estimulação, relaxamento, Ginásio, piscina, snoozelen, e ainda refeitório, pátios, campo de Bóccia, auditório, salão de festas/garagem, e instalações sanitárias.

A APERCIM também possui ainda uma pequena quinta, na localidade de Pincaceira a 12Km da sede, destinada a atividades de ar livre radicais, de lazer e/ou com animais com área de estufa e produtos hortícolas.

Com suporte existe na quintas duas instalações (Casas de Madeira), uma para descanso, e outra para abrigar equídeos, asnos, ovelhas e aves, e picadeiro coberto para atividades de Hipoterapia/equitação terapêutica.

As atividades são realizadas de acordo com as características, capacidades, grau de autonomia de cada um, em função da informação medica e avaliação da equipa técnica da APERCIM, e integradas no PDI (Plano de desenvolvimento individual)(regulamento interno do CAO).

Revisão bibliográfica

Devido à diversidade da população da APERCIM integrada no CAO, torna-se incomportável, ser aqui exaustivo no estudo bibliográfico que suporta teoricamente a intervenção MTC. Não obstante, aqui reflete-se sobre algumas das temáticas necessárias ao desenvolvimento do processo MTC nesta instituição.

Perturbações do desenvolvimento intelectual

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o DSM-V (2013) caracterizam as perturbações do desenvolvimento intelectual de forma quantitativa, essa classifica-se de profunda, severa, moderada e leve ou ligeira. Posto isto, hoje em dia as generalizações ou comparações, considerando a pessoa de acordo com as suas expêriencias, capacidades, envolvência social, e entre outros fatores. Salienta-se que o grau de deficiência depender da qualidade do enquadramento social, determinante no desenvolvimento do individuo.

Esta matéria pode ser abordada segundo o modelo médico, centralizado nas características das deficiências individuais ou anomalias que comprometem diversas funções biológicas. As deficiências necessitam de intervenção especializada, tratamento e reabilitação, melhorando o seu desempenho. Este modelo tem em conta ainda o fator psicológico que influencia a autoimagem da pessoa portadora de deficiência (Swain, French, 2000).

O modelo social vê a deficiência como incompatibilidade social, da sociedade com a deficiência (Anastasiou & Kauffman, 2012),com comprometimento do crescimento pessoal individual(Hemingway, 2008),

considerando que definições e interpretações de igualdade social, podem ser destorcidas se só a considerarmos como fruto da própria sociedade.

O modelo cultural rejeita o modelo medico. Destaca-se em comunidades como a surda, é exemplo. Estas comunidades orgulham-se das suas diferenças, quer culturais, quer linguísticas ignorando desse modo, que têm deficiência (Lane, 2006).

O otimista modelo afirmativo afirma que a deficiência tem características positivas, não necessariamente sempre conotada com dor ou enfermidade. Este modelo reflete sobre os portadores de deficiência como os donos do seu mundo interno. Relevando as experiências de vida dos portadores de deficiência de forma a conferir-lhe autenticidade, e características singulares (Cameron, 2008).

Musicoterapia na doença mental em geral

A MT surge como uma forma potenciadora da qualidade de vida aos sujeitos que se encontram mentalmente doentes. É um recurso terapêutico facilitador de relaxamento, criatividade, espontaneidade, lucidez, qualidade do sono, diminuição da dor física e emocional, geração de sentidos, sentimentos e qualidade de vida.

Compreender o sujeito portador de sofrimento psíquico e dar expressão à exposição de sua dor tende a favorecer o resgate de sentido pessoal do próprio sujeito, e através da Música tem-se a capacidade de aceder a e tratar essas dimensões do ser (Music Therapy as a Therapeutic Resource for Mental Health, 2013).

Na busca de uma melhor compreensão dos efeitos psicológicos inerentes ao som/música, especialmente o efeito terapêutico, o relacionamento de várias características como o seu efeito psicoacústico permite afinar a intervenção

terapêutica. por exemplo relacionar a velocidade, tonalidade ou ausência dela, registo, etc., com emoções, ora raiva, ora tristeza, ora felicidade, ora medo, etc. Esta sistematização de características pode ser útil á profissão de TMT (Groux, 2009).

Esquizofrenia

Definição e prevalência da esquizofrenia

A esquizofrenia afeta entre 0,3 e 0,7% da população mundial (van Os J, 2009). Estima-se que em 2013 tenha havido 23,6 milhões de casos em todo o mundo (Collaborators, 2015), a esperança média de vida é de 10 a 25 anos mais curta, do que a media para o resto da população.

Existem várias teorias, neurobiológicas que defendem que a esquizofrenia é essencialmente causada por alterações bioquímicas e estruturais do cérebro (Freitas, Luís, & Ferreira, 2000). As teorias psicanalíticas baseadas na teoria freudiana da psicanálise, e remetem para a fase oral do desenvolvimento psicológico (Neeb, 1997).

Outras abordagens também responsabilizam a família, apesar do impacto histórico, tiveram pouca base empírica (Scazufca, 2010). A teoria dos neurotransmissores responsabiliza o excesso de dopamina na via meso límbica e a falta dopamina na via meso cortical (Morghaddam, & Javitt, 2012).

Contudo, as dúvidas em torno das causas, reforçam a teoria de uma provável etiologia multifatorial.

Sintomatologia

Os sintomas associados á esquizofrenia são a chave dos critérios de diagnósticos. Dois (ou mais) dos sintomas, cada um presente durante uma parte significativa do tempo durante o período de um mês (ou menos se tratado com sucesso). Pelo menos um destes deve ser dos três primeiros:

Delírios; Alucinações; Discurso desorganizado.

Comportamento grosseiramente desorganizado ou catatonia; Sintomas negativo. (American Psychiatric Association, 2013).

Perturbações do espectro da esquizofrenia

A perturbação esquizofreniforme, tem sintomas Iguais aos da esquizofrenia com duração de Entre 1 e 6 meses.

A perturbação esquizoafetivo, Sintomas da esquizofrenia mais sintomas de perturbação de humor, frequentemente delírios e/ou alucinações por pelo menos 2 semanas sem alteração de humor.

A perturbação delirante, que tem como sintoma delírios não bizarros, e o funcionamento do individuo é preservado, dura mais de um mês.

A perturbação psicótica breve, que se caracteriza por surgimento súbito de sintomas psicóticos, que dura de um dia e um mês.

A perturbação psicótica considerados como consequência fisiológica direta da condição médica geral.

A perturbação psicótica induzida por substância, os sintomas psicóticos são consequência fisiológica direta de abusos de drogas, medicamentos ou exposição a toxina (American Psychiatric Association, 2013).

Musicoterapia na redução da sintomatologia da esquizofrenia

Tseng et all (2016), através de busca exaustiva de literatura relevante na área, concluiu que a musicoterapia nos quadros de esquizofrenia crónica reduz os sintomas e na melhora o humor, relacionado com o tempo de intervenção MTC quer por sessão quer no número de sessões. Verificou-se, ainda, que o efeito da MT é mais pronunciado nos casos crónicos (Tseng & All, 2016)

O estudo desenvolvido por Ulrich, Houtmans e Gold (2007) incide na pertinência da MT no tratamento da esquizofrenia em contexto hospitalar, em grupo experimental, sujeitos a MT com exercícios rítmicos estruturados e semiestruturados. Os investigadores comprovam o efeito benéfico da MT nas relações sociais e na redução dos sintomas, não se provando, no entanto, a contribuição da MT na melhoria da qualidade de vida destes pacientes, o que contraria outros estudos, nomeadamente asiáticos, sobre o tema (Ulrich, Houtmans, & Gold, 2007) (Yang, Li, Weng, Zhang, & Ma, 1998).

No estudo de Sousa & Sousa 2010, conduzido em 272 pacientes diagnosticados com esquizofrenia crónica, sujeitos a MT recetiva (música indiana clássica), evidencia a redução dos sintomas na esquizofrenia crónica, em populações de diferentes contextos culturais e religiosos, e reforça a abordagem holística no tratamento da doença (Sousa & Sousa, 2010).

Na linha da investigação anterior, este estudo reforça os resultados, com 32 pacientes no (GE) e 35 no (GC), salientando a redução eficaz da sintomatologia associada, como as alucinações, a ansiedade e a desorganização conceptual (Peng, koo, & Kuo, 2010).

Este estudo com amostra pouco significativa, conclui que as alucinações auditivas dos doentes com esquizofrenia podem ser controladas ou contidas através da escuta musical personalizada (Hyun-Joo & Soo, 2009).

A MT é benéfica relativamente á qualidade de vida do indivíduo mentalmente doente. É um recurso facilitadora de relaxamento, criatividade, espontaneidade, lucidez, melhoria da qualidade do sono, reduz a dor física e emocional, gera sentidos, sentimentos e consequentemente, reforça a qualidade de vida. Compreender o portador de sofrimento psíquico, e reinterpretar a sua dor, tendencialmente resgata o sentido pessoal do próprio sujeito, e através da Música, aceder a e tratar essas dimensões do ser (Music Therapy as a Therapeutic Resource for Mental Health, 2013).

A sistematização de características do som e seu efeito Psíquico pode ser útil na intervenção MTC relacionando as características do Som/Música, com o seu efeito psicoacústico, catalogando fatores como a velocidade, tonalidade ou ausência dela, registo, etc., com emoções, raiva, tristeza, felicidade ou medo, otimizando o processo terapêutico (Groux, 2009).

Multideficiência

No âmbito da multideficiência, o conceito, as causas, a prevalência e incidência, e as necessidades evidenciadas na literatura, tem de ser consideradas na intervenção MTC nos portadores destas problemáticas e especificidade.

Conceito

O conceito de multideficiência, dinâmico ao longo dos anos e não é consensual. Mas, é unânime que pessoas com multideficiência possuem limitações a vários níveis, e têm necessidades específicas de apoio permanente.

A consideração de multideficiência, soma duas ou mais incapacidades ou diminuições de ordem física, psíquica ou sensorial (Contreras & Valencia,1997). Mas mais do que a simples combinação de limitações, são as características especificas e singulares de individuo a individuo diversificadas entre si, e a influencia de cada fator afetado intrinsecamente pessoais, condiciona no desenvolvimento (Nunes 2001).

Na evolução do conceito, outras perspetivas, tais como Orelove e Sobey (2004), redefinem que Multideficiência, consiste em indivíduos com deficiência mental com uma ou mais deficiências motoras, e/ou sensoriais, com necessidade de cuidados terapêuticos especializados multidisciplinares (Orelove e Sobey 2004).

Somando os fatores ambientais que influenciam no desenvolvimento, representando limitações da precessão do mundo, curiosidade, e que repercute na aprendizagem (Amaral & Nunes, 2008, pp-4-9) (Ferreira 2009).

Causas da multideficiência

As Causas da multideficiência em 40% dos casos não consegue ser determinada. Nos casos em que se pode determinar a ou as causas, fatores genéticos, e complicações durante a gestação, parto ou pós-parto, desencadeiam múltiplas deficiências graves (Smith, 2008). Possivelmente também multifatoriais as causas da multideficiência.

Noutra conceção questões cromossomáticas ou erros congénitos, provocam mudanças no desenvolvimento fetal, e alterações dos processos Químicos e metabólicos, que resultam em quadros de Trissomia 21 e deficiência mental. Durante a gestação a utilização de medicamentos, como Talidomida, por exemplo, afetam o desenvolvimento fetal, e provocam más deformações. Durante o parto, pode ocorrer anoxia com danos irreversíveis a nível cerebral, causando um quadro clínico de Paralisia cerebral. Na fase pós-natal, doenças infectocontagiosas, podem causar a inflamação e destruição de células cerebrais, levando á doença mental(Kirk & Gallagher, 1996).

Prevalência e incidência

Os dados são imprecisos de indivíduos com multideficiência na população portuguesa, prevê-se que a prevalência das crianças e jovens é aproximadamente 2% da população com a mesma faixa etária (Madureira & Leite, 2003), ou seja, em Portugal verifica-se um valor aproximado de 1,95% do total da população com NEE (Correia, 2008).

Necessidades

A multideficiência de diagnostico bastante delicado, o que implica uma pessoa possa apresentar um conjunto variado de necessidades em função da sua problemática. pelo facto de os indivíduos com multideficiência constituírem um grupo heterogéneo com diferenciadas necessidades, e essa heterogeneidade faz com cada caso seja, irrepetível, único, mas possuindo determinadas características frequentes e que caracterizam o quadro de multideficiência. Estas evidenciam muitas habilidades e capacidades, bem como um grande número de áreas problemáticas com necessidade de um apoio rigoroso segundo a National Information Center for Children and Youth with Disabilities (NICHCY, 2001).

Para Orelove e Sobsey (2000) existem três grupos de necessidades inerentes à multideficiência. as Necessidades físicas e medicas, que consistem na gravidade das Limitações na postura e na mobilidade, implicando restrição de movimentos (em termos qualitativos e quantitativos) e deformidades esqueléticas, e as limitações sensoriais como as visuais e auditivas.

Consequentemente este quadro interfere com as necessidades Educativas, que são resultado da sua condição, funções sensoriais, motoras e ou cognitivas, dificuldades de comunicação, autodeterminação, destreza.

Isto Culmina e expõe as necessidades sócio emocionais dos portadores de multideficiência, que como qualquer pessoa necessita, de afeto, atenção, e interações com outros. A sensibilidade com a condição do individuo a nível socioecónomico, estará implícita na abordagem preferencialmente sistémica, com troca de

conhecimento e de intervenção transdisciplinar. Esta interdisciplinaridade promove a aquisição de competências, e o desenvolvimento dos domínios mais funcionais nos contextos naturais do individuo (Orelove & Sobsey 2004).

Musicoterapia na multideficiência

As perturbações do desenvolvimento intelectual e quadros de multideficiência apresentam défice cognitivo abaixo da média, plasticidade de pensamento e adaptação deficitário se problemas de autonomia. Podem ainda existir dificuldades conversação, capacidades sociais, contenção, exclusão social, entre as mais diversificadas patologias. Os Portadores de deficiência intelectual e do desenvolvimento, habituam-se ás limitações nas atividades do quotidiano, requerendo de ajuda constante devido ás graves limitações cognitivas, físicas e neurológicas e de comunicação (Ghetti, 2002).

A música revela-se uma grande ferramenta na neurogénese. Compreender essa capacidade da música tem extrema importância no trabalho MTC. Através do ISO (identidade sonora) da pessoa, o TMT pode melhorar as capacidades comunicativas e emocionais, facilitando tarefas em que a música seja o intermediário da reabilitação das áreas afetadas, melhorando a cognição, habilidades audiomotoras, memoria, e interligar a comunicação verbal e não verbal (Brucia, 2000) (Ferreira & Smith, 2013).

Paralisia cerebral

A Paralisia Cerebral (PC), é um conjunto de distúrbios do movimento, com um racio de 2,1 para 1000 nados-vivos (Oskoui, Coutinho, Dykeman, Jetté, & Pringsheim, 2013), com sintomatologia variada, afetando a cognição, comunicação verbal,

coordenação motora, deglutição e pode provocar tremores e convulsões epiléticas. É consequência de lesões cerebrais ocorridas geralmente antes, durante ou logo a seguir ao parto. As razões mais frequentes para que ocorra a PC são quadros de parto prematuro, gravidez gemelar, ou ocorrência de infeções como a Toxoplasmose, ou robelola congénita, exposição a químicos como o metil mercúrio, e trama craniano durante o 1° ano de vida (National Institute of Neurological Disorders and Stroke) (Ferreira & Smith, 2013).

Tipos de paralisia cerebral

Espástico – (75% das ocorrências). A lesão ocorre no córtex cerebral e resulta num défice de força muscular e aumento do tónus (tensão muscular).

Atetóide, ocorrem movimentos involuntários, instáveis e pouca amplitude.

Atáxico, lesões no cerebelo/vias cerebelares, resultando em deficiência no equilíbrio corporal, em descoordenação dos movimentos alternados e falta de assertividade.

Hipotónico, lesão primária muscular ou do neurónio motor inferior, resulta em incapacidade de locomoção.

Misto, ocorrência de mais de um tipo ao mesmo tempo.

Dependendo do número de membros afetados, relativo ao local do cérebro afetado, pode se catalogar a PC por tipo de comprometimentos.

Tetraparesia, quando membros superiores e inferiores estão igualmente comprometidos.

Diparesia, quando os membros inferiores são mais comprometidos do que os membros superiores.

Hemiparesia, quando apenas um lado do corpo é afetado.

Monoparesia, um membro é afetado.

sendo a Diparesia a mais frequente. (Ferreira & Smith, 2013)

Musicoterapia na paralisia cerebral

-"Ouvir música facilita a neurogénese, a regeneração e a reparação de neurónios, ajustando a secreção de hormonas esteroides, que atuam na plasticidade cerebral" (Fukui & Toyoshima apud Moreira, 2008 p.21).

Na reabilitação física, a MT neurológica é uma intervenção de reabilitação para induzir respostas cerebrais e motoras, como na estimulação auditiva com ritmo para tratar problemas de marcha. sugestão auditiva induz um movimento motor desejável e ativação muscular. Este movimento está associado a propósitos não musicais de reabilitação, então, os instrumentos musicais não são usados para produzir música, mas para facilitar o Movimento (Chong et all, 2013).

Os portadores PC hemiplégica têm comprometimento da coordenação ambidestra e membros superiores envolvidos, criando limitações funcionais que diminuem sua independência. A prática terapia por movimento induzido, é responsável pelo melhor desempenho motor, inicialmente focada no desenvolvimento de uma intervenção Unilateral, que consequentemente, aumenta a independência funcional, requerida para o uso de ambas as mãos em cooperação (Gordon et all, 2007).

A prática de tarefas estruturadas, incorporadas em atividades bilaterais e funcionais. trabalham subjacentes aos princípios de aprendizagem motora, e o princípio de neura plasticidade, que pela prática decorrentes da repetição, reforçada pelo aumento da complexidade do movimento, motivação, recompensa, e acrescentando que para motivar, a participação Tem de ser divertida. Estas tarefas devem ser bilaterais para treinar habilidades específicas de coordenação, com o fornecimento de regras antes de uma atividade, é muito mais eficaz porque a pessoa é solicitada a concordar verbalmente antes da realizar o exercício. Um aspeto facilitador é o fato de que as atividades bilaterais geralmente são mais motivadoras. A evidência preliminar sobre treinamento de habilidades bilaterais conclui que podem melhorar a função bilateral, frequência e qualidade do seu uso no quadro de PC hemiplégica, pois o sistema subjacente à destreza humana é capaz de uma reorganização considerável (Gordon et all, 2007).

Para treinar a reabilitação de habilidades motoras finas, o teclado é o recurso da intervenção, mesurável através de um sistema de análise de dados de computador chamado Musical Instrument Digital Interface (MIDI), é uma ferramenta eficaz de reabilitação. Consegue-se assim, registar a intensidade, velocidade e mostram a precisão da pressão dos participantes, bem como sua frequência e tempo. O papel da música na reabilitação dos membros superiores, e na melhoria dos padrões de movimento e da qualidade do movimento tem aumentado, e o uso de teclados e tambores eletrônicos tem se mostrado estatisticamente eficaz (Chong et all, 2013).

Musicoterapia e tecnologias

A MT ativa visa melhorar necessidades emocionais e sociais, e para isso, o individuo tem de ter controlo básico sobre o instrumento musical, mas os tradicionais podem não ser apropriados, por dificuldade de controlo especialmente com pessoas com debilidade de movimentos (Soumtra Bhat, 2010).

A tecnologia da música eletrónica moderna ajuda a resolver questões da MT, necessitando do envolvimento de designers e engenheiros da tecnologia da música.

A MT requer a ação propositada dos clientes para criar e reagir ao ritmo e à melodia, impondo ao terapeuta encontrar outras técnicas de manipular o som (Saggese, 2003).

Ao responder ao poder comunicativo da música para a cura, a MT deve de crescer com os avanços da tecnologia musical e procurar empregá-los e ser mais eficientemente, e para um maior número de pacientes (Corrêa, Ficheman, Nascimento, & Lopes, 2009). Isso beneficia todos os envolvidos, e a tecnologia da música deve expandir além de seus limites comerciais e artísticos para algo maior (Corrêa, Ficheman, Nascimento, & Lopes, 2009); (Saggese, 2003).

A MT deve progredir numa relação "simbiótica" da tecnologia e da terapia, e ganhar maior aceitação médica (Saggese, 2003).

Embora existam terapeutas que usam instrumentos tecnológicos, a comunidade MTC só arranhou a superfície do que a tecnologia de música digital pode oferecer (Saggese, 2003).

Modelo teórico

Com vista a abordagem desta instituição, e tendo em conta a o tipo de população referida, e com base na literatura existente, uma abordagem no modelo integrativo da Psicologia/MT, com sensibilidade á vertente humanista da psicoterapia equilibrada com um pragmatismo Behaviorista pode fornecer uma base de trabalho sólido para o desenvolvimento das sessões, que podem combinar estas e/ou outros modelos da MT.

Psicoterapia integrativa

A psicoterapia integrativa é uma combinação de conceitos e intervenções de mais de um modelo teórica (Stricker, 2010). Não é uma combinação específica de teorias, mas consiste numa estrutura para desenvolver uma integração de teorias, práticas e visões de outras sistemas seletivamente e úteis ao cliente. De acordo com Norcross, a integração psicoterapêutica é caracterizada pela insatisfação com abordagens mono teóricas e um desejo de olhar através dos limites acadêmicos para ver o que pode ser aprendido. Outras maneiras de conduzir a psicoterapia, com um intuito de eficácia e aplicabilidade da psicoterapia (Norcross et all,2005).

A teoria implícita vs. explícita ou formal

Concepção da psicologia que envolve a teoria implícita e explícita de um terapeuta (Najavits,1997). Lambert (1989) diz que, definir os estilos dos terapeutas pela sua orientação teórica, limita a capacidade de prever resultados no tratamento (Lambert,1989).

O conceito de "teorias implícitas de psicoterapia" considera, por serem reflexivos, e pensaram sobre suas práticas, os terapeutas constroem suas próprias teorias terapêuticas à medida que desenvolvem suas habilidades terapêuticas. As teorias implícitas podem ser conscientes, pré-conscientes ou inconscientes, referem-se às suposições tácitas, estratégias e pessoais sobre o caráter das sessões de terapia (Najavits, 1997).

Os terapeutas desenvolvem teorias implícitas, além das teorias explícitas que incorporam, e explícita representa uma orientação teórica de alguma escola de pensamento, que entre si, As relações continuam tensas, mas questão maior é a prática baseada em evidências os terapeutas aceitarão a integração psicoterapêutica (Stricker, 2010) (Nocross et all, 2005).

Modelos teóricos base da MT

Os seguintes Modelos teóricos apresentados são alguns exemplos de conceitos e praticas que o TMT combina, de forma a otimizar os resultados terapêuticos. Relativizando os seus dogmas e concentrando a atenção nas suas potenciais capacidades diferenciadamente eficazes de cada um.

Terapia musical criativa - Nordoff &Robbins

O método de Nordoff&Robbins, chamado de "musicoterapia criativa", abordagem teórica dentro da psicologia humanista, resulta do esforço colectivo iniciado por Paul Nordoff e o compositor e pianista e Clive Robbins em 1959, com a contribuição de

profissionais psiquiátricos e de educação. no tratamento de várias deficiências ou distúrbios foram pioneiros na aplicação de música e improvisação. A música tem características intrínsecas da comunicação, e independentemente do seu estado psicológico e / ou físico, todos são responsivos à música.

A pratica da expressão através da musica, dá informação sobre o ser e seu estado, capacidades, e como interage com os outros. Praticada por um terapeuta que conhece bem a linguagem e recursos musicais, e outro que ajuda e auxilia o cliente, inicialmente uma fase exploratória, processo de conhecimento, segunda fase de música personalizada, com objetivos progressivamente alcançados, através da repetição, e na terceira fase, focando a comunicação, trabalhando a partir da consciência e autoestima do cliente.

A criança interior musical entende a musica e reage, naturalmente (Nordoff & Robbins 1971).

Musicoterapia Orff

A MT Orff sistematizada por Gertrud orff , é um tipo MT ativa, com fundamentação na experiência clinica crianças com dificuldades de desenvolvimento. Caracteriza-se pela ação interativa e multissensorial. A relação terapêutica é considerada como nuclear.

Desenvolvida no âmbito da pediatria social, a MT de Orff trouxe uma ênfase muito forte nos processos de desenvolvimento de personalidade e desenvolvimento geral, os procedimentos são adaptados às necessidades individuais. É por isso que Bruscia

classifica a musicoterapia de Orff como uma terapia musical de desenvolvimento (Bruscia, 2000).

Musicoterapia Humanista

Dr. Víctor Muñoz Pólit desenvolve este modelo de MT com elementos da psicoterapia humanista, a psicoterapia Gestalt e a energia nuclear de John Pierrakos, esta proposta facilita processos emocionais e existenciais a nível individual e de grupo, utilizando técnicas psicomusicais, recorrendo a música pré-gravada, trabalha o psico-motor, e a utilização de instrumentos musicais, e voz associada da respiração.

O processo reside na relação terapêutica, com base na empatia, respeito, congruência e consideração positiva. O ser humano traduz o conhecimento musical, numa perspetiva psicoterapêutica profunda, em resolução de conflitos e tensões psíquicas e físicas, que dissolvidas progressivamente, encontra a sua verdade. (Muñoz 2008).

Musicoterapia Behaviorista

O Modelo Behaviorista remonta a 1975, com Clifford Madsen, que publicou o livro "Pesquisa em Comportamento Musical Modificando o Comportamento Musical em Sala de Aula". A análise comportamental propõe programas de tratamento individual para atender às necessidades terapêuticas, com atenção á importância do que acontece dentro de nós. O comportamento refere-se a qualquer ato que se realiza, diz ou pensa, e a consequência da experiência musical é observável e mensurável, e possível

relacionar o efeito de causa-efeito entre a música e o comportamento (Hazlett and Benedek, 2005).

Esta técnica cognitiva de modificação de comportamento, implica a análise comportamental em aspetos fisiológicos, motores, psicológicos e emocionais. O objetivo é conseguir mudanças no comportamento geral dos pacientes (Madsen, 1975).

O método intuitivo de Bergson

Este método eficaz de projetar a terapia, Incorpora Raciocínio acumulado e o imprevisível, e premeia a relação terapêutica despojada de preconceções deixando fluir em vivencias harmónicas que resultam na compreensão do sofrimento do outro. Intuir terapeuticamente com sensibilidade facilita o processo de cura. Este método afirma também que a Arte de curar requer criatividade e exige conhecimento, sensibilidade e intuição (Guimarães, 2001).

Bergson desenvolve este método no livro "Introdução à metafísica" na cidade São Paulo em 1974(Bergson,1974).

"Flexibilidade rigorosa"

Os investigadores Rolvsjord, Gold & Stigee em 2009, apontam a ideia de um modelo terapêutico "moderadamente pré-estruturado", baseado em princípios abertos em detrimento de técnicas e procedimentos padronizados. Com escolhas metodológicas entre pesquisa quantitativa e as realidades da prática terapêutica,

articulando analises qualitativas e quantitativas. Permite explorar as escolhas metodológicas de vários ângulos em detrimento do pragmatismo mono angular (Rolvsjord & all, 2009). Um coerente sistema teórico com a flexibilidade de uma gama mais ampla de intervenções técnicas de múltiplos sistemas (Norcross et all, 2005).

Procedimentos emergentes e padronizados são definidos como extremos, e são dimensões entrelaçadas e relacionadas em pesquisa e clínica. A ideia de "Flexibilidade rigorosa", entendido como antónimos, reflete a abertura para o cliente, e terapeutas serem informados do ponto de vista teórico. Compreender essa abertura e flexibilidade requer o treino pratico dos modelos, e a concentração nas competências.

Isso implica uma pluralidade de formas de trabalhar, pois por contrário, modelos definidos limitariam o relacionamento diretamente com as capacidades do indivíduo, e a inerente competência do cliente se relaciona ao processo de mudança, que é ameaçado pelos conceitos pré-estruturados e padronizados. Um processo terapêutico flexível par coincidir com o cliente individual (Rolvsjord & all, 2009).

Intervenção sistémica e comunitária

Abordagem multidimensional com génese na música, sociologia, psicologia, e educação, que se beneficiam de recíproca colaboração, com implicações relativas á justiça social, através de um pensamento sistémico. Uma intervenção socio musical de construção da comunidade. Permite a marginalizadas populações um senso de igualdade numa comunidade maior, o TMT ao liderar, e supervisionar o grupo comunitário demonstra um beneficio para toda a comunidade (Vailancourt,2012).

O TMT participa discursivamente, torna-se membro ativo das questões de determinado sistema, formado através de relações de lealdade, ao redor de ideias que definem a associação do sistema, a ser considerado e reabilitado (Anderson et all,1986) (p.8). Um sistema determinado pelo "problema" é, um indivíduo, casal, família, grupo de trabalho, ou organização, ou qualquer combinação comunicativamente interativa, em torno de um compartilhada situação (Anderson et all,1986) (p.7).

Aplicando o conceito de sistemas sociais hierárquicos em camadas, um sistema imediatamente sobre o sistema de interesse, a família danifica o indivíduo, a comunidade, a família, etc. Isto é responsável em alguma forma pela estrutura social, e precisando de intervenção psicoterapeuta. A terapia de sistemas influi de forma hierárquica e homeostaticamente para estruturas sociais funcionais (Anderson & all, 1986)(p.2).

Outras considerações em Musicoterapia

As vivências em MT, contribuam para a educação de uma forma geral, a intervenção obtém estratégias dos indivíduos agregarem dignidade e qualidade de vida (Cunha&Volpi,2008) (p.88). O desenvolvimento pleno, em ambiente MTC, visa ampliar a experiência da música, que desperta outras manifestações criativas como a expressão corporal, dramática, a poesia, construindo uma história e elementos de sua cultura.

Encontrar na linguagem musical alternativas de sentidos, significados individuais e coletivos, num diálogo com a realidade envolvente, a vivência musical estimula a capacidade de lidar, possibilidades de autonomia e dependência (Cunha&Volpi,2008) (p.90). As sonoridades que emergem possuem um significado e um sentido afetivo e cultural, e vários estilos musicais e sons especiais representam um momento da história, e da vida, considerando que a musicalidade produzida pela humanidade contribui para a sua saúde e bem-estar. o TMT recorrendo aos seus conhecimentos específicos deve ampliar os saberes inatos do cliente (Cunha&Volpi,2008) (p.93, 95).

"*… Ainda que conheça todos os mistérios e toda a ciência,*

… se não tiver Amor, nada serei…"

Paulo

In Corintos 13. 2

Metodologia

Objetivos de estágio

O objetivo primariamente, foca-se na pertinente satisfação das necessidades da instituição e dos clientes. O estagiário tem de considerar os objetivos da instituição que objetiva complementar, no desenvolvimento de atividades ocupacionais, culturais, estimular e facilitar o desenvolvimento das capacidades dos portadores de deficiências e consequente reforço da autoestima e autonomia pessoal e social (Objetivos do CAO). A estes objetivos conjuntos ao terapeuta e á instituição, acresce em especificidade de aspetos terapêuticos como a redução de sintomas, facilitar a reabilitação motora e psicológica, contenção e regulação mental, possível redução da utilização de Fármacos, e melhoria na funcionalidade e qualidade de vida. A aplicação de MT recorrendo a meios tecnológicos digitais, especialmente nos quadros clínicos mais severos, de multideficiência, e não verbais, possibilitando uma interação terapêutica de forma ativa. Ocupar-se dos utentes que devido a questões multifatoriais, apresentam menor carga horária, com tempo de qualidade terapêutico, no percurso existencial desta população.

Objetiva ainda influenciar com a MT a funcionalidade dos sistemas sociais, hierárquicos, numa maior harmonia de convivência com grupo/s (Anderson & all, 1986).

Processo de seleção em musicoterapia

Neste processo de seleção de candidatos o TMT, com auxílio do resto da equipa terapêutica, realizou 3 processos na obtenção de dados para a seleção de casos a integrar a MT

Numa primeira fase, a partir de um universo de c.120 clientes integrados no CAO, realizou sessões com todos os grupos previamente constituídos por salas e serviços, onde os utentes também prestam os seus trabalhos (um total de 11 grupos). Nesta fase o estagiário toma conhecimento de forma panorâmica do universo do ponto de vista da MT, conhecimento das "vontades ", e toma contacto com o ISO do/s grupo/s e como á própria atividade, historial musical, entre outros fatores, resultando deste processo os casos o TMT sugere integrar na MT.

Numa segunda fase com a equipa terapêutica, toma conhecimento do parecer da equipa sobre os possíveis candidatos á MT. Os terapeutas gestores sugeriram utentes com os quais teriam mais dificuldade de motivar para o trabalho terapêutico, e os casos onde a Música representa maior importância nas suas vidas e possível de ser alternativa terapêutica.

Realizou-se sessões conjuntas de terapia com o TMT e o terapeuta gestor de caso, onde o TMT teve contacto direto com os casos sugeridos pelos elementos da equipa terapêutica, numericamente, 4 casos foram analisados neste processo, de onde foram selecionados 3 processos terapêuticos a integrar a MT.

Numa última fase, o TMT contacta com a documentação relativa ao estudo de cada caso, diagnostico, e procedente reflexão, criando hipóteses terapêuticas de MT relevante nesses processos.

Critérios de seleção

A consideração da predisposição do próprio utente; utentes ou grupos de utentes com falta de respostas terapêuticas; percepção da eficácia MTC; e necessidade da própria equipa.

Resulta uma seleção de 6 casos individuais e 3 de grupo, duas Salas tal qual estão organizadas,(DV I e DV II) e um grupo formado pelo TMT (denominado Grupo III). Posteriormente um utente abandonou a instituição, o que abriu lugar a um recém-chegado. O grupo formado pelo TMT, foi extinto devido a incompatibilidade de horário, resultante da alteração de rotinas dos utentes.

Formulários e instrumentos de avaliação musicoterapêutica

O processo de iniciação das sessões de MT, a APERCIM redigiu a autorização de participação no processo de MT, á relativa á recolha de dados através de gravações áudio e vídeo (ANEXO A) . Os respetivos representantes legais dos clientes efetuaram as respetivas assinaturas e reenviaram á instituição.

O procedimento iniciou com preenchimento uma ficha de dados pessoais, diagnostico e observações inicias (ANEXO B) relativo a cada um dos clientes, e concebeu os planos terapêuticos respetivos.

Os instrumentos de avaliação em MT consistem de um registo de Sessão (ANEXO C), ferramenta facultada pela supervisão e ajustada em conformidade com as necessidades especificas, que se destina a monitorizar a progressão dos trabalhos observados, que permite analisar e ajustar a estratégia terapêutica; Uma ficha de avaliação em MT, criada pelo estagiário, com base *Individualized music therapy assessment profile* (IMTAP) (Baxter, et al, 2007) (ANEXO D), para obtenção de

dados das primeiras sessões (Avaliação Inicial), com o confrontação da preenchida no final do processo terapêutico (Avaliação final). Assegura uma leitura comparativa e qualitativa da evolução, no processo MTC.

Além destes instrumentos, utilizou-se, a observação direta, e a indireta dos vídeos das sessões, permitindo a supervisão universitária, e analise qualitativa das ocorrências terapêuticas.

As Sessões

As Sessões de MT, com esta diversidade de população, requereram uma adaptabilidade de formato (Rolvsjord & all, 2009), procedimentos, duração e espaço. Diversos fatores relativos aos utentes, e atitudes possíveis por parte do terapeuta, dependendo das necessidades e especificidades identitárias dos casos (numa perspetiva integracionista da terapia). Por exemplo para o Cibele e o Emanuel era da responsabilidade deles estarem á hora nas sessões, com um horário rigoroso fixa de 1 hora, com o objetivo de incutir responsabilidade e rotinas, como determina o PDI. no caso das situações de multideficiência, o tempo de atividade teve de ser ajustado ás capacidades e necessidades, variável e influenciando o local onde se realiza ás atividades. Na DV I a flexibilidade nos parâmetros da intervenção (Rolvsjord & all, 2009), por necessidade de regulação, de descontextualização, ou trabalho especifico como o caso da Ísis, com o reconhecimento facial digital, a deslocação á sala da MT, deixando os restantes em relaxamento sugerido por música previamente selecionada.

Reforçando um dos "I" da MT, a Intuição, (Guimarães,2001) (Bergson,1974), acrescida de sensibilidade, necessária para perceber todos esses limites da terapêutica, e efetuar ajustes ás estratégias previamente delineadas.

Nos restantes casos o terapeuta na APERCIM, tem a responsabilidade de ir buscar e levar os utentes ás respectivas salas, devido a incapacidade de mobilidade ou por perigosidade, tem recomendação de vigilância continua, salvaguardando factores de comportamento ou incerteza da realização do trajeto de forma autónoma e segura. Neste procedimento, a MT começava logo sala ocupacional, onde predispõe o utente para a atividade, e se estabelece a oportunidade de interação com os outros pacientes. De forma sistemática e sistémica (Anderson & all,1986), ocorreram interações entre utentes positivas. O percurso, a caminho da sessão, é ritmado pelo tempo estabelecido pela marcha, ornamentado de pequenos cantos, refrões, específicos e individuais, predispondo-os para a terapia. Por vezes canções cantadas forma generalizadamente pela instituição nos momentos menos formais. Como exemplo o tema "Mau tempo não é quando chove, mas sim quando estamos zangados" (autoria PIM, coletivo 2008), serviu de ligação comum a todos os utentes e funcionários na festa de natal, com a participação de todos contribuindo para um espírito de pertença a um grupo (Anderson at all,1986), "família" em data emocionalmente tão sensível.

Neste percurso os utentes revelavam-se predispostos e recetivos á atividade musical. Os próprios determinavam esse percurso para mostrar alguma cantiga a alguém em específico.

O regresso á sala de CAO, apesar da guitarra, dedicou-se á reflexão verbal ou programação do trabalho da próxima sessão. Exceções ouve, no caso do Eros esse

percurso era com a guitarra no colo, concentrado no pulsar das cordas enquanto o TMT lhe conduzia a cadeira até á sala.

A ampliação de universos musicais das camadas mais jovens, que por estarem ainda em formação, e por consequência de outros fatores, normalmente estão distanciados das músicas, pois o ISO natural deles normalmente baseia-se no ISO de família. Alguns não acedem a outras fontes que lhes permita optar pela música que gostam. Necessitam de experiências sonoras estéticas variadas, visando a ampliação da identidade cultural e Musical.

No final das sessões o TMT preencheu o Registo de Sessão (ANEXO C), ferramenta de monitorização dos trabalhos de sessão em sessão, e documentação sistemática em Vídeo passível de ser supervisionado a nível MTC e universitário. Este procedimento deteta aspetos relevantes, produz esclarecimento, e afina ou pode alterar as praticas aplicadas, e uma perspetiva de auto contra-argumentação, para incrementar a eficácia MTC.

Todas estas questões foram debatidas com a Orientadora de estagio, numa cadência praticamente diária, e com a equipa na reunião semanal regular, de forma a articular teórica e terapeuticamente, com vista a melhorar a prestação de serviços globalmente efetuados.

Setting Musicoterapêutico

O espaço

A utilização dos espaços dependeu de vários fatores.

Nos casos das sessões de grupo foram realizadas na sala onde permanecem durante as atividades de quotidiano, devido a questões relacionadas com a mobilidade, higiene e necessidades fisiológicas, visto que as capacidades dos próprios é muito comprometida. Nestas sessões foram incluídas as auxiliares de sala, nas atividades, pois permitiram exercer um trabalho mais eficaz (nestas Salas um instrumento pequeno ou grande, leve ou não, acaba por cair, ser arremessado etc., as auxiliares são muito úteis no apanha e volta a apanhar, e ajudando a manusear os objetos). Por um lado as auxiliares integram efetivamente o grupo, e sofrem como cuidadoras, por outro, são humanamente conhecedoras dos clientes e numa perspetiva sistémica, são uma ligação importante no desenvolvimento da relação terapêutica. Este trabalho refletiu na relação entre auxiliares e pacientes, com o cumprimento de pequenos passos de cognição, vai sendo atenuado descredito nas capacidades deles, com reflexos ao nível do respeito pessoal, etc.

No caso da DV I existe uma sala sensorial que permite estímulos ao nível da cor e luz.

As Sessões do grupo III foram realizadas, na sala da MT que apesar de cumprir os requisitos de setting MTC, carece um pouco de espaço. Quando necessário

recorreu-se á sala das atividades relacionadas com a dança, que foi utilizada sempre que as atividades requereram mais espaço.

As sessões individuais foram realizadas na sala da MT, cantinho recatado, onde se consegue privacidade e isolamento, confortável, e onde as necessidades básicas de uma sessão são minimamente respeitadas. Tem duas características menos favoráveis, relativamente pouco espaço, e carece um pouco de luz natural.

O instrumentário musical do setting musicoterapêutico

A organologia do setting MTC, ou seja, os instrumentos que compõem o leque Tímbrico do setting MTC, é maioritariamente e inspirado no modelo da MT Orff, com instrumentos de percussão de fácil utilização, tais como maracas, pandeiretas, triângulos, sinos, gongos, árvore de sinos, reco-reco e clavas (Pangolino & Cavalier,2014).

Como membranofones utilizou-se uma conga e um adufe.

No complemento melódico o Metalofone Orff. E ainda um idiofone de altura definida, utilizou-se um Solfone (instrumento contruído pelo TMT, ou idêntico ao "Tankdrum), que permite uma fácil e doce harmonia com pouco esforço motor.

De cordas a guitarra, clássica ou semiacústica, e o Saltério (de cordas dedilhadas ou percutidas da família das Harpas).

Devido a questões higiénicas não se utilizou instrumentos de sopro excluindo, o caso do Ícaro, que possuía uma flauta e uma Harmónica.

Ainda se utilizou "sintetizador" brinquedo popularizado á revelia devido ao seu som. Recorreu-se também a softwere e hardwere para enriquecer a amplitude de

abrangência sonora, especialmente no caso da Ísis, com paralisia cerebral severa, utilizou um Plugin restruturado pelo próprio TMT, associado á ferramenta informática de reconhecimento facial denominada TMH_Face OCS, com interface ao softwere MAX /MSP, que permite controlar parâmetros musicais com movimentos faciais, neste caso a boca (Saggese, 2003) (Corrêa, Ficheman, Nascimento, & Lopes, 2009).

Foram no enriquecimento tímbrico do setting MTC também utilizados instrumentos de fabrico manual da reciclagem de "lixo" , como pequenas rocas com garrafas, objetos suspensos, etc. De frisar que o recurso a material reciclado cumpre o ponto chave da instituição referente á sustentabilidade ecológica.

Rotina do musicoterapêuta na instituição

Existiu ao longo de todo o estágio por parte do TMT, a necessidade/vontade de integrar as rotinas atribuídas aos terapeutas na instituição, que comporta algumas atividades extra apoios terapêuticos.

A rotina consistiu em proceder com os apoios MTC, assegurar as deslocações dos seus utentes dentro da instituição, participar nas reuniões semanais da equipa terapêutica, e assegurar a higienização do material utilizado em sessão.

Apoiar a equipa na monitorização dos tempos de recreio, deslocação para o refeitório nas refeições, etc.

Nessas rotinas do quotidiano, o TMT executou-as sempre com a guitarra e com interações musicais e vocais com a generalidade da população, estes contactos transformaram algumas rotinas numa melhoria do Ambiente sonora do espaço (Anderson & all, 1986). ao surgimento da música, existe, uma concentração de

atenção na própria música, que resulta numa redução dos sons "negativos", nomeadamente Gritos, choros, lamúrias etc. Este ponto foi bastante importante para o objetivo de auxiliar com a MT as necessidades instituição como esta, o TMT deve zelar pela qualidade acústica do espaço/tempo, traduzindo-se no estado de Humor dos utentes, pessoal auxiliar e terapêutico(Anderson & all,1986).

Intervenção musicoterapêutica

A MT foi desenvolvida ao longo de 420 horas em Estágio efetivo. Este Estágio inclui MT em Grupo, e MT individual.

Musicoterapia individual

A MT de carácter individual, realizou-se na sala da MT de forma personalizada, com 7 utentes com um espectro patológico variado.

Em estudos de caso, **Ícaro**, de 60 anos e **Eros**, de 18 anos, e em breve descrição os casos de **Ísis,** 18 anos de idade, **Emílio**, de 17 anos, **Cibele**, 19 anos **Jacinto**, 54 de anos **Cíntia,** 28 anos.

Estudos de caso

Estudo de caso –Icaro

Ícaro Artista plástico de 60 anos, é utente da APERCIM desde a sua fundação, e atualmente reside no lar da instituição, integrando o CAO durante o dia. É portador de esquizofrenia crónica, que despoletou no seguimento de uma experiência com substâncias psicadélicas (LSD) na década de 70 do século passado, à qual à qual se seguiu um internamento compulsivo numa instituição psiquiátrica. Desde essa época, o Ícaro esteve sempre em acompanhamento mais ou menos continuado, quer em psiquiatria quer em serviços de carácter social. O Ícaro, apresenta efeitos piramidais da medicação muito visíveis (não controla a salivação, apresenta alheamento, etc,), alem dos sintomas típicos do quadro clinico, como alucinações auditivas, crises de ansiedade, falta de equilíbrio, apresentando também alguns sinais de predisposição suicida. Refere ainda que tem uma extraterrestre dentro dele que "canta, ri e dança".

As 33 sessões de MT realizadas com o Ícaro tiveram como característica discriminatória positiva o facto de ser o único utente nas sessões individuais de MT a residir no lar da instituição, e por isso as sessões que lhe foram destinadas aconteceram no final do dia, podendo estender-se no tempo de forma a não interferir com outras atividades. as sessões refletiram a relação do tempo de sessão com os resultados terapêuticos como descrito na literatura (Tseng & All, 2016), com a generosa duração de 1h 45min em media, reforçada com a necessidade que Ícaro

apresentou, com a expressão "já acabou...soube a pouco" que sempre referiu quando o TMT sugestionava o fim da sessão.

Pela escassez de estímulos sociais com os quais o Ícaro se identifique neste espaço institucional, e por inexistência de família, amigos ou contacto social exterior á APERCIM, o TMT tentou colmatar essa carência cultural e social, reforçada pelo facto de Ícaro ter um ISO ao qual o TMT também se identifica, permitindo uma partilha musical bilateral de grande densidade, procedendo-se à escuta e/ou interpretação conjunta de alguma dessa música. Não obstante, ampliou-se também esse espectro de escuta sonora, introduzindo ou dando a conhecer ao Ícaro, elementos e referencias musicais consequentes ao género ao qual se sempre identificou, o Rock Sinfónico, e o psicadelismo do movimento Hippie, que ao longo de mais de 30 anos evolui até aos últimos desenvolvimentos da música pop, rock, eletrónica, etc. A essa escuta o ícaro aderiu ou gostou de forma intermitentemente.

Plano terapêutico- Ícaro

O objetivos terapêuticos, neste caso focaram-se na regulação dos sintomas típicos como as alucinações auditivas, crises de ansiedade (Ulrich, Houtmans, & Gold, 2007) (Yang, Li, Weng, Zhang, & Ma, 1998), e os conotados com a medicação, tais como o controlo da salivação, alheamento e falta de equilíbrio. Também são objetivos terapêuticos a melhoria de humor e a regulação conceptual, através de escuta musical recetiva (Sousa & Sousa, 2010) (Peng, koo, & Kuo, 2010), e trabalho rítmico estruturado e semiestruturado para melhorar a relação social (Yang, Li, Weng, Zhang, & Ma, 1998). No campo Emocional, o trabalho realizou-se com canções personalizadas,

através improvisação musical e exploração sonora, refletindo o seus anseios, e interpretando-os como forma de apaziguamento das questões mentais (MTTRMH , 2013), facilitando um espaço de liberdade, contido num "abraço" musical no sentido da regulação.

Intervenção – Ícaro

A intervenção MTC no caso do Ícaro revelou do ponto de vista cronológico, tempos de intervenção com características marcadamente distintas, e pode dividir-se em 3 fases.

Numa primeira fase que se estende desde a 1° sessão até á 12° sessão, o Ícaro mostra uma grande melhoria, deixando de apresentar problemas no controlo da salivação, reduzindo-se quase na totalidade a falta de equilíbrio, e melhorou o controlo da ansiedade.

Numa 2° fase Ícaro decaiu, devido a questões relacionadas com a efeméride da recente morte dos pais, associadas à época natalícia, levaram a um agravamento do estado geral de Ícaro, que culminou com o seu internamento, justificado por uma pneumonia, a 16 de Janeiro 2018. Durante esta fase realizaram-se 9 sessões de MT de resultado musical mais confuso, ora psicótico e frenético, ora uma contrastante apatia.

Nesta fase onde Ícaro regrediu do ponto de vista dos sintomas, voltando apresentar dificuldades no controlo da saliva, agravamento do estado psíquico, e picos de ansiedade (de referir que estes sintomas observados nunca regrediram ao cúmulo do ponto inicial). Num "abraço sonoro" o TMT assume a estratégia de reinterpretar a

sua dor, e através da Música, aceder a e tratar essas dimensões psíquicas e emocionais do ser (Music Therapy as a Therapeutic Resource for Mental Health, 2013). Para isso recorreu a alguns excertos poéticos que Ícaro desenvolveu em sessão.

A última fase do percurso MTC de Ícaro começa com o regresso do internamento e estende-se por 12 sessões. Nesta fase, Ícaro apresenta uma recuperação do seu estado de saúde, quer do ponto de vista físico quer psíquico, apresentando um estado mental mais regulado, maior estabilidade emocional, voltando a apresentar interesse pelas atividades que nos últimos anos não se sentia motivado para fazer, tais como a pintura e desenho, que ao longo da vida, realizou regularmente. Nas sessões, Ícaro sempre apresentou uma produção musical abundante, demostrando muito conforto e interesse especialmente na improvisação, abordando a música de forma distinta dependendo do instrumento que fosse optando.

Na execução em instrumentos de percussão, tendia a uma atitude rítmica frenética, composta por ostinatos curtos e de tempo rápidos, algo de catártico, ou como ele expressou de "libertação".

Nos instrumentos de sopro, referindo que Ícaro possuía os seus, Flauta de Bisel e Harmónica, a produção sonora resultava num "novelo" harmónico, recorrendo a deslizes entre notas, dando relevo ao movimento entre a nota harmónica e uma das dissonâncias próximas, raramente expressando saltos de intervalo superiores a uma 3ª ou 4ª, sendo a progressão regular da escala é o movimento mais comum. Esta forma do Ícaro sentir a experiência da música foi, segundo o próprio, "espiritual", de "comunhão", ou "viagem".

No "piano" elétrico, o qual foi o que preferido na ultima fase MTC, notou-se que procurava os timbres mais próximos, ao encontrados na utilização do histórico sintetizador Moog, extensamente usado pelas bandas de Rock Sinfónico das décadas de 60 e 70. Aqui foi onde Ícaro tendeu mais a refletir seu ISO, e expressões como "beleza do kaos" ou "música espacial" foram atribuídas a estas execuções.

A expressão vocal apesar de não muito abundante e de nunca a ter escrito, criava-a a improvisar, refletindo uma estética própria, com uma poética de carácter "naif", sempre alusiva a uma tensão familiar na improvisação em sessão.

Excertos de texto improvisados por Ícaro

"Tu não tenhas medo papá, a mana tem fome e a mamã já não consegue cozinhar,
Tu não tens culpa papá...
Mamã!!! A mana está assustada...
e deixou o jantar....
a fome vai passar...
Tu não tens culpa papá"
ou de carácter surreal:
"Pão com marmelada e tão bom, bom, bom, Sardinhas assadas a dançar..."
ou
"e... dá... dá beijinho dá beijinho dá beijinho dá beijinho
e... dá... dá beijinho dá beijinho dá beijinho dá beijinho..."

De salientar que o Ícaro é artista também, e tem conhecimentos de arte e nomeadamente integra conceitos de arte contemporânea nas suas obras, e em consequência, isso deve ser considerado na analise dos dados desta questão, quando aparentemente estranho, nem sempre isso tem um correspondência direta na regulação mental, pois a referenciava com precisão histórica qualquer estilo que esteticamente estivesse próximo, complexa a interpretação dessas ocorrências. Outras vezes de facto a estranheza do som ou texto tinha origem na desorganização mental.

Além deste tipo de intervenção de vez em quando gostava de cantar no estilo de Blues, o que fez com grande desenvoltura. Um destes momentos ocorreu logo na 3ª sessão, foi marcante no processo MTC, quando existiu uma ativação musical, que alterou da postura apática, para um Ícaro mais ativo e reativo ao ambiente envolvente na sessão.

Conclusão e discussão - Ícaro

Ícaro apresentou uma evolução relevante nos dados recolhidos, apresentou uma redução de sintomas, como descrito na literatura (Ulrich, Houtmans, & Gold, 2007) (Yang, Li, Weng, Zhang, & Ma, 1998). nomeadamente, as crises de ansiedade, tonturas, descontrolo da salivação, e melhorias na funcionalidade psicológica, desde a regulação mental ao controlo conceptual, á regulação das alucinações (Peng, koo, & Kuo, 2010). Este voltou a mostrar-se motivado para o desenho e pintura. Estas conclusões são corroboradas pela Psicóloga terapeuta gestora do caso de Ícaro, que refere a importância deste processo na manutenção do estado geral de Ícaro, referindo

também a importância desta alternativa terapêutica nos serviços prestados na instituição.

Apesar da descontinuidade devido ao seu internamento, o processo foi coeso, realizado em tempo de qualidade, calmo, com recheio cultural rico e relevante na normalização de rotinas, e estruturante contributo do próprio a ele mesmo. A preocupação do TMT nesta fase final do processo MTC, é de como isso pode afetar Ícaro, apesar da preparação que foi efetuada durantes as sessões considerando esse momento.

No caso do Ícaro, ponderando aspetos passiveis de questionamento ou mesmo alteração, que poderiam potenciar maiores resultados clínicos, pode referir-se aspetos como uma maior acuidade com as significâncias psicoacùsticas dos próprios sons, timbres, músicas ou ritmos, que por vezes tornou-se difícil de discernir o equilíbrio entre expansão criativa e contenção reguladora. Outro fator que pode ser questionado apesar do reforço literário, foi o tempo de sessão, pois sendo composto de vários momentos distintos, existiu uma dificuldade em dosear esses mesmos tempos, esta busca por um lado, do "tempo ideal" por outro, do tempo espontâneo de transições do registo da própria sessão, ou por exemplo na leitura das necessidades do próprio Ícaro a cada dia, de uma fase de escuta para uma fase de improvisação, ou de quando iniciar o processo de regulação e contenção para concluir a sessão, foram questões que acompanharam todo o processo terapêutico.

Estudo caso – Eros

Eros é um jovem de 18 anos, portador de PC espástica hemiplegia à esquerda, não verbal, que frequenta o CAO à um ano. Sendo que desenvolve preferencialmente o lado direito onde é funcional, e resguarda o lado esquerdo (Gordon, 2007), habituando-se ás limitações físicas, e neurológicas (Ghetti, 2002) inerentes, o que o leva a uma postura bastante assimétrica do corpo. Eros apresenta também falta de concentração, e não consegue desenvolver atividades por muito tempo, mostrando-se pouco motivado para realizar as atividades pedidas na generalidade dos apoios que lhe são realizados. Devido a essa falta de motivação, foi sugerido pela equipa terapêutica a frequência em MT. Na primeira fase de avaliação e seleção MTC, foram estabelecidos os objetivos MTC e realizou 33 sessões segundo plano terapêutico delineado em conformidade com o PDI.

Plano terapêutico – Eros

Neste caso, o incentivo à funcionalidade ambidestra (Gordon, 2007), e o desenvolvimento motor são um objetivo central no trabalho MTC, promovendo a sua simetria, efetuada através essencialmente de exercícios rítmicos, quer de repetição, de pergunta e resposta, ritmos unilaterais e bilaterais (Ghetti, 2002). No domínio psicológico, propôs-se contribuir para uma melhor auto estima, incremento da motivação, e melhoria do humor de uma forma geral, e para isso uma atitude bem divertida é fundamental (Gordon, 2007).

Processo terapêutico- Eros

Na evolução do processo MTC, o trabalho foi desenvolvido de forma continuada e constante ao longo de 33 sessões de MT, uma sessão por semana, sendo que a partir da restruturação de Janeiro o Eros integra também a DV I. Eros também demonstrou interesse pela guitarra, a qual foi utilizada com muito entusiasmo, e onde o Eros manteve a concentração por mais tempo de trabalho continuado. De salientar que esta atividade não assenta no propósito de trabalhar a bilateralidade, pois raramente usou a mão esquerda no braço da guitarra, mas em contra partida, esta atividade revelou ter grande influência nos objetivos de carácter psicológico, contribuindo para uma franca melhoria nomeadamente a nível do humor, e estado anímico, e especialmente na motivação, e consequente capacidade de concentração pois sempre demonstrou muito entusiasmo e satisfação nesta tarefa, excedendo em duração, o tempo que utiliza em qualquer outra atividade na sessão.

Além disso Eros aderiu com satisfação a algumas das sessões onde se procedia a uma intervenção baseada no suposto ISO de Eros (brucia 2000) (Ferreira & Smith 2013), recolhido por questionamento do pessoal técnico e auxiliar que trabalham com Eros.

Nessas sessões, enquanto se ouviu temas de Fado tradicional português, o Eros dançou ritmicamente esses fados com o auxílio do TMT. Nestes exercícios, o TMT pretendia contribuir para um relaxamento muscular dos membros superiores, com especial atenção á hemiplegia, e incentivo á mobilidade. Esta dança envolvia o empurrar da cadeira e convite a ele puxa-la de novo, contribuindo para uma complexidade no movimento, incrementando o efeito terapêutico (Gordon, 2007). De referir que, por precaução a nível terapêutico, este tipo de intervenção foi exposta e

ajustada com apoio do fisioterapeuta de Eros, com o intuito interdisciplinar, como fomentado na literatura (Orelove & Sobsey, 2004) , de melhor prestação e reforço do trabalho desenvolvido nas sessões da própria fisioterapia. O Metalofone Orff também foi muitas vezes utilizado tendo o Eros progredido de umas poucas notas soltas, com pouca assertividade, com força muito inconsistente, e só com o braço destro nas primeiras sessões, para conseguir controlar com uma certa regularidade a assertividade e força, deixando de existir lâminas a saltar e mantendo-se também a tocar por mais tempo, ampliando a capacidade de concentração. A progressão no desenvolvimento do trabalho foi gradualmente no sentido da funcionalidade bilateral (Gordon, 2007), simetria necessária à melhor postura, e consequente conforto. Nesta progressão MTC, os exercícios Rítmicos semiestruturados, induzidos de forma divertida, foram-se desenvolvendo, diversificando, e progredindo de forma natural. O Eros apresentou progressos nesta tarefa, que não sendo tão entusiasmante com a guitarra, também era efectuada de forma pacifica e prazerosa.

O piano elétrico também teve o seu tempo de destaque especialmente a partir da 19ª sessão, foi utilizado no intuito de incrementar o desenvolvimento da motricidade fina (Chong et all, 2013), sendo digital, o dispositivo não possuía interface MIDI, não permitindo assim uma mensuração quantitativa dos parâmetros aplicados e controlados, deixando assim a interpretação dos dados num registo de observação qualitativa (Chong & all, 2013). Esta atividade teve aceitação relativa, não ficando assim tanto tempo dedicado à mesma, mas não obstante, apesar de ténues, a tabela de observação, demostra um progresso, quer em destreza como em assertividade.

Conclusão e discussão - Eros

Nos dados recolhidos, o Eros demonstrou na avaliação inicial uma fraca capacidade de concentração, incapacidade de repetir pequenas células rítmicas, fraca capacidade de interação, desequilíbrio de postura corporal a nível da simetria, rigidez muscular, refletindo a preferência do Eros para utilizar o lado direito do corpo em detrimento do esquerdo, apresentava-se desmotivado para realizar as atividades.

Na avaliação final (pós-teste) os dados demonstram que Eros apresentou franco progresso, a interação e a capacidade de executar e repetir pequenas células rítmicas. No ponto da postura apesar de Eros progredir na bilateralidade, conseguindo por exemplo utilizar as duas mãos ao mesmo tempo e de forma relativamente independente na execução rítmica, continua a apresentar uma postura assimétrica. Apresentou também uma menor tensão muscular, e maior fluência dos movimentos especialmente na mão esquerda, visto que a direita já é funcional não revelou grande contraste nos dados.

A motivação e o poder de concentração melhoraram substancialmente, o estado anímico de uma forma geral. Apesar da questão não verbal a comunicação com o Eros é relativamente clara, demonstra do ponto de vista da cognição/audição, completamente funcional, pois responde ás solicitações, com objetividade, e compreende o que lhe é dito. Como Emissor Eros só efetua praticamente um tipo de fonema (com a vogal A), que utiliza quando quer chamar a atenção, ou manifestar algo, e serve, quer para referentes positivos, como para referentes negativos. Mas na comunicação direta na maior parte do tempo não emite sons (exceção, nas saudações, quer de "olá" tanto de "adeus", quando mão direita dele aperta o Polgar do TMT, e

condiciona-o, comprimindo-o, sendo difícil faze-lo largar, nessa interação a voz marca a sua posição), utiliza na proximidade os olhos como indicativo do que pretende ou não pretende. Nos dados obtidos por observação indireta (Vídeo), é notório, a forma como ocorre o "dialogo" com o TMT, onde apesar de não totalmente com esta questão em foco, o TMT auxilia e troca os instrumentos, quando o Eros solicita, aparentemente sem confusões de interpretação, resultando numa articulação de fácil realização.

Este processo foi decorrendo sem percalços, ao longo das 33 sessões que apesar de terem no foco muito preciso, na atividade ficou quase sempre ao critério do Eros que instrumentos tocar, chamando a atenção do TMT para aquilo que ia querendo. Coube ao TMT conseguir otimizar quando o foco estava em determinado instrumento precisar de forma ágil qual característica do instrumento, e em que questão MTC se pode apoiar com os objetivos anteriormente traçados, sendo que se a atitude for divertida e leve existem aspetos que estarão sempre a evoluir e a ganhar como indicado na literatura (gordon,2007).

Este processo terapêutico, teria maiores resultados se não fosse uma certa "lacuna tecnológica", que por exemplo, permitiria trabalhar com dados mais concretos e precisos, questões relacionadas nomeadamente com a motricidade fina, potenciando a intervenção a outro patamar, e este ensaio, a outra pertinência literária. A tecnologia musical, nomeadamente recorrendo ao protocolo MIDI, que permite uma recolha de dados sistemáticos, precisos, fundamentais para o progresso da abordagem da MT nestes quadros patológicos, e contribuir para uma contemporaneidade, e equidade no acesso de todos ás ferramentas existentes, e necessárias a cada caso.

Outros casos Musicoterapia individual

Ísis

A Ísis, jovem 18 anos de idade e 1 de utente do CAO, realizou 18 sessões de MT. Portadora de paralisia cerebral, microcefalia, com total incapacidade motora, inserida na Sala DV I.

A MT individual com esta utente foca essencialmente dois aspetos. Conforto sensorial, estimulação cognitiva, quer através de contacto com o som dos instrumentos quanto com texturas e cores.

Devido ao grau de incapacidade (c.98%), seria impossível através dos instrumentos acústicos existentes no setting MTC, recorrer a uma musicoterapia ativa. Isso leva ao 2° ponto do objetivo terapêutico proposto, possibilitar a realização do som por parte da Ísis de forma autónoma e voluntária. Para isso, o TMT recorreu a Softwere e Hardwere (Saggese, 2003) (Corrêa, Ficheman, Nascimento, & Lopes, 2009), através da utilização de um plugin, ferramenta informática de reconhecimento facial denominada TMH_Face OCS, associada ao softwere MAX /MSP (Saggese, 2003), da companhia CICLING 74, funcionando com um computador, MacBook Pro da Aple (de 2009) e webcam integrada, que permite controlar parâmetros musicais através de movimentos faciais, neste caso a boca.

A ferramenta foi adaptada do ponto de vista da programação pelo próprio TMT para se focar só num parâmetro de controlo, a abertura da boca. A ferramenta funciona de seguinte modo, a partir da linha do horizonte, boca fechada, que correspondendo ao silencio, o movimento dos lábios e mandíbula dispara um som

assim que a boca se move no sentido de abertura e os harmónicos da nota inicial surgem e sobem de altura á medida da abertura da boca, de forma exponencial (foram excluídos do processo todos os outros parâmetros possíveis de controlo, como largura da boca, controlo ocular, quer de globo ocular, quer de pálpebra, parâmetros de controlo com as sobrancelhas, tudo isso diferenciado por lados, esquerdo e direito, parâmetros controlados com o queixo entre outros).

As sessões individuais complementaram de forma mais especializada, relativamente ao trabalho realizado nas sessões de grupo, que também integra (DV I). Mas uma dificuldade de trabalhar com a Ísis foi a capacidade de vigília reduzida, adormecida na hora do apoio.

Confrontado com essa questão o TMT optou (com consulta dos seus pares) não a acordar, foi aproveitando os períodos de vigília que ia encontrando nas sessões realizadas na DV I, e na sua sessão caso adormecesse seria sessão de sala.

Não foi fácil em tempo útil franco progresso na capacidade de acionar a ferramenta, nas primeiras vezes que lhe foi apresentada, não se manifestou ou nem se apercebeu que o som era reflexo do movimento da boca. com o passar das sessões, aparentemente, passou a tomar consciência do fenómeno, com uma maior continuidade, e tempo, maximizava o controlo efetivo da ferramenta, forma de Ísis expressar alguma "intenção", reação entre o exterior e o interior de si própria.

A Ísis reagiu muito bem ao som e textura da Guitarra e do Saltério, chegando a vocalizar e suspirar com estes instrumentos, tocar tactilmente e "aparentemente" a Ísis intencionalmente contraira os braços no sentido das cordas.

A MT neste caso resultou numa musicoterapia recorrendo a tecnologia digital sonora, que possibilita a comunicação e expressão de pessoas com este quadro patológico, e uma interação entre o paciente e os outros. Para surtir maiores efeitos, a MT ativa recorrendo novos interfaces digitais, requer tempo para este procedimento demostrar resultados substanciais, maior apoio tecnológico e técnico, poderia levar a MT e a comunicação interpessoal contextualizada temporalmente, historicamente no séc. XXI, revolucionar a MT, nestes casos de extrema incapacidade.

Emílio

Emílio, de 17anos, 1 ano de frequência no CAO, realizou 11 sessões de MT. Com um quadro de comprometimento grave do desenvolvimento global, e requerente de apoio social devido a disfuncionalidade familiar. O Emílio efetua trabalhos exteriores de bricolage e limpeza, no edifício principal, e na Quinta. Os animais é das suas atividades preferidas, e alguns desportos de aventura radicais, como escalada, caminhadas na natureza.

O Emílio integrou a MT a devido ao isolamento, falta de pares com grau cognitivo e identificação social semelhantes. O Emílio potência o confronto com os outros de maneabilidade mental limitada, e perturba os colegas até ser agredido, ele próprio Refere, "quando eles me batem, sinto-me vivo, preciso disso".

Jovem "rebelde" da instituição, e sem referências sociais/familiares que o pudessem satisfazer, foi-lhe sugeriu a integração na MT, ele aderiu logo com entusiasmo, dizendo "tocar guitarra e cantar".

Desde o inicio trouxe textos para a sessão, e "tocar e cantar", esse material começou a ser atividade sistematizada para realização de reportório próprio.

Ao longo das sessões aprendeu alguns acordes para compor as suas canções com a guitarra, e em casa ele também tinha instrumento. Na 11° sessão já dominava cerca de 5 a 6 posições, e demostrava motivação e capacidade de concentração para tentar errar e continuar a tentar até ter algum sucesso.

Pertinente de destaque, ocorreu quando o Emílio teve um ataque de descontrolo emocional e comportamental, confrontado com o SOS medicamente prescrito, para aplicação restrita a este tipo de situações, Emílio pede ao invés da medicação, que o iria por sonolento e letárgico, se podia ir á sala da MT tocar Guitarra. Nesse dia (uma 6f) o TMT não se encontrava na instituição, mas segundo referencia da orientadora de estagio, foi-lhe concedida a hipótese, e passou 2 horas sozinho na sala a tocar guitarra, a equipa referiu que ele saiu autorregulado do ponto de vista mental, e com franca progressão na expressão musical (detetada na sessão de MT a seguir).

Por último referir que o Emílio abandonou a instituição em consequência de alterações no seio da família, sendo impossível prosseguir o processo não chegou a ser devidamente concluído. apesar de isso, é facto que a MT comprovadamente contribui para a redução de medicação ingerida pelo Emílio, e deu-lhe uma ferramenta de autocontrolo que pode usar de forma autónoma.

Cibele

A Cibele 19 anos de idade, recém-chegada ao CAO, realizou 9 sessões de MT. Com diagnostico depressivo, automutilação e tendências suicidas, diversos

internamentos em psiquiatria desde os 10 anos de idade, recém-chegada á instituição em Janeiro de 2018, beneficiou, da vaga do Emílio, e a pedido da equipa técnica e da psicóloga responsável. Por dificuldade com a equipa em acordar nas atividades dos apoios terapêuticos e tarefas do quotidiano, Cibele foi sugerida para a MT. Respeitando o PDI, onde estruturar, regular e responsabilização adequada são objetivos de desenvolvimento pessoal e social.

A Cibele no primeiro contacto com os instrumentos, ia-os destruindo, o TMT, de forma calma refere que "O volume do som não depende da força, mas sim da velocidade das baquetas".

Nessa mesma sessão por observação do registo de Vídeo, observou-se quando o TMT se ausentou que Cibele explorou de forma calma, construtiva e ponderada os instrumentos voltando ao registo inicial assim da entrada do TMT. Este método foi utilizado nas 1°s sessões para perceber como o cliente reage aos instrumentos sem o condicionamento do TMT, saindo e deixando a câmara a filmar, quando o utente já se desligou de estar a ser filmado. Estas imagens permitem ver a "real" atitude do utente perante os instrumentos e som. A Cibele também se interessou pela guitarra, eleita como desafio das sessões.

Neste processo e tendo em consideração fase do desenvolvimento humano vocacionado para a formação, efetuou-se a audição de músicas rápidas e fortes, de diversos géneros, woldmusic, clássica, rock e eletrónica com o carácter de contestação típico da adolescência. O que teve importância na perceção dela relativa á atitude desafiadora e revoltada. Esta atitude teve sucesso depois das sessões, a Cibele ficou

mais regulada. Cibele continuou a com guitarra por iniciativa própria, mas apresenta pouco poder de concentração para conseguir tocar.

Jacinto

Jacinto 54 anos, 1 ano no CAO, beneficiou de 20 sessões de MT.

Devido a um acidente vascular cerebral, que ocorreu aos 50 anos de idade, com 3 anos em internamentos Hospitalares, nomeadamente no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão. hoje com 54 anos o Jacinto apresenta hemiparesia, com paralisia total do lado direito do corpo, comprometimento total da fala, e com um diagnostico depressivo severo.

O Jacinto foi guitarrista e vocalista de vários projetos musicais locais no âmbito da música Rock/pop, mentor de uma banda onde realizou concertos por todo pais, nomeadamente no circuito de concentrações motares abundantes no verão.

No processo de seleção o Jacinto na visita do TMT á sala afastou-se, mas com incentivo do auxiliar o Jacinto voltou. Na 2° fase de seleção a equipa terapêutica insistiu para o integrar na MT, devido á fraca motivação aos apoios terapêuticos já integrados.

O TMT participou numa sessão multidisciplinar de terapia, com o Fisioterapeuta responsável de caso do Jacinto. De início a música estava relacionada com um grande sentimento de incapacidade e frustração relativa á atividade musical, (de salientar um terço de jovens guitarristas da Vila, tiveram aulas ele). Proveniente de uma casa onde música é realizada, pelas bandas que integrou que ainda lá ensaiam (com esperança na recuperação do seu mentor), quer com os projetos musicais dos 2 filhos

adolescentes. Á tomada de conhecimento psicossocial, familiar e musical do Jacinto, o seu caso foi aceite.

O Jacinto denotou duas fases distintas. A fase até á 10° sessão o Jacinto não conseguia exercer uma atividade por mais de 10 seg, após isso, revelava resistência á continuidade, entregando o instrumento ou baqueta ao facilitador. A Inicio o TMT não insistiu na atividade (atitude humanista), mas á 7° sessão, endureceu-se salientando a necessidade, de exercer para melhorar (atitude Behaviorista). No decorrer das sessões a densidade emocional foi-se atenuando e por fim demonstrou naturalmente gosto pelas atividades. Os instrumentos de referencia das sessões foram o Metalofone Orff, Saltério, conga, e guitarra onde o Jacinto executava a mão esquerda e o TMT a direita.

Devido á ausência de prática, durante 3 anos, a mão do Jacinto de inicio não tinha força para pisar as cordas. A pedido, a resposta interdisciplinar da Fisioterapia (Orelove e Sobsey 2004), estabeleceu exercícios de reabilitação localizada da força das mãos, com mecanismo de treino especifico para os dedos, o que fortaleceu os dedos e mão. Nas ultimas sessões conseguia pisar as cordas e fazer alguma passagem entre posições diferentes na guitarra.

Este processo MTC demonstrou resultados, no aumento de tempo substancial em que o Jacinto se concentra numa tarefa, fundamental na neurogénese (Brucia, 2000) (Ferreira & Smith, 2013). O apaziguamento emocional com a atividade musical, e poderá ser relevante na interação Músico-Família. Observa-se também um fortalecimento emocional, e no estado de humor.

Cíntia

A Cíntia também chegou á MT por referência da equipa. de 28 anos idade e frequenta o CAO desde os 18, frequentou de 41 sessões de MT. Portadora de doença metabólica, ã qual alterações emocionais, exposição a sensações fortes, medo ou sustos repentinos, provoca alteração do metabolismo, e se não for medicamente assistida, resulta em choque irreversível e provável morte.

Esta condição resultou num quadro de comprometimento do desenvolvimento intelectual e cognitivo. Frequentes convulsões inevitavelmente acabam em internamentos de consideração medica de Grave. Neste panorama Cíntia desenvolveu um medo constante incapacitando-a de viver normalmente, exemplo demonstrativo é o facto que dorme á mais de 15 anos numa cadeira da mesa da cozinha, com medo e impossibilitando o descanso no quarto.

A Cíntia tem a Capacidade verbal limitada, num estado infantil, de fonética confusa e de difícil compreensão. Escreve o próprio nome de forma lenta e demonstra conhecer mais algumas letras.

Tem gosto por contar contos que vai construindo em livre associação de ideias enquanto finge que lê de um livro infantil. este, foi o mote para o estabelecimento da relação terapêutica. A partir destes contos o TMT iniciava e posterior mente convidando-a explorar os sons dos instrumentos.

A Cíntia aderiu a tocar metalofone Orff enquanto entoava o "jingle Bells " de forma circular. A conga e o Piano elétrico também foram utilizados.

O objetivo pratico a par dos inerentes da MT, de âmbito psicológicos e em articulação com o PDI, através do canto como reforço comportamental, potenciar a clareza da articulação, respiração e resultante fonética.

Foram introduzidos jogos fonéticos de acentuação das diversas vogais, baseadas no princípio do triângulo das vogais. Estes exercícios e os desenvolvimentos propostos a divertiram. Reagir ás atividades, diferencia muito do registo normal da Cíntia que num medo constante, e reserva, tendo no seu dia a dia a expressão "calma, muita Calma".

Musicoterapia em Grupo

A APERCIM divide os seus utentes por grau de dependência, salas oficionais, e salas denominadas de "Dolce Vita" onde se reúnem os casos mais dependentes e sem possibilidades de desenvolver trabalho propriamente dito. A MT em grupo foi realizada em 3 grupos, a sala DV I (Dolce vita I) e a sala DV II, formados em sala de utentes de quadros clínicos variados mas com o grau de dependência idênticos, tendo a DVI a com maior grau de dependência (grau de incapacidade a rondar os 97%, em media). A DV II é composta por utentes com grau incapacidade rondando os 90% a 95%). Com o decorrer dos trabalhos na sala DV I, e sobre orientação da supervisão universitária, este transformou-se em trabalho individualizado, O grau de comprometimento dos pacientes demonstrou que o conceito de "grupo MTC" não seria abordagem eficiente.

A reorganização de salas no início do ano, altura essa onde se procede á reorganização na instituição. Nessa reorganização, na DV II existiu apenas a entrada

de um novo integrante e a saída de outro, na DV I o grupo inicial se manteve intacto, acrescido da entrada de mais 4 utentes, o foco permaneceu continuado com os iniciais, e os novos são integrados, nas secções que ocorrem em sala.

O grupo III, constituído por três jovens adultos com problemas relacionados com perturbações do espectro do autismo, e défices cognitivos (provenientes de salas de ofícios). Este grupo acabou por ser desfeito, devido a uma inconstância de assiduidade de um dos integrantes, trabalho ficou muito repartido, como dois grupos diferentes com, ou sem o referido integrante. Posteriormente a reorganização de Janeiro da instituição tornou impossível de todo proceder á continuidade dos trabalhos.

Grupo - DV I

O grupo DV I, Sala de início com 4 integrantes do sexo feminino com idades entre os 18 e os 53 anos, foi o que teve o Processo mais complexo e requereu flexibilidade da parte do TMT.

A DV I foi selecionada pela escassez de respostas terapêuticas por parte da instituição, São na sua totalidade não verbais com défices cognitivos muito baixos, e de pouca a nenhuma capacidade de controlo motor.

Numa primeira fase tentou-se a formação de um grupo MTC, ideia essa que foi abandonada e substituída por trabalho individual, por se perceber que não existiam condições e capacidades para ser possível a curto prazo. Sendo que o grupo se mantinha em sala a usufruir num ponto de vista recetiva da MT. Devido á impossibilidade de manuseamento autónomo dos objetos pelos utentes, o TMT, na impossibilidade de poder ter outro terapeuta no auxílio á sessão, e apesar da eventual

participação na sessão dos auxiliares de CAO, recorreu a música previamente selecionada e gravada como apoio sonoro harmónico estável, ao desenvolvimento de expressões de movimento e ritmo por parte dos utentes com auxilio do TMT. É de salientar que em dois dos casos, os utentes não podem ser largados por motivo de segurança, pois assim que se libertam, se auto agridem, num caso a utente tem de ter sempre luvas tipo saco almofadado("luva de Boxe") para não se arranhar na face, onde apresenta as marcas de anteriores incidentes, e a outra tenta engolir as mãos assim que são libertadas. Na impossibilidade de exercer uma MT assistida por dois TMT num estilo idêntico ao Nordoff -Robbins (Nordoff and Robbins 1971), o recurso á música previamente selecionada e gravada foi indispensável (Muñoz 2008).

O estabelecimento de relação foi um processo lento mas consistente, e rapidamente se alcançou uma atividade diferenciada e personalizada consoante as capacidades com cada um. Jogos de sentir com a mão instrumentos de metal e mais frios, e os mais "quentes" como os instrumentos de madeira, ou até a cara do terapeuta (mais quente) enquanto canta, ou baseados em movimentos de expressão corporal, em contingência sonora, ou ainda uma simples "massagens" sonora envolvendo a utente no centro de um circulo de sons com Gongos com toques leves ou massagem física com resultado sonoro através de uma espécie de maraca envolvida com varias linhas de esferas que se movem e produzem som enquanto se passam pelo corpo do utente (braços, costas etc.)

Na DV I Foram efetuadas 41 sessões, estas estenderam-se durante a primeira forma, por 1hora por dia de estagio (3 vezes por semana), e a partir do abandono da ideia de "Grupo MTC" ampliou-se para 2 a 3 horas por dia de estagio, onde o TMT

depois de providenciar um conforto sensorial a todos os presentes na sessão, se dirigia a cada um e dedicava a atenção individual , e ás atividades especificas de cada um. Estas intervenções tiveram em consideração o estado anímico e de saúde de cada um a cada dia, pois eles nem sempre estavam em vigília, ou apresentavam desconforto, que impossibilitava os trabalhos. Sempre que possível o TMT retornava ao mesmo utente mais que uma vez durante a sessão.

Com a remodelação de Janeiro da instituição 4 novos membros integraram a sala, estes foram também integrados nas atividades mantendo o foco terapêutico nos primeiros. Deram entrada 3 clientes do sexo masculino e uma do sexo Feminino com idades entre 21 e os 37 anos, que apesar de terem uma condição cognitiva similar, possuem em média uma maior mobilidade o que tornou as sessões gradualmente mais interativas entre os elementos, chegando-se a formar espontaneamente pequenos duos esporádicos e de curta duração.

Conclusão - Grupo DV I

Penso que o trabalho foi produtivo existindo progressos especialmente anímicos de forma geral, pequenos passos e desafios de conectividade e motores deram também os seus primeiros passos, e tem muito potencial de progressão num trabalho mais continuado no tempo, que um estagio desta dimensão não permite concluir. A observação dos dados revelou melhoria no humor, diminuição de tenções nervosas/musculares, Foi também importante este trabalho em sala para a alteração de perceção dos auxiliares sobre as pequenas capacidades dos utentes, que devido á sua baixa formação académica e profissional, por vezes, apresentam pré-conceitos e

comportamentos nem sempre "sensíveis" aos utentes, e que ao serem também incluídos nos trabalhos progrediram nesse relacionamento, reforçando influencia da MT no conceito de sistemas sociais hierárquicos em camadas (Anderson at all,1986).

Grupo - DV II

A Sala DV II realizou 20 sessões de MT, inicialmente 8 utentes, 2 do sexo masculino e 6 do sexo feminino com idades dos 18 aos 48 anos, e mais um que entrou em Janeiro do sexo masculino com 36 anos, que substituiu outro que saio. São jovens adultos e adultos com comprometimentos graves quer motores quer cognitivos maioritariamente num quadro de multideficiência, síndromes raros, esclerose múltipla, entre outros e apresentam em media na condição de não verbal, ou Verbal mas limitadamente primária, um utente é parcialmente surdo, e uma utente invisual.

Neste grupo apesar de também sofrerem de quadros patológicos muito graves, são bastante diferentes dos utentes da DV I, o que, com raras exceções, possibilita uma interação musical entre os membros do grupo.

As atividades realizadas em sala dividiam-se em três partes, realizadas em sessão continua organizadas com cerca de meia hora cada uma. Primariamente enquanto se estabiliza e organiza os utentes, recorreu-se a música para relaxamento e enquadramento anímico para a atividade em questão. Enquanto foram decorrendo as sessões, os utentes já antecipavam o que se ia fazer, e este processo tornou-se mais curto á medida do tempo, sendo que a partir da 8° sessão quase já não era necessária esta fase pela estabilidade, mas sim pelo relaxamento. Neste procedimento utilizou-se música previamente selecionada, e música tocada ao vivo

(Muñoz 2008). Neste processo, e á medida da vontade deles, incentivou-se o contacto e o acionar dos sons dos instrumentos musicais, e sua distribuição. Iniciava-se então, uma 2° fase dos trabalhos onde se explora sonoramente os vários instrumentos e sobre orientação da Guitarra e voz do TMT. Assim se desenvolve música improvisada em grupo acentuando musicalmente os sons produzidos pelos utentes, especialmente os fonéticos (Muñoz 2008), pois nem todos se podem dizer de verbais. Á medida do tempo foram-se estabelecendo preferências notórias por determinado utente a um determinado instrumento, essa relação foi reforçada e normalmente esse instrumento iniciava as sessões nessas mãos.

As sessões decorreram de forma uniforme e a motivação para a participação na música, esteve sempre presente. Por vezes recorreu-se aos temas propostos pela equipa auxiliar (refletindo o conhecimento dos funcionários em relação á vivencia e aos gostos musicais dos clientes). Também de salientar neste ponto que alguns dos auxiliares de sala já trabalham com os mais antigos na instituição desde a fundação (c. De 20 anos), e tem bastante conhecimento do meio envolvente, quer social quer familiar. Quando possível de comunicar interpretava-se as sugestões musicais feitas pelos próprios (quando foi possível a compreensão das músicas, os temas referidos, foram o "apita o comboio" ou "Rosa arredonda a saia" ou o "Zumba na caneca", entre outros).

Estes temas foram abordados de formas expressivas diferenciada, se num 1° momento seria sugestionado um tempo lento, num 2° momento tocava-se rápido, ou com acentuações dinâmicas ludo-agógicas etc. O TMT na opção estilística, tentou sempre exercitar a capacidade de integrar os sons emitidos, e induzir reforçando a

célula rítmica mais diferenciada, respeitando a estética dos utentes, reforçando-as positivamente.

Normalmente o grupo alterava em contingência a sua agógica e integrar o som produzido, e quando ocorria um som, ou a falta dele, fora do padrão (independente da causa dessa interrupção), esse elemento era normalmente integrado na base do ostinato rítmico de base com a constante âncora na nota pedal. Sem grande censura sonora, o TMT incentivou as ocorrências sonoras, involuntárias e voluntárias, levando em cúmulo, á integração de espirros e reflexos sonoros na improvisação musical.

Este procedimento resultou muitas vezes em um melhor estado da disposição geral do grupo, que apesar das suas grandes limitações quer comunicativas como cognitivas, apresentam grande sentido de humor, espalhando-se frequentemente dum suave riso até á gargalhada generalizada, consoante os eventos mais ou menos divertidos ocorram. Neste momento é pertinente referir que nesta sala de CAO o ambiente acústico normal e constante durante todo o dia é de lamúrias, com um grito constante com uma frequência de 30 em 30 segundos em media ,(HEII) este som é um elemento constante durante o dia, somando as tentativas de pontapear uma porta , enquanto refila em voz alta, por parte de outro, e mais uma série de sons e fonemas dissonantes, que tornam esta sala a mais "poluída " do ponto de vista sonoro na instituição.

Esta qualidade do espaço acústico da sala tornou-se mais harmonioso (apesar do volume por vezes não ser facilmente controlável), e esse sentido de conforto sonoro da sala manteve-se normalmente pelo menos no resto do dia de atividades em sala, como foi inúmeras vezes referido pelos auxiliares de CAO. Estes, neste caso foram

imensamente cooperativas com as atividades e motivados para participarem também. Esta participação teve como objetivo em similaridade com o grupo da DV I, de reforço de relação entre funcionários e utentes, a todos os níveis do relacionamento, nomeadamente a nível do respeito, e de criação ou reforço de "cumplicidades" entre os indivíduos.

Conclusão - DV II

Os dados revelam um melhor ambiente, em sala em consequência da intervenção, o estado de humor melhorou e o bem-estar de um modo geral, estas melhorias abrangem desde a regulação de comportamentos conflituosos, ou ações perturbadoras do meio envolvente e/ou dos outros, até á melhoria da condição do ambiente sonoro, sendo reduzidos substancialmente os sons mais negativos, quer em volume quer em frequência. Melhoria na relação interpessoal dos envolvidos no sistema da sala, incluindo pessoal auxiliar, que demonstraram grande satisfação com os resultados e o que isso poderá representar na sua própria qualidade de condições de trabalho. Esta resultado reforça de novo a influencia da MT no conceito de sistemas sociais hierárquicos em camadas (Anderson&all, 1986).

A ampliação dos estímulos em atividades de grupo, mostrou-se positivamente possível com este tipo de população. O tempo em da intervenção MTC realizada, foi curto, o TMT salienta a continuidade e regularidade deste trabalho para uma maior consolidação, eficácia, e resultados mais expressivos e potenciadores de uma melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e do grupo.

Grupo III

Este grupo foi composto por 3 jovens, 2 com problemas do desenvolvimento e défice cognitivo um rapaz de 24 anos e uma rapariga de 18, e 1 integrante masculino diagnosticado com um quadro do Espectro do autismo, com a idade de 21 anos.

Incluídos nas atividades do CAO á 6, 1 e 3 anos respetivamente, ao todo, e resultado das contingências vividas por este grupo, só foi possível realizar 13 sessões, de MT, e infelizmente, o processo foi interrompido precocemente.

Na 1ª fase de seleção de integrantes da MT, estes 3 membros de uma das salas de atividades do CAO (restauro), destacaram-se na vontade de fazer música, e o relacionamento sonoro entre eles mostrou-se interessante entrando 2 dos referidos numa franca conversa rítmica reforçada com muitas gargalhadas e boa disposição (exagerada, mas inócua numa perceção comum). Na segunda fase de seleção a equipa terapêutica refere que a música era de facto uma situação que normalmente os motivava, e considerando também questões de relacionamento em sala, confirmavam-se á equipa terapêutica bons candidatos á MT.

Este grupo foi o de funcionamento mais irregular, pois a partir da segunda/terceira semana, uma mãe decidiu que o seu filho deixava de frequentar a APERCIM ás 5Fs (seu dia de folga) que era um dos dias destinados ao apoio MTC, o que criou logo um desequilíbrio no grupo, pois á 2f eram 3 elementos e á 5f eram 2. Não obstante, o trabalho foi decorrendo até que com a remodelação de Janeiro da instituição, os próprios horários de apoios foram reorganizados e levaram a que a utente, á 2f fosse para a quinta da instituição, e isso, desfez a hipótese de grupo MTC. A soma destes fatores resultou no fim precoce deste grupo.

Em contrapartida, e enquanto funcionou, o trabalho realizado foi bastante produtivo, e concentraram-se nas atividades com um total empenho e adesão.

Criou-se uma "Música da MT" com texto criado pelo grupo, e um refrão que nos acompanhou em todas as sessões "tirotirotiro" também fruto da inspiração de um deles, que exaustivamente era executado em varias alturas e padrões melódicos. Explorou-se a acústica dos instrumentos, e a improvisação teve bastante presente na rotina da sessão. Algumas canções também foram instaladas, recorreu-se a jogos rítmicos, e existiu progresso na noção de grupo, sendo que, o estado mental e a energia do elemento portador de doença de espectro do autismo, que por vezes, demasiado agitado, condicionou um pouco o conforto dos outros elementos em algumas sessões. Noutras mostrou-se bastante cooperante, empenhado na atividade e apresentando momentos de franca e construtiva interação quer com o grupo quer com o TMT.

Nas sessões de 2F sem o referido elemento o duo restante foi mais harmónico no seu relacionamento, quer pessoal quer musical, existindo mais espaço acústico para a sua expressão musical.

Sendo que os trabalhos foram interrompidos de forma involuntária, a sua conclusão não foi a adequada, factor esse preocupou o TMT e, em consideração manteve o contacto o mais regular possível, nas outras intervenções nas rotinas da instituição, com especial atenção a utente do sexo feminino, a mais afetada pelo fim do processo.

Atividades pontuais

Durante o estágio o TMT foi solicitado a organizar e realizar eventos.

O 1° realizou-se no dia 22 de Outubro de 2017, dia em que se inaugura o jardim sensorial, num momento de Música improvisada nos instrumentos musicais de jardim, inaugurados nessa ocasião, dirigindo e interagindo, com utentes portadores de T21, em apresentação publica. Sob o nome de João Sol, apresentou um concerto com a participação dos TMT, Gil Henriques, e Daniel Palacios, vencedores do premio do Hino Europeu da MT de 2017, e convidada musical especial a cantora Guida Jacob.

O 2° evento realizou-se a 16 de Dezembro, e consistiu na realização da festa de natal, onde se apresentou música realizada pelos utentes, e se cantou alguns dos temas introduzidos nos recreios da instituição pelo TMT, Nomeadamente o tema "mau tempo não é quando chove, mas sim quando estamos zangados" (autoria coletiva PIM Teatro), o qual serviu de elo de união vocal entre todos os utentes e funcionários da APERCIM. Perspectiva sistémica e comunitária (Anderson & all, 1986).

Conclusão Reflexiva

Os objetivos foram em grande medida alcançados. A APERCIM, durante este estágio teve um contributo para a diversificação de respostas terapêuticas, e a MT representou momentaneamente solução para abranger os grupos de utentes mais debilitados da instituição, a DV I e a DV II, que por poucas hipótese de progressos nas suas condições e debilidades, são de terapêutica a longo prazo, pois quer conscientes ou não, a lógica "pragmática" tende-se aos de quadro clinico com potencial de progressão. Na impossibilidade de poder abranger todos de igual modo, estes mais inativos, esvaindo-se as pequenas possibilidades de progressão nas debilidades, e na sua qualidade de vida. De uma forma geral a condição dos utentes melhorou animicamente, em funcionalidade, apresentando um contraste positivo e atitude entre o início e o fim do processo.

Todos em algum ponto ficaram melhores.

Um aspeto/resultado que de facto me surpreendeu foi não existir nunca um declínio de entusiasmo, sempre com motivação e o empenho nas sessões. De salientar o resultado na redução de sintomas, e possível redução da necessidade de fármacos, este objetivo alcançado visivelmente nos casos Ícaro, Cíntia, Emílio, que episódios e dados já relatados confirmam.

É um desafio sentir-me TMT de uma instituição desta dimensão, pois neste cenário é necessário ser-se flexível, ter capacidade de efetuar a leitura do espaço

envolvente, intuir, e reagir adequadamente ás situações que vão surgindo. Responder ás necessidades da população e da instituição e a cada caso, alterar a conduta e estratégia, á diversidade de características dos utentes, em que cada ação é diferente da anterior, e em constante mutação.

Poderia ter um só tipo de utente, foi-me aconselhado, pela orientação e supervisão, mas, desse modo seria o TMT de um subsector da APERCIM, até poderia ter resultados de maior expressão quantitativa se me "especializasse", mas como diversifiquei os moldes sobre os quais trabalhei, deu-me a capacidade e noção da diversidade de hipótese. Fui o TMT da instituição e não só dos que me foram atribuídos, prova disso são as diversas interações continuadas com outros utentes, que não eram meu casos, criamos os momentos, também musicais que caracterizam cada uma dessa relações, fomentando uma visão sistémica de união pela música e a influencia da MT no conceito de sistemas sociais (Anderson & all, 1986).

Um aspeto difícil de discernir e equilibrar foi a dialética entre as referências teóricas das próprias da MT, as necessidades e noções da instituição, e as necessidades únicas de cada caso, por vezes, o TMT, encontrou-se em situações, que teve de relativizar o rigor teórico, assumindo assim uma atitude de uma "flexibilidade teórica", refletindo impulsos de uma intuição terapêutica, humana, pedagógica e artística.

Acresce-se a proposta estratégica do TMT de incutir a pertinência funcional e a necessidade, tanto de MT em "gabinete", mas também nos diversos cenários e SOS's, a regular descompensações dos mais diversos tipos, com a guitarra e voz, estabilizar e ajudar a regulação de alguns utentes fora do espaço da MT. Tenho também como

ponto bastante positivo o facto de ter realizado trabalho com a Ísis, no caminho da MT assistida tecnologicamente, com o Software MAX/MSP by cicling74 (Saggese.2003), que permite infinitas hipóteses (literalmente), e que necessita de tempo aplicado pelos técnicos da terapia para realizar o potencial que lhe é visceral. Penso mesmo que o futuro da profissão tem de passar em larga medida pela sua atualização tecnológica, e penso que mesmo no âmbito deste estágio poderia ter utilizado mais este tipo de recurso. Sei que os utentes, instituições, universidades e a comunidades de uma forma geral, o anseiam e irão providenciar, consciente ou inconscientemente este progresso para a equidade civilizacional.

Tirei deste estagio muita experiencia, pois o facto de com grupos, e de forma individual, com moldes diversificados consoante as situações, desde a MT em sessões curtas nos casos de maior debilidade e menor capacidade de concentração (DV I), aos efeitos de semi-transe das sessões prolongadas de fim de dia com o Ícaro, ou do contraste entre a força da Cibele ou a fragilidade de Cíntia, a frustração do Jacinto ou o entusiasmo do Eros com a mesma guitarra. É de salientar também a reação da população, tantos dias entrei na APERCIM de forma discreta, mas que a cada passo que dava estava rodeado de boa disposição, onde quase todos faziam questão de proceder aos individuais rituais sonoros de cumprimento.

Relativamente aos modelos teóricos, sinceramente não sei… Sou sensível a mais que um modelo, e unânime a todos é, que a música cura. Afirmo, sou músico, e não incorporo quezílias da psicoterapia, pois a Música é incólume a essas questão, Música é uma Arte, e é um poder de cura, per si. Por isso somos Musicoterapeutas, em vez de Psicoterapeutas musicais.

Como me disse em 2008, em Évora o próprio Gregory Taylor criador do MAX/MSP by cicling74, quando me formou… "hit the limits of the usual" & "To trust".

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amaral, I. & Nunes,C. (2008), Educação, Multideficiência e Ensino Regular: um Processo de Mudança de Atitude. Diversidades, pp. 4-9).

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5ª ed. *American Psychiatric Publishing*, 101–05.

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

Anderson H.; Goolishian H. A.; Windermand L.(1986)PROBLEM DETERMINED SYSTEMS: TOWARDS TRANSFORMATION IN FAMILY THERAPyl Journal of Strategic and Systemic Therapies: Vol. 5, No. 4, pp. 1-13.

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

Bergson H. (1974) Introdução à metafísica. São Paulo: Abril Cultural, 1974. (Os Pensadores)

Brucia, K. E. (2000). *Defenindo Muicoterapia.* Rio deJaneiro: Enelivros.

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

Chong H. L., Cho S., Leong E. & Kim S. J. (2013) inger exercise with keyboard playing in adults with cerebral palsy: A preliminary study. J Exerc Rehabil.

Collaborators, G. B. (5 de junho de 2015). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Londres: Lancet.

Contreras, M. D. C. & Valência, R. P. (1997). A criança com deficiências associadas. Rafael Bautista (Coord.) Necessidades Educativas Especiais. Dinalivro: Lisboa. 1.a Edição

Corrêa, A., Ficheman, I., Nascimento, M. d., & Lopes, R. (2009). Computer assited music therapy: a case study of an augmented reality Musical sistemfor children with cerebral palsy rehabilitation. *Ninth IEEE Internacional Conference on advanced Learning Technologies*, (pp. 218,219,220). São Paulo.

Correia, L. (2008) inclusão e necessidades educativas especiais: um guia paa educadores e professores 2ª edição. Porto editora.

Cunha R.&Volpi S.(2008), A PRÁTICA DA MUSICOTERAPIA EM DIFERENTES ÁREAS DE ATUAÇÃO. R.cient./FAP, Curitiba, v.3, p.85-97, jan./dez. 2008 85

Fels, S., & Lyons, M. (2011). *Advances in New Interfaces for Musica Expression*. ACM SIGGRAPH. Vancouver, British Columbia, Canada.

Ferreira F. (2009) um olhar sobre o funcionamento das unidades de apoio à multideficiência no distrito de Braga. Dissertação para o mestrado em Educaçao especial. Univercidade portucalense infante D. Henrique. Porto.

Ferreira, M. d., & Smith, M. P. (2013). *A musicoterapia na reabilitação de pacientes com paralisia cerebral.* Faculdades Metropolitanas Unidas.

Freitas, C., Luís, H., & Ferreira, L. (2000). Vivências dos pais enquanto cuidadores de um filho com esquizofrenia, Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende, no âmbito do 2 °Curso de estudos superior Especializados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Lisboa.

Fukui H, Toyoshima K.(2008) Music facilitate the neurogenesis, regeneration and repair of neurons. Med Hypotheses.

Gordon A. M., Schneider J. A., Chinnan A., Charles J. R. (2007). Efficacy of a hand–arm bimanual intensive therapy (HABIT) in children with hemiplegic cerebral palsy: a randomized control trial.Division of Physical Therapy, Emory University School of Medicine, Atlanta, GA, USA.

Groux, S. L. (2009). Towards an Emotion-Driven Interactive Music System: Bridging the Gaps Between Affect, Physiology and Sound Generation. *Elsevier*.

Guimarães M. B. L.(2001) Intuição, pensamento e ação na clínica, Convênio Fundação Oswaldo Cruz/Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro 2001

Hazlett, R. L. and Benedek, J. (2005) ,Measuring the emotional reaction to passive first impression of software. In Proc. Designing Pleasurable Products and Interfaces Eindhoven, Netherlands, Springer-Verlag

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

Hyun-Joo, N., & Soo, Y. (2009). Effects of Listening to Music on Auditory Hallucination and Psychiatric Symptoms in People with Schizophrenia. *J. Korean acad nurs*.

Kirk, S. A. E Gallagher, J.J. (1996). Educação da criança excepcional. Martins Fontes. São Paulo

Kornusky, J. (2016). Music Therapy and Schizophrenia. *Cinahi Information Systems*.

Lambert M. (1989)The individual therapist's contribution to psychotherapy process and outcome. Article *in* Clinical Psychology Review 9(4):469-485

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

Madureira, I. e Leite, T. (2003). Necessidades educativas especiais. Lisboa: Universidade Aberta.

Moghaddam B. Javitt D. (2012) From Revolution to Evolution: The Glutamate Hypothesis of Schizophrenia and its Implication for Treatment.*Neuropsychopharmacology* volume37, pages4–15

Muñoz Polit Dr. Victor (2008)"Musicoterapia humanista: um modelo de psicoterapia musical humanista". Edições de libra. México D.F

Music Therapy as a Therapeutic Resource for Mental Health. (2013). *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental* , v.5, n.12, p.94 -117.

Najavits, L. M. (1997). Psychotherapists' implicit theories of therapy. *Journal of Psychotherapy Integration, 7*(1), 1-16.http://dx.doi.org/10.1037/h0101137

National Information Center for Children and Youth with Disabilities. (2001, September). Related services (2nd ed.). *News Digest, ND16.* Retrieved August 21, 2003, from www.nichcy.org

National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (s.d.). *Cerebral Palsy: Hope Through Research*. Obtido de https://www.ninds.nih.gov/Disorders/Patient-Caregiver-Education/Hope-Through-Research/Cerebral-Palsy-Hope-Through-Research.

Neeb, K. (1997). Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental. Loures: Lusociência Editora

Norcross JC[1], Karpiak CP, Lister KM.(2005) What's an integrationist? A study of self-identified integrative and (occasionally) eclectic psychologistsJ Clin Psychol. Dec;61(12):1587-94.

Nunes, C. (2001), Aprendizagem Activa na Criança com Multideficiência – Guia para Educadores. Lisboa: Ministério da Educação. Departamento de Educação Básica.

Pangolino D. Cavalier A.(2014), Dai suoni del corpo alla musica elettronica: differenti tipologie di strumentazione e il loro utilizzo nelle sedute di Musicoterapia. presso "Casa della Musica" di Genova

Paul Nordoff y Clive Robbins (1971). Therapy in Music for Handicapped children. Londres: Victor Gollanz.

Peng, S.-M., koo, M., & Kuo, j.-c. (2010). Effect of Group Music Activity as an Adjunctive Therapy on Psychotic Symptoms in Patients With Acute Schizophrenia . *Science direct*.

Orelove, Fred P., Ed.; Sobsey, Dick, Ed.; Silberman, Rosanne K., Ed. (2004) Educating Children with Multiple Disabilities: A Collaborative Approach. Fourth Edition. *Brookes Publishing Company*

Oskoui, M., Coutinho, F., Dykeman, J., Jetté, N., & Pringsheim, T. (2013). An update on the prevalence of cerebral palsy: a systematic review and meta-analysis. *Developmental Medicine & Child Neurology 55 (6)*, 509–19.

Rolvsjord R., Gold C. &Stige B.(2009) Research Rigour and Therapeutic Flexemibility: Rationale for a Therapy Manual Developed for a Randomised Controlled Trial Pages 15-32

Saggese, J. A. (2003). *BRINGING MUSIC TECHNOLOGY TO MUSIC THERAPY: USING MAX/MSP AS A THERAPEUTIC AGENT.* New York: New York University.

Scazufca, M. (2010). Abordagem familiar em esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* São Paulo.

Smith, D.D. (2008)Introdução à educação especial: ensinar em tempos de inclusão. 5ª edição, Artmad. Porto Alegre.

Sousa, A. D., & Sousa, J. D. (2010). MUSIC THERAPY IN CHRONIC SCHIZOPHRENIA . *Journal of Pakistan Psychiatric society*.

Soumtra Bhat. (2010). *TouchTone – An Electronic Musical Instrument for Children with Hemiplegic Cerebral Palsy.* Delft, Nethelands: Delft University of tecnologiy.

Stricker, G. (2010). A second look at psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration, 20*(4), 397-405.http://dx.doi.org/10.1037/a0022037

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

Tseng, P.-T., & All, a. (2016). Significant treatment effect of adjunct music therapy to standard treatment on the positive, negative, and mood symptoms of schizophrenic patients: a meta-analysis . *BMC Psychiatryv.*

Ulrich, G., Houtmans, t., & Gold, C. (2007). The additional therapeutic effect of group music therapy for schizophrenic patients: a randomized study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*

Yang, W.-Y., Li, Z., Weng, Y.-Z., Zhang, H.-Y., & Ma, B. (1998). Psychosocial rehabilitation effects of music therapy in chronic scizophrenia. *Hong Kong J Psychiatry*

Vaillancourt, G.(2012) Music therapy: A community approach to social justice. Concordia University, Creative Arts Therapies Department, Fine Arts Faculty, Montreal, Quebec, Canada

Van Os J, K. S. (Agosto de 2009). Schizophrenia. *Lancet* , pp. 635–45.

ANEXO A

ASSOCIAÇÃO PARA EDUCAÇÃO E REABILITAÇÃO DE CIDADÃOS INADAPTADOS DE MAFRA
Instituição Particular de Solidariedade Social
Contribuinte. Nº 503 280 925

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo)
[Este modelo destina-se a ser adaptado a cada caso concreto e os itens e sugestões nele contidos não esgotam os termos e possibilidades que cada investigador queira utilizar para o tornar mais claro. O documento utilizado representa uma forma de "contrato" entre investigador/a e participante, por isso cada parte fica com uma via assinada por ambos – o primeiro "outorgante" guarda-o para provar que pediu e obteve consentimento perante eventuais auditorias; o segundo "outorgante" guarda-o para reler, revogar se assim o entender ou reclamar se verificar eventual incumprimento do garantido. A linguagem a utilizar deverá ser tão simples quanto possível, livre de termos técnicos (exceto quando os participantes forem profissionais de saúde) e globalmente adequada à literacia dos participantes a recrutar.]

Estágio de Mestrado em Musicoterapia

O estágio de mestrado em Musicoterapia ministrado pela Universidade Lusíada de âmbito académico, vai ser realizado na Apercim – Associação para Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Mafra e tem como orientadora a Prof. Ana Poção.

"Musicoterapia é a utilização da música e/ou dos seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) por um musicoterapeuta qualificado, com um cliente ou grupo, num processo de facilitação e promoção da comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas.

A Musicoterapia tem como objetivo desenvolver potenciais e/ou restabelecer funções do indivíduo 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".

Este estudo não terá qualquer encargo para a Instituição ou clientes intervenientes e teve parecer positivo da equipa técnica do Centro de Atividades Ocupacionais da APERCIM.

Será garantida a confidencialidade dos dados recolhidos durante o estudo que serão apenas utilizados para uso académico e utilização interna na Apercim, nomeadamente fotografias e vídeos das sessões realizadas. Em qualquer momento do estudo poderá recusar em participar sem qualquer tipo de consequência.

Por favor, leia com atenção a informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Orientadora Prof Ana Poção _____

Estagiário João Lopes _____

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: … … … … … … … …... … … … …... … … … … … … … … … … … …

Assinatura:… … … … … … … …... … … … … ... … … … … … … Data: … / … /…
SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE
(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

NOME: …
BI/CC N.º: ..... VALIDADE … / … /…
GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO**:** … … … … … … … … … …

Assinatura… Data: … / … /…

ANEXO B

FICHA DE DADOS PESSOAIS E CLINICOS - Musicoterapia

NOME DO UTENTE:
_____IDADE:_____

NO CAO DESDE: _____

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

ANEXO C

REGISTO DE SESSÃO INDIVIDUAL – MT

NOME DO UTENTE: _____

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

DATA: _____TERAPEUTA:_____

ANEXO D

Legenda de dados: 1 não ocorre; 2 ocorre pouco; 3 ocorre; 4 ocorre frequentemente; 5 ocorre sempre; - não se aplica; X dados não obtidos.

AREA COGNITIVA

	ÍCARO		EROS		JACINTO		EMÍLIO		CIBELE		CÍNTIA		ÍSIS	
Avaliação	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final
Localiza o som	5	5	5	5	5	5	5	x	5	5	5	5	4	5
Compreende e cumpre tarefa simples	5	5	2	4	1	3	4	x	5	5	4	5	1	2
Conhece música do seu ISO	5	5	5	5	5	5	5	x	5	5	5	5	-	-
Vocaliza canções do seu ISO	4	5	1	1	2	3	3	x	5	5	3	4	-	-
Recorda vivências associadas canções	5	5	-	-	-	-	4	x	5	5	2	2	-	-
Sugere canções	5	4	-	-	2	2	5	x	5	5	3	3	-	-
Permanece na atividade	4	5	2	4	2	3	3	x	3	4	3	4	-	2
Completa a canção com a palavra em falta	4	5	-	-	-	-	4	x	4	4	2	3	-	-

AREA EXPRESSÃO MUSICAL

	ÍCARO		EROS		JACINTO		EMÍLIO		CIBELE		CÍNTIA		ÍSIS	
Avaliação	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final
Autonomia musical	3	5	2	4	1	2	5	x	5	5	3	5	-	1
Capacidade de improvisação	4	5	1	3	1	2	3	x	3	3	2	4	-	-
Interage musicalmente	4	5	2	3	1	3	2	x	2	2	3	4	-	-
Ritmo no tempo	3	4	3	4	2	3	3	x	3	4	3	4	-	-
Expressa emoções na sonoridade	4	5	1	1	1	2	4	x	4	4	3	4	-	-
Canta	3	3	1	1	1	2	4	x	4	4	3	4	-	-
Repete Músicas	2	3	1	3	1	2	2	x	2	2	4	3	-	-
Cria as suas letras	3	3	-	-	-	-	4	x	4	4	3	4	-	-

AREA SÓCIO-EMOCIONAL

	ÍCARO		EROS		JACINTO		EMÍLIO		CIBELE		CÍNTIA		ÍSIS	
Avaliação	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final
Disponibilidade para a sessão	4	5	4	5	3	5	5	x	5	5	3	5	2	3
Comportamento inadequado	2	1	1	1	1	1	2	x	3	1	2	1	-	-
Interage com estratégia	1	1	1	1	1	1	3	x	3	2	1	1	-	-
Mantem o contacto visual	2	5	3	4	5	5	4	x	5	5	3	4	2	3
Expressa emoções associadas canções	4	5	4	4	4	4	4	x	5	5	2	4	2	2
Sinais de ansiedade	5	2	2	1	4	2	3	x	4	3	5	3	3	2
Sinais de depressão	4	3	3	2	5	4	3	x	5	4	3	2	4	3
Iniciativa	2	4	2	4	1	3	4	x	4	4	2	4	-	-

AREA SENSÓRIO-MOTOR

	ÍCARO		EROS		JACINTO		EMÍLIO		CIBELE		CÍNTIA		ÍSIS	
Avaliação	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final
Movimentos com total amplitude	3	4	2	3	2	3	5	x	5	5	3	5	-	2
Movimentos no tempo	4	5	3	4	3	4	5	x	5	5	3	4	-	2
Tocar e cantar em simultâneo	1	2	1	1	1	1	3	x	3	3	3	4	-	-
Manipulação do instrumento	4	5	3	4	2	4	4	x	4	4	3	4	-	2
Manipula o Inst. Com as duas mãos	2	3	1	3	-	-	4	x	2	3	2	4	-	-
Movimento fluido	4	5	3	4	2	3	4	x	4	4	4	4	-	-
Assertividade	4	5	3	4	2	3	5	x	5	5	3	4	-	2
Adequação de força	3	4	2	4	2	4	3	x	1	4	3	4	-	-

Legenda de dados: 1 não ocorre; 2 ocorre pouco; 3 ocorre; 4 ocorre frequentemente; 5 ocorre sempre; - não se aplica; X dados não obtidos.