

Universidades Lusíada

Ramalho, Rômulo Moraes, 1995-

**Musicoterapia centrada na família em
coterapia interdisciplinar no desenvolvimento
infantojuvenil**

<http://hdl.handle.net/11067/7826>

Metadados

Data de Publicação	2024
Resumo	<p>Este relatório tem como objetivo descrever a experiência de estágio curricular em musicoterapia, realizada em um espaço especializado em terapias pediátricas. As atividades ocorreram tanto na perspectiva terapêutica direta com as famílias quanto em intervenções individuais, conduzidas em regime de coterapia interdisciplinar com fisioterapia, terapia da fala e terapia ocupacional. As intervenções foram direcionadas à crianças e jovens com atrasos no desenvolvimento e diagnósticos de paralisia cer...</p> <p>This report aims to describe the experience of a curricular internship in music therapy, conducted in a specialized pediatric therapy center. The activities were carried out both from a direct therapeutic perspective with families and in individual interventions, implemented through interdisciplinary co-therapy with physiotherapy, speech therapy, and occupational therapy. The interventions were directed at children and young people with developmental delays and diagnoses such as cerebral palsy, ...</p>
Palavras Chave	Crianças com deficiência, Musicoterapia para Crianças, Musicoterapia - Prática profissional, Cresce com Amor (Póvoa de Santa Iria, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2025-04-02T09:15:17Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
Mestrado em Musicoterapia

**Musicoterapia centrada na família em coterapia
interdisciplinar no desenvolvimento infantojuvenil**

Realizado por:
Rômulo Moraes Ramalho

Supervisionado por:
Professora Doutora Susana Aurora Gutiérrez Jiménez

Orientado por:
Dr.^a Ana Carolina Pedroso Bernardo

Constituição do Júri:

Presidente: Professora Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Supervisora: Professora Doutora Susana Aurora Gutiérrez Jiménez
Arguente: Professora Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer

Dissertação aprovada em: 7 de fevereiro de 2025

Lisboa

2024



UNIVERSIDADE LUSÍADA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Musicoterapia

**Musicoterapia centrada na família em coterapia
interdisciplinar no desenvolvimento infantojuvenil**

Rômulo Moraes Ramalho

Lisboa

Agosto 2024



UNIVERSIDADE LUSÍADA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Musicoterapia

Musicoterapia centrada na família em coterapia interdisciplinar no desenvolvimento infantojuvenil

Rômulo Moraes Ramalho

Lisboa

Agosto 2024

Rômulo Moraes Ramalho

Musicoterapia centrada na família em coterapia interdisciplinar no desenvolvimento infantojuvenil

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

Supervisora de estágio: Professora Doutora Susana Aurora Gutiérrez Jiménez

Orientadora de estágio: Dr.^a Ana Carolina Pedroso Bernardo

Lisboa

Agosto 2024

FICHA TÉCNICA

Autor	Rômulo Moraes Ramalho
Supervisora de estágio	Professora Doutora Susana Aurora Gutiérrez Jiménez
Orientadora de estágio	Dr.ª Ana Carolina Pedroso Bernardo
Título	Musicoterapia centrada na família em coterapia interdisciplinar no desenvolvimento infantojuvenil
Local	Lisboa
Ano	2024

CASA DO CONHECIMENTO DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

RAMALHO, Rômulo Moraes, 1995-

Musicoterapia centrada na família em coterapia interdisciplinar no desenvolvimento infantojuvenil / Rômulo Moraes Ramalho ; supervisionado por Susana Aurora Gutiérrez Jiménez ; orientado por Ana Carolina Pedroso Bernardo. - Lisboa : [s.n.], 2024. - Relatório de estágio do Mestrado em Musicoterapia, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - GUTIÉRRES JIMÉNEZ, Susana Aurora, 1971-

II - BERNARDO, Ana Carolina Pedroso

LCSH

- Crianças com deficiência
- Musicoterapia para crianças
- Musicoterapia - Prática profissional
- Cresce com Amor (Póvoa de Santa Iria, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
- Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
- Teses - Portugal - Lisboa

- Children with disabilities
- Music therapy for children
- Music therapy - Practice
- Cresce com Amor (Póvoa de Santa Iria, Portugal) - Study and teaching (Internship)
- Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
- Dissertations, academic - Portugal - Lisbon

LCC

- ML3920.R66 2024

AVISO LEGAL

O conteúdo deste relatório de estágio reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Este relatório de estágio pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela. Ao entregar este relatório de estágio, o autor declara que o mesmo é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga no presente relatório de estágio quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

“A menos que tu escuches, não poderás ver.”
– Helena Blavatsky.

Agradecimentos

À minha família, pela vida, pelo amor e pelo apoio à minha carreira.

À minha sobrinha Eloáh, pelo ser divino que é e pela luz que emana.

À minha supervisora e professora Doutora Susana Jiménez, por todo o cuidado no meu percurso de estágio e por todo o conhecimento transmitido durante o curso.

À professora Doutora Teresa Leite, por tanto conhecimento transmitido a nós durante o mestrado.

À todos os professores do mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, nomeadamente; Rita Maia, Eduarda Carvalho, Alexandre Diniz e Nuno Costa.

À Carolina Bernardo, minha orientadora, pela oportunidade de estagiar no Cresce com Amor e por acreditar no meu trabalho e na Musicoterapia.

Aos meus amigos de curso que me acolheram e partilharam comigo momentos tão especiais. Vocês sempre estarão no meu coração.

À professora Doutora Lia Rejane Barcellos, por tanto conhecimento transmitido no curso de pós-graduação em Musicoterapia no Conservatório Brasileiro de Música.

Ao professor Sérgio Chiavazzoli, pelas magníficas aulas musicais do curso de pós-graduação em Musicoterapia no Conservatório Brasileiro de Música.

A todos os professores do curso de pós-graduação em Musicoterapia no Conservatório Brasileiro de Música.

Ao professor Gustavo Gattino, pelo conhecimento transmitido, pela generosidade e disponibilidade.

À todos os meus amigos do Brasil, pelo amor e por compreenderem o motivo da minha migração.

À todos os meus amigos que conheci em Portugal que proporcionaram que esse percurso fosse mais leve e prazeroso.

À Alessandra Barcelos, pelo amor, escuta e apoio durante meu percurso de estágio.

À todos os funcionários de todas as instituições, que são a base de tudo em nossa sociedade.

À todas as terapeutas do Cresce com amor, que trabalharam comigo e me acolheram de forma tão singular e amorosa. Vocês fazem jus ao nome da instituição.

A todas famílias, crianças e jovens atendidas no Cresce com Amor, pela confiança e por darem sentido a esse processo.

Ao musicoterapeuta Doutor Jānis Rotšteins, por confiar no meu trabalho e pelo convite de partilhar parte do meu conhecimento na Conferência Internacional de Musicoterapia do ano de 2023.

Ao musicoterapeuta Doutor Reiner Haus, pelas preciosas partilhas do seu conhecimento.

À coordenação dos cursos de Psicologia e de Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, pela oportunidade de partilhar parte do meu trabalho nos congressos de Psicologia e de Musicoterapia neste ano.

À Mitat Marques, melhor atriz deste planeta e minha eterna companheira artística, por respirar arte juntamente a mim e compreender as razões da minha migração.

À Nathália Andrião, pela inspiração na carreira académica e por todo o apoio antes e durante o meu percurso do mestrado.

À todos os integrantes do projeto *O Hospital como Universo Cênico*, da UNIRIO, por toda experiência que tivemos em conjunto ao levar arte para o hospital e por esse projeto que foi uma das fagulhas que despertaram minha paixão pela área da Musicoterapia.

À todos os professores que passaram pela minha trajetória até aqui, pelo amor à profissão mais importante que há.

À todos os meus alunos que tanto me ensinaram durante esta vida. Vocês estão e estarão sempre na minha memória e no meu coração.

À todos os musicoterapeutas do passado, presente e futuro pela incessante tarefa de tornar a musicoterapia uma realidade.

À todos aqueles que indiretamente me permitiram chegar até aqui.

À todos aqueles que porventura eu tenha esquecido de mencionar, mas sabem de toda a importância que tiveram neste processo.

À todos os sons.

Ao silêncio.

Resumo

Este relatório tem como objetivo descrever a experiência de estágio curricular em musicoterapia, realizada em um espaço especializado em terapias pediátricas. As atividades ocorreram tanto na perspectiva terapêutica direta com as famílias quanto em intervenções individuais, conduzidas em regime de coterapia interdisciplinar com fisioterapia, terapia da fala e terapia ocupacional. As intervenções foram direcionadas à crianças e jovens com atrasos no desenvolvimento e diagnósticos de paralisia cerebral, microcefalia, epilepsia, síndrome de West e autismo. A partir do Modelo Plurimodal de Musicoterapia, que reconhece a subjetividade de cada indivíduo e vê o ser humano como um ser biopsicossocioespiritual, observou-se que as intervenções de musicoterapia geraram resultados positivos nos processos de reabilitação e prevenção de efeitos adversos relacionados às condições clínicas das crianças. A abordagem de musicoterapia centrada na família também mostrou-se significativamente benéfica, proporcionando uma influência positiva no desenvolvimento das crianças e jovens atendidos.

Palavras-Chave: Musicoterapia; coterapia interdisciplinar; musicoterapia centrada na família; pediatria

Abstract

This report aims to describe the experience of a curricular internship in music therapy, conducted in a specialized pediatric therapy center. The activities were carried out both from a direct therapeutic perspective with families and in individual interventions, implemented through interdisciplinary co-therapy with physiotherapy, speech therapy, and occupational therapy. The interventions were directed at children and young people with developmental delays and diagnoses such as cerebral palsy, microcephaly, epilepsy, West syndrome, and autism. Based on the Plurimodal Model of Music Therapy, which acknowledges the subjectivity of each individual and views the human being as a biopsychosociospiritual entity, it was observed that music therapy interventions showed positive results in the processes of rehabilitation and prevention of adverse effects related to the children's clinical conditions. The family-centered music therapy approach also proved to be significantly beneficial, providing a positive influence on the development of the children and young people served.

Keywords: Music therapy; interdisciplinary co-therapy; family-centered music therapy; pediatrics

Lista de Tabelas

Tabela 1. <i>Dados das crianças selecionadas para intervenção</i>	46
Tabela 2. <i>Lista de instrumentos musicais e outros recursos materiais</i>	51
Tabela 3. <i>Agenda Semanal de Estágio - Outubro de 2023 a junho de 2024</i>	52
Tabela 4. <i>Plano Terapêutico – Heitor</i>	55
Tabela 5. <i>Participantes do grupo de musicoterapia para familiares/cuidadores adultos</i>	70
Tabela 6. <i>Plano Terapêutico - Musicoterapia com familiares/cuidadores adultos</i>	71

Lista de figuras

Figura 1. <i>Esquema transferencial - Terapia Benenzon</i>	16
Figura 2. <i>Fonte sonora em um ângulo diferente de zero graus</i>	34
Figura 3. <i>IMTAP: Avaliação da Condição Inicial (Heitor)</i>	54
Figura 4. <i>Partitura gráfica da música “Boa tarde, Heitor!”</i>	56
Figura 5. <i>Partitura da cantiga de roda Peixe-Vivo</i>	61
Figura 6. <i>Partitura da Canção do Passarinho</i>	62
Figura 7. <i>Música - Tchau pro Heitor</i>	65
Figura 8. <i>IMTAP: Avaliação Final (Heitor)</i>	68

.

Lista de abreviaturas e siglas

- AME - Atrofia Muscular Espinhal
- Consc - Consciência
- CDC - Centers for Disease Control and Prevention
- Inc - Inconsciente
- MT - Musicoterapia
- PC - Paralisia Cerebral
- PCA - Paralisia Cerebral Atáxica
- PCD - Paralisia Cerebral Discinética
- PCE - Paralisia Cerebral Espástica PCE
- PEA - Perturbação do Espectro do Autismo
- Prec - Pré-consciente
- SNC - Sistema Nervoso Central
- TF - Terapeuta da Fala
- TO - Terapeuta Ocupacional

Lista de Anexos

Anexo A. Declaração de autorização de registro e uso de imagem - 1.

Anexo B. Declaração de autorização de registro e uso de imagem - 2.

Anexo C. Folhas de preenchimento da História Sonoro-Musical.

Anexo D. Lista de verificação geral de sessões de Musicoterapia.

Anexo E. Registro de sessão individual em Musicoterapia.

Lista de Apêndices

Apêndice A. Flyer de divulgação das intervenções de Musicoterapia para familiares/cuidadores.

Apêndice B. Pinturas e Argila produzidas em sessões de musicoterapia para familiares/cuidadores.

Apêndice C. Apresentação de Pôster Acadêmico no 14º Congresso Internacional de Psicologia da Criança e do Adolescente..

Apêndice D. Tema dos Slides utilizados na comunicação nas III Jornadas Clínicas de Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa.

Sumário

Resumo.....	11
Lista de figuras.....	14
Lista de abreviaturas e siglas.....	15
Lista de Anexos.....	16
Lista de Apêndices.....	17
Sumário.....	18
Musicoterapia Centrada na Família em Coterapia Interdisciplinar no Desenvolvimento Infantojuvenil.....	1
Caracterização da Instituição.....	2
População Alvo.....	3
Enquadramento Teórico.....	4
Patologias e Diagnósticos.....	4
Paralisia Cerebral.....	4
Perturbação do Espetro do Autismo (PEA).....	7
Epilepsia.....	9
Musicoterapia.....	10
A Musicoterapia Centrada na Família.....	10
Modelo Plurimodal de Musicoterapia.....	11
Princípio de ISO.....	19
O conceito de ISo como identidade sonora.....	20
Objeto Intermediário.....	21
Técnicas do Modelo de Musicoterapia Plurimodal.....	22
A improvisação musical terapêutica.....	22
Trabalho com canções.....	25
A Utilização Seletiva de Música Editada.....	29
A técnica EISS (Estimulação de Imagens e Sensações através do Som).....	30
Outras técnicas.....	32
Coterapia interdisciplinar.....	36
Musicoterapia e Terapia Ocupacional.....	38
Musicoterapia e Terapia da Fala.....	40
Musicoterapia e Fisioterapia.....	41
A música na Coterapia Interdisciplinar.....	43
Objetivos do Estágio.....	44
Metodologia.....	45
Participantes.....	45
Instrumentos de avaliação/Monitoração.....	47
Fase de encaminhamento.....	48
Fase de recolha de dados.....	49
Elaboração do plano terapêutico.....	49
Fase de intervenção.....	50
Fase de reavaliação.....	50
Setting/Recursos materiais.....	50

Agenda Semanal.....	52
Estudos de Caso.....	53
Estudo de caso 1 - Heitor.....	53
Apresentação do Caso.....	53
Avaliação da Condição Inicial.....	53
Plano Terapêutico.....	55
Descrição do Processo Terapêutico.....	56
Resultados.....	67
Conclusão.....	69
Estudo de caso 2 - Familiares/Cuidadores.....	70
Introdução.....	70
Descrição do caso.....	70
Plano Terapêutico.....	71
Seleção de Música e Preferências dos Participantes.....	73
Técnicas.....	73
Descrição do Processo Terapêutico.....	73
Conclusão.....	82
Outras Intervenções Clínicas.....	83
Caso - Iris.....	83
Caso - Gonçalo.....	84
Caso - Douglas.....	85
Caso - Salvador.....	87
Caso - Dario.....	88
Caso - João.....	88
Caso - Abel.....	90
Caso - Raizza.....	91
Outras Atividades.....	92
Apresentação de Musicoterapia no Local do Estágio.....	92
Apresentação de Pôster Acadêmico no 14º Congresso Internacional de Psicologia da Criança e do Adolescente (Apêndice C).....	92
Comunicação nas III Jornadas de Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa (Apêndice D).....	93
Conclusão.....	93
Reflexão Pessoal.....	95
Referências Bibliográficas.....	97
Anexos.....	110
Apêndices.....	124

Musicoterapia Centrada na Família em Coterapia Interdisciplinar no Desenvolvimento Infantojuvenil

O presente relatório tem como objetivo principal descrever a experiência de um estágio supervisionado em musicoterapia no âmbito do Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa. Os atendimentos de musicoterapia ocorreram no espaço *Cresce com Amor*, um centro de terapias especializado em pediatria. O estágio teve a duração de nove meses, iniciou em outubro de 2023 e terminou em junho de 2024. Teve a abordagem de intervenção centrada na família. Esta abordagem foi aplicada de duas formas: atendimentos terapêuticos com a criança e seus familiares, bem como um grupo de musicoterapia para os familiares/cuidadores sem a participação das crianças.

Os atendimentos às crianças/jovens ocorreram em forma de coterapia interdisciplinar, entre as áreas da musicoterapia (MT), fisioterapia (FT), terapia da fala (TF) e terapia ocupacional (TO). Esses atendimentos auxiliaram nos objetivos holísticos determinados para as crianças atendidas.

O presente relatório é dividido em dois capítulos: O primeiro refere-se a contextualização da instituição onde ocorreram as sessões de musicoterapia, uma caracterização da população alvo, bem como o enquadramento teórico de forma a analisar a literatura a respeito da contextualização das patologias mais frequentes neste espaço, a conceituação da musicoterapia, da intervenção centrada na família, bem como a contextualização das bases teóricas do Modelo Plurimodal de Musicoterapia e das técnicas aplicadas nas sessões. O segundo capítulo, diz respeito a metodologia utilizada, incluindo a caracterização dos participantes, os instrumentos de avaliação/monitoração utilizados no processo terapêutico e os procedimentos. Foram caracterizados: o setting terapêutico, os recursos materiais e a agenda semanal do musicoterapeuta estagiário. O relatório segue com a descrição de dois estudos de casos, além da apresentação dos outros atendimentos realizados neste período. O relatório é finalizado com uma reflexão pessoal do musicoterapeuta estagiário e finalmente a conclusão a respeito do que foi experienciado no processo do estágio.

Caracterização da Instituição

O Cresce com Amor (2024), é um espaço de desenvolvimento pediátrico, com a missão de atingir objetivos terapêuticos em crianças com atraso no neurodesenvolvimento. É localizado em Póvoa de Santa Iria, sendo esta uma cidade localizada no concelho de Vila Franca de Xira, no distrito de Lisboa, Portugal.

Com uma população crescente¹ e uma localização às margens do Rio Tejo, Póvoa de Santa Iria, pertencente à junta de freguesia de Póvoa de Santa Iria e Forte da Casa², tem se desenvolvido tanto em termos residenciais quanto industriais. É situada a cerca de 20 km a norte de Lisboa, tendo uma economia local diversificada, incluindo comércio e serviços, além de uma presença significativa de pequenas e médias indústrias.

Fundada em 2014, O Cresce com Amor dedica-se à intervenção terapêutica para crianças com diversas patologias. A instituição recebe crianças e jovens de diversas partes do país para receberem atendimentos terapêuticos especializados no âmbito pediátrico.

O espaço oferece um trabalho multidisciplinar com profissionais especializados em fisioterapia, terapia da fala, terapia ocupacional e musicoterapia.

A estrutura do local possui 7 salas de atendimento terapêutico e uma sala de reuniões. Sendo 2 ginásios de fisioterapia, 1 sala destinada à Terapia da Fala, 2 salas destinadas à Terapia Ocupacional, 1 sala multiuso e uma sala Snoezelen, um ambiente multissensorial que proporciona estímulos visuais e auditivos. As salas contêm materiais de estimulação sensorial, equipamentos do âmbito da fisioterapia, brinquedos, jogos, livros e instrumentos musicais.

Além das intervenções terapêuticas, o Cresce com Amor está ativamente envolvido em pesquisas, buscando incorporar novas tecnologias para promover o desenvolvimento das crianças e suas famílias. A seleção deste centro se deu pelo desejo do musicoterapeuta estagiário em atuar na intervenção com crianças e jovens.

¹ População em 2021: 40.871 habitantes. (sendo a junta de freguesia de Póvoa de Santa Iria e Forte da casa.)

² <https://jf-povoaforte.pt/dados-estatisticos/>

População Alvo

A população alvo do estágio curricular em musicoterapia foi composta por famílias de crianças e jovens com idades entre 6 meses e 16 anos, apresentando uma variedade de condições neurológicas e de desenvolvimento, incluindo paralisia cerebral, microcefalia, epilepsia, síndrome de West e transtorno do espectro autista. Os participantes eram atendidos em um centro especializado em terapias pediátricas e provinham de diferentes contextos socioeconômicos e culturais, o que permitiu uma abordagem diversificada. As intervenções foram planejadas de forma individualizada, levando em consideração as necessidades específicas de cada criança e jovem, com o objetivo de promover a reabilitação, manutenção de funções e prevenção de complicações, além de favorecer o desenvolvimento emocional e social. O estágio também envolveu a participação ativa das famílias, integrando-as no processo terapêutico para potencializar os resultados das intervenções.

Enquadramento Teórico

Serão apresentados conteúdos de revisão bibliográfica que fundamentam teoricamente a prática realizada durante o estágio. A revisão abrangerá as patologias, o conceito de musicoterapia, a intervenção centrada na família e o Modelo Plurimodal de Musicoterapia, utilizado como base para essa prática terapêutica. Além disso, serão discutidos conceitos musicoterápicos, a coterapia interdisciplinar e as técnicas específicas empregadas nas intervenções.

Patologias e Diagnósticos

No seu sentido etimológico, “Patologia” deriva de dois termos gregos: “Pathos” e “logos” (Almeida, 2019, p. 2217).

Pathos carrega em si uma vasta gama de sentidos que recobre dimensões diversas do conhecimento atual (Martins, 1999, p. 78). As concepções teóricas são fruto de um longo e sinuoso percurso histórico. Entretanto, pode-se dizer que *Pathos* “designa um sofrimento – qualquer coisa em relação à qual se é passivo ou que se sofre”. Enquanto *Logos* “introduz, no caso em questão, a ideia de discurso, razão, explicação ou estudo.” (Almeida, 2019, p. 2217). Assim, a patologia em sua acepção moderna pode ser compreendida como o estudo da doença.

Muito se discute sobre a necessidade ou não de o musicoterapeuta saber o diagnóstico da pessoa que vai iniciar a intervenção terapêutica, levando em conta às possíveis implicações negativas que esse conhecimento possa causar, principalmente no que se refere ao indivíduo ser visto como uma patologia e não como uma pessoa (Barcellos, 1999, p. 49).

No contexto terapêutico de intervenção com crianças e jovens que apresentam diferentes condições patológicas, a caracterização dessas patologias é um aspecto importante. Isso não implica centrar a terapia no diagnóstico, mas sim reconhecer que, no caso de doenças orgânicas, por exemplo, o diagnóstico médico é uma condição indispensável para o tratamento (Rogers, 2003, p. 223).

Durante o estágio, foi possível identificar as patologias mais frequentes no ambiente de atuação, entre elas paralisia cerebral, transtorno do espectro autista e epilepsia.

Paralisia Cerebral

A Paralisia Cerebral (PC) é uma condição neurológica crônica e não progressiva resultante de disfunções no sistema nervoso central (SNC), que ocorrem em decorrência de

lesão permanente no cérebro durante o período pré-natal, perinatal ou pós-natal inicial, afetando o tônus, a postura e os movimentos (Pereira, 2018 , Levy 2009). Esta patologia é caracterizada por uma variedade de sintomas e deficiências motoras, variando de comprometimento leve a grave, e é frequentemente acompanhada de distúrbios sensoriais, cognitivos e comunicativos, que, somados às alterações motoras, restrições da tarefa e do ambiente, repercutem de diferentes formas no seu desempenho funcional.

Nos casos mais comuns incluem espasticidade, atetose, discinesia, hipotonia ou uma combinação destas, sendo a espasticidade caracterizada por rigidez e contração muscular, a forma mais prevalente. Estas deficiências motoras podem afetar tanto os membros superiores quanto os inferiores e variam em termos de severidade, desde limitações sutis até dificuldades graves de locomoção.

O Centro de Controle de Prevenção de Doenças (Centers for Disease Control and Prevention, 2024) classifica a Paralisia Cerebral em 4 tipos principais: Paralisia Cerebral Espástica, Paralisia Cerebral, Infantil Discinética (também inclui paralisia cerebral atetóide, coreoatetóide e distônica), Paralisia Cerebral Infantil Atáxica e Paralisia Cerebral mista.

Paralisia Cerebral Espástica (PCE)

A PCE é o subtipo mais prevalente de Paralisia Cerebral (PC), afetando aproximadamente 80% dos indivíduos com esta condição neurológica. Caracteriza-se por um aumento do tônus muscular, resultando em rigidez muscular e dificuldade de movimento, sendo comumente classificada de acordo com a distribuição dos sintomas pelo corpo. Esta classificação pode ser apresentada nos respectivos casos apresentados a seguir.

Diplegia e Diparesia Espástica: neste caso, a rigidez muscular é predominantemente observada nos membros inferiores, com menos impacto nos membros superiores ou mesmo ausência de afetação nos mesmos. Indivíduos com diplegia ou diparesia espástica podem enfrentar dificuldades na locomoção devido à rigidez dos músculos do quadril e das pernas, ocasionando uma marcha conhecida como "caminhada de tesoura", na qual os membros inferiores se juntam para dentro e cruzam os joelhos.

Hemiplegia e Hemiparesia Espástica: essas formas de PCE afetam unilateralmente o corpo, sendo mais comum a predominância dos sintomas no membro superior em relação ao membro inferior.

Tetraplegia e Quadriparesia Espástica: consideradas as formas mais graves de PCE, esses subtipos afetam os quatro membros, o tronco e a face. Indivíduos com tetraplegia ou

quadriparesia espástica frequentemente enfrentam dificuldades significativas na locomoção e podem apresentar outras comorbidades, como deficiência intelectual, convulsões, ou problemas de visão, audição ou fala e paralisia cerebral mista (CDC, 2024).

Paralisia Cerebral Discinética (PCD)

Indivíduos com Paralisia Cerebral Discinética (PCD) enfrentam desafios significativos no controle dos movimentos das mãos, braços, pés e pernas, o que pode impactar suas habilidades de sentar e andar. Os movimentos associados à PCD são caracterizados por serem involuntários, podendo manifestar-se como movimentos lentos e contorcidos ou rápidos e bruscos. Esses movimentos, também podem ocasionalmente afetar regiões como o rosto e a língua, resultando em dificuldades adicionais para tarefas como sucção, deglutição e fala. Um aspecto desafiador da PCD, é a variabilidade no tônus muscular, que pode oscilar. Essa variação pode ocorrer ao longo do mesmo dia ou com diferenças que podem ser observadas de um dia para o outro. Essa instabilidade no tônus muscular pode complicar ainda mais o controle motor e a realização de atividades cotidianas.

Paralisia Cerebral Atáxica (PCA)

Indivíduos diagnosticados com Paralisia Cerebral Atáxica (PCA) enfrentam desafios significativos relacionados ao equilíbrio e à coordenação motora. Essas dificuldades se manifestam através de instabilidade ao caminhar, o que pode resultar em uma locomoção insegura e irregular. Além disso, pessoas com PCA podem enfrentar obstáculos ao realizar movimentos que demandam rapidez ou precisão.

A falta de coordenação motora também se reflete na dificuldade em controlar o movimento das mãos ou braços ao tentar alcançar ou segurar objetos. Esses desafios comprometem não apenas as atividades cotidianas, mas também podem impactar a autonomia e a qualidade de vida.

Paralisia Cerebral Mista

Existem casos em que indivíduos manifestam sintomas associados a mais de um tipo de Paralisia Cerebral (PC), resultando na chamada Paralisia Cerebral Mista. Dentre os subtipos de PC, a forma mais prevalente de paralisia cerebral mista é a Paralisia Cerebral Espástico-Discinética. Nesse quadro clínico, os sintomas característicos de ambas as formas de PC - espástica e discinética - estão presentes de maneira simultânea, resultando em uma

combinação de desafios motores, como rigidez muscular e movimentos involuntários. Essa condição complexa demanda uma abordagem terapêutica abrangente e personalizada, visando mitigar os sintomas e melhorar a qualidade de vida.

Perturbação do Espectro do Autismo (PEA)

A Perturbação do Espectro Autista (PEA) é caracterizada pelo DSM-5 (2020) como uma condição onde ocorrem ou podem ocorrer déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos incluindo déficits na reciprocidade sócio emocional e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades.

Esta condição pode causar dificuldades exigindo acompanhamento profissional para as pessoas e suas famílias (Possamai, 2021).

Há um número significativo de evidências que aplicam a Perturbação do Espectro do Autismo como uma perturbação de causa multifatorial (Posar & Visconti, 2023, p. 567). Desta forma, ainda que possa haver semelhanças, uma das considerações mais importantes é o fato de que os casos podem ter distintas origens e manifestações nos sujeitos (Gattino, 2015).

O número de diagnósticos vem crescendo no decorrer dos anos (Possamai, 2021; Kalra, Gupta, & Sharma, 2023). Os sintomas podem ser percebidos ainda nos primeiros anos de vida (Possamai, 2021, p.18).

O desenvolvimento da comunicação em crianças com autismo é heterogêneo (Gattino, 2015, p. 18). Em muitos casos, crianças com PEA enfrentam sérias dificuldades não apenas na linguagem, mas também na comunicação, incluindo a comunicação não-verbal. Essas dificuldades são evidentes tanto na compreensão – no processamento de informações verbais e não-verbais – quanto na expressão, na utilização de gestos naturais, gestos codificados e palavras para se comunicar com os outros (Reis, Pereira, & Almeida, 2016).

A aquisição de habilidades de comunicação social pode ser influenciada pelo funcionamento de determinadas estruturas neurológicas, bem como por fatores ambientais, incluindo as experiências do ambiente familiar (Kalra, Gupta, & Sharma, 2023).

Diversos estudos têm demonstrado a importância de habilidades sociocognitivas específicas no surgimento da comunicação e da linguagem em crianças com PEA, destacando-as como um fator prognóstico crucial para o seu desenvolvimento a longo prazo (Mora & Fortea, 2012). Dentre essas habilidades, a atenção conjunta e a imitação são particularmente relevantes, pois são fundamentais para a formação de interações sociais e

comunicativas que favorecem o desenvolvimento da linguagem e da comunicação (Charman, 2010; Reis, Pereira, & Almeida, 2016)

Pesquisas indicaram que crianças enquadradas na Perturbação do Espectro Autista (PEA) podem apresentar deficiências notáveis tanto na iniciação quanto na resposta à atenção conjunta (Charman et al., 1997; Leekam et al.1998; Lewy & Dawson, 1992; Mundy, 1995; Mundy & Gomes, 1998; Mundy et al, 1994; Pennington et al., 1997). A atenção conjunta é caracterizada pelo engajamento simultâneo de dois ou mais indivíduos em um foco mental compartilhado em um objeto externo (Baldwin, 1995). A dinâmica da atenção conjunta vai além da simples observação simultânea de um objeto; ela envolve uma coordenação entre os participantes para concentrar a atenção tanto no objeto quanto na presença um do outro. Durante esses momentos de atenção conjunta, ambos os participantes têm uma consciência compartilhada de que estão focados na mesma entidade externa. A atenção conjunta é frequentemente dividida em dois componentes: a iniciativa e a resposta. A iniciativa é definida como a capacidade de iniciar interações conjuntas (Tomasello, 1995).

Comportamentos repetitivos e estereotipados, comuns no autismo, incluem uma resistência a mudanças, insistência em certas rotinas, apego excessivo a objetos e uma fascinação por objetos que giram (como rodas ou hélices). Embora algumas crianças pareçam estar brincando, elas se concentram mais em alinhar ou manusear brinquedos do que em usá-los para fins simbólicos. Estereotípias motoras e verbais, como balançar, bater palmas repetidamente, andar em círculos ou repetir palavras, também são frequentes em indivíduos autistas (Gadia, Tuchman, & Rotta, 2004, p. 584).

Anderson, Liang e Lord (2014), destacam que os desafios que indivíduos autistas enfrentam na vida cotidiana ultrapassam os sintomas principais do autismo. Condições frequentemente associadas, como deficiência intelectual, atrasos na linguagem e transtornos de ansiedade, podem ser tão impactantes para o funcionamento e bem-estar de muitos indivíduos quanto os sintomas centrais. Além disso, os sintomas principais e as condições associadas podem interagir durante o desenvolvimento, com cada um influenciando o percurso do outro ao longo do tempo.

Existem vários tipos de tratamento oferecidos para pessoas com Autismo, incluindo, terapia da fala, terapia ocupacional, terapia medicamentosa, terapias de linha psicanalítica, de linha cognitivo-comportamental, arteterapia e musicoterapia. Cada um desses tratamentos tem objetivos específicos. No entanto, pode-se afirmar que o propósito geral desses tipos de intervenção é melhorar a qualidade de vida do indivíduo (e em muitos casos também da

família), por meio da diminuição dos sintomas do Autismo na busca pela autonomia e melhor convivência possível na sociedade (Gattino, 2015, p. 20).

Epilepsia

A epilepsia é uma condição neurológica crônica caracterizada por convulsões recorrentes, resultantes de uma atividade elétrica anormal no cérebro (Costa et al. 2020). A caracterização da epilepsia é complexa e varia de acordo com a apresentação clínica das convulsões e a resposta ao tratamento. De acordo com Engel e Pedley (2014), a epilepsia pode se manifestar por uma ampla gama de sintomas, que vão desde convulsões generalizadas, que afetam todo o cérebro, até convulsões focais, que envolvem apenas uma área específica.

A etiologia da epilepsia é variada, envolvendo uma variedade de fatores genéticos, estruturais e metabólicos. Engel e Pedley (2014) destacam que as causas podem incluir lesões cerebrais adquiridas, como resultado de trauma, acidente vascular cerebral ou infecções, bem como condições genéticas que predisõem o cérebro a convulsões. Apesar dos avanços na neurociência, muitas vezes a causa exata da epilepsia permanece desconhecida.

Levy e French (2021) enfatizam a importância de ajustar os regimes de tratamento com base no perfil específico de cada pessoa. O tratamento da epilepsia frequentemente envolve medicamentos antiepilépticos, mas pode também incluir intervenções cirúrgicas e terapias não farmacológicas para casos refratários. Os autores sinalizam que a abordagem prática requer um plano de tratamento adaptado às necessidades individuais da pessoa, levando em consideração a variedade de apresentações clínicas e a resposta aos medicamentos que muitas vezes são fatores que dificultam os processos terapêuticos.

As Diretrizes da Liga Internacional Contra a Epilepsia (ILAE) fornecem recomendações sobre a gestão e tratamento da epilepsia, refletindo as melhores práticas baseadas em evidências. Segundo as diretrizes, a abordagem ao tratamento deve ser holística, considerando tanto os aspectos clínicos da epilepsia quanto os efeitos secundários dos tratamentos e o impacto na qualidade de vida das pessoas (ILAE, n.d.).

Na infância, a epilepsia é uma condição complexa que pode influenciar significativamente o desenvolvimento e a qualidade destas e da família. O diagnóstico da epilepsia pediátrica é desafiador devido à variabilidade das apresentações clínicas e à necessidade de distinguir entre diferentes tipos de convulsões. Pode variar desde episódios generalizados, que afetam o cérebro geral, até convulsões focais, que envolvem áreas específicas do cérebro (Neligan & Scott, 2018).

Os impactos da epilepsia na cognição e no desenvolvimento social das crianças são substanciais. Estudos demonstram que a epilepsia pode prejudicar o desempenho acadêmico e as habilidades sociais, resultando em uma qualidade de vida reduzida (Lee & Fisher, 2020). A presença de convulsões frequentes e a necessidade de tratamentos contínuos podem interferir nas atividades diárias e nas interações sociais das crianças, exigindo uma abordagem multidimensional para o tratamento e suporte (Lee & Fisher, 2020).

Musicoterapia

Surgida como profissão após a Segunda Guerra Mundial (Brandalise, 2004) a musicoterapia foi se desenvolvendo até o seu estado da arte atual. A musicoterapia é uma prática que utiliza a música, os sons e seus elementos como meio de estabelecimento de uma relação terapêutica (Benenzon, 2011). Alvin (1975) definiu a musicoterapia como o uso controlado da música no tratamento, reabilitação, educação e treinamento de crianças e adultos que sofrem de distúrbios físicos, mentais ou emocionais.

A Federação Mundial da Musicoterapia define como

[...] a utilização profissional da música e dos seus elementos como uma intervenção nos âmbitos médico, educacional e cotidiano com indivíduos, grupos, famílias ou comunidades, que procura melhorar a qualidade de vida deles e favorecer saúde e bem-estar físico, social, comunicativo, emocional, intelectual e espiritual[...]. (WFMT, 2011)

A Musicoterapia Centrada na Família

A prática centrada na família em musicoterapia é considerada uma abordagem ecológica, cujo foco principal é a promoção da saúde dentro e entre os membros familiares (Bruscia, 1998). Alguns pioneiros, como Juliette Alvin (1978), destacam o valor do trabalho terapêutico com a família, utilizando estratégias de musicoterapia em casa e na comunidade.

Considerando o contexto pediátrico, responsáveis/cuidadores concentram a sua atenção nos processos de promoção e manutenção da saúde das crianças, negligenciando os seus próprios processos pessoais. No entanto, em geral, é com os familiares que as crianças passam a maior parte de suas vidas, por essa razão, é importante ressaltar a influência da rede familiar na vida da criança e vice-versa. Nesse sentido, a noção de "cliente" inclui toda a

família, e o terapeuta pode trabalhar para facilitar mudanças num membro da família, o que, em última análise, levará a mudanças em todo o sistema familiar (Bruscia, 1998).

Modelo Plurimodal de Musicoterapia

O Modelo Plurimodal³⁴ de Musicoterapia traz consigo fundamentos que foram essenciais no processo das intervenções deste estágio.

No contexto de atendimentos em um espaço pediátrico de multideficiências é importante que os atendimentos sejam pensados de maneira humanista compreendendo a família como o centro da intervenção terapêutica. Este cenário necessita, portanto, de diferentes modelos e técnicas de musicoterapia durante as intervenções. Levando isto em conta, a musicoterapia plurimodal surge nos anos 90 como uma abordagem integradora de alguns modelos de musicoterapia.

Uma de suas especificidades é o fato de que este Modelo está sempre aberto a incluir novas técnicas, conceitos e ferramentas terapêuticas que dêem resultados (Oriola, 2012), abarcando tanto os métodos receptivos como os ativos de musicoterapia. Desta maneira, considera-se que “é plurimodal, pois não está inscrito indissolivelmente em nenhum dos chamados de modelos teóricos de musicoterapia.”(Schapira et al., 2007).

Os fundamentos teóricos do Modelo Plurimodal em Musicoterapia adotam conceitos como a consideração do *Ser humano como uma unidade bio-psico-socio-espiritual* (Ruiz, 2019), *O inconsciente* (Freud, 1923; Jung, 1988), *Determinismo psíquico* (Schapira et al., 2007), *Matriz sonora do inconsciente* (Priestley, 1975), *Os mecanismos de defesa* (Vaillante, 1971), *A transferencia e contratransferencia musical* Benenzon (1996), *Analogia musical* (Smeijsters, 1993), *Metáfora musical* (Ferguson, 1960) e a *Musicalidade Clínica* (Barcellos, 2004). Serão integrados os conceitos de *ISO* (Altshuler, 1944) e (Benenzon, 1985) e *Objeto intermediário* (Rojas-Bermudez, 1969).

³ Em 2023 a Federação Mundial de Musicoterapia reconheceu o Modelo Plurimodal de Musicoterapia como Modelo, até então considerado como uma abordagem (WFMT, 2023, p. 483).

⁴ <https://www.wfmt.info/>

Fundamentos Teóricos do Modelo Plurimodal em Musicoterapia

Na perspectiva do Modelo plurimodal, considerar o ser humano como uma unidade **biopsicossocioespiritual** significa:

reconhecer o ser humano a partir da sua biologia, de forma integral e como um sujeito com uma vida psíquica e espiritual, imerso num quadro social com o qual se inter-relaciona numa construção dialética mútua. (Ruiz, 2019)

Toma em conta a noção de **inconsciente**. Desde a teoria psicanalítica, a diferenciação do aparelho psíquico em consciente e inconsciente é uma premissa básica. Para a psicanálise, a essência do psíquico não se encontra na consciência, mas sim no inconsciente, compreendendo portanto, a consciência como uma qualidade do fenômeno psíquico. Para Freud (1923) “estar consciente é, em primeiro lugar, uma expressão puramente descritiva, que invoca a percepção imediata e segura”(p.11). Podemos observar, que um elemento psíquico não é consciente de forma duradoura. Jung (1996), descreve a consciência como “uma superfície ou película cobrindo a vasta área inconsciente, cuja extensão é desconhecida.”(p. 4).

Para Jung (1996), o inconsciente é “a totalidade de todos os fenômenos psíquicos”.

tudo o que conhecemos a respeito do inconsciente foi-nos transmitido pelo próprio consciente. A psique inconsciente, cuja natureza é completamente desconhecida, sempre se exprime através de elementos conscientes e em termos de consciência, sendo esse o único elemento fornecedor de dados para a nossa ação”,(p. 3.)

Portanto, em oposição ao inconsciente, a consciência é produto da percepção e orientação no mundo externo, que provavelmente se origina no cérebro, sendo, um campo restrito de visão momentânea, esta “visão momentânea” é fundamental para compreendermos o conceito e o trabalho com a Matriz sonora inconsciente que será desenvolvida mais à frente.

A nível de inconsciente pessoal, o psiquismo é considerado em termos psicodinâmicos, tomando em conta 3 partes essenciais a serem consideradas no aparelho psíquico. Desta maneira, além do inconsciente (*Inc*) e da consciência (*Consc*), o pré consciente (*Prec*) também é considerado, sendo este também um conceito fundamental.

O pré-consciente “se situa como um biombo entre o sistema *Inc* e a consciência”(Freud, 1900, p. 436).

Nesta linha, “o sistema *Prec* não apenas barra o acesso à consciência, mas também controla o acesso ao poder da motilidade voluntária e tem ao seu dispor, para distribuição, uma energia de investimento móvel, parte da qual nos é familiar sob a forma de atenção”.

O **determinismo psíquico** é descrito neste modelo como um conceito fundamental, assim como a ideia de inconsciente. Nossa vida atual, atividades e nossos relacionamentos interpessoais estão intimamente ligados à nossa história pessoal (Schapira et al., 2007). Esta ideia não isenta o indivíduo da responsabilidade de suas ações, mas leva em conta a relação nexocausal da experiência psíquica. Nessa linha, os eventos de nossa vida diária e nossas ações não são impressões espontâneas desprovidas de antecedentes, mas sim o resultado de nossa capacidade de nos desenvolvermos de acordo com a nossa própria história pessoal. O conhecimento dessa história pessoal e da história sonora do indivíduo é portanto, de suma importância para a musicoterapia. Da mesma forma, os eventos ocorridos em musicoterapia transformam (Benenson, 2019) o sujeito em decorrência desta relação nexocausal.

A **matriz sonora do inconsciente** é um conceito criado por Priestley (1975), de maneira a relacionar um dos principais conceitos da psicologia e da psicanálise com a musicoterapia. A autora faz um paralelo entre inconsciente e música, descrevendo o *Self* em termos de música interna, sendo este o “clima emocional prevalente por trás da estrutura do pensamento” (Schapira et al., 2007). Priestley, considera em uma perspectiva, todo o conteúdo inconsciente de um sujeito como uma matriz sonora, não estando relacionado com sua musicalidade ou potencial musical, mas sim com o núcleo de sua psique.

O som da própria energia fluindo é a 'música interna'. Sua expressão através da música fluirá livremente até os limites dessa 'música interna'. O objetivo da musicoterapia analítica, então, é poder reconhecer através da música onde essa energia psíquica foi bloqueada, e o que causou esse bloqueio; e mobilizar a energia para que flua livremente entre o superego, o ego e o id, trazendo à consciência os próprios processos inconscientes. (Priestley, 1994, citado por Schapira et al., 2007, p. 37)

Este é um conceito importante, pois fala-se aqui de uma conformação do inconsciente de uma maneira nova e ainda pouco discutida no universo musicoterápico. Nesta ótica, somos sujeitos do inconsciente, constituídos por uma matriz de som, nos tornando também sujeitos do som, que na evolução natural do indivíduo se constitui também como linguagem. nesta

linha de pensamento, toda produção musical em musicoterapia nos fala do sujeito, não no sentido desses conteúdos consciente ou inconscientes como projeções do sujeito, neste caso, a produção musical é o sujeito, nos revelando sua forma de estar no mundo no momento em que este ressoa. Ao ouvir a produção musical de um indivíduo, estamos ouvindo a estruturação do seu psiquismo até os limites de sua matriz sonora interna (Schapira et al., 2007).

Desta maneira, quando alguém faz música em musicoterapia, este alguém nos mostra parte dessa música interna até os limites que sua estrutura psíquica delinea para o seu desenvolvimento. Este processo não tem a ver com uma estética musical específica ou com habilidade de se desenvolver musicalmente em sessão, mas sim com o reconhecimento dos limites do sujeito no território musical, de suma importância para a musicoterapia. Desta forma, Priestley postula que o modo de estar na música é o modo de estar na vida.

O Modelo Plurimodal, considera que no processo musicoterapêutico são atuantes os mesmos **mecanismos de defesa** que aparecem num processo psicoterapêutico (Schapira et al., 2007). Os mecanismos de defesa são processos reguladores involuntários inatos que permitem aos indivíduos reduzir a dissonância cognitiva e minimizar as mudanças súbitas nos ambientes internos e externos alterando a forma como esses eventos são percebidos (Vaillante, 1971).

Anna Freud (2006) na *Teoria dos mecanismos de defesa*, postula que no universo psicanalítico “muitos analistas conceberam a idéia de que, na análise, o valor do trabalho científico e terapêutico realizado estava na proporção direta da profundidade das camadas psíquicas sobre as quais incidia a atenção” (p.9).

A palavra “defesa” aparece pela primeira vez em 1984 no estudo de Freud, *as neuropsicoses de defesa*, no sentido de descrever a luta do Ego contra idéias ou afetos dolorosos ou insuportáveis. Mais tarde, Freud substituiu este termo utilizando a palavra “recalcamento” e somente em seu trabalho, *Inibições, sintomas e ansiedade (1926)*, o termo “defesa” retorna com seu novo sentido.

Em relação a **A transferência e contratransferência musical**, Benenson (1996) descreve a transferência como “a atitude do paciente de repetir, com a atitude do musicoterapeuta, os mesmos episódios ocorridos primitivamente na história deste paciente, na sua relação materno, paterno-infantil, ou seja, colocar no presente o passado”(p 82). Esta é uma atitude da compulsão de repetição do ser humano, dando-se de forma constante em sessão.

O fenômeno transferencial provocará no paciente uma resposta à produção musical, seja em forma de expressão musical ou qualquer forma analógica (tudo o que seja

comunicação não verbal). Todas essas formas de comunicação provocam no terapeuta o fenômeno da contratransferência (p. 82).

Sempre me deu a imagem de dedilhar um instrumento de cordas (o paciente) cuja música ressoa em sua corda simpaticante (o terapeuta), e a própria palavra harmoniosa, que literalmente significa 'corda de companhia', afirma essa imagem. O terapeuta pode, ao trabalhar, gradualmente encontrar, ou rapidamente, o que pode alarmá-lo, reconhecer as ressonâncias simpáticas de alguns dos sentimentos do paciente através de sua própria emoção e/ou consciência somática. Muitas vezes, essas são emoções reprimidas que ainda não estão disponíveis para o conhecimento consciente do paciente, mas também podem ser sentimentos que estão em processo de tornar-se consciente, nesse caso, podem ser muito dinâmicos e influenciar o terapeuta, especialmente quando está improvisando (Priestley, 1994 citado por Schapira, 2007, p. 42)

A contratransferência é “o sentir do musicoterapeuta do impacto que a transferência produziu no seu inconsciente.”(Benenzon, 1996, p. 82).

Apesar de estar firmemente consolidado no âmbito psicanalítico, é necessário levar em consideração que o contexto e a linguagem empregados na musicoterapia são distintos, o que torna irracional esperar que algo tão intrincado seja aplicado de forma idêntica em ambos os domínios (Schapira et al., 2007).

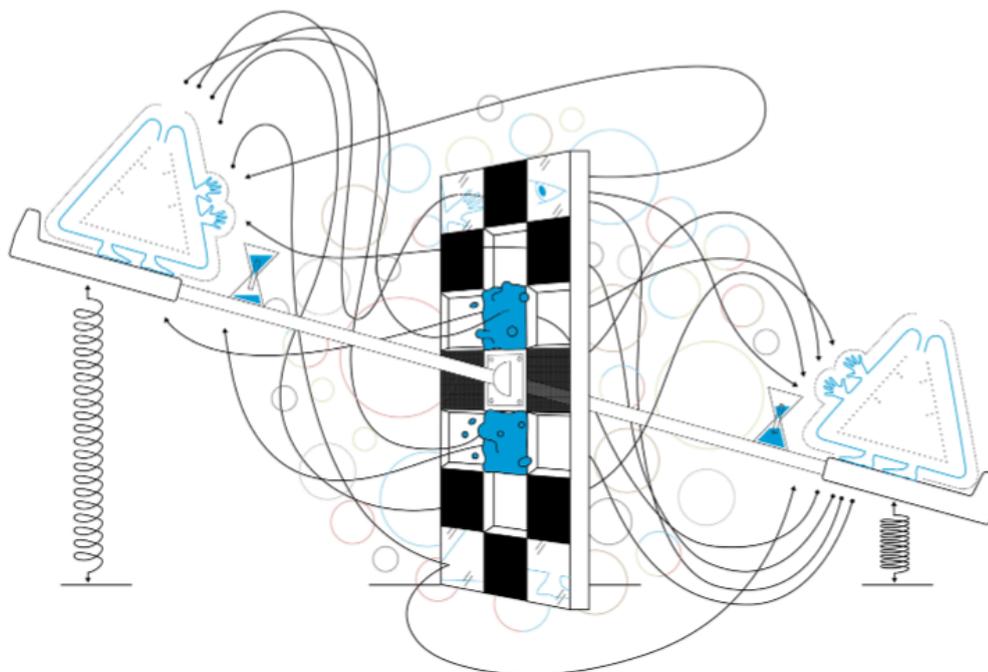
A musicoterapia, no entanto, tem utilizado, principalmente, as regras técnicas e os conceitos clínicos desenvolvidos dentro da psicanálise clássica [...]. Dentro da teoria da musicoterapia, tem sido feita uma tentativa de adaptar essas regras técnicas e conceitos clínicos à realidade do setting musicoterapêutico, onde o principal instrumento é a música. (Wigram et al, p. 72)

Sobre essa articulação entre as disciplinas, um dos argumentos apresentados por Wheeler (1981) é a facilidade da expressão através da música burlar a censura consciente e se dar com menor resistência.

Benenzon (2019), enfatiza que o processo transferencial em contexto não verbal pode se dar de inconsciente para inconsciente, a partir do entendimento do aparelho psíquico formalizado por Freud (considerando o âmbito do inconsciente pessoal) – inconsciente, pré-consciente e consciente.

Figura 1.

Esquema transferencial - Terapia Benenzon. Retirado de "La resistencia al no verbal: De la musicoterapia a la terapia Benenzon. "



(Benenzon, 2019).

No enfoque adotado pelo Modelo Plurimodal, a transferência na musicoterapia é concebida como pluriobjetiva, o que implica que a projeção não se limita apenas ao terapeuta, mas também se estende à música. Nesse sentido, a música assume o papel de objeto de transferência durante a elaboração do processo musical (Schapira et al., 2007).

Esta relação entre o musicoterapeuta e o outro e as respectivas transformações terapêuticas do âmbito não musical, nos levam ao conceito de **Analogia Musical**.

Bruscia (1989) descreve que em musicoterapia, resolver "problemas musicais" é entendido como resolver problemas da vida.

Sobre a **analogia** em musicoterapia Smeijsters (1993), destaca como ela se dá no contexto psicoterapêutico.

Uma analogia é uma semelhança, uma harmonia. Ao falar de uma situação análoga, há uma semelhança com outra situação. A palavra pode se referir a uma igualdade, uma completa semelhança ou uma semelhança em certos aspectos. Esse último significado é importante aqui, porque uma situação terapêutica não é completamente idêntica a uma situação cotidiana. Na situação terapêutica, a realidade é abordada tanto quanto possível, mas ao mesmo tempo há uma distância dessa realidade. É exatamente por isso que uma experiência diferente e um comportamento diferente em relação à realidade se tornam possíveis. Se os eventos fossem meramente repetidos na situação terapêutica, não seria terapia. Como no conceito freudiano de "Wiederholungszwang" (compulsão à repetição), isso não levaria à recuperação. É a diferença, aquilo que é adicionado à realidade na terapia ou o que lança uma luz diferente sobre a realidade, que leva à recuperação. (p. 226)

Compreende-se portanto que a analogia em musicoterapia depende de alguns fatores a serem levados em conta, como a proximidade com e a distância da realidade, considerando que no contexto terapêutico situações e comportamentos emergem de forma simbólica. A proximidade resulta do fato de que o que acontece na musicoterapia é semelhante ao que acontece fora da musicoterapia.

O fato de que uma ação não musical ocorre dentro do contexto musical (por exemplo: a falta de disposição para cooperar pode ser observada em um comportamento musical não cooperativo) ou fato de que elementos musicais, como melodia, ritmo, tempo, dinâmica e forma, são equivalentes simbólicos das características expressivas de uma ação não musical (por exemplo: a ansiedade pode ser observada no uso de intervalos melódicos pequenos). (Smeijsters, 1993, p. 226)

Em relação às transformações provenientes da terapia decorrentes da relação na experiência musical, essas são perceptíveis e analisáveis nas mudanças do âmbito musical do sujeito.

A recuperação acontece quando uma situação foi caracterizada pela sua proximidade e distância da realidade, quando uma ação não musical leva a uma recuperação dentro do

contexto musical ou quando expressões musicais, que são um equivalente simbólico das características de uma ação não musical, mudam. (p. 229).

Assim, considera-se que a proximidade e a distância em relação à realidade é determinante no papel das transformações que ocorrem em musicoterapia. Desta forma, a relação análoga das experiências musicais com a realidade em combinação com os novos eventos musicais que ocorrem no setting, permitem que essas transformações terapêuticas na realidade corram e possam ser observadas através das transformações do âmbito sonoro-musical.

A **metáfora musical** em musicoterapia pode ser compreendida levando em conta que a experiência musical carrega em si uma relação simbólica com conteúdos internos e da história do indivíduo.

Ferguson (1960), entende a música como um meio de comunicação. Desta forma a música em é compreendida como “a percepção de uma realidade plena de experiência - uma consciência na qual todas as nossas faculdades de percepção sensorial, intelectual e emocional está de fato concentrada em um ponto”.(p. 16).

Em musicoterapia adere-se portanto à noção de que a música - seja como símbolos sonoros em improvisações clínicas ou como imagens evocadas na musicoterapia receptiva - é uma expressão do mundo interior da pessoa (Bonde, 2007, p. 4).

O paciente pode falar da tristeza ou da alegria, da emoção, da vontade, da depressão, dos sentimentos... enfim, a música se constitui no veículo sonoro de uma expressão. Nesse contexto, esse acontecimento deve ser entendido de forma mais ampla, pois, diferentemente do vivido pelo compositor, que tem a música como um fim, aqui a estética não é a preocupação primordial, mas sim a expressão, constituindo-se a música como um meio para o desenvolvimento das potencialidades. (Barcellos, 2009, p. 162)

Portanto, a escuta musical clínica é um fator indispensável no setting de musicoterapia. Pois, para além de compreender musicalmente o outro para intervir, o musicoterapeuta também deve estar atento à dimensão metafórica que advém de todos os veículos de expressão do outro.

A **musicalidade clínica** refere-se à musicalidade do terapeuta. Para Barcellos (2004), as qualidades musicais do musicoterapeuta devem ser as mesmas do músico, levando em conta que o que os diferencia na prática é a função que a música e os elementos sonoros desempenham em musicoterapia, servindo como um meio para atingir objetivos terapêuticos. Dessa maneira, tocar bem é importante, mas não deve ser a questão mais essencial. O musicoterapeuta, por melhor músico que seja, deve possuir capacidades específicas no âmbito clínico-musical, como aceitar uma pessoa que desafina ou que tem um ritmo irregular (p. 59).

A “interação musical clínica” e a “intervenção musical clínica” (p. 52) são importantes aspectos da musicalidade nesse contexto. Também faz parte da musicalidade clínica a capacidade do musicoterapeuta de grafar, de forma convencional ou não, produções musicais que surgem na musicoterapia, quando necessário.

A musicalidade clínica considera os parâmetros da “escuta musical clínica” e da “execução musical clínica”. Refere-se, portanto, à recepção e à produção musical. A escuta clínica engloba aspectos que vão além da música, como o movimento, as expressões ou as possíveis verbalizações. Podem ser incluídos também a atenção flutuante musical (Cirigliano, 1993) e a escuta ativa.

Além de tudo, o musicoterapeuta deve saber contornar musicalmente as questões (musicais e não musicais) que surgem e fazem parte do setting terapêutico. Dessa forma, o musicoterapeuta deve buscar se desenvolver musicalmente e como pessoa, pois a relação humana e a música têm o mesmo peso em musicoterapia. Assim, o musicoterapeuta deve, além da formação específica e da formação musical, realizar um trabalho contínuo de desenvolvimento pessoal (p. 59).

Princípio de ISO

Em musicoterapia o conceito de ISO é utilizado de duas formas. Etimologicamente *ISO* é um prefixo de origem grega referente a “igual, semelhante”. (Pozzobon, 2011, p.15).

Ira Altshuler (1944) formulou o Princípio de ISO, considerando este como o encontro do terapeuta com o outro na esfera sonoro-emocional. É estar em um estado igual/semelhante ao estado de humor do outro através da música.

McClellan (1994) descreve que o Princípio de ISO:

Significa simplesmente que a qualidade de humor da música deve ser igual ao humor ou à emoção da pessoa para quem estiver sendo tocada. Portanto, se quiser dar plena

expressão a uma emoção, selecione a música que mais se iguale a você (neste momento). Contudo, se quiser alterar essa disposição de humor, isso pode ser feito escolhendo-se a música que se oponha com maior eficácia ao humor que se quer mudar. (p. 160)

O conhecimento do princípio de ISO de altshuler permite ao musicoterapeuta manejar o estado de humor da pessoa em busca dos objetivos terapêuticos:

Ao tentar exorcizar uma emoção altamente carregada, toque primeiro a música que melhor a expresse e depois, escolhendo músicas para cada humor adjacente em sequência, vá mudando aos poucos o caráter da música para facilitar uma transformação gradual de seu estado emocional. (McClellan, 1994, p. 160)

A partir das observações de Altshuler, Benenzon (1985) foi elaborando paulatinamente a concepção do princípio de ISO como um elemento fundamental no âmbito prático e teórico da Musicoterapia.

O conceito de ISO como identidade sonora

Benenzon, reformula o conceito de ISO compreendendo-o como um elemento dinâmico que considera toda a força de percepção passada e presente. Para Benenzon (1985), o ISO “resume a noção da existência de um som, ou um conjunto de sons, ou fenômenos sonoros internos que nos caracteriza e nos individualiza”(p. 43).

São os sons que caracterizam a pessoa ou grupo de pessoas a partir das experiências sonoras adquiridas durante a vida. Desta maneira, ISO deixa de significar apenas “igual” e passa a ser um termo também relativo a *Identidade Sonora* (Benenzon, 2019,p .98).

Com o intuito de diferenciar o Princípio de ISO de Altshuler do ISO como Identidade Sonora, Barcellos (1992) propõe a sigla “ISO” para se referir ao conceito proposto por Benenzon.

Estes sons estão no campo pessoal e no campo arquetípico⁵. Considera-se portanto o ISO gestáltico, o ISO complementar, o ISO grupal, o ISO cultural e o ISO universal.

O ISO gestáltico se refere ao “mosaico dinâmico” que caracteriza o indivíduo. É o ISO

⁵ Os arquétipos têm esta mesma qualidade em comum com os instintos, isto é, são também fenômenos coletivos (Jung, 2011 p. 36).

que permite descobrir o canal de comunicação do outro com quem se pretende estabelecer relação terapêutica. O ISo complementar se refere às pequenas mudanças que se operam a cada sessão de Musicoterapia. O ISo grupal está ligado ao esquema social em que o indivíduo se integra. É o ISo fundamental de integração de um grupo terapêutico (Benenzon, 1985, p. 43). O ISo cultural “é a identidade sonora própria de uma comunidade de homogeneidade cultural relativa, que responde a uma cultura ou subcultura musical manifesta e compartilhada” (Grebe apud Benenzon, 1985, p. 45), o ISo Universal⁶ “é uma identidade sonora que caracteriza e identifica a todos os seres humanos, independente de seus contextos sociais, culturais, históricos e psicofisiológicos particulares” (Benenzon, 1985, p. 46). Isto porque, “É absolutamente importante se pensar sobre a experiência sonora em geral sem esquecer a dimensão coletiva, as sensibilidades culturais ou a percepção sonora” (Barcellos, 1992, p. 17).

Objeto Intermediário

O conceito de objeto intermediário diz respeito a algo que interfere e está entre os dois lados, no caso da musicoterapia, entre duas ou mais pessoas. Este conceito surgiu a partir das investigações de Rojas-Bermúdez (1969) ao trabalhar com psicóticos crônicos na Argentina, na busca de abrir canais de comunicação.

Para Rojas-Bermudez (1967), um objeto pode ser reconhecido como intermediário quando se enquadra nas seguintes características: existência real e concreta; inocuidade; maleabilidade, para que possa ser utilizado à vontade entre qualquer jogo de papéis complementares; transmissor, que permita a comunicação por seu intermédio, substituindo o vínculo e mantendo a distância; assimilabilidade, ou seja, o que permite uma relação tão íntima, que o sujeito possa identificá-lo consigo mesmo; adaptabilidade, adequando-se às necessidades dos sujeitos; instrumentalidade, para que possa ser utilizado como prolongamento do sujeito e identificabilidade, que lhe permita ser reconhecido imediatamente (Araujo, 1973, p. 1).

O principal objeto intermediário em musicoterapia é a música. Considerando que a relação musicoterapêutica é pluriobjetal (Shapira et al. 2007, .p), os objetos sonoro-musicais são considerados portanto como objetos de intermediação entre musicoterapeuta e o outro. Nesta relação, o musicoterapeuta e a pessoa incidem sobre a música, da mesma forma, a música inside e transforma o musicoterapeuta e o outro.

⁶ “optei pelo termo "coletivo" pelo fato de o inconsciente não ser de natureza individual, mas universal; isto é, contrariamente à psique pessoal ele possui conteúdos e modos de comportamento, os quais são 'cum grano salis' os mesmos em toda parte e em todos os indivíduos. (Jung, 2000 p. 15).

Técnicas do Modelo de Musicoterapia Plurimodal

No Modelo Plurimodal são descritas quatro técnicas principais: A improvisação musical terapêutica, o trabalho com canções, a utilização seletiva de música editada e a técnica EISS (Estimulação de Imagens e Sensações através do Som).

A improvisação musical terapêutica

Em música, “improvisar” pode ser definido como “[...] a arte de se criar espontaneamente enquanto se toca”. (Bruscia, 1987, p. 5). Em musicoterapia, improvisar nem sempre resulta em “música” em si, ou seja, sons produzidos com uma “organização e intenção musical” (Schafer, 1991 p, 35). por vezes, este é um processo que resulta em “formas sonoras” ou apenas sucessões de “objetos sonoros”⁷. Tony Wigram (2004), destaca que a improvisação foi introduzida na fábrica de musicoterapia há cerca de quarenta anos, não muito depois do nascimento da profissão nos Estados Unidos e no Reino Unido.

O Modelo Nordoff-Robbins é um dos modelos que utilizam a improvisação como eixo principal, tendo como complemento outros modos de atuação. Outros modelos que seguem esta linha são, por exemplo, o modelo de Juliette Alvin, ou Abordagem de Improvisação Livre; a Abordagem Experimental de Improvisação, criada por Riodon e Bruscia e também a Terapia de Improvisação Vocal de Sokolov ou Musicoterapia Morfológica (Schapira et al., 2007).

Improvisação no Modelo Nordoff-Robbins

O modelo Nordoff-Robbins⁸ ou modelo de “Musicoterapia Criativa”, é uma abordagem ativa, ou seja, este modelo dá mais ênfase ao fazer musical ativo do que o receptivo (ato de escutar), além disso, a intervenção vocal é reduzida ao mínimo.

O objetivo principal da improvisação do terapeuta neste modelo é envolver o indivíduo na produção musical, isto porque, criar uma terapia através da produção musical coativa do(s) indivíduo(s) e do(s) terapeuta(s).

Através deste modelo o terapeuta está envolvido em três níveis inter-relacionais de trabalho criativo. Em um primeiro momento, o terapeuta cria e improvisa a música que será

⁷ Os objetos sonoros podem ser encontrados dentro ou fora das composições musicais. Para Schafer (1991, p. 179), o objeto sonoro é um evento acústico autocontido, único, que nasce, vive e morre.

⁸ Nos anos 1960, Paul Nordoff (compositor) e Clive Robbins (educador) começaram a desenvolver sua forma de trabalhar com diversas crianças com deficiência, onde Paul Nordoff realizava o improviso ao piano, enquanto Clive Robbins, simultaneamente, trabalhava diretamente em contato com a criança.

utilizada em terapia, posteriormente, o terapeuta utiliza a música improvisada de forma criativa em cada sessão para procurar, obter ou manter contato com o indivíduo momento a momento, com o objetivo de “criar” a experiência terapêutica, e como terceiro e último momento, o terapeuta também cria uma progressão de experiências terapêuticas de sessão para sessão, apoiando estágios de desenvolvimento criativo do indivíduo (Bruscia, 1978).

Nordoff e Robbins consideravam o seu modelo adequado para casos de crianças autistas, psicoses, distúrbios emocionais, distúrbios neurológicos, deficiências físicas, deficiências sensório-motoras e distúrbios de aprendizagem. Os problemas clínicos abordados através da musicoterapia criativa incluem: esquecimento, falta de resposta, passividade, retraimento, mutismo, estereotipia, ecolalia, regressão, negativismo, resistividade, apatia, dependência, insegurança, desorganização do ego, falta de controle, falta de liberdade expressiva, falta de criatividade e falta de comunicação. Embora o modelo tenha sido desenvolvido para crianças, com o passar do tempo, terapêuticas do instituto Nordoff-Robbins da Alemanha, Grã-bretanha, Escandinávia, Austrália, Estados Unidos e outros países, aplicaram a abordagem a adultos.

Um requisito essencial para a prática da musicoterapia criativa é a capacidade de improvisar música de modo clinicamente eficaz. O terapeuta deve ser capaz de sentir uma personalidade, sentir a música, deve ser capaz de compor música no local e de criar a experiência de improvisação. Isto requer muito treinamento por parte do terapeuta. Neste modelo, piano e voz são os principais meios de comunicação improvisacional, embora outros instrumentos possam ser utilizados. (Bruscia, 1978).

Improvisação no Modelo de Improvisação Livre (Juliette Alvin)

Alvin (1975) originou uma abordagem abrangente à musicoterapia que empregava a “improvisação livre” juntamente com várias outras atividades, como escutar, executar, notar, compor e mover-se. Alvin, chamou de improvisação “livre” porque o terapeuta não impõe quaisquer regras, estruturas ou temas à improvisação da pessoa, tendo esta, a liberdade de encontrar seus próprios meios de ordenar e sequenciar os sons. A improvisação era um aspecto central no seu trabalho clínico, por isso, a autora chamou o seu modelo de “Terapia de improvisação livre”.

A ênfase nesta abordagem está nas sensibilidades musicais do indivíduo, e não em suas realizações e aptidões musicais. Este modelo musicoterapêutico pode ser descrito como de natureza estritamente musical e abrangente. É estritamente musical, pois todo o trabalho

terapêutico do cliente gira em torno de ouvir e fazer música. Discussões verbais e outras formas de arte são utilizadas, entretanto, sendo secundárias em relação à atividade musical. É abrangente porque todo tipo concebível de atividade musical é utilizado, baseando-se no uso exaustivo de tudo que a música é feita. (Bruscia, 1978)

A improvisação neste modelo, pode consistir em toda e qualquer tentativa de criar sons ou músicas que não foram compostos ou escritos de antemão, desde meramente tocar instrumentos de maneiras diferentes, produzir sons vocais desorganizados, até inventar e criar temas e formas musicais (Alvin, 1978). As tentativas de o indivíduo emitir livremente sons ou música “instantânea” são aceitas como auto-projeções, onde os padrões musicais são de realização não impostos.

O terapeuta não impõe regras musicais, restrições, orientações a respeito da improvisação do indivíduo, a menos que isso seja solicitado pelo próprio indivíduo no setting terapêutico. Desta forma, o cliente é literalmente livre para estabelecer ou não uma batida, métrica, padrão rítmico, escala, centro tonal, tema melódico ou progressão de acordes. O terapeuta não participa da improvisação do indivíduo até que tal participação seja do agrado deste mesmo indivíduo (Alvin, 1978). O terapeuta deve respeitar a liberdade do indivíduo em fazer escolhas de forma independente, tanto musicalmente, quanto pessoalmente. Alvin estabelece uma relação de igualdade com o indivíduo, onde ambos partilham experiências musicais ao mesmo nível e tem igual controle sobre a situação musical .

Alvin utilizou a improvisação livre como uma “técnica receptiva” em que o cliente escuta enquanto o terapeuta improvisa, e como uma “técnica ativa” em que o indivíduo improvisa sozinho ou com o terapeuta ou com o grupo. Quando a improvisação é utilizada de forma receptiva, o terapeuta improvisa música para atender as necessidades imediatas ou humor do indivíduo. Em resposta, o indivíduo pode escutar silenciosamente ou usar a improvisação do terapeuta como um pano de fundo para representar uma história, fantasia ou outros conteúdos.

Improvisação no Modelo de Musicoterapia Analítica (Mary Priestley)

Musicoterapia analítica é um modelo musicoterapêutico que também considera a improvisação como um aspecto central da prática clínica. Esta linha, se originou no início dos anos 70, sendo concebida e desenvolvida majoritariamente por Mary Priestley.

A musicoterapia analítica pode ser definida como o uso de palavras e improvisações musicais simbólicas pelo indivíduo e pelo terapeuta com o propósito de explorar a vida

interior deste indivíduo e proporcionar propensão para o crescimento. Este modelo é chamado de “analítico” devido às suas origens no pensamento psicanalítico (Bruscia, 1988). Entretanto, ao contrário da psicanálise, a musicoterapia analítica envolve duetos recíprocos de improvisação entre o indivíduo e terapeuta, além da discussão na análise e no trabalho dos sentimentos inconscientes, diferindo assim do papel “passivo” assumido pelo analista estritamente verbal. Priestley, também destaca a musicoterapia analítica como um processo que não objetiva que o indivíduo adquira conhecimentos musicais ou habilidades de improvisação.

Uma das características da musicoterapia analítica é que a improvisação é muitas vezes estimulada e guiada por sentimentos, idéias, imagens, fantasias, memórias, eventos e situações que o indivíduo ou terapeuta identifica como uma questão que necessita de investigação terapêutica. Desta maneira, tais improvisações “intituladas” são de natureza programática ou “referencial”, uma vez que a música simboliza ou se refere a algo fora de si mesma (Bruscia, 1988). De forma ocasional, o terapeuta e o indivíduo também podem se envolver em improvisações estritamente musicais sem um título ou referência oferecido verbalmente de antemão, contudo, tais improvisações “subverbais” não definem este método. Esse tipo de improvisação “não referencial”, é encarado desta forma no sentido de não se referir a nada além da música, embora possam revelar ou refletir uma série de conteúdos.

Este é um modelo tanto verbal quanto musical. O terapeuta e o indivíduo discutem preocupações, fazem improvisações intituladas juntos e depois conversam sobre o que ocorreu nessas improvisações musicais. Desta maneira, a pessoa e o terapeuta interagem através dos meios verbais e musicais.

Os principais agentes de transformação terapêutica na musicoterapia analítica se encontram na relação pessoa-terapeuta e a música (Priestly, 1975). Tais relações são descritas em termos de conceitos psicanalíticos como transferência e contratransferência.

Trabalho com canções

No contexto da musicoterapia, as canções oferecem um meio rico e acessível para a expressão emocional, a exploração da identidade e a promoção do bem-estar. Ao incorporar canções em sessões terapêuticas, os musicoterapeutas podem aproveitar sua capacidade de evocar memórias, desencadear emoções e facilitar a comunicação não verbal, proporcionando assim um terreno fértil para a exploração e a transformação pessoal (Schapira et al., 2007)

O trabalho com canções representa um dos quatro eixos de ação da Abordagem Plurimodal. A escolha desse recurso específico não é feita de forma arbitrária, mas é justificada pela sua capacidade de complementar os outros três eixos, oferecendo uma ampla gama de alternativas para a continuidade do processo terapêutico. A diversidade de opções proporcionadas pelo trabalho com canções enriquece o repertório terapêutico, permitindo uma abordagem mais abrangente e adaptável às necessidades individuais de cada cliente.

O trabalho com canções na Abordagem Plurimodal assume várias formas a fim de trabalhar para atingir os objetivos terapêuticos.

Criação de canções

No âmbito da prática da musicoterapia, o musicoterapeuta e a pessoa, ou grupo, colaboram na criação de um espaço propício para compor uma canção. Esse processo pode começar de diversas formas, como a seleção de uma base rítmica ou a criação de uma linha melódica, que depois é complementada com a letra. Muitas vezes, a criação de canções envolve a adaptação de músicas conhecidas, às quais são adicionados novos elementos como letra, ritmo e melodia (Schapira et al., 2007).

Re-criação de canções

A execução de uma canção pré composta em musicoterapia é denominada re-criação de canção. (Bruscia, 1991). No que diz respeito à relação da pessoa com a canção recriada, Chagas (2001) nos diz que “Quando a pessoa canta, no setting musicoterapêutico, ele ou ela não reproduz simplesmente a canção, mas se apropria dela. A canção torna-se sua, passível de improvisos: re-criação”(p, 122).

Há também, em alguns casos, a possibilidade da re-criação de canções conhecidas pelo terapeuta e pela pessoa ou grupo, no que se denomina canto conjunto.

Canto conjunto

No início do processo musicoterapêutico, cantar em conjunto com a pessoa é uma estratégia eficaz para estimular sua expressão vocal. Embora cantar em público possa ser desafiador para muitos, a presença ativa do musicoterapeuta cria um ambiente seguro e acolhedor, ajudando a reduzir ansiedades. Esse apoio emocional encoraja a pessoa ou grupo a se expressar de forma mais livre, contribuindo para o progresso terapêutico. (Schapira et al.,

2007). É também um meio de estabelecer momentos de atenção compartilhada, pois os sons musicais facilitam as interações pessoais (Barcellos, 1992, p. 17).

A canção-âncora

A Canção-âncora é uma canção trazida pelo musicoterapeuta para o setting de musicoterapia. É nomeadamente uma canção pertencente ao Iso do musicoterapeuta desencadeado mediante alguma circunstância da pessoa, que contratransferencialmente mobilize o terapeuta no contexto do atendimento (Cirigliano, 2004). A Canção-âncora surge também como um recurso para o musicoterapeuta na busca da interação interpessoal em situações de impasse.

A canção surge, sem que este se aperceba conscientemente, em situações clínicas nas quais, movido pela contratransferência, o musicoterapeuta se depara com dificuldades de interagir com o seu cliente. A canção-âncora auxilia o musicoterapeuta a sair do estado “paralisado” em que se encontra, dando prosseguimento a sessão. Posteriormente possibilita, ao profissional, mediante reflexão, utilizá-la como um recurso que o instrumenta buscar interação, quando exposto a situações musicoterápicas de impasse. (Cirigliano, 2004, p. 39)

Independentemente da linha de atuação, o musicoterapeuta se depara constantemente com sentimentos contratransferenciais, de modo que não há como conceber em musicoterapia a idéia de um terapeuta “neutro”. O exercício da atenção flutuante musical⁹, auxilia o terapeuta na apuração da escuta clínica e no reconhecimento das reações que o mundo interno musical do terapeuta provocam na pessoa. (Cirigliano, 2004). Desta forma, a canção-âncora quando conscientizada, permite ao musicoterapeuta identificar possíveis transformações musicais e não musicais na pessoa, servindo como um objeto de análise em relação a evolução clínica.

⁹ “Em resumo, a atenção flutuante musical, aqui exposta, pressupõe a existência de dois inconscientes, que podem se comunicar musicalmente, em uma sessão musicoterapia.” (Cirigliano, 1993, p. 1173).

Improvisação de canções

A improvisação de canções¹⁰ encapsula a ideia de urgência e espontaneidade de maneira excepcional, uma vez que não requer uma estrutura ou um processo predefinido. Em vez disso, a improvisação ocorre sem preâmbulos, parte de referências associativas e descritivas. Essa abordagem possibilita que a pessoa ou grupo se conecte com memórias, imagens e sensações que emergem no espaço musicoterapêutico com menos restrições impostas pelos mecanismos de defesa (Schapira et al., 2007).

Ao permitir a livre expressão de elementos inconscientes, a improvisação de canções oferece uma forma poderosa de acesso à conteúdos da psique do indivíduo, facilitando o processo terapêutico de autoexploração e autotransformação. Essa prática não apenas promove a liberação de emoções reprimidas, mas também estimula a criatividade e a espontaneidade, enriquecendo assim a jornada terapêutica do indivíduo ou grupo.

Exploração do material

Esta modalidade de trabalho se desdobra em duas fases distintas: uma que ocorre durante a sessão e outra que se estende entre as sessões seguintes. Durante a sessão de musicoterapia, é solicitado a pessoa que, com base nos temas ou experiências emergentes durante o processo terapêutico, busque canções para serem exploradas na próxima sessão, as quais estejam relacionadas com o que está sendo trabalhado.

Uma característica fundamental da exploração desse material é que ela oferece sinais sobre o comprometimento do indivíduo com seu próprio processo terapêutico. Além disso, envolve a re-experiência de emoções e memórias durante a seleção das músicas que serão trazidas para a próxima sessão, as quais serão então integradas ao cenário musicoterapêutico.

Kenneth Bruscia (Bruscia, 1998) , em seu livro *The Dynamics of Music Psychotherapy*, descreve três componentes fundamentais dessa modalidade: a escolha da canção, a experiência da escuta durante a sessão e o subsequente processamento terapêutico. Esse processo envolve a reflexão sobre suas associações emocionais e significados pessoais.

A canção pessoal

A prática conhecida como "A canção pessoal" é amplamente utilizada em abordagens terapêuticas para crianças autistas, com o objetivo de criar elementos ou situações constantes

¹⁰ A improvisação de canções representa uma síntese de diferentes abordagens terapêuticas do Modelo Plurimodal, combinando elementos de criação e indução evocativa inconsciente. Esse processo envolve a expressão sonora de elementos que emergem do plano não consciente do indivíduo, os quais podem ser desenvolvidos em composições musicais.

ao longo do processo terapêutico. Essas constantes fornecem à criança uma sensação de segurança, permitindo-lhe antecipar eventos com base no reconhecimento dos estímulos, enquanto simultaneamente fortalece a conexão entre o musicoterapeuta e o paciente (Schapira et al., 2007).

Essa técnica envolve a criação de uma canção única e personalizada para a criança, que inclui seu nome e algum aspecto específico de sua história pessoal. A canção é cantada no início de cada sessão e se desenvolve ao longo do processo terapêutico. A composição da canção ocorre durante as sessões, incorporando os sons que a criança emite, e é ajustada a cada encontro subsequente, permanecendo em sintonia com o ritmo e a melodia individuais da criança.

O principal objetivo dessa prática é proporcionar à criança uma experiência musical que estimule sua participação ativa através do reconhecimento auditivo, enquanto o musicoterapeuta explora novas formas de expressão e comunicação. Além disso, essa técnica visa facilitar a expressão vocal da criança e fortalecer os vínculos terapêuticos de forma mais profunda (Ferrari, 2006).

A Utilização Seletiva de Música Editada

O Modelo Plurimodal destaca a necessidade de estabelecer critérios para o uso de música pré-gravada na prática da musicoterapia. (Schapira et al., 2007), baseando-se na compreensão da música como um estímulo polissêmico (Lia Rejane, 1996) e na consideração da matriz sonora do inconsciente. Levando em conta a musicalidade clínica do terapeuta:

É fundamental assinalar ainda que quando o musicoterapeuta utiliza música gravada, em geral escolhe estas músicas com critérios certamente diferentes daqueles de um psicoterapeuta, a menos que este tenha formação musical (Na verdade seria necessário mais do que formação musical). Ou seja, o musicoterapeuta escolhe uma música de acordo com os aspectos que a constituem, em relação ao que ele quer mobilizar (Barcellos, 1992, p. 25)

A abordagem apresentada ressalta a importância de considerar a individualidade de cada pessoa e grupo ao selecionar e utilizar músicas editadas, com o objetivo de desenvolver intervenções adequadas e eficazes. Os critérios para a escolha de músicas editadas na prática da musicoterapia são fundamentais e estão organizados em três aspectos principais: o papel do

musicoterapeuta, a participação do usuário e as características intrínsecas da música (Barcellos,1992).

O musicoterapeuta deve levar em conta a seleção musical, considerando também os aspectos de transferência e contratransferência que podem surgir durante o processo. Ao mesmo tempo, o usuário geralmente escolhe a música que deseja utilizar na sessão, baseando-se em seu ISO (Benenzon, 2011). Durante a sessão, as intervenções com música editada são ajustadas conforme necessário, levando em consideração o que é relevante para o progresso do processo terapêutico e as necessidades individuais dos participantes.

É crucial reconhecer que, na musicoterapia, a música tem objetivos diferentes daqueles da música como arte, exigindo critérios específicos para sua aplicação, como a estrutura musical, o gênero, as letras, os intérpretes e o contexto social de criação da música (Schapira et al., 2007).

A técnica EISS (Estimulação de Imagens e Sensações através do Som)

A estimulação de imagens e sensações através do som (EISS), é uma técnica receptiva de musicoterapia. Foi desenvolvida como uma variação do modelo GIM ¹¹de Helen Lindquist Bonny, que por sua vez é inspirada pelo modelo de Psicologia Analítica de Carl Jung (1996).

A técnica EISS dentro do modelo plurimodal, consiste na audição de uma sequência de estímulos sonoros escolhidos pelo terapeuta para a situação singular de uma pessoa ou de um grupo, dentro do processo terapêutico. Mesmo sendo uma modificação teórica e prática do modelo postulado por Bonny, a aplicação da técnica difere em alguns aspectos no seu fundamento, elaboração e na aplicação no contexto do Modelo Plurimodal (Schapira et al., 2007)

Na técnica EISS, não existe uma avaliação prévia dos estados de espírito que os estímulos musicais selecionados podem induzir de forma predominante nos participantes. Desta forma, não são construídas sequências padronizadas, mas sim montadas de acordo com o ISO do indivíduo ou grupo

Etapas de aplicação da técnica EISS:

A primeira etapa trata-se de um **relaxamento**. Nesta etapa, o terapeuta pede a cada integrante do grupo que se coloque em uma posição confortável e que mantenha os olhos

¹¹ O GIM é um Modelo específico da musicoterapia que combina música e técnicas de visualização com o intuito de promover o autoconhecimento, a exploração emocional e o crescimento pessoal. Modelo desenvolvido por Helen Bonny na década de 1970.

fechados, buscando relaxar o corpo para permanecer neste estado durante toda a experiência. A intenção é que cada participante possa se desprender o máximo possível das preocupações cotidianas, por esta razão, é importante que os participantes busquem seu próprio espaço dentro da sala e busquem esta posição cômoda que é pertinente e subjetiva para cada um. Esta primeira etapa tem uma duração variável, dependendo da dificuldade da pessoa ou do grupo para conseguir relaxar. O musicoterapeuta deve permanecer atento durante toda a experiência, uma vez que é difícil a experiência da EISS em participantes com dificuldades na etapa do relaxamento. Esta dificuldade, ocorre provavelmente porque as resistências podem se apresentar com maior força nesse momento em alguns participantes ou no grupo.

A segunda etapa se trata da **estimulação** propriamente dita, deve ocorrer quando o relaxamento passivo moderado for alcançado. Nesta etapa, o musicoterapeuta avisa o indivíduo ou o grupo que escutará uma sequência musical e pede que se deixem impregnar pela música. É importante que o musicoterapeuta informe que é necessário permanecer na posição cômoda encontrada por cada um, mesmo que isso não implique permanecer em quietude extrema. Muitas vezes, a necessidade de se mover ou mudar de posição é favorável para pessoas que estão visualizando imagens ou experimentando fortes sensações ou emoções no EISS, dessa forma esses fatores podem ser acompanhados por posturas corporais que elas necessitem espontaneamente (Schapira et al., 2007).

Para iniciar a fase da estimulação, uma das instruções possíveis pode ser:

Vai ouvir uma sequência de estímulos musicais. A música pode despertar em si imagens ou memórias. A música pode despertar em si sensações ou emoções. Se aparecer uma imagem, mergulhe nela tanto quanto puder ou quanto quiser. Se aparecer uma sensação, permita-se senti-la tanto quanto puder ou quanto quiser. (Schapira et al., 2007, p. 105)

Uma vez terminada a segunda etapa, inicia-se a etapa de **conclusão**. A ideia é encerrar a segunda etapa e voltar ao estado de consciência menos modificados pelos estímulos musicais, permitindo à pessoa refletir a respeito do que foi experienciado. Nesta etapa, pede-se aos participantes que, no caso de estarem transitando por alguma imagem, congele a mesma, como uma foto. Pede-se que a pessoa ou grupo busque registrar uma possível sensação ou emoção experienciada. Podem surgir sensações corporais, memórias, emoções, metáforas, alegorias, imagens abstratas, imagens concretas ou fantasias. Em muitas ocasiões,

é necessário um momento de reflexão sobre o que foi vivenciado durante a segunda etapa, Esta etapa não se constitui necessariamente como um momento de associação livre, uma vez que também pode incluir um retorno por parte do musicoterapeuta (Schapira et al., 2007)

Outras técnicas

Mirroring ou “espelhamento”, é uma técnica definida como a atitude do musicoterapeuta em fazer exatamente o que o cliente está fazendo musicalmente, expressivamente e através da linguagem corporal ao mesmo tempo em que a pessoa está fazendo. A pessoa verá então seu próprio comportamento no comportamento do terapeuta. (Wigram, 2004 p. 82).

O Espelhamento e a imitação são frequentemente utilizados como técnicas empáticas, onde o musicoterapeuta pretende transmitir à pessoa a mensagem de que está se encontrando exatamente no nível dele e tentando alcançar sincronia com a pessoa.

Técnica Provocativa Musical: Esta técnica era utilizada inicialmente com autistas na busca da interação e do estímulo para a linguagem. Barcellos (2008), descreve esta técnica como:

A interrupção de uma sequência de sons conhecidos, de um ritmo, de uma melodia ou de um encadeamento harmônico para provocar o paciente a completar o que se apresenta como incompleto e, a partir daí, comprometê-lo no processo de fazer música com o musicoterapeuta. (Barcellos, 2008, p. 107)

Pode ser compreendida a partir da noção de completude ou continuidade (Barcellos, 2008). Na perspectiva da teoria musical (em harmonia), um exemplo próximo desse fenômeno é a cadência interrompida (ou cadência de engano/deceptiva). Sendo este um “tipo especial de semi-cadência onde o V é seguido por qualquer acorde que não o de I”(Corrêa, 2012, p 36). No caso da técnica provocativa, a suspensão é seguida por um silêncio abrupto na tentativa de “provocar” o outro a completar/continuar o trecho musical.

Rhythmic Grounding: é a técnica de fornecer uma base rítmica para a expressão musical do outro. Bruscia, define como “Manter uma batida básica ou fornecer uma base rítmica para a própria improvisação do cliente”(Bruscia, 1987).

Harmonic Grounding: é a técnica em que o musicoterapeuta fornece uma base harmônica (geralmente com dois acordes) para a improvisação da pessoa (Wigram, 2004 p. 95).

Holding: é uma técnica de sustentação vocal envolvendo o uso intencional de dois acordes em combinação com a voz do terapeuta para criar um ambiente musical consistente e estável que facilita o canto improvisado dentro da relação cliente-terapeuta. Criada por Diana Austin (2008), é utilizado como meio de expressão de conteúdos inconscientes¹².

Rhythmic Auditory Stimulation (RAS): é uma técnica de musicoterapia que utiliza a estimulação rítmica para facilitar o treinamento de movimentos corporais que são intrinsecamente biologicamente rítmicos. Nos seres humanos, o tipo mais significativo desses movimentos é a marcha. Portanto, a RAS é utilizada quase exclusivamente para a reabilitação da marcha. Essa técnica emprega sinais rítmicos em compassos de 2/4 e 4/4, apresentados como batidas de metrônomo puro ou como batidas fortemente acentuadas em padrões musicais completos, para indicar parâmetros da marcha, como cadência dos passos, comprimento do passo, velocidade, simetria do comprimento e duração do passo. (Oliver et al., 2005, p. 1)

Treinamento de Orientação Sensorial Musical (Musical Sensory Orientation Training): O uso dos estímulos sonoro-musicais, para estimular a excitação, a recuperação dos estados de vigília e facilitar a resposta significativa e a orientação no tempo e no espaço. (Oliver et al. (2005, p. 12).

A percepção da direção da fonte sonora é um fenômeno psicoacústico que ocorre de forma inconsciente. Esta capacidade humana está presente por volta dos seis meses de vida, quando o bebê já é capaz de localizar os sons a sua volta (Oliveira et al, 2008, p. 8).

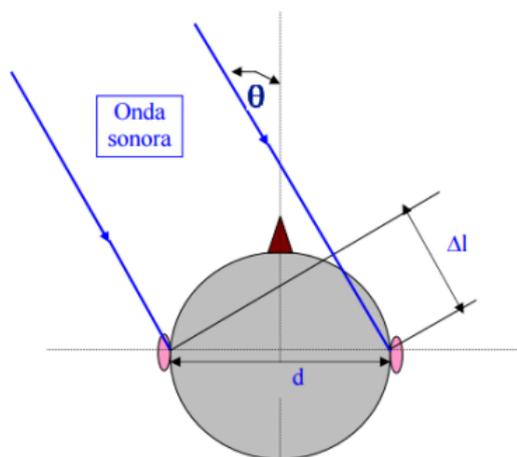
Quando a fonte sonora se encontra em um azimute¹³ diferente de zero, o ouvinte tende a mover a cabeça de tal modo que este seja zero, ou seja, na direção da fonte sonora.

¹² As técnicas de sustentação vocal também apoiam uma conexão consigo mesmo e com os outros e podem ser usadas para promover uma regressão terapêutica na qual sentimentos, sensações, memórias e associações inconscientes podem ser acessados, processados e integrados. (Austin, 2008, p. 146).

¹³ Azimute: É o ângulo formado entre a direção do som e o plano médio das orelhas, estando em 0° (zero graus), quando a fonte sonora está exatamente à frente do observador e no plano médio das duas orelhas.

Figura 2.

Fonte sonora em um ângulo diferente de zero graus.



Retirado de "Localização de fontes sonoras: a importância das diferenças dos limiares auditivos interaurais", por (Oliveira, et al., 2008).

Desta forma, para além de estimular a atenção e a localização espacial, esta técnica permite o atingir de objetivos relacionados às funções motoras e movimentos.

Patterned Sensory Enhancement (PSE) é uma técnica que utiliza os elementos rítmicos, melódicos, harmônicos e dinâmico-acústicos da música para fornecer sinais temporais, espaciais e de força para estruturar e regular movimentos funcionais. A PSE pode ser usada para estruturar, em termos de tempo, espaço e força, qualquer padrão e sequência de movimento funcional, independentemente de serem intrinsecamente rítmicos ou discretos, do tronco superior, braços, mãos ou do corpo inteiro (por exemplo, movimentos de alcançar, agarrar e levantar; transferências de sentar para ficar em pé, etc.). (Oliver et al., 2005, p. 2). Foi utilizada principalmente em contexto de coterapia com fisioterapia, a fim de obter resultados da ordem da dimensão motora.

Therapeutic Instrumental Music Performance (TIMP) é o uso de instrumentos musicais para exercitar e simular padrões de movimento funcional na terapia motora. Os instrumentos musicais e a configuração espacial dos instrumentos, bem como os padrões motores para tocá-los, são selecionados com base em considerações funcionais para treinar adequadamente a amplitude de movimento, resistência, força, coordenação dos membros e movimentos funcionais que envolvem destreza dos dedos, preensão, flexão/extensão, adução/abdução, rotação, supinação/pronação, etc. (Oliver et al., 2005, p. 3).

Escuta Musical combinada com Técnicas da Arte-terapia.

Outra técnica utilizada é a escuta musical combinada com as técnicas de expressão em pintura, desenho e a argila¹⁴. Estas, são técnicas do campo da Arte-Terapia¹⁵, incorporadas ao atendimento musicoterapêutico. Estes fazeres artísticos são utilizados para mediar a produção de símbolos do inconsciente (Casanova, 2014). Por resultar em um produto artístico material, estes possibilitam o musicoterapeuta a se aproximar visualmente das imagens mentais do indivíduo no momento do seu processo de escuta musical.

Estas técnicas foram aplicadas como etapa posterior às improvisações musicais e a aplicação da técnica EISS¹⁶. As imagens¹⁷ que emergiram a partir destas técnicas, eram compreendidas como conteúdos simbólicos e utilizadas como referências às improvisações musicais que ocorriam novamente ao fim das sessões. Compreende-se que “uma palavra ou uma imagem é simbólica quando implica alguma coisa além do seu significado manifesto e imediato” (Jung, 1977, p.20).

O momento da produção artística em pintura impulsionada pela escuta musical revela “auto-retratos do que está acontecendo no espaço interno da psique, sem quaisquer disfarces ou véus” (Silveira, 2001, p.85). Desta maneira, a produção dessas imagens serve para a identificação de temáticas a serem trabalhadas nas improvisações e no decorrer do processo terapêutico do indivíduo ou grupo.

Desta maneira, as improvisações referenciais (Bruscia, 1988) estimuladas por essas imagens produzidas e expressadas pelo indivíduo, simbolizam ou referem a algo fora de si mesma.

¹⁴ Uma das características do Modelo Plurimodal de Musicoterapia é a abertura no que se refere à utilização de ferramentas terapêuticas de outras linhas de atuação das terapias-expressivas. (Schapira, Ferrari, Sanchez, & Hugo, 2007).

¹⁵ Arteterapia é uma campo de atuação profissional que utiliza recursos artísticos com finalidade terapêutica (Carvalho, 1995).

¹⁶ Estimulação de Imagens e Sensações através do Som. (Schapira, Ferrari, Sanchez, & Hugo, 2007).

¹⁷ “[...]A imagem não é a simples cópia psíquica de objetos externos, mas uma apresentação imediata, produto da função imaginativa do inconsciente, que se manifesta de maneira súbita, mas sem possuir necessariamente caráter patológico, desde que o indivíduo a distinga do real-sensorial, percebendo-a como imagens internas. Na qualidade de experiência psíquica, a imagem interna será mesmo, em muitos casos, mais importante que as imagens das coisas extremas. Acentuemos que a imagem interna não é um simples conglomerado de conteúdos do inconsciente. Constitui uma unidade e contém um sentido particular: expressão da situação do consciente e do inconsciente, constelados por experiências vividas pelo indivíduo.[...]” (Silveira, 200, p. 77).

Coterapia interdisciplinar

Etimologicamente o prefixo *co*, “refere-se a junção, companhia, cooperação” (Pozzobon, 2009, p. 9). Por sua vez, o termo *Terapia* (do grego *therapeia*¹⁸), designava na sua origem, “prestar cuidados médicos, tratar.” (Rezende, 2010, p. 149). O termo coterapia designa um trabalho terapêutico realizado em cooperação por mais de um terapeuta.

Em Musicoterapia vemos no Modelo Nordoff-Robbins, um exemplo de trabalho em pares, onde um terapeuta trabalhava ao piano enquanto o outro trabalhava diretamente com a criança (Bonde e Wigram 2002, p. 176). Neste caso, trata-se de uma coterapia entre terapeutas da mesma disciplina: a Musicoterapia. Entretanto, há também a atuação da coterapia realizada entre terapeutas de disciplinas distintas, como é o caso da coterapia entre as disciplinas da Musicoterapia, Terapia da Fala, Terapia Ocupacional e Fisioterapia.

A coterapia interdisciplinar¹⁹ (Bruscia, 1982, p. 33), designa um processo terapêutico realizado por profissionais de duas áreas distintas, com uma colaboração intensa e integração das abordagens e métodos entre as disciplinas em busca de objetivos terapêuticos traçados em modo cooperativo. A escolha do termo “interdisciplinar”, se dá no intuito de clarificar o vocabulário e eliminar as ambiguidades envolvendo as distintas palavras-chave. Vê-se portanto a necessidade de diferenciar o termo “Interdisciplinar” de conceitos vizinhos como “Multidisciplinar” e “Pluridisciplinar” (Japiassu, 1976, p. 72).

Um processo terapêutico pode ocorrer de forma *multidisciplinar* quando cada disciplina trabalha de forma relativamente independente. Seria o caso de uma pessoa atendida em duas disciplinas em modo não cooperativo. Pois, “multidisciplinar consiste em estudar um objeto sob diferentes ângulos, mas sem que tenha necessariamente havido um acordo prévio sobre os métodos a seguir ou sobre os conceitos a serem utilizados.” (Japiassu, 1976, p. 72). Em outras palavras, a multidisciplinaridade é “uma reunião de disciplinas em torno de um aspecto comum, mas sem articulação entre elas” (Feringollo & Kessler, 2017, p. 148). A interdisciplinaridade ou a multidisciplinaridade do processo terapêutico dependerá do modo operante dos terapeutas em relação a este processo.

¹⁸ O termo foi usado em medicina por Hipócrates e Galeno antes de passar para o latim com o seu sentido mais abrangente (Rezende, 2010, p. 149).

¹⁹ Bruscia utiliza o termo “interdisciplinar” referindo-se a um “tratamento interdisciplinar” realizado em 1975, que incluiu a atuação de dois Musicoterapeutas e dois Terapeutas da Fala, relatado em “Music in the Assessment and the echolalia”.

A *Pluridisciplinaridade* é “a relação complementar entre disciplinas semelhantes” (Ferigollo & Kessler, 2017, p. 148). Em sua etimologia, *pluri* refere-se a “muitas, várias” (Pozzobon, 2009, p. 18). Pluridisciplinar refere-se portanto à “justaposição de disciplinas relacionadas de modo a aparecer as relações existentes entre elas.”(Japiassu, 1976, p. 73). É o modo que mais se assemelha a interdisciplinaridade, no que diz respeito à relação de cooperação, mas diferencia-se na quantidade de disciplinas atuantes.

Portanto, a coterapia interdisciplinar é um trabalho em modo cooperativo realizado entre terapeutas de áreas distintas, que abarca todas as etapas do processo terapêutico na busca de objetivos comuns.

A eficácia do processo terapêutico em modo de coterapia toma em conta a relação estabelecida entre os terapeutas envolvidos. Em musicoterapia, a relação estabelecida é pluriobjetal (Schapira et al., 2007, p. 40), sendo: o musicoterapeuta, o indivíduo e a música (que atua como objeto intermediário). No caso da coterapia interdisciplinar, é somada a participação da(do) terapeuta da outra disciplina, também atuante nas sessões e em todo o processo terapêutico. A soma do quarto objeto (terapeuta interdisciplinar) nesta relação terapêutica pode tornar o trabalho do musicoterapeuta ainda mais desafiador, uma vez que deve lidar com mais questões no setting e em todo o processo. Portanto, deve-se considerar como fundamental os aspectos da relação entre os terapeutas envolvidos na coterapia.

Existem pontos-chave a serem considerados no trabalho co-terapêutico (Lee et al., 2019, p. 114). São eles:

- Os coterapeutas devem compartilhar igualmente a tarefa terapêutica, apesar das diferenças de especialização, treinamento profissional e experiência.
- O relacionamento entre coterapeutas é um fator crucial no processo.
- Coterapeutas eficazes modelam, verbalmente e não verbalmente, em comunicação aberta e honesta, escuta ativa os métodos de resolução de desacordos.
- Reservar tempo para a preparação e processamento após cada sessão otimiza o aprendizado e constrói o relacionamento de coterapia.
- A preparação para uma experiência de coterapia começa antes mesmo de o indivíduo entrar na sala.

Berger (2002), enfatiza a importância da generosidade entre co-terapeutas neste processo. Estes percebem seu trabalho em conjunto como uma oportunidade mútua de crescimento. Os coterapeutas generosos reconhecem suas limitações e apreciam a

contribuição e as capacidades que cada um deles traz, compondo um ambiente social propício ao desenvolvimento da subjetividade de cada um. É um processo evolutivo que exige coragem, desenvolvimento emocional e esforço (Berger, 2002, p. 83-84).

Musicoterapia e Terapia Ocupacional

A Terapia Ocupacional é definida pela Federação Mundial de Terapeutas Ocupacionais da seguinte forma:

A terapia ocupacional é uma profissão de saúde centrada no cliente, preocupada em promover a saúde e o bem-estar por meio de ocupações. O objetivo principal da terapia ocupacional é possibilitar que as pessoas participem das atividades da vida cotidiana. Os terapeutas ocupacionais alcançam esse resultado trabalhando com pessoas e comunidades para melhorar sua capacidade de se engajar nas ocupações que desejam, precisam ou são esperadas de realizar, ou modificando a ocupação ou o ambiente para melhor apoiar seu envolvimento ocupacional. (WFOT, 2012)

São muitos os pontos de aproximação entre Musicoterapia e Terapia Ocupacional. Em ambas as profissões os objetivos terapêuticos são traçados levando em conta os aspectos físicos, cognitivos, emocionais e sociais do indivíduo, buscando a sua integração enquanto pessoa e no meio em que está inserido. (Rossetto, 2008, p. 14).

Em 2012, foi realizado um projeto na Guatemala com o propósito de integrar a musicoterapia ao tratamento de terapia ocupacional em crianças com paralisia cerebral. Foi considerado que o emprego da musicoterapia pode facilitar a aceitação das crianças ao processo terapêutico (Otzin & Senté 2012, p. 1). Foi utilizado como base teórica o Modelo Benenzon de musicoterapia. Este Modelo, nomeado por Benenzon (2019) como Musicopsicoterapia (p. 99), incorpora e defende a utilização do não-verbal no processo terapêutico.

As técnicas de musicoterapia foram utilizadas para abrir canais de comunicação entre a criança com paralisia cerebral e o terapeuta ocupacional. Esses canais decorreram de forma não-verbal, garantindo seu direcionamento às transformações a nível físico-emocional. Na abertura desses canais, o musicoterapeuta foi o responsável por conduzir a comunicação de tal maneira que a criança se visse exposta a situações de troca de mensagens, o que resultou em um tratamento mais eficaz no campo da Terapia Ocupacional (Otzin & Senté 2012, p. 3).

Observou-se que uma das principais dificuldades enfrentadas pelo terapeuta ocupacional ao tratar crianças com paralisia cerebral era a limitação causada por problemas de tônus muscular. No entanto, ao incorporar a musicoterapia no tratamento, esses problemas mostram uma melhora significativa (Otzin & Senté 2012, p. 1).

Foi relatada a possibilidade de fabricar instrumentos musicais que se adaptassem às perturbações motoras da criança (Otzin & Senté 2012, p. 3), como uma das atividades da terapia ocupacional. Esses instrumentos foram produzidos de acordo com a imaginação, recursos disponíveis e as necessidades da criança em questão. As características consideradas para a produção desses instrumentos eram: ser de fácil manuseio, de fácil transporte, criativos e que produzissem um som agradável para a criança.

Foi descrito que as 13 crianças participantes do projeto apresentaram melhorias tanto físicas quanto cognitivas. Essas melhorias incluíram melhorias nas alterações de tônus muscular, redução da espasticidade, aperfeiçoamento da postura, diminuição da rigidez, melhora na coordenação motora, aumento da destreza manual, ampliação do tempo de atenção e melhor resposta a ordens simples (Otzin & Senté 2012, p. 35).

A Musicoterapia e a Terapia Ocupacional são duas profissões que podem ter grande contribuição na sua inter-relação. Ainda em relação à parte técnica, um(a) terapeuta ocupacional pode fazer adaptações nos instrumentos musicais e/ou auxiliar a pessoa na execução musical. Da mesma forma, o musicoterapeuta pode contribuir com sons/músicas nas atividades realizadas por uma terapeuta ocupacional. (Perez Elizalde, 2004, p. 25).

Uma revisão bibliográfica relacionada ao efeito do ritmo em uma abordagem interdisciplinar entre terapia ocupacional e musicoterapia, apontou ganhos funcionais, reabilitação e manutenção de domínios relacionados a ocupações da vida diária em pessoas com a doença de parkinson (Braga, 2013, p. 43).

Uma pesquisa realizada no âmbito hospitalar, avaliou o impacto da intervenção conjunta de musicoterapia e terapia ocupacional em crianças com lesões neurológicas. Obtendo resultados positivos no que diz respeito à autorregulação, ao envolvimento em relacionamentos interpessoais, na manutenção de estados de excitação, em atender as tarefas, bem como no envolvimento dos pais no que diz respeito a implementação de estratégias para desempenharem um papel ativo na reabilitação de seus filhos (Twyford & Watters, 2016).

Portanto, um trabalho coterapêutico interdisciplinar entre musicoterapia e terapia ocupacional mostra-se como um potencial catalisador do desenvolvimento físico, cognitivo,

social e emocional, que transcende o setting terapêutico e busca transformações e melhorias em relação a qualidade de vida dos indivíduos e suas famílias.

Musicoterapia e Terapia da Fala

Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala (2018), define a profissão da seguinte forma:

O Terapeuta da Fala desenvolve atividades no âmbito da promoção, prevenção, avaliação, diagnóstico, intervenção e estudo científico das funções estomatognáticas (respiração, fonação, sucção, mastigação e deglutição) e da comunicação humana (linguagem, fala, fluência, voz e comunicação), englobando não só as funções associadas à compreensão e à expressão da linguagem oral e escrita mas também outras formas de comunicação não verbal. (APTF, 2018)

Apesar de ser possível encontrar trabalhos literários a respeito da utilização da música em Terapia da Fala ou Fonoaudiologia²⁰, são escassas as publicações que relacionam a Terapia da Fala com o campo da Musicoterapia ou a intervenção destas áreas em modo de coterapia.

Embora existam semelhanças entre as áreas de Fonoaudiologia e Musicoterapia, é importante destacar que o uso da música como recurso terapêutico não caracteriza um tratamento musicoterapêutico (Freitas & Tôrres, 2015, p. 346).

Em relação a colaboração entre Musicoterapia e Terapia da Fala, Zoller (1991) afirma que as atividades musicais realçam as formas não verbais de comunicação, auxiliando na ultrapassagem das limitações físicas, sociais e emocionais (Zoller, 1991, p. 272).

A música também pode ser utilizada pelo musicoterapeuta no âmbito da terapia da fala com o intuito de auxiliar no desenvolvimento da Comunicação Aumentativa e Alternativa (Geist & McCarthy, 2008, p. 6).

Em 1975, Kenneth Bruscia realizou um trabalho de intervenção em modo de coterapia incluindo mais um Musicoterapeuta e dois Terapeutas da Fala em um caso envolvendo uma pessoa com ecolalia. Em relação a este programa de tratamento terapêutico, Bruscia (1982)

²⁰ A Fonoaudiologia e a Terapia da Fala compartilham as mesmas competências profissionais, com exceção de uma área: a Audiologia. Um dos motivos para o nome "Terapia da Fala" é que esse profissional não é qualificado para realizar exames audiológicos. Em Portugal, essa habilidade é obtida através de uma graduação diferente, a de "Audiologia" (Prates & Silva, 2011).

descreve o processo terapêutico iniciado na recolha de dados de avaliação, seguido da reunião dos Musicoterapeutas e dos Terapeutas da Fala para realizar a interpretação dos dados e conceitualizar o problema e após isso, estabelecer os requisitos básicos para uma intervenção eficaz (p. 36).

Algumas estratégias específicas de Musicoterapia em cooperação com a Terapia da Fala, incluem exercícios de respiração, relaxamento, de vocalização, articulação, entoação do ritmo de palavras e frases, bem como o desenvolvimento de vocabulário e conceitos (Geist & McCarthy, 2008).

Uma revisão bibliográfica sobre as interfaces da Fonoaudiologia, Musicoterapia e Autismo, descreveu que na maioria dos estudos selecionados, a utilização da Musicoterapia inter-relacionada com a Terapia da Fala gerou resultados positivos. Assim, o(a) Musicoterapeuta pode trabalhar em conjunto com a Terapia da Fala para melhorar o prognóstico de indivíduos em aspectos como comunicação e interação social, além de poder utilizar a música como um fator motivacional (Castro, 2019).

Portanto, apesar da escassez de publicações a cerca da coterapia entre Musicoterapia e Terapia da fala (Freitas & Tôrres, 2015), é possível observar que uma intervenção interdisciplinar pode ser eficaz quando a música é utilizada para além de um recurso, sendo necessária a cooperação entre Musicoterapeuta e Terapeuta da Fala em todo o processo terapêutico desde as avaliações, incluindo as análises de dados em conjunto e a elaboração do plano terapêutico, bem como na intervenção nas sessões (Bruscia, 1982). Foi observado também que a aplicação dos métodos e os resultados terapêuticos incluem aspectos físicos, de linguagem, comunicação, desenvolvimento cognitivo, diminuição de sintomas, além de aspectos emocionais. É necessário que se realizem mais estudos e publicações a respeito da coterapia entre estas disciplinas, de maneira a potencializar os frutos dessa modalidade terapêutica cooperativa.

Musicoterapia e Fisioterapia

A Confederação Mundial da Fisioterapia (WCPT), define o papel dos Fisioterapeutas da seguinte forma:

Fisioterapeutas fornecem serviços que desenvolvem, mantêm e restauram o movimento máximo e a capacidade funcional das pessoas. Eles podem ajudar pessoas

em qualquer estágio da vida, quando o movimento e a função são ameaçados pelo envelhecimento, lesões, doenças, distúrbios, condições ou fatores ambientais. Fisioterapeutas ajudam as pessoas a maximizar sua qualidade de vida, observando o bem-estar físico, psicológico, emocional e social. Eles trabalham nas esferas de saúde de promoção, prevenção, tratamento/intervenção e reabilitação (WCPT, n.d).

Uma revisão da literatura realizada em 2021, concluiu que o tratamento combinado de fisioterapia e musicoterapia pode ser eficaz na melhoria geral da função motora em indivíduos com paralisia cerebral, facilitando a realização de movimentos voluntários. Essas intervenções contribuíram para melhorias no comprimento do passo, velocidade, simetria, cadência, potência da extensão do joelho, equilíbrio, posição dos membros superiores e estágios locomotores. (Vinolo-Gil et al, 2021, p. 16).

Um estudo de caso com uma criança com Síndrome de Rett, em uma intervenção combinada entre Musicoterapia e Fisioterapia relatou a melhora no desempenho físico e destacou que as experiências musicais funcionaram como um meio que proporcionou liberdade para a expressão de diferentes emoções, além de motivá-la para a continuação do tratamento (Lotan & Elefant, 2006).

Outro estudo de caso integrando técnicas de musicoterapia e fisioterapia em uma intervenção com uma pessoa acompanhada após um acidente vascular cerebral, destacou que exercícios relacionados aos aspectos rítmicos da música facilitaram o tempo motor e a coordenação, mas enfatizou que os aspectos emocionais das experiências musicais foram fundamentais para o sucesso do processo terapêutico (Carlson & Erkkilä, 2022, p. 449).

Um estudo que descreve a importância da musicoterapia com atuação da fisioterapia na reabilitação funcional, apontou a diminuição da dor como um dos benefícios terapêuticos (Oliveira e Silva et al. 2022, p. 5).

As publicações a respeito do trabalho cooperativo entre musicoterapia e fisioterapia demonstram resultados positivos no que diz respeito ao desenvolvimento das funções motoras (Vinolo-Gil et al, 2021), na diminuição da dor (Oliveira e Silva, Rita & Correia da Silva, 2022), bem como na expressão emocional, socialização e adesão ao tratamento (Lotan & Elefant, 2006).

Destaca-se a importância da ampliação de estudos específicos do trabalho em modo de coterapia entre as disciplinas da musicoterapia e fisioterapia, levando em conta os resultados

promissores publicados até os dias atuais.

A música na Coterapia Interdisciplinar

O uso da música na área da saúde vai além da atuação exclusiva dos musicoterapeutas. Diversos profissionais da saúde, incluindo médicos, dentistas, terapeutas da fala, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e enfermeiros, têm incorporado a música como um recurso adicional em suas práticas profissionais (Silva Júnior, 2023, p. 18).

A utilização da música no contexto da coterapia interdisciplinar deve ser considerada levando em conta os objetivos estabelecidos em comum entre as terapias atuantes (Bruscia, 1982). Assim também deve ser a utilização das técnicas de cada especialidade terapêutica. Isto porque a coterapia interdisciplinar não é sobre uma terapia em função da outra, mas sim sobre a atuação ativa das duas valências, onde os co-terapeutas compartilham igualmente a tarefa terapêutica (Lee et al, 2019, p. 114).

Em musicoterapia, o objetivo é fazer terapia. Assim, a música é utilizada especificamente com objetivos terapêuticos. Embora, em outras atividades que incluem a audição musical a música possa ter efeitos terapêuticos (Barcellos, 2019, p.3), a música utilizada como recurso não caracteriza uma intervenção de musicoterapia (Silva Júnior, 2023, p. 95).

A participação ativa e a comunicação clara entre os coterapeutas interdisciplinares no que diz respeito às técnicas e objetivos e em relação à utilização da música em coterapia é essencial para que a música não seja percebida apenas como um “recurso para relaxar” (Silva Júnior, 2023, p. 130). Assim a prática da coterapia interdisciplinar pode ser cada vez mais eficaz, levando em conta as inúmeras possibilidades da musicoterapia e da utilização dos sons e da música na “procura de melhorar a qualidade de vida e favorecer saúde e bem-estar físico, social, comunicativo, emocional, intelectual e espiritual” (WFMT, 2011).

Objetivos do Estágio

Este estágio teve como objetivo principal promover intervenções de musicoterapia no espaço *Cresce com Amor* e expandir o conhecimento e os benefícios da musicoterapia para os funcionários, terapeutas, familiares, cuidadores, crianças e jovens que compõem este espaço. Teve como objetivos específicos: promover a prevenção, manutenção e a reabilitação no âmbito biosociopsicossocial, avaliar e monitorar os processos terapêuticos e compreender seus resultados, estabelecer relação terapêutica com as famílias e promover a melhoria na qualidade de vida, facilitar a expressão e promover o brincar e a interação social e os processos de autorregulação emocional, promover atendimento interdisciplinares de musicoterapia em modo de coterapia com fisioterapia, terapia da fala e terapia ocupacional e promover ações de conscientização da importância da participação ativa em intervenções terapêuticas por parte dos familiares.

Metodologia

Neste capítulo, apresenta-se a abordagem metodológica utilizada ao longo do estágio supervisionado em musicoterapia. Serão descritos os participantes, os instrumentos de avaliação/monitoração, os procedimentos e suas respectivas fases, os recursos materiais e a agenda semanal de intervenção.

O estágio teve a duração de 9 meses, iniciando em outubro de 2023 e com o seu fim em junho de 2024. O estagiário foi integrado à equipe multidisciplinar do espaço de desenvolvimento pediátrico *Cresce com Amor* em Póvoa de Santa Iria, onde ocorrem todos os atendimentos.

Participantes

Em conjunto com a orientadora de estágio, procedeu-se à seleção das crianças e jovens que participaram das sessões de musicoterapia no modo de coterapia interdisciplinar com fisioterapia, terapia da fala e terapia ocupacional. Também foram apresentados os espaços e os recursos materiais disponíveis para as sessões.

Foram selecionadas 9 crianças e jovens entre 6 meses e os 13 anos de idade para a intervenção em musicoterapia. Com estes, desenvolveram-se sessões individuais semanais de 45 minutos, nos contextos previamente referidos.

Foi assegurada a confidencialidade de todos os indivíduos, dos familiares e responsáveis legais que assinaram o consentimento informado para a utilização e partilha dos registos em gravação vídeo/áudio das sessões, utilizadas exclusivamente para efeitos de supervisão do trabalho realizado, para avaliação interna e partilha em congressos académicos e outros contextos de formação profissional (anexos A e B). Os nomes reais dos participantes foram substituídos neste relatório por pseudónimos para garantir a confidencialidade.

A tabela a seguir descreve o pseudónimo, a idade e a informação clínica das crianças e jovens beneficiados com o processo de intervenção musicoterapêutica.

Tabela 1.*Dados das crianças selecionadas para intervenção.*

<u>Nome</u>	<u>Idade</u>	<u>Informação Clínica</u>
Iris	6 meses	Microcefalia, Epilepsia.
Dario	4 anos	Paralisia Cerebral, Síndrome de West
Salvador	4 anos	Paralisia Cerebral Espática Bilateral, GMFCS III
Gonçalo	4 anos	Paralisia Cerebral Espática Bilateral, GMFCS V
Abel	12 anos	Tetraparesia Espática
João	1 ano	Doença Rara (genética)
Heitor	6 anos	Autismo
Douglas	13 anos	Atrofia muscular espinhal (tipo 2)
Raizza	9 anos	Alteração genética (no gene CTNNA1)

A partir da linha de intervenção centrada na família, foi realizada em grupo com os familiares/cuidadores adultos responsáveis pelas crianças e jovens atendidos na instituição. Participaram das sessões, oito familiares adultos. O processo terapêutico e os participantes do grupo foram descritos no segundo estudo de caso relatado no presente relatório.

Instrumentos de avaliação/Monitoração

A avaliação em musicoterapia é um processo fundamental no qual o musicoterapeuta coleta, interpreta e analisa dados a fim de utilizá-los de forma positiva nas tomadas de decisões do processo terapêutico. Esta fase permitiu ao musicoterapeuta estagiário conhecer melhor as famílias, crianças e jovens no âmbito de suas histórias de vida, histórias sonoro-musicais, bem como histórias clínicas. A avaliação também permitiu observar os indivíduos nas diversas experiências musicais, identificando, desta forma, questões e dados de dimensões musicais, biológicas, sensoriais, cognitivas, sociais e emocionais. A avaliação inicial possibilitou a determinação de objetivos terapêuticos a serem trabalhados com as crianças, jovens e seus familiares.

Para avaliar as crianças e adolescentes no contexto deste estágio, foi utilizado o instrumento de avaliação *Individualized Music Therapy Assessment Profile* (IMTAP), entrevista com os familiares, além da observação direta por parte do musicoterapeuta estagiário.

Justifica-se a escolha do instrumento de avaliação IMTAP, por ser especificamente de Musicoterapia, por ser de caráter quantitativo sem ignorar os aspectos qualitativos e subjetivos de cada sujeito, e acima de tudo, por fornecer um “mapa” individual dos participantes, de forma que não os ponham em posição de comparação com os outros, preservando um olhar humanista e de observação de cada ser como um ser bio-psico-social-espiritual único.

O IMTAP é utilizado na prática clínica da musicoterapia para uma variedade de propósitos. Sua principal função é avaliar o progresso dos indivíduos ao longo das sessões, bem como os efeitos terapêuticos da intervenção. Ele fornece uma estrutura padronizada para a coleta de dados, que pode ser utilizada de maneiras distintas, o que permite aos musicoterapeutas documentar objetivamente as respostas dos pacientes dentro do contexto musicoterapêutico. O IMTAP se utiliza de dez domínios de avaliação: *Motricidade Ampla, Motricidade Fina, Motricidade Oral, Sensorial, Comunicação Receptiva, Comunicação Expressiva, Cognitivo, Emocional, Social e Musicalidade*. Este instrumento de avaliação foi aplicado no início e no final do período decorrido das intervenções ao longo do estágio. A eleição dos domínios avaliados variou de acordo com cada participante e suas subjetividades.

A entrevista com os familiares permitiu conhecer aspectos das dinâmicas familiares, especificidades das crianças e jovens, bem como a Identidade Sonora pessoal, familiar, ambiental e transcultural (para famílias migrantes) dos sujeitos. Os familiares puderam realizar preenchimento de uma folha (desenvolvida por Benenzon, 1985) que aborda questões

relativas à história sonoro-musical da pessoa (Anexo C). A entrevista inicial foi também o primeiro momento onde os familiares puderam expor questões de forma livre ao musicoterapeuta estagiário, onde este pôde ter acesso a questões importantes para estas famílias.

A avaliação dos participantes do grupo terapêutico destinado aos responsáveis/cuidadores adultos, foi realizada através de entrevistas individuais e o preenchimento de uma lista de verificação geral (Anexo D) desenvolvida por Gattino (2023) e adaptada pelo musicoterapeuta estagiário para este contexto específico. O preenchimento foi realizado a partir da observação direta por parte do musicoterapeuta estagiário.

A observação direta dos participantes permitiu ao musicoterapeuta estagiário observar suas especificidades que transcendem ou que não foram abarcadas pelos instrumentos de avaliação. Ao fim de cada sessão o musicoterapeuta estagiário preenchia uma folha de registro de sessão (Anexo E). Cabe ressaltar que a avaliação é um processo contínuo, de modo que permita que os objetivos e caminhos terapêuticos se adequem às necessidades de cada família.

Procedimentos

O processo de estágio iniciou-se em outubro de 2023 seguindo as seguintes etapas:

Fase de encaminhamento

O encaminhamento das crianças e jovens a serem atendidas em musicoterapia foi realizado pela diretora da instituição *Cresce com Amor*, fisioterapeuta e orientadora deste processo de estágio. Com o objetivo de proporcionar um atendimento abrangente e integrado, as crianças foram submetidas a sessões de coterapia interdisciplinar, combinando musicoterapia com fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala. As sessões ocorreram semanalmente, com duração de 45 minutos, adaptando-se às disponibilidades dos utentes e da instituição. Ao todo, 9 crianças foram beneficiadas com as sessões de musicoterapia. Ainda nos primeiros meses do processo de estágio, o musicoterapeuta estagiário apresentou um projeto de intervenção de musicoterapia para os familiares adultos, cuidadores das crianças atendidas neste espaço. Foi produzido pelo musicoterapeuta estagiário um flyer de divulgação do grupo terapêutico (Apêndice A). Este documento de divulgação foi enviado pela coordenação da instituição aos familiares que poderiam participar facultativamente das sessões de forma gratuita.

Ao todo, oito familiares se beneficiaram de intervenções de musicoterapia, o horário da sessão foi escolhido de acordo com a disponibilidade da agenda do estagiário e da disponibilidade das salas. As sessões ocorreram de forma semanal com sessões de musicoterapia com a duração de 45 minutos a uma hora.

Fase de recolha de dados

Após o encaminhamento das crianças e jovens, o musicoterapeuta estagiário utilizou os processos clínicos dos utentes como uma base inicial de coleta de dados. Foram realizadas marcações das entrevistas com os responsáveis das crianças e jovens a serem atendidos em musicoterapia. As entrevistas tiveram como base a recolha da História Sonoro-Musical (Anexo C) das famílias e das crianças e jovens atendidos.

Esta fase também contou com reuniões interdisciplinares entre o musicoterapeuta estagiário e as terapeutas que realizaram o trabalho em modo coterapêutico de modo a introduzir as questões pertinentes e específicas de cada pessoa atendida.

Fase de avaliação

O processo de avaliação inicial denominou uma análise dos dados obtidos através dos processos clínicos e das informações fornecidas pelas famílias, incluindo a história sonoro-musical. Como referido anteriormente, foi utilizado o instrumento IMTAP (Individualized Music Therapy Assessment Profile) para a avaliação específica da Musicoterapia. Além disso, o musicoterapeuta estagiário teve acesso a outros instrumentos de avaliação utilizados no campo da Fisioterapia, Terapia da Fala e Terapia Ocupacional, bem como as respectivas avaliações multidisciplinares de cada pessoa.

Elaboração do plano terapêutico

Os planos terapêuticos foram pensados de forma subjetiva para cada criança/jovem, considerando a valência terapêutica que interviria em conjunto com a musicoterapia no modo coterapêutico. Os objetivos foram traçados a partir dos dados iniciais, das avaliações de musicoterapia e da correlação com os objetivos das outras áreas atuantes nas intervenções.

Os planos terapêuticos foram compostos considerando as informações de identificação, informações prioritárias, objetivos terapêuticos, modelo de intervenção e técnicas de musicoterapia a serem utilizadas.

Fase de intervenção

A fase de intervenção contou com sessões de musicoterapia para as crianças e jovens. Nos casos em que os familiares acompanhavam as crianças, as intervenções incluíram a participação da família presente. Os atendimentos eram realizados em modo de coterapia interdisciplinar com uma fisioterapeuta, terapeuta da fala ou terapeuta ocupacional. As intervenções duravam 45 minutos e eram focadas no atingir dos objetivos estabelecidos no plano de intervenção terapêutico. Nesta fase, foram utilizadas diferentes técnicas e métodos de musicoterapia que variaram de acordo com a realidade e as necessidades de cada criança. Esta fase contou também com intervenções de musicoterapia direcionadas aos familiares/adultos cuidadores das crianças atendidas no *Cresce com Amor*. Foram realizadas sessões em grupo de forma semanal.

A fase de intervenção, bem como a fase de avaliação, contou com recursos de registro de áudio e vídeo com fins de supervisão e de monitorização dos progressos terapêuticos.

Fase de reavaliação

A fase de reavaliação objetiva monitorar e analisar os progressos terapêuticos dos participantes. Com as crianças e jovens, o instrumento de avaliação IMTAP foi aplicado novamente para comparar resultados obtidos na avaliação inicial realizada com o mesmo instrumento. O musicoterapeuta estagiário conversou novamente com as famílias no intuito de compreender suas perspectivas sobre o progresso das crianças e jovens e recolher dados relevantes para o fechamento do processo terapêutico. Nestas entrevistas, o musicoterapeuta estagiário apresentou vídeos com objetivos sendo atingidos e cedeu relatórios que descreveram o plano terapêutico, as técnicas utilizadas e os progressos das crianças e jovens.

Setting/Recursos materiais

No contexto de intervenção em coterapia, o musicoterapeuta teve de abdicar da “sala ideal”, foi necessário adaptar-se aos espaços pensados e equipados com os recursos de outras terapias como a fisioterapia, por exemplo.

Não havia neste espaço uma sala específica para musicoterapia, os atendimentos foram realizados em diferentes salas incluindo ginásio de fisioterapia, sala de terapia da fala, sala Snoezelen²¹ ou outras salas disponíveis no momento da sessão. Desta maneira, os

²¹ Snoezelen é definido como uma “metodologia de trabalho que se destina a providenciar um ambiente multissensorial estimulante, onde os pacientes relaxam e interagem com os outros, num período de tempo

recursos materiais utilizados pelo musicoterapeuta estagiário eram trazidos para cada sala onde seria realizado o atendimento. Os materiais utilizados nas sessões foram compostos maioritariamente por instrumentos musicais e outros tipos de materiais de apoio, como materiais de borracha, plásticos, fantoches, brinquedos e recursos audiovisuais. Destacou-se o uso da guitarra pela sua versatilidade e dos instrumentos de percussão, por serem instrumentos integradores e de “fácil” execução, da voz pela identidade pessoal e do piano pelas suas inúmeras possibilidades de utilização terapêutica.

Tabela 2.

Lista de instrumentos musicais e outros recursos materiais.

<u>Instrumentos musicais</u>	<u>Instrumentos musicais não convencionais</u>	<u>Outros materiais</u>
Guitarra (Violão)	Tampa de panela	Papel
Teclado pequeno	Copos coloridos	Tintas
Djembé	Conduite	Canetas
Maracás	Mesa	Pincéis
Xilofone	Cadeira	Argila
Cajón	Lápis	Brinquedos
Violoncelo	Câmera	Fantoches
Flauta	Corpo	Coluna de som
Handpan		
Piano		

isolado, onde têm a possibilidade de experimentar sensações e objetos, tendo em consideração o seu ritmo, conforme a sua vontade e curiosidade” (Teodoro, 2017).

Agenda Semanal

A agenda semanal foi composta por dois dias semanais, abarcando sessões de musicoterapia em grupo para familiares/cuidadores adultos, sessões de musicoterapia em modo de coterapia interdisciplinar, reunião de equipe, horário de planejamento de sessões e um horário de atividade de interação entre os terapeutas (denominada de atividade anti Burnout).

Tabela 3.

Agenda Semanal de Estágio - Outubro de 2023 a junho de 2024.

<u>Dias da semana</u>	<u>Horário</u>	<u>Atividade</u>
Terça-feira	10h - 11h	Sessão de Musicoterapia para os familiares/cuidadores
	11h - 11h45	Sessão em coterapia - M.T e F.T (Iris)
	13h - 13h45	Atividade Anti Burnout (Terapeutas)
	14h - 14h45	Sessão em coterapia - M.T e T.O (Dario)
	15h - 15h45	Sessão em coterapia - M.T e F.T (Douglas)
	16h - 16h45	Sessão em coterapia - M.T e T.O (Gonçalo)
	17h - 17h45	Sessão em coterapia - M.T e T.O (Salvador)
Quarta-feira	10h - 11h	Sessão em coterapia - M.T e F.T(João)
	11h - 11h45	Sessão em coterapia - M.T e T.O (Abel)
	13h - 13h45	Reunião de equipe
	14h - 14h45	Planeamento de sessões/Reuniões
	15h - 15h45	Sessão em coterapia - M.T e T.F(Heitor)
	16h - 16h45	Sessão em coterapia - M.T e F.T (Raquel)

Estudos de Caso

Estudo de caso 1 - Heitor

Apresentação do Caso

Heitor é uma criança de 6 anos, nascido em Luanda/Angola. Tem como componentes do núcleo familiar a sua mãe, sua irmã e seu pai. Segundo consta, Heitor foi o resultado de uma gravidez sem complicações. Aos 18 meses, verbalizou algumas palavras e teve um desenvolvimento típico até os 2 anos de idade, período de nascimento de sua irmã. Esta, também diagnosticada com autismo, é atendida no mesmo espaço em outras modalidades terapêuticas.

Foi diagnosticado com autismo aos 3 anos, quando começou a mostrar sinais de regressão no desenvolvimento, deixou de verbalizar, começou a demonstrar maior agitação e comportamentos agressivos. Iniciou apoio de terapia de fala e terapia ocupacional aos 3 anos em Luanda e com 5 anos veio com a família para Portugal, com o objetivo de intensificar a frequência dos apoios terapêuticos. Heitor, vive em Portugal com sua mãe, sua irmã e seu pai, que reveza entre períodos de meses de trabalho em Portugal e Angola. Foi acompanhado em Musicoterapia em modo de coterapia interdisciplinar com uma terapeuta da fala desde outubro de 2023.

Avaliação da Condição Inicial

Nas sessões iniciais de avaliação, Heitor demonstrou ser alertado por música, principalmente pela guitarra, potencial utilizado no processo terapêutico. Este instrumento serviu como um objeto intermediário de contato entre o Heitor e o estagiário de musicoterapia. Heitor não verbalizou, mas já emergiu em momentos de experiência musical compartilhada com foco e atenção em modo de escuta, mesmo que por pouco período de tempo. Em alguns momentos balbuciava alguns sons em resposta à música, mas sempre de forma inconsistente. Havia momentos de desregulação emocional sem motivo aparente. Heitor demonstrou grande dificuldade de regulação emocional, buscava pressão nas mãos e nos pés por parte da terapeuta de fala, muitas vezes sem resultado.

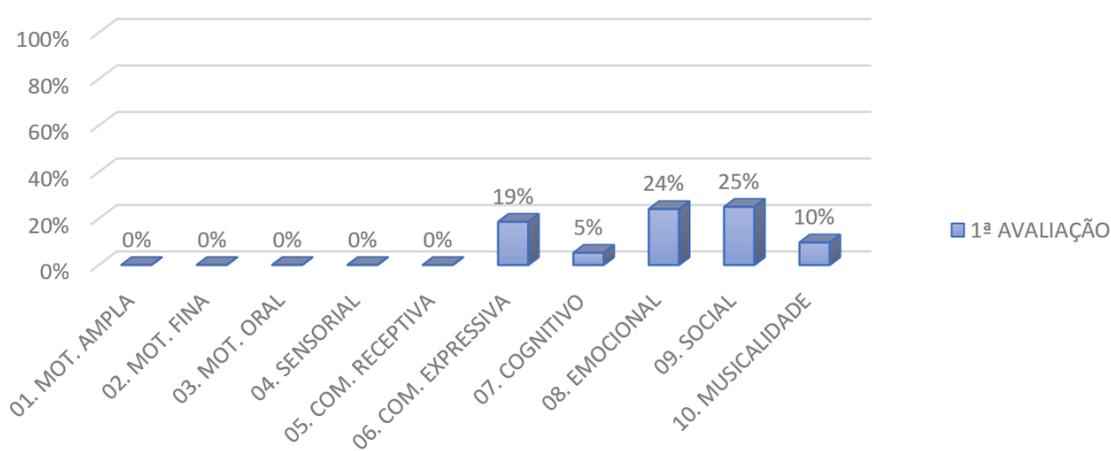
Foi realizada uma entrevista com a mãe, com o intuito de recolher dados sobre a história clínica, pessoal e sonoro-musical. Para o levantamento de dados em relação aos sons, foi aplicado o questionário da História Sonoro-Musical. Foi apontado que Heitor tem contato

com músicas de canais infantis como o *Baby TV*²². Ressaltou-se também, que gostava de música relacionadas a números e animais. Não foi indicado qualquer som que o mesmo rejeitasse. Os problemas de comportamento, regulação emocional, interrupção da verbalização e outras problemáticas, ocorreram após o nascimento da irmã de Heitor. A mãe relatou que Heitor não interage com a irmã, mesmo quando esta busca o contato e o brincar com o irmão. Heitor nunca chamou a irmã pelo nome, fato que gerou incômodo à sua mãe. O contato do Heitor com o pai também é inconstante, tendo em vista que o mesmo trabalha periodicamente em Portugal e em Angola.

A avaliação musicoterapêutica foi orientada pelo instrumento IMTAP (Individualized Music Therapy Assessment Profile)(Baxter et al. 2007), no início e no fim do processo terapêutico. Através deste instrumento de avaliação específico da musicoterapia, buscou-se analisar os níveis de desenvolvimento e consistência do Heitor nos seguintes domínios: Comunicação Expressiva, Cognitivo, Emocional, Social e Musicalidade

Figura 3.

IMTAP: Avaliação da Condição Inicial (Heitor)



Nota: A figura representa as avaliações por domínio na forma de porcentagem, sendo 100% a pontuação máxima de capacidade de cada domínio.

²² Canal de conteúdo para bebês crianças da plataforma youtube (www.youtube.com/@BabyTVPT). último acesso em: 13 de junho de 2024.

Plano Terapêutico

A partir das avaliações, foram traçados objetivos terapêuticos a serem trabalhados no processo de intervenção em musicoterapia do Heitor. As intervenções foram semanais, em modo de coterapia com terapia da fala, tendo a duração de 45 minutos. As sessões se deram entre outubro de 2023 e maio de 2024.

Tabela 4.

Plano Terapêutico – Heitor.

Objetivo: Promover o desenvolvimento expressivo e social.

Objetivos específicos:

- Favorecer a exploração vocal.
- Promover momentos de atenção compartilhada.
- Promover momentos de comunicação verbal e não verbal entre o Heitor e os terapeutas.

Objetivo: Promover o desenvolvimento cognitivo.

Objetivos específicos:

- Desenvolver atenção e foco nas atividades.
- Desenvolver a memória.
- Adquirir competências musicais e não musicais.

Objetivo: Promover o desenvolvimento emocional.

Objetivos específicos:

- Desenvolver a capacidade de expressão emocional através da música.
 - Promover a regulação emocional através da música.
 - Aumentar a motivação para enfrentar os desafios dentro e fora do setting terapêutico.
-

Descrição do Processo Terapêutico

Nas primeiras sessões Heitor já demonstrava interesse por sons e música. A guitarra foi o primeiro instrumento musical apresentado na sessão de musicoterapia. Na primeira sessão, Heitor tinha um olhar desconfiado e não demonstrava uma intenção de interação com o musicoterapeuta estagiário. No primeiro momento, o estagiário em musicoterapia buscou ficar em silêncio. A terapeuta da fala, buscava se comunicar verbalmente com o Heitor, e estimular respostas de comunicação aumentativa através de cartões com símbolos. As respostas de Heitor eram inconsistentes. Após um tempo, o musicoterapeuta buscou sua guitarra (violão) e criou uma canção de saudação, inserindo o seu nome.

Figura 4.

Partitura gráfica da música “Boa tarde, Heitor!”

The image shows a musical score for the song "Boa tarde, Heitor!". The score is written in treble clef, key of D major (one sharp), and 6/8 time signature. The tempo is marked as ♩=80. The music is divided into three systems of staves, each with lyrics underneath. The first system starts with a D chord and an Em chord. The second system starts with an A7 chord and a D chord. The third system starts with an Em chord, an A7 chord, and a D chord. The lyrics are: "Bo a tar-de Hei-tor bo-a tar - de ho-jeeu es-tou tão fe - liz boa a tar-de Hei-tor bo-a tar - de meu co - ra-ção é quem diz bo - a tar-de Hei-tor bo - a tar - de va-mos-sor-rir e can - tar a na-tu-re-zaé tão be - la que nos en-si-na a mar".

Enquanto o musicoterapeuta estagiário tocava, Heitor entrou em modo de escuta ativa. Sentando no chão à frente da guitarra, olhava fixamente em um momento de atenção compartilhada. Foi quando o musicoterapeuta estagiário percebeu que a técnica de utilização

de canções poderia ser uma alternativa a ser explorada durante todo o processo terapêutico. No texto desta canção, o nome do Heitor foi inserido de modo a perceber se o mesmo reagiria de forma diferente. Heitor se mostrava muito atento aos sons das cordas da guitarra e da melodia entoada pela voz do musicoterapeuta estagiário, buscando-os visualmente. Esta canção, se tornou a canção de início das sessões de musicoterapia. A escolha não é arbitrária, uma vez que um dos objetivos é a exploração vocal e a verbalização por parte do Heitor. Foi considerado que uma música que será repetida em todas as sessões deve conter distintos elementos que o auxiliem nesses objetivos.

Cantar e verbalizar são fenômenos distintos, mas que se relacionam em alguns aspectos. Esta canção contém elementos rítmicos, melódicos, harmônicos e semânticos a serem considerados; Melodicamente, a música começa com duas notas repetidas e um salto de 5ª para a tônica (Lá-Lá-RÉ). Após isso, surgem na tônica, repetições desta nota, um movimento conjunto ascendente e por fim um salto de 4ª para a tônica novamente, finalizando a primeira frase da canção. Todos esses tipos de reprodução melódica são utilizados na comunicação verbal, Este é um trabalho de prosódia; as cadências melódicas e harmônicas das frases musicais, aludem aos contornos de frases verbais. A fórmula é de compasso composto, sendo uma valsa em 6/8, que é percebido de forma binária a que pretende gerar sensação de conforto e acolhimento, considerando o ISO Universal. Para compreender essa relação podemos pensar em alguns exemplos como: o balanço de uma rede, um embalo de uma mãe com o filho, alusão ao movimento de marcha e estabilidade na terra, por exemplo. Isto porque, consideram-se os aspectos dos sons e suas características arquetípicas. Sendo os sons arquetípicos aqueles sons em que todo o ser humano teve acesso em algum momento da sua experiência de vida, sejam estes em forma de som propriamente dito, como o ruído branco; sejam em modo de vibração, como o pulsar do coração ou como o próprio silêncio.

A harmonia desta canção, tem como característica o uso das funções I, II_m e V do campo harmônico de Ré maior. A “previsibilidade” harmônica é comum às características musicais do ISO do Heitor. Essa previsibilidade dá suporte para o foco, a memória e pressupõe um “incômodo” quando a música ou um elemento musical toma um caminho imprevisível.

A semântica conta com um texto musical onde inclui o termo “boa tarde”, sendo uma forma de saudação e forma de demarcar o início da terapia. Seu nome também é utilizado na canção, de forma a causar aproximação e relação com os terapeutas. Também era cantado o nome da terapeuta da fala de forma a enfatizar e fortalecer o vínculo terapêutico pluriobjetal,

de 4 elementos, sendo estes: o utente, o musicoterapeuta, a terapeuta da fala e a música. Esses 4 objetos, devem ser considerados no que diz respeito ao fenômeno da transferência e contratransferência musical.

Já no início do processo, ficou claro que Heitor se interessava pelas canções. Desta maneira, a utilização da guitarra e das canções, se tornaria uma ferramenta a ser bastante utilizada nos atendimentos.

Heitor explorou os instrumentos levados pelo musicoterapeuta estagiário. Dos que geraram mais interesse destacam-se: a guitarra e o maracá. O Musicoterapeuta estagiário, muitas vezes estimulava o Heitor a tocar o Djembé, mas esse instrumento não gerou muito interesse durante praticamente todo o processo terapêutico.

Antes das intervenções iniciarem, a Terapeuta da Fala já havia informado que Heitor passava por momentos de crise emocional. O choro, gritos, agressividade, incômodo e aflição, começavam de maneira repentina. Nestes momentos, Heitor buscava por pressão nas mãos e nos pés. Em algumas sessões, a TF passava muito tempo buscando dar pressão nas mãos e nos pés a fim de estabilizá-lo. Por vezes funcionava, em muitas outras não dava resultado. Heitor passou por um período de reavaliação de dosagem dos medicamentos. Nesta fase, as crises foram mais frequentes e de maior intensidade.

No início de uma das sessões, Heitor estava desregulado emocionalmente, chorava sem motivo aparente. A TF o conduziu e ficaram os dois sentados. Heitor chorava, não verbalizava e demonstrava incômodo. Após alguns minutos, o musicoterapeuta pegou a guitarra e dedilhou as cordas, buscando uma atmosfera musical similar ao estado emocional do Heitor. Contando com o princípio de ISO de Altshuler, a harmonia se apoiava no modo menor e com baixa intensidade, na busca de musicar aquele estado de tristeza/desconforto/angústia até modular para uma campo harmônico maior (ainda utilizando o Ré como Tônica). Heitor diminuía o choro e prestava atenção nos sons. Nesse momento, o musicoterapeuta inicia a canção do “boa tarde”, entretanto, parou de cantar e tocar abruptamente, utilizando a técnica provocativa para analisar a reação do Heitor (uma escolha perigosa, entretanto, deve-se arriscar). Quando o som parou, instantaneamente Heitor começou um princípio de choro, então, os sons da guitarra e da voz retornam, saudando o Heitor e a TF e neste exato momento ele parou de chorar e voltou a atenção aos sons. Ao fim da canção, o musicoterapeuta terminou de entoar a parte da voz e seguiu com um pequeno trecho harmônico, uma coda musical. Então, quando a música para, Heitor verbaliza em alto e bom som: “Boa tarde” (soava como “boi taide”). A música serviu como um objeto

intermediário de relação para o modular do seu estado emocional aflitivo. A música foi de encontro ao Heitor, e este, por outro lado, foi de encontro a música quando a mesma terminou. Seu processo de verbalização partiu de um desejo, de uma necessidade musical e pessoal. Desta forma, em musicoterapia, a pessoa não só verbaliza quando solicitado, mas também é instigado a verbalizar através e pela música. Heitor entrou em contato com o musicoterapeuta através desta *pulsão musical*. Essa pulsão musical está presente o tempo inteiro quando consideramos o inconsciente como um fenômeno sonoro-musical. A matriz sonoro-musical, ou seja, o inconsciente visto do ponto de vista do som, é um conceito chave para a análise de acontecimentos experienciados no setting. Esta pulsão musical deve ser estimulada na musicoterapia, na busca pela resposta e interação do outro. A pulsão musical pode ser vista como este impulso energético interno de cunho musical que direciona o comportamento do indivíduo. Elegi este termo, a fim de diferenciar a pulsão do termo psicanalítico, da pulsão em musicoterapia. Esta diferença se dá justamente na diferenciação do ponto de vista em que percebemos o inconsciente em musicoterapia, pois neste, a psique pode ser entendida como uma matriz musical. Assim, toda a pulsão considerada na matriz sonora é uma pulsão sonoro-musical. De maneira mais clara, fazer som é um impulso do ser humano, quando este é incapacitado fisicamente de produzir som, pode sentir empaticamente através da escuta, tendo uma participação ativa neste processo.

Espelhamento

O estagiário musicoterapeuta separava um tempo da sessão para a exploração dos instrumentos e objetos na sessão. Heitor tinha o costume de enfileirar os objetos e instrumentos musicais como os sinos coloridos e brinquedos de animais. Gostava também de objetos circulares, tais como pulseiras de guizo ou qualquer outro tipo de argola, com eles, utilizava um objeto reto como um lápis ou uma baqueta. A estereotipia estava em rodar esse objeto circular utilizando este objeto reto. Em momentos como esse, principalmente quando utilizava o guizo, era difícil tirar o foco daquele objeto e daqueles movimentos. O Musicoterapeuta estagiário utilizou em diversas sessões a técnica de espelhamento (Mirroring), fazendo com que Heitor percebesse com mais consciência os movimentos que estava fazendo. O musicoterapeuta estagiário buscou imitar esses movimentos com outros objetos parecidos (outro guizo ou outro lápis, por exemplo) e a partir disso variar as técnicas sem perder a experiência de atenção compartilhada. Os movimentos iguais logo variavam para um jogo de troca de instrumentos ou exploração de outros materiais circulares que também

faziam som, outra opção foi utilizar os sons produzidos durante as estereotípias para improvisar ou recriar uma música e entrar em attunement (sincronia musical). De qualquer maneira, as estereotípias foram também um meio de exploração de possibilidades de contato com o outro em dinâmicas interativas. Nos momentos de estereotípias ou desconexão relacional, o musicoterapeuta buscava criar estes “momentos Nordoff-Robbins” a fim de restabelecer uma relação mais próxima, tendo em mente que o núcleo duro das características predominantes no autismo está no aspecto da dificuldade da relação interpessoal. Utilizar o espelhamento é trabalhar diretamente na dimensão da empatia do sujeito e da sua autoconsciência musical, corporal e emocional.

A canção âncora

Além dos momentos de “desconexão”, na intervenção em musicoterapia pode ocorrer de o musicoterapeuta “não saber o que fazer” ou a pessoa pedir para que o musicoterapeuta toque alguma música. A partir disso, foi pensado que há eficácia em trazer também canções desconhecidas por parte do Heitor para as sessões. Isto porque, para além do musicoterapeuta estagiário preencher lacunas de “falta de inspiração” nas tomadas de decisões em setting, utilizando canções-âncora é possível analisar os efeitos das canções em contextos dentro e fora do setting terapêutico. As canções-âncora eram do gênero de musicais infantis seguindo o pressuposto do ISo do Heitor, entretanto com um repertório novo expandindo os caminhos musicais. Para isto foram utilizadas algumas canções infantis de tradição oral. São canções ou cantigas de roda, pertencentes ao ISo do terapeuta. Em dado momento do processo terapêutico, a mãe do Heitor (que não frequentava as sessões) compartilhou ao musicoterapeuta estagiário e a terapeuta da fala que o Heitor começou a cantar em casa uma canção que escutava nas sessões de musicoterapia, pois eram canções que ele não escutava em casa. Heitor começou a verbalizar essas músicas em setting, preenchendo pequenos trechos das canções através da técnica provocativa. Em casa, cantava as canções na íntegra quando estava sozinho e sem saber que estava a ser percebido por sua mãe.

Figura 5.*Partitura da cantiga de roda Peixe-Vivo.*

Peixe vivo

C F G⁷ C F

Co-mo po-deo pei-xe vi-vo vi-ver fo-ra d'á-gua fri-a co-mo po-de-rei vi-

7 C F C F C

ve-er co-mo po-de-re-vi-ve-er sem a su-a sem a su-a sem a

12 G⁷ C F C G⁷ C

su-a com-pa-ni-a sem a su-a sem a su-a sem a su-a com-pa-nia

Na canção-âncora *Peixe Vivo*, Heitor começou o processo de reprodução vocal de forma progressiva no decorrer das sessões. No início, não cantava nenhum trecho. Em outra sessão, entoou vocalmente a palavra “compania” a partir do estímulo do silêncio abrupto por parte da voz e da guitarra do musicoterapeuta. Em outra sessão, cantava “sem a sua, sem a sua..” com uma intensidade baixa, a sussurrar.

Além dessa, outras canções e cantigas serviram como canções-âncora, permitindo a abertura de novos caminhos musicais e semânticos por parte do Heitor. Foram também um objeto intermediário entre o musicoterapeuta e o Heitor, estimulando o contato interpessoal verbal e não verbal. A música causa impactos, alguns deles podem ser observados utilizando as canções-âncora como objetos sonoros de referência. A partir deste “Faról sonoro”, o musicoterapeuta pôde perceber o impacto dessas músicas dentro e fora das sessões de musicoterapia, e é justamente neste lugar “extra sessão” que se almeja o desenvolvimento das pessoas. Não há erros ou acertos em terapia por parte do indivíduo, só há o desenvolvimento que repercutirá para sempre de forma significativa em sua vida. Desta maneira, o fato de

Heitor cantar as músicas na íntegra fora da terapia, demonstra que este espaço é de estimulação, transforma e é percebido em sua vida cotidiana.

O atingir de alguns objetivos como a emissão vocal, a reprodução de uma canção dentro e fora do setting são conquistas do Heitor, que naturalmente levam a atenção a outros objetivos como vocalização sem ser em modo de repetição do estímulo auditivo.

A flauta mágica (método receptivo)

Desde o início das intervenções, Heitor não demonstrava interesse pela flauta. Era sempre um objeto deixado de lado. Por vezes, o musicoterapeuta buscou que Heitor entrasse em contato com a flauta, mas sem sucesso. Em uma sessão no meio do processo, o musicoterapeuta tocou uma melodia na flauta por um período de tempo considerável. Em dado momento, Heitor começou a vocalizar de forma quase inaudível. Falava sem ser necessariamente para que escutassemos. Era como se a melodia da flauta servisse como um forte estímulo para a sua verbalização.

O musicoterapeuta buscava inserir diferentes instrumentos musicais na intervenção com o Heitor. Por vezes, utilizava a “canção do passarinho” para introduzi-los.

Figura 6.

Partitura da Canção do Passarinho

The image shows a musical score for a song titled "Passarinho". The score is written on a single staff in 4/4 time, with a tempo marking of ♩=120. The melody is simple and consists of two lines of music. The lyrics are written below the notes. The first line of music has the lyrics "Pas - sa - ri - nho que som é es - se?". The second line of music has the lyrics "qual se - rá o no - me de - le? es - se som é o som da gui - tar - ra". The score ends with a double bar line.

Além de cantar a música em forma canção (Melodia e harmonia utilizando guitarra e voz), o musicoterapeuta cantava a capella, ou seja, sem acompanhamento harmônico, ou

tocava a melodia na flauta, além de produzir sons similares aos cantos dos pássaros de forma metafórica.

“Passarinho” foi uma das palavras que Heitor passou a verbalizar de forma mais audível e consistente durante as sessões.

A flauta, foi utilizada como um recurso multifuncional. Heitor não conseguia soprar e fazer som na flauta. Após algumas sessões Heitor soprava a flauta sem parar em “attunemet” (Sincronização) com o terapeuta. A flauta foi também um “microfone” proporcionando momentos de troca de turnos verbais entre o Heitor e o terapeuta.

O movimento no setting terapêutico

As sessões com o Heitor foram marcadas por momentos de grande movimentação corporal pelo espaço. Durante as dinâmicas terapêuticas, o corpo pode e em muitos momentos deve participar ativamente. A música está em todo lugar, seja na pulsação do coração, nas células rítmicas do piscar dos olhos, no andamento do movimento de um membro do corpo, na intensidade de um bater de palmas, na melodia produzida pela voz e outras infinitas possíveis relações corpóreo-musicais ou da perspectiva do movimento no setting terapêutico. Os momentos de “musical attunemet” também foram compostos por movimentos produzidos pelo Heitor. Em musicoterapia o movimento é simbólico-musical. A história da *Dança-Movimento Terapia*, por exemplo, é marcada por professoras de dança encorajadas por psiquiatras a trabalhar com pessoas não verbais (Meekums, 2006). O movimento e a dança também são música e meios de expressão.

Os momentos de ativação e interação através do movimento foram fundamentais no processo terapêutico. Os movimentos foram também formas de expressão emocional por parte do Heitor. Quando este estava mais recolhido, pulando, correndo, explorando o espaço e os instrumentos, estava também comunicando e interagindo de forma plena e presente de forma emocional, com o corpo, com o outro e se expressando dentro das técnicas que estimulam o desenvolvimento global do seu ser .

O silêncio no setting terapêutico

As intervenções foram marcadas por sessões muito energéticas e sonoras. Ao mesmo tempo, Heitor sempre demonstrou escutar ativamente, apreender as canções e interagir musicalmente. Desta forma, o musicoterapeuta iniciou o hábito de separar um tempo médio de 5 minutos por sessão, na parte final para estar em silêncio. Esses momentos foram essenciais.

Marcados por reproduções de canções por parte do Heitor, tentativas constantes de interação direta, assimilação dos conteúdos da sessão, verbalizações com e sem contexto aparente, reprodução vocal de canções cantadas em diferentes momentos das sessões e outras ações de externalização.

O silêncio é e deve ser considerado em musicoterapia como um aspecto extremamente importante. O silêncio é mais uma das formas de promover voz ao outro. Durante as sessões, é comum que os musicoterapeutas busquem incessantemente o contato com a criança, é claro. Entretanto, deve-se considerar estar em silêncio, esperar e principalmente escutar, pois a escuta é a maior ferramenta do musicoterapeuta, uma vez que é neste estado de silêncio e de escuta onde permitimos e damos espaço a manifestação e a expressão do outro.

Verbalização

Ao fim destes momentos de silêncio, por parte do terapeuta, Heitor era convidado a sentar-se numa cadeira junto do musicoterapeuta e da TF. Eram momentos de conversa verbal e canto conjunto, sendo a música o meio de ligação e relação entre estes. Após tantos estímulos, foram buscados esses momentos mais focados no aspecto verbal a fim de aproveitar os estímulos gerados pela sessão para pôr esses domínios de forma funcional em um momento extra-musical. A cada sessão Heitor foi dando melhores respostas. Sua verbalização se torna cada vez mais frequente, para além das reproduções das canções, agora com ideias, conceitos e sentidos com mais contexto. Heitor pede e faz referência a músicas, busca e fala o nome dos instrumentos e dos terapeutas. Por vezes, traz suas próprias canções aprendidas fora do setting terapêutico. Faz uma ponte entre a terapia e o cotidiano através da música e da verbalização.

Tchau pro Heitor

Ao fim de cada sessão, cantávamos uma canção de despedida. Tchau para o Heitor, para a TF, para a guitarra, para a flauta, para a música, para o Djembé e para todos os outros elementos que acompanharam e auxiliaram a todos na sessão. Além de delimitar o fim da sessão, esta música serviu (para além de um estímulo vocal e musical) como uma espécie de agradecimento a todos esses objetos (sonoros ou não) que estavam ali presentes.

Discussão

Para o presente estudo de caso, foram definidos três objetivos gerais: Promover o desenvolvimento expressivo e social; Promover o desenvolvimento cognitivo e Promover o desenvolvimento emocional.

No que diz respeito aos objetivos específicos desses âmbitos, pôde-se observar que técnicas específicas da musicoterapia foram eficazes em promover a exploração vocal e a verbalização, a atenção compartilhada, interação social, a expressão, o desenvolvimento da memória e a regulação emocional.

A verbalização de Heitor foi se desenvolvendo gradualmente durante o processo terapêutico. Gattino (2015), aponta que a verbalização é geralmente um dos objetivos principais em musicoterapia com crianças autistas. A técnica provocativa musical se mostrou eficaz no desenvolvimento verbal de Heitor. Para Barcellos (2008), a interrupção de uma sequência de sons conhecidos, de um ritmo, de uma melodia ou de um encadeamento harmônico tende a provocar a pessoa a completar o que se apresenta como incompleto. Utilizando as canções (Schapira et al., 2007), Heitor passou paulatinamente a verbalizar palavras, frases e trechos musicais a partir da interrupção abrupta dessas canções.

Cirigliano (2004), aponta que a canção-âncora é um recurso que pode ser utilizado na busca da interação social quando o outro está em um momento pouco responsivo. No caso de Heitor, além da canção-âncora servir como um recurso para a interação, serviu também para a avaliação do desenvolvimento cognitivo no âmbito da memória e da atenção, uma vez que ele passou a recordar e cantar as músicas (trazidas pelo musicoterapeuta) no setting e em casa.

Heitor também demonstrou um desenvolvimento significativo no âmbito expressivo ao longo das sessões. A técnica de improvisação musical a partir do modelo de Nordoff-Robbins, bem como o harmonic grounding (Wigram, 2004), se mostraram eficazes em muitas sessões na promoção da expressão verbal e não verbal. O chão harmônico, permitiu que o Heitor pudesse se expressar utilizando o plano sonoro-musical em interação social.

No que diz respeito ao âmbito emocional, um dos objetivos específicos foi relacionado com a regulação emocional. Desde o início do processo, Heitor demonstrava momentos de desregulação. As causas eram indefinidas, sendo uma das hipóteses o efeito colateral dos medicamentos. A aplicação do Princípio de ISO de Altshuler (1944), onde o musicoterapeuta estagiário ia de encontro ao estado emocional de Heitor utilizando e transformando a “qualidade de humor da música” (McClellan, 1994), funcionou no que se refere à regulação emocional e ao estabelecimento da relação terapêutica. Esta relação foi construída também

com o auxílio da canção pessoal, recriada no início de todas as sessões.

Essa relação terapêutica foi estabelecida no plano triádico, uma vez que Heitor era atendido em coterapia interdisciplinar com a TF. O canto conjunto foi a principal atividade que utilizamos na busca pelo estabelecimento dessa relação e da verbalização por parte do Heitor. A comunicação alternativa e aumentativa (CAA)(Geist & McCarthy, 2008) também foi um objetivo em comum. Nesta atividade, Heitor escolhia através de cartões visuais, os instrumentos que gostaria de utilizar nas atividades musicais.

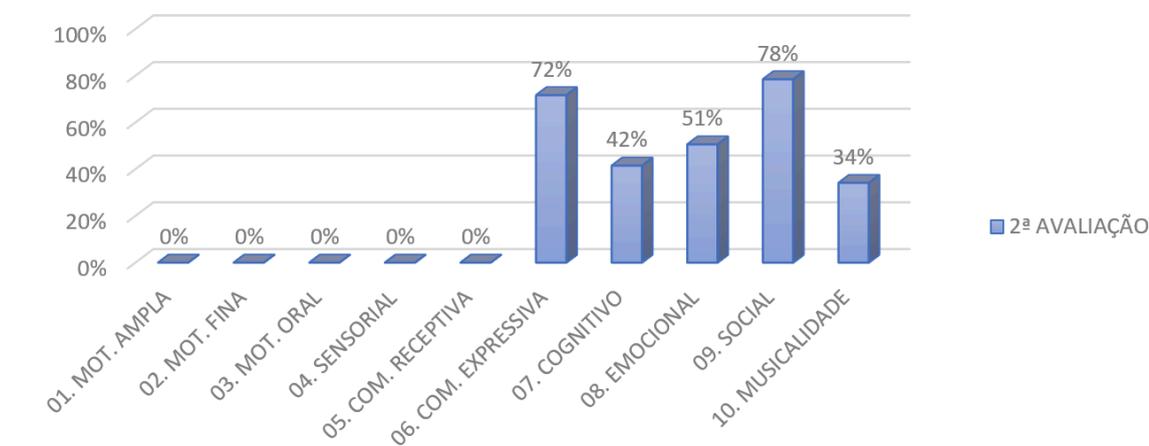
Os momentos de silêncio na parte final das sessões foram compreendidos por Heitor, mesmo que de forma inconsciente, como uma oportunidade de ter voz e de ser escutado pelo outro. Da mesma forma, a coterapia interdisciplinar com a Terapeuta da Fala trouxe para as sessões momentos típicos do cotidiano extra-sessão. Transpondo para aquele espaço um modo operante verbal que Heitor encontra e provavelmente encontrará no decorrer da sua vida na sociedade em que está inserido. As diferentes abordagens entre os terapeutas, permitiram perceber que o Modelo Plurimodal (Schapira et al., 2007) foi eficaz no sentido de utilizar técnicas de linhas distintas em momentos pertinentes nas sessões, descentralizando um modelo ou um modo de operar em específico.

Resultados

No que se refere aos resultados, é imprescindível que haja uma linha de atuação lógica para o processo de reavaliação. Para isso, ao fim do processo, foi realizada outra entrevista com a mãe do Heitor e uma segunda avaliação utilizando a escala IMTAP, utilizando os mesmos domínios avaliados no início do processo terapêutico.

Na entrevista, quando perguntada sobre resultados observados a partir das intervenções de musicoterapia, a mãe de Heitor abordou o aspecto da verbalização. Segundo ela, Heitor começou a formular muito mais frases após o início das intervenções e com mais frequência.

As duas últimas sessões de musicoterapia com o Heitor dentro do contexto do estágio serviram como sessões de avaliação. A partir das experiências e dos vídeos, foi possível realizar uma segunda avaliação utilizando a escala IMTAP. Heitor demonstrou evolução em todos os domínios avaliados, sendo estes: Comunicação expressiva, cognitivo, emocional, social e musicalidade.

Figura 8.*IMTAP: Avaliação Final (Heitor)*

A nível de **comunicação expressiva**, Heitor passou a tentar se comunicar mais, comunicar sem frustrações, conduzir ou mover o terapeuta como meio de comunicação, vocalizar com o terapeuta, vocalizar de forma imitativa e não imitativa e verbalizar frases com 3 ou mais palavras.

A nível **cognitivo**, Heitor manteve a atenção durante toda a atividade, conseguiu seguir instruções verbais envolvendo duas ações, recordar novas informações apresentadas durante a atividade, recordar nome e função dos instrumentos, demonstrar consciência da rotina terapêutica, solicitar canções e atividades realizadas anteriormente e cantar letras de músicas corretamente.

A nível **emocional**, passou a expressar emoções adequadas às circunstâncias em sessão, tolerar a situação musicoterapêutica sem sofrimento, acalmar-se com apoio musical, expressar emoção musicalmente, autorregular-se dentro de uma atividade e permanecer regulado quando limites são estabelecidos.

A nível **social**, demonstrou evolução em reagir ao uso de seu nome, demonstrar interesse nas atividades apresentadas, demonstrar atenção compartilhada, usar saudação socialmente apropriada, usar despedida socialmente apropriada, usar contato visual socialmente apropriado, sustentar a atenção durante as atividades, demonstrar atenção sustentada ao terapeuta, tocar em paralelo com o terapeuta e demonstrar flexibilidade em atividades interativas.

A nível **musical**, indica mais desejo de tocar/ter com os instrumentos musicais, vocaliza em resposta a música, toca instrumentos espontaneamente, engaja-se em atividade

musical interativa, regula-se com suporte musical, vocaliza na tonalidade da música, vocaliza para completar frase de canção conhecida, cria improvisação lírica auto expressiva, cria frase melódica com suporte harmônico, acompanha o terapeuta cantando ou tocando, prolonga estrutura de musica conhecida por meio da improvisação e por vezes inicia canção no tom original.

Conclusão

As avaliações demonstraram que a aplicação das técnicas de musicoterapia nas intervenções do Heitor demonstraram resultados positivos no que se refere aos objetivos estabelecidos no plano terapêutico. Heitor mostrou cada vez mais intenção interativa nas sessões de musicoterapia. É mais verbal dentro e fora do Setting terapêutico, além de ter diminuído suas desregulações emocionais. O fim do processo terapêutico coincidiu com o fim do primeiro ciclo escolar do Heitor, ele mudará de escola e necessitará de acompanhamento personalizado nesta nova etapa de sua vida. Sua mãe destacou que busca esse profissional que o auxiliará na escola, entretanto este é um processo burocrático, gerando assim, algumas incertezas em relação a implementação deste profissional que acompanharia o Heitor em seu processo escolar.

. É importante que os objetivos sejam estabelecidos em conjunto no trabalho em coterapia, fazendo com que a prática seja mais coesa e focada nestes objetivos estabelecidos. É importante que as técnicas de ambas as disciplinas sejam passadas de forma clara, para que o outro terapeuta possa atuar de forma a auxiliar na boa aplicação das mesmas. Das atividades realizadas em conjunto destaca-se o canto conjunto, permitindo um momento de aplicação de técnicas de musicoterapia e de terapia da fala, a utilização da música no desenvolvimento da comunicação aumentativa e alternativa.

Em musicoterapia, Heitor passou a cantar, verbalizar palavras soltas, frases, fazer improvisos vocais, explorar instrumentos e novas formas de tocar, se relacionar de uma forma mais próxima do outro, nomear e identificar objetos e pessoas, ter mais consciência temporal.

A mãe de Heitor sempre se mostrou presente, próxima e interessada no processo terapêutico de seu filho e também era presente nas sessões de grupo dos adultos responsáveis/cuidadores. Sempre dando informações novas sobre seus comportamentos extra-sessão, suas conquistas, aflições, problemáticas e objetivos que almeja para ele. Esta proximidade foi essencial para que seu processo terapêutico demonstrasse bons resultados e pudesse ser bem monitorado. Desta maneira, um destaque desta intervenção é o fato de os

objetivos serem pensados não só por parte do musicoterapeuta estagiário, mas também a partir das impressões e desejos dos familiares/cuidadores próximos da criança. isto permitiu que os objetivos pudessem ser traçados de forma mais condizente com a realidade daquela pessoa. Uma vez que se busca aquisições não musicais em musicoterapia, é importante que todo o contexto cotidiano não musical do sujeito seja também um referencial a se considerar, pois é neste cotidiano que se observam os reflexos das sessões de musicoterapia e seus impactos na vida do ser humano.

Estudo de caso 2 - Familiares/Cuidadores

Introdução

Partindo da perspectiva humanista e compreendendo a criança como um ser global, elaborou-se um projeto de intervenção musicoterapêutica com os familiares/cuidadores das crianças atendidas no *Cresce com Amor*. Foram realizadas 11 sessões direcionadas aos responsáveis das crianças, estejam eles no papel de mãe, pai, tios, avós ou outros cuidadores. As sessões ocorreram no formato semanal com duração de 45 minutos a um hora.

Para a contextualização dessas sessões será relatado o processo de elaboração do projeto, a fundamentação, plano terapêutico, técnicas e abordagens e os respectivos resultados.

Descrição do caso

Os oito participantes do grupo, eram adultos, familiares/cuidadores de crianças com atraso no desenvolvimento atendidas na instituição *Cresce com Amor*. Foram participantes; cinco mães, duas avós e um tio, de diferentes idades, nacionalidades (Angola, Brasil, Moçambique e Portugal).

Tabela 5.

Participantes do grupo de musicoterapia para familiares/cuidadores adultos.

<u>Nome</u>	<u>Idade</u>	<u>Parentesco</u>
Ana	28 anos	Mãe
Leonor	36 anos	Mãe

<u>Nome</u>	<u>Idade</u>	<u>Parentesco</u>
Yara	38 anos	Mãe
Carla	34 anos	Mãe
Clara	32 anos	Mãe
Maria	51 anos	Avó
Ayla	52 anos	Avó
Rodrigo	36 anos	Tio

Plano Terapêutico

Foram realizadas 11 sessões, de modo semanal, com duração de 45 minutos a uma hora. Utilizou-se o Modelo Plurimodal de Musicoterapia com linha de orientação. A participação era gratuita. As sessões foram estruturadas da seguinte forma: A) Recepção do participantes; B) Momento de relaxamento e meditação; C) aplicação das técnicas principais; e D) Encerramento com um momento de escrita livre e pessoal por parte dos participantes

Tabela 6.

Plano Terapêutico - Musicoterapia com familiares/cuidadores adultos.

Objetivo geral: criar um espaço de expressão e autocuidado para os familiares/cuidadores de crianças com atraso no desenvolvimento atendidas no *Cresce com Amor*.

Objetivos específicos:

- Facilitar a expressão emocional: Fornecer um espaço seguro e acolhedor para os participantes compartilharem suas emoções, preocupações e desafios relacionados ao cuidado da criança.

-
- Fortalecer o apoio social: Promover o compartilhamento de experiências entre os participantes do grupo, facilitando o apoio mútuo e a construção de redes de suporte dentro da comunidade.
 - Desenvolver novas habilidades de comunicação: Utilizar a música e outras formas de expressão criativa para expandir as habilidades de comunicação interpessoal dos participantes.
-

Instrumentos de coleta de dados

Entrevistas Individuais: Antes de cada sessão, foi conduzida uma entrevista individual com cada novo participante, visando compreender o grau de ligação com a criança cuidada, contextualizar sua história de vida e explorar sua história sonoro-musical. Essas entrevistas eram focadas em experiências musicais e não musicais nas perspectivas dos participantes, enriquecendo a compreensão do contexto familiar e individual.

Análise de Registros de Áudio: Os registros de áudio das sessões foram utilizados como material de apoio para identificar as principais questões e desafios enfrentados pelos familiares nesta instituição específica, em relação ao papel dos cuidadores no desenvolvimento de crianças atípicas ou com atraso no desenvolvimento. Essa análise permitiu uma compreensão mais aprofundada das necessidades e preocupações dos participantes, contribuindo para o planejamento e aprimoramento das intervenções futuras.

Lista de Verificação Geral de Sessões de Musicoterapia: Após cada sessão, o estagiário de musicoterapia preencheu uma lista de verificação geral (Anexo D), desenvolvida por Gattino (2023) e adaptada para este contexto específico. Esta lista proporcionou uma base de dados sobre as experiências dos participantes durante as sessões individuais ou em grupo de musicoterapia. Através dessa ferramenta, foram registradas observações relevantes, incluindo o engajamento dos participantes, as atividades realizadas e os principais temas discutidos, fornecendo meios para a avaliação e o planejamento contínuo das intervenções.

Seleção de Música e Preferências dos Participantes

A seleção das músicas para as sessões foi orientada pelo conceito de ISo Gestáltico, abrangendo músicas relacionadas a história da pessoa e foi considerado também o ISo grupal e respostas similares de preferências musicais, como a afinidade com o piano apresentado por todos os participantes.

Desta forma, a musicoterapia trabalha essa identidade sonora em sua relação som-ser humano, proporcionando novas vias de encontro musical na relação terapeuta-utente ou terapeuta-grupo.

Técnicas

No decorrer das sessões, foram aplicadas duas técnicas principais do Modelo plurimodal: a Improvisação Musical Terapêutica (IMT) e a Estimulação de Imagens e Sensações através do Som (EISS). Ademais, técnicas de expressão artística, como pintura e modelagem em argila, foram incorporadas, combinadas com a música, seguindo fundamentos da arte-terapia e da musicoterapia.

Descrição do Processo Terapêutico

1ª Sessão

Após o fim das entrevistas iniciais com Ana e Maria, respectivas mãe e avó de um bebê com microcefalia e Leonor, mãe de uma criança com uma síndrome rara não diagnosticada, o musicoterapeuta estagiário propôs que ambas andassem pela sala de maneira aleatória até encontrar um local e uma posição confortável. Após acharem este local, o musicoterapeuta estagiário iniciou um momento de respiração consciente e escuta ativa. Enquanto o grupo está de olhos fechados, o musicoterapeuta estagiário propõe que relaxem o corpo e utilizem aquele momento para dar atenção a si. Propõe que busquem recordar o primeiro som que escutaram neste dia ao acordar e lembrar também como estavam se sentindo. Foi proposto direcionar a atenção aos sons da sala; os sons graves, agudos, próximos, distantes, curtos, intensos, orgânicos, humanos, não humanos, agradáveis e desagradáveis. Deu-se atenção também aos sons físicos gerados por ondas mecânicas. Indo mais além, foi proposto que prestasse atenção aos sons psíquicos, aqueles gerados pela mente sem nenhum estímulo externo. Após isso, foi estabelecido um momento de apreciação do silêncio.

A atividade principal se deu em forma escuta musical utilizando a técnica de Estimulação de Imagens e Sensações através do Som e da produção de um desenho após o momento de escuta. Após isso, em uma roda de conversa, o principal tópico foi o autocuidado ou a falta deste quando todas as atenções e esforços estão direcionados ao cuidado direto da criança. Depois, foi proposto que no verso da folha onde desenharam, escrevessem livremente sobre a experiência da sessão e levassem para casa sem que este papel necessite de ser lido por ninguém. Esta é uma forma de externalizar conteúdos que por razões ligadas a resistências não venham à tona no contexto de grupo. Ao fim, as participantes que transpareciam estar emocionadas, agradeceram e a sessão se encerrou.

2ª Sessão

Leonor, esteve presente na primeira sessão e experienciou a segunda de forma individual. Nesta sessão, foi realizado um momento de relaxamento e meditação. Após isso, um banho sonoro a fim de estimular a escuta. A atividade seguinte combinou a técnica de musicoterapia receptiva com a técnica de pintura em associação livre combinando os saberes e técnicas do campo da Arte-Terapia. Esta técnica consiste em escutar uma música e pintar livremente a partir dos afetos gerados pelo conteúdo sonoro. O objetivo é que a escuta musical e o fluir da criação através pintura diminuam a atuação dos mecanismos de defesa do ego, permitindo a emersão de conteúdos angustiantes inconscientes ou pré conscientes de modo a servir de material a ser trabalhado no processo musicoterápico. Portanto, foi proposto que Leonor fizesse um desenho no papel de olhos fechados. Desta vez, deveria escolher um lápis para cada mão e não retirar o contato dos lápis no papel até o final da peça. No processo, o musicoterapeuta estagiário percebe o surgimento de uma imagem no papel, sendo esta, uma borboleta. Ao fim, deu-se espaço para ela falar livremente sobre o processo. Ela expôs que não fez aquela borboleta de forma premeditada, mas que cada lado representa uma parte positiva e negativa de um exame que seu filho fez e espera o resultado. A parte central do desenho, o corpo da borboleta, era marcado por padrões que representam o DNA, uma vez que este exame feito pelo seu filho é um exame genético. A partir da experiência musical combinada com a produção de uma material artístico, foi possível acessar um conteúdo que se mostra conflitante entre descobrir uma possível patologia e poder nomeá-la ou ter uma notícia ruim sobre a saúde do filho. No fim, fizemos uma improvisação a partir dos conteúdos que Leonor trouxe para a sessão. A sessão terminou com o momento de escrita pessoal.

3ª Sessão

A terceira sessão contou com 3 participantes: Leonor, Carla e Rodrigo, respectivamente duas mães e um tio. Nesta sessão, foi realizado um momento de meditação e relaxamento. Após isso, um momento de improvisação musical, com o objetivo de integrar os participantes utilizando a música como objeto intermediário. Foi proposto uma improvisação em 3 partes, sendo estas iniciadas sempre por um participante diferente utilizando o recurso do ostinato como ponto de partida. Nesta improvisação foram utilizados instrumentos como maracá, pandereira, guitarra, violoncelo e cajón. Ao fim, foi iniciado um momento para os participantes exporem como foi a experiência. Leonor expôs que em momentos do improviso, lembrava momentos da adolescência e Rodrigo destacou que se sentiu livre no momento da improvisação. Utilizou o termo “viajamos” para descrever a experiência.

A última atividade foi novamente relacionada à escuta musical e produção artística através de desenho/pintura. Ao fim, Leonor expôs como foi o seu processo. Destacou que desenhou algumas figuras que se assemelham a galhos de árvores, em uma paisagem com várias borboletas (sendo estas as mesmas cores utilizadas no desenho da última sessão). Enquanto narrava o processo do desenho, trouxe novamente a questão da espera por um diagnóstico do filho. Carla, mãe de um filho que foi diagnosticado com uma patologia de foro genético, se pôs a discorrer sobre como é esse processo de angústia em relação aos exames e diagnósticos, pois também tem um filho em uma condição similar. A ênfase em sua fala, se deu no fato de a espera por um diagnóstico “gerar uma ansiedade muito grande”, mas que não é preciso se focar em como seu filho é ou será a partir de um diagnóstico descrito na literatura. Carla ressaltou: “Vejo pelo meu filho, pintaram um quadro pior do que eu queria, e no entanto ele está aí”. Leonor ressaltou a importância de ouvir a experiência a partir da voz de outros pais que viveram uma situação similar. Rodrigo acrescentou, discorrendo sobre a importância de olharmos para os aspectos positivos das crianças e de suas potencialidades. Desta maneira, a criação deste ambiente terapêutico que utiliza música para a promoção da saúde e do autocuidado para questões familiares na perspectiva dos cuidadores, possibilitou a expressão em perspectivas que auxiliam no processo de enfrentamento das adversidades dos processos clínicos das crianças. Ao fim, o terapeuta entregou uma folha e um lápis para cada participante em um momento de escrita pessoal a partir das experiências vividas na sessão.

4ª Sessão

Nesta sessão haviam 2 mães. Leonor e Yara. Esta foi a primeira sessão de Yara, mãe de duas crianças com autismo (uma delas é Heitor, descrito no primeiro estudo de caso). A sessão

iniciou com um momento de relaxamento e meditação. Após isso, uma técnica utilizada na musicoterapia, inspirada no psicodrama e na dançaterapia em que um participante espelha os movimentos do outro. Tais movimentos são criados a partir da escuta musical. O objetivo das atividades após momento de relaxamento e meditação, é a integração dos participantes, estabelecimento da confiança, empatia e escuta ativa. A sessão seguiu com uma improvisação vocal coletiva e uma improvisação instrumental. Como nas outras sessões, o final é marcado pela produção de um desenho/pintura a partir da escuta musical. Yara desenhou sua filha; “um dos seres que mais gosto na face da terra”, Ainda nesta sessão, Yara expôs a sua preocupação com a autonomia dos filhos autistas, dando ênfase ao medo da fase da adolescência, as possíveis depressões descritas em grande parte da literatura, as altas taxas de suicídio e outros fatores de enfrentamento do processo atípico de desenvolvimento. Yara relatou angústia e salientou que por muitas vezes é difícil ter a força necessária para enfrentar estes desafios. Foi proposto que os 3 presentes, o musicoterapeuta estagiário, Yara e Leonor realizassem uma improvisação temática. Uma improvisação em forma de *Transformação* (inspirado no princípio de ISO de Altshuler, mas de forma consciente por parte de todos), do sentimento da angústia para esta força e esperança interna.

Yara demonstrava ser tímida, dentro e fora da sessão, entretanto, foi interessante perceber como ela utilizava a voz e o canto de forma espontânea na sessão de musicoterapia. Por fim, um momento de escrita pessoal, que ocorre em todas as sessões.

5ª Sessão

Nesta sessão, estiveram presentes a Leonor e o Rodrigo. A sessão iniciou como um momento de meditação. A técnica principal foi a Estimulação de Imagens e Estimulação através do Som. Após o momento de relaxamento e meditação, os participantes são convidados para este momento de escuta ativa. Enquanto os participantes estavam em uma posição confortável (estavam deitados), o musicoterapeuta estagiário orientou que eles escutariam uma sequência sonora que poderia gerar emoções, lembranças, conforto, desconforto e outros tipos de afetos. É salientado que se houver qualquer incômodo na experiência, basta abrir os olhos que a experiência acaba.

Ao final do processo, um momento de conversa sobre como foi a experiência. Rodrigo compartilhou que na maior parte da experiência foi vencido pelo sono. O sono também pode ser um sinal de resistência ou defesa, além disso, é natural que por vezes isto possa acontecer após os momentos de relaxamento. Rodrigo enfatizou que nos momentos em que não estava dormindo, se encontrava entre a vigília e o sono, experienciando formas, cores e figuras

abstratas na experiência EISS. Leonor, compartilhou que lembrou da infância. Relatou sentir um pouco de angústia e discorrer mais sobre seu sonho. A angústia teria se dado pelo fato de ela não esperar que a experiência fosse forte e causasse essa “experiência” de infância.

É interessante notar na prática, como um mesmo estímulo sonoro (neste caso a mesma música) pode causar experiências tão distintas como o torpor (sono) ou a regressão à infância.

A sessão foi encerrada com uma escrita pessoal por parte de cada integrante.

6ª Sessão

Nesta sessão, com participação de Leonor e Yara, foi realizado um momento de respiração consciente e relaxamento. A sessão seguiu para a aplicação da Técnica EISS (Estimulação de Imagens e Sensações através do Som). Yara, apontou um som que a incomodava no momento da escuta musical, sentiu desconforto com o som agudo de um violino. Leonor apontou que desta vez a experiência foi diferente das outras. Havia um som que causava também angústia (diferente do som que incomodou Yara). Leonor contou, que na experiência de estimulação de imagens e sensações, se viu no corredor do balcão do setor da genética do hospital onde seu filho fez os exames. Nesta experiência, os funcionários do hospital lhe entregaram um papel com o resultado ruim. Leonor está há mais de um ano a aguardar o resultado desse exame.

Foi proposto que Leonor representasse a experiência que teve na técnica de escuta musical com uma improvisação. O piano foi o instrumento escolhido, a participante buscava acordes tristes e “angustiantes” para representar a angústia de pensar que o resultado poderia ser desagradável.

7ª Sessão

Na sétima sessão, com a presença de Leonor e Yara, o musicoterapeuta estagiário propôs uma atividade de escuta musical combinada com desenho. Yara desenhou sua filha. Leonor desenhou um arco-íris. Este arco-íris foi visto da janela de sua casa, Leonor tentou mostrar e explicar o que era o arco-íris para o seu filho, mas disse que ele não compreendia. Leonor salientou que sentia esperança de um dia ele compreender o que é e reconhecer um arco íris. Ao fim da sessão, o momento de escrita pessoal. Este, se tornou um padrão nas sessões de musicoterapia com os adultos, um momento de escrita a fim de assimilar de forma pessoal, todos os conteúdos e acontecimentos que se passaram na sessão.

8ª Sessão

Esta foi uma sessão surpreendente. Apenas uma mãe que não havia participado de nenhuma sessão. Clara, é mãe de uma criança que necessita de muitos cuidados e atenção. Após a conversa inicial, o musicoterapeuta propôs um momento de escuta musical combinado com modelagem de argila. O que busca-se com as combinações de técnicas com a arte-terapia é a produção de um material artístico que possa servir de canal para a materialização de conteúdos inconscientes. Da mesma forma, é uma maneira de diminuir a atuação dos mecanismos de defesa.

Na entrevista inicial, Clara falou que gostava de todo o tipo de música, sem grandes especificidades, mas também comentou gostar de piano. O musicoterapeuta estagiário utilizou a música Ballade No. 2 em fá menor de Chopin para a experiência. Clara começou o processo de modelagem da argila, era interessante a forma como ela utilizava, pois usou uma folha no chão e a argila como “massinha de modelar”, desta maneira produziu uma paisagem, com sol, plantas e uma pessoa no meio (Apêndice B). No meio da experiência, Clara ficou emocionada e começou a chorar enquanto produzia seu material artístico. Ao falar sobre a experiência, trouxe questões como a falta de tempo para si, o gasto de tempo, energia e recursos no cuidado com sua filha, o sentimento de culpa quando está longe ou direcionando a atenção para si. Em suma, a experiência trouxe à tona a anulação de sua vida em prol da vida de sua filha. Clara salientou que a música erudita e o piano tem esse poder de nos levar a lugares internos. Clara se emocionou nesta sessão e através do fazer artístico acessou e compartilhou conteúdos significativos. Este momento artístico-musical foi de atenção para si, através deste cenário musical artístico pôde fazer, mesmo que de forma simbólica, algo que gosta e não tem oportunidade de realizar no cotidiano, como dançar, chorar e sorrir, ultrapassando resistências e explorando a oportunidade de ser e ser de forma livre da culpa. Por fim, um momento de agradecimento e escrita pessoal.

9ª Sessão

A nona sessão, também contou com uma nova participante. Ayla é avó de uma menina atendida no Cresce com Amor. De origem africana (Moçambique), está em Portugal há mais de 20 anos. Nunca participou de nenhum tipo de terapia/análise para si. A atividade principal foi a pintura combinada com a escuta musical. Ayla, não sabia o que fazer, o musicoterapeuta salientou que era livre para fazer o que quisesse, sem pensar. Ayla desenhou uma casa, duas crianças e uma rua. Essa casa é a representação das casas da Aldeia de onde vivia em Moçambique. As crianças representavam a pureza do lugar, assim como as cores vibrantes. É

interessante o processo de os participantes por vezes falarem coisas como “não sei desenhar” ou “não sei tocar”, mas quando os fazem geralmente entregam mais do que o “esperado”, e é sempre surpreendente. Por fim, após analisarmos juntos a sua pintura, Ayla expôs que sentia falta de onde vivia e que a vida em Portugal não era fácil e que tentou expressar quem era através da pintura. Para além das dificuldades do cuidado da criança, para quem é imigrante existem outras muitas questões que afetam diretamente o ser. No fim, um momento de escrita pessoal e o encerramento da sessão.

10ª Sessão

Na décima sessão participaram Yara e Rodrigo. Após uma conversa inicial, foi realizado um momento de relaxamento e meditação, seguido de uma atividade de escuta musical. Foi proposto que durante a escuta musical, os participantes buscassem reconhecer uma emoção sentida através da experiência musical. Yara apontou que se sentiu angustiada em certos momentos, trouxe a questão do filho (Autista) estar mudando de escola e os desafios dessa transição para uma criança neurodivergente. Yara ressaltou a necessidade de um apoio individual para o filho no ambiente escolar. Rodrigo discorreu sobre a diferença entre os cuidados por parte de um tio e os cuidados por parte de uma mãe. Segundo ele, “é mais trabalhoso e as exigências são maiores por parte das mães que geralmente ficam a maior parte do tempo com as crianças”. Após isso, foi realizado um momento de improvisação musical. Foi proposto que improvisássemos a partir de um sentimento que eles têm pelas respectivas crianças. Yara usou a palavra “amor” e Rodrigo usou a palavra “aventura”. Elegeram respectivamente a maraca e o djembé, o terapeuta utilizou a guitarra. Em um improviso que começou tímido, foi crescendo e em dado momento apareceram as vozes cantadas do terapeuta e da Yara. Ao fim falamos da importância do autocuidado para os familiares e as influências nos processos educativos e terapêuticos das crianças. A sessão terminou com um momento de escrita pessoal por parte de cada participante.

11ª Sessão

A última sessão foi marcada pela presença de Leonor. Esta foi a participante mais ativa do processo. A sessão foi marcada por improvisações. Um momento interessante foi o uso da voz cantada por Leonor enquanto o terapeuta a acompanhava na guitarra. Nesta sessão Leonor trouxe muitos temas distintos, mas trouxe também a notícia de que em duas semanas teria o resultado do exame de seu filho. Leonor esperava por mais de um ano por esse resultado, foi o tema mais recorrente por ela em musicoterapia. Tivemos acesso a diversas perspectivas sobre o tema. No fim, produziu um desenho que se assimilava ao mapa do Brasil (Apêndice B).

Estava em dúvida sobre voltar ou permanecer em Portugal. No fim da sessão, Leonor agradeceu por todo o processo, foi realizado o momento de escrita pessoal e assim terminou a última sessão.

Discussão

No que se refere ao objetivo geral deste grupo, nomeadamente criar um espaço de expressão e autocuidado para os familiares/cuidadores de crianças com atraso no desenvolvimento atendidas no *Cresce com Amor*, alguns aspectos são pertinentes a serem discutidos.

Pôde-se observar uma “baixa” adesão dos responsáveis ao grupo terapêutico, se considerarmos a grande quantidade de crianças atendidas neste espaço. Das causas possíveis para esta “pouca adesão”, podemos considerar a dificuldade de disponibilidade de horário, uma vez que as sessões eram realizadas às terças, às 10h da manhã; a distância e a dificuldade de deslocamento, levando em conta que muitas famílias vivem longe da região onde fica localizada a instituição; a falta de pessoas para desempenharem o papel de cuidadores enquanto o “cuidador principal” está em terapia; a resistência à terapia e/ou outras razões subjetivas. Ainda assim, a adesão dos oito participantes foi essencial para que este objetivo geral pudesse ser atingido.

Em relação aos objetivos específicos, é plausível constatar que as técnicas aplicadas auxiliaram principalmente no que se refere à expressão de conteúdos emocionais por parte dos participantes.

Ao início das sessões, era realizado um momento de meditação e limpeza de ouvidos (Schafer, 2001). O exercício de atenção plena tinha o intuito de trazer a atenção para o mundo interno e suas respectivas questões. A limpeza de ouvidos (técnica de atenção plena e discriminação dos sons do espaço), tinha como objetivo principal conectar os participantes ao espaço e ao plano sonoro.

As técnicas de musicoterapia aplicadas às sessões em grupo buscaram diminuir os mecanismos de defesa (Freud, 2006) desses responsáveis, promovendo a expressão de conteúdos pré-conscientes. Tais conteúdos expressos de forma verbal e não verbal, geram insights em relação às suas angústias, bem como às projeções e outras questões relacionadas aos processos que envolvem essas crianças e jovens.

As técnicas principais foram fundamentais para promover a expressão dos participantes. Destaca-se a eficácia da técnica de Estimulação de Imagens e Sensações através

do Som (EISS) desenvolvido de acordo com o Modelo Plurimodal de Musicoterapia (Schapira et al., 2007). Esta técnica de visualização e reconhecimento de conteúdos internos permitiu a expressão de conteúdos emocionais a partir da natureza metafórica dos sons e das músicas.

Foi percebido que alguns participantes expostos à músicas pertencentes ao Iso gestáltico (Benenson, 1985) acessaram involuntariamente memórias de suas histórias pessoais, incluindo a fase da infância, como no caso de Leonor na quinta sessão.

Além da experiência de retorno ao passado, pode-se observar o fenômeno da natureza metafórica (Bonde, 2007) da experiência musical. Na oitava sessão, por exemplo, Clara acessou estados emocionais relacionados à angústia de não ter tempo para si. Clara é mãe de uma menina que necessita de muita atenção e cuidado. Foi relatado que a dependência da filha gerava em Clara a sensação de culpa nos momentos em que dirigia a atenção e o tempo para si. Na técnica de escuta musical combinada com a produção artística livre utilizando a argila, incorporando e relacionando uma técnica de arte-terapia com uma técnica de musicoterapia (Casanova, 2014), ela criou um cenário em que dançava sozinha, livremente sob a luz do sol. Nesta experiência metafórica, pôde experimentar este estado mental de liberdade de forma simbólica. Esta experiência musical, provocou imagens evocadas a partir da técnica receptiva, sendo uma expressão do seu mundo interior “sem quaisquer disfarce ou véu”(Silveira, 2001, p.85). Desta forma, o cenário produzido na argila de alguém que dançava sob o sol era do âmbito simbólico, pois “implicava alguma coisa além do seu significado manifesto e imediato”(Jung, 1977).

Essa experiência de liberdade também foi relatada por Rodrigo na terceira sessão no momento da improvisação musical em grupo. Bruscia (1988), destaca que a improvisação musical simboliza ou refere algo fora de si mesma.

O fenômeno metafórico também se mostrou na segunda sessão, onde Leonor desenhou uma borboleta de duas cores, com o “corpo” representando o desenho de uma fita de DNA. Leonor expressou que fez a borboleta de forma inconsciente. Após essa produção artística que partiu da escuta de uma obra instrumental de Debussy para piano (ela tem uma grande relação com o piano em sua história pessoal), Leonor analisou o desenho como uma representação da ansiedade pela espera do diagnóstico do filho, que aguardava a mais de uma ano depois de realizar um exame genético. As duas cores presentes no desenho representavam o resultado positivo ou negativo de uma alteração nos genes.

Os conteúdos que emergiram nas sessões, naturalmente retornavam nas sessões posteriores a partir das experiências musicais. O objetivo de promover o compartilhamento de

experiências entre os participantes do grupo pode ser visto na terceira sessão, quando Carla e Rodrigo expressam que no fim das contas o diagnóstico não faz tanta diferença. Fundamentaram este argumento a partir das próprias experiências com suas crianças cuidadas. Esses conteúdos expressados de forma verbal, surgiam depois das experiências de improvisação livre inspirados no Modelo de Alvin (1978). Houveram também, improvisações guiadas por sentimentos, idéias, imagens, memórias, eventos e situações que os participantes traziam para as sessões. Essas improvisações temáticas foram inspiradas no Modelo de Priestley (1975). Desta forma, os conteúdos surgidos a partir da meditação, da técnica EISS ou de outras atividades, poderiam tornar-se temas para improvisações.

Neste grupo, os participantes puderam se expressar de forma simbólico-musical, compartilhar experiências, fortalecendo o apoio social, bem como desenvolver e experienciar novos meios de se comunicar para além do verbal. Foi também um espaço para serem e expressarem quem são para além da função de mãe, avó ou tio. Como disse Ayla na nona sessão - “ tentei expressar quem eu sou”, a partir de uma pintura que representava o local onde vivia antes de sair do país onde vivia.

Observou-se que as técnicas utilizadas podem promover experiências terapêuticas significativas para um grupo de adultos, cuidadores de crianças que passam por processos delicados, de modo a descentralizar o processo terapêutico para a criança, mas considerar todo o âmbito familiar (Bruscia, 1998).

Conclusão

Pode-se observar o surgimento de uma variedade de conteúdos que interferem diretamente na vida pessoal e na dinâmica familiar dos participantes. A participação de diferentes familiares nas sessões proporcionou diferentes pontos de vista de alguém que passa ou passou por experiências similares no que diz respeito ao cuidado com um criança com algum tipo de patologia ou atraso de desenvolvimento. Na clínica, surgiram conteúdos relacionados a **angústia** pela espera de diagnósticos, **medo** de como será o futuro das crianças, **culpa**, **raiva**, **exaustão**, **falta de tempo** de atenção para si, **falta de apoio** familiar e/ou governamental, **gastos excessivos** com terapia para os as crianças, **frustração**, **conflitos familiares** e outros fatores que interferem no funcionamento da vida pessoal e familiar. As técnicas de musicoterapia auxiliaram no processo de diminuição da atuação dos mecanismos de defesa, possibilitando uma comunicação sobre conteúdos importantes a serem trabalhados em sessão. A música utilizada como um objeto intermediário foi fundamental nos seus

diferentes âmbitos de atuação, desde o silêncio na meditação, a música na técnica receptiva, a improvisação instrumental, o canto, até o uso da música seletiva a fim de despertar expressão artística-emocional das pessoas em contexto terapêutico. Foi percebido que os participantes, se mostraram envolvidos com as atividades e com os outros participantes. Foi um espaço também de conexão, reconhecimento e expressão das emoções e partilha. Este foi o início de um projeto que pode expandir. O cuidado com a família pode ser visto como parte fundamental do trabalho do musicoterapeuta em prol do desenvolvimento das crianças. O trabalho de conscientização da importância da participação desses familiares nas sessões também é importante para que esse tipo de intervenção seja cada vez mais eficaz.

Entende-se que o musicoterapeuta tem como dever ético expandir o conhecimento e o trabalho prático da musicoterapia com o intuito de proporcionar saúde a comunidade. O entendimento da importância do papel da família no desenvolvimento da criança é de extrema necessidade, uma vez que se busca um trabalho clínico que influencia positivamente na vida das crianças e do ambiente familiar. A implementação deste projeto buscou ser uma ferramenta de conscientização da importância do autocuidado por parte dos familiares cuidadores de crianças que necessitam de terapia. Um trabalho aliado entre terapeutas, educadores sociais, professores, pedagogos, psicólogos, diretores institucionais e outros profissionais, é de suma importância para que este tipo de intervenção seja cada vez mais comum e acessível a todos os que possam se beneficiar.

Outras Intervenções Clínicas

Caso - Iris

Iris iniciou o processo de musicoterapia com 6 meses de vida. Foi acompanhada em musicoterapia desde outubro de 2023. Iris apresenta Microcefalia, hipertonia dos membros, hipotonia axial e atividades epilépticas.

As sessões de musicoterapia ocorreram em modo de coterapia interdisciplinar com fisioterapia. Isis era acompanhada de sua mãe e sua avó durante as sessões. Estas, relataram que tiveram experiências ruins com os médicos que as atenderam. Foi relatado que os mesmos demonstravam pouca “humanidade” em relação a Iris e sua família.

Foi avaliada em Musicoterapia através do instrumento de avaliação IMTAP (Individualized Music Therapy Assessment Profile). A partir das avaliações, foram traçados os seguintes objetivos terapêuticos: **A nível neuro-motor:** Estimular o córtex auditivo, desenvolver controle de cabeça, desenvolver equilíbrio estático, “Rolar” e “engatinhar” e

desenvolver a coordenação motora ampla (membros superiores). **A nível expressivo-social:** Promover a sincronização musical (attunement) entre a Iris, os terapeutas e sua família e promover o brincar. **A nível cognitivo:** Desenvolver atenção e foco nas atividades e aumentar ações de função executiva.

Iris foi o primeiro contato do estagiário atuando na clínica musicoterapêutica. Na primeira sessão em coterapia com a fisioterapeuta, Iris não demonstrou resistência aos sons dos instrumentos, mas ao mesmo tempo, era uma criança “apática”. Pouco se movia e não emitia sons vocais.

Foram aplicadas as respectivas técnicas: **Trabalho com Canções** (Schapira et al., 2007), a servir de estímulo para a vocalização, para a reatividade e orientações relativas ao tempo, lugar e pessoas. O **Treino de Orientação Sensorial Musical** (*Musical Sensory Orientation Training*). Isto porque os objetivos neutro-motores estão ligados a execução de movimentos e manutenção de certos posicionamentos corporais, como a sustentação da cabeça, por exemplo. A **Improvisação Musical Terapêutica (IMT)** (Bruscia, 1989) foi utilizada integrando a fisioterapeuta, a mãe e a avó da Iris em momentos de criação e recriação musical em conjunto. O estagiário de musicoterapia disponibilizava instrumentos para que todos na sala participassem do momento musical, proporcionando um experiência de estímulo e integração social para a Iris. Nas últimas sessões do processo terapêutico, Iris participou ativamente através de um teclado (Neste período Iris tinha 1 ano) e de vocalizações em resposta à música. Em sessão, Iris atingiu os objetivos de “rolar” e “engatinhar”, tornou-se um bebê mais presente e ativo, com mais controle, atividade e consciência corporal. Iris demonstrou que a musicoterapia nos períodos iniciais da vida tem um potencial significativo no seu processo de desenvolvimento. As sessões de musicoterapia foram além de tudo, um processo de transformação e ressignificação. realizadas com leveza, ludicidade e integração entre Iris, sua família e os terapeutas.

Caso - Gonçalo

Gonçalo tinha 5 anos. As sessões de musicoterapia ocorreram em modo de coterapia interdisciplinar com uma Terapeuta Ocupacional. Também era atendido individualmente em Terapia da Fala e fisioterapia. Gonçalo apresenta paralisia cerebral espástica bilateral (GMFCS V).

Foi avaliado em Musicoterapia através do instrumento de avaliação IMTAP (Individualized Music Therapy Assessment Profile) e de entrevista com a mãe. A partir das

avaliações, foram traçados os seguintes objetivos terapêuticos: **A nível de desenvolvimento neuro-motor:** Desenvolver controle de cabeça; Desenvolver equilíbrio estático; Desenvolver a coordenação motora ampla (membros superiores); e Estimular o desenvolvimento da coordenação motora fina. **A nível de desenvolvimento cognitivo:** Desenvolver atenção e foco; Aumentar a função executiva e Desenvolver a memória. **A nível de desenvolvimento expressivo-social:** Promover momentos de interação social e atenção compartilhada; promover a sincronização musical (attunement) entre o Gonçalo e os terapeutas; Promover o brincar em conjunto através da música e Promover momentos de improvisação vocal com apoio musical por parte do terapeuta (Holding). **A nível emocional:** promover a regulação.

Ao início do processo de intervenção Gonçalo não era nada responsivo. Sua espasticidade era uma grande barreira para os seus movimentos corporais. Entretanto, o musicoterapeuta estagiário promovia momentos de Holding e Gonçalo vocaliza em resposta à harmonia e a voz. Seu sorriso e sua voz demonstraram seu envolvimento no fazer musical. Sua resposta era tão positiva que a música surgia como uma força através da liberdade em que ecoava a voz de Gonçalo. Além disso, a partir das experiências musicais, Gonçalo demonstrava mudança de tónus, facilitando o trabalho focado nos membros superiores. A técnica de holding com o Gonçalo prolongou-se no tempo. Esta era uma criança com graves problemas respiratórios. Antes de quase todas as sessões, era realizado um trabalho respiratório de desobstrução das vias aéreas com uma fisioterapeuta. No piano, Gonçalo conseguiu pela primeira vez em sessão fazer movimentos laterais com o braço. Sua busca pelas notas mais graves ou agudas serviu de força motriz para movimentos corporais que até então eram raros. E para além de tudo, as sessões foram um espaço de interação, expressão e ao brincar. Fatores essenciais na vida de uma criança.

Caso - Douglas

Douglas, um menino de 13 anos, atendido no Cresce com Amor desde bebê. Apresenta Atrofia Muscular Espinhal (AME) do tipo 2, sendo esta, uma doença neurodegenerativa de cunho genético (Ambiel, 2010), que pode causar a perda progressiva dos motoneurônios, prejudicando a função da motricidade. Desta forma, Douglas tinha uma grande limitação de movimentos, conseguindo mover pouco os braços e alguns dedos da mão. Douglas apresentava o cognitivo preservado e a verbalização era seu principal meio de comunicação.

O encaminhamento para a musicoterapia foi feito pela diretora da instituição (e orientadora de estágio), alegando que Douglas necessitava de musicoterapia, pois apresentava uma má aceitação com relação ao seu corpo.

A partir das avaliações, foram traçadas metas e objetivos terapêuticos para servirem de apoio ao seu processo de intervenção em musicoterapia. Dos objetivos destacam-se: **A nível Neuro-motor:** Desenvolvimento da coordenação motora fina através da prática instrumental (principalmente o teclado e o handpan); Desenvolvimento de movimentos amplos dos membros superiores através da prática e exploração instrumental; tocar um instrumento na posição de sentado. **A nível cognitivo:** desenvolver atenção e foco nas atividades musicais; desenvolver capacidade de associação sonora e memória através de ditado melódico. **A nível emocional:** expressar emoção através da música; expressão emoção de forma verbal; aumentar a motivação, através da música, para enfrentar os desafios da fisioterapia e da vida. **A nível expressivo e social:** promover momentos de interação musical em conjunto, incluindo a fisioterapeuta; promover a sincronização musical (attunement) entre o Douglas e o musicoterapeuta estagiário (desenvolvendo o potencial de sincronização/interação social, musical e emocional) por um longo período de tempo.

Douglas sempre foi muito agradável, facilitando o estabelecimento da relação terapêutica. Ao tocar o HandPan relatou que foi uma “experiência transcendental”. Naquele momento, Douglas sentiu que sons agradáveis podem partir de uma ação de seu corpo. Foi aplicado o método de improvisação musical, onde Douglas utilizava o teclado e o musicoterapeuta utilizava a guitarra ou o cajón. As improvisações eram distintas umas das outras, procurando atingir os objetivos terapêuticos estabelecidos. Assim, em algumas improvisações, Douglas só poderia tocar as notas pretas, ou só as brancas, ou em um oitava específica, por exemplo. Desta forma, auxiliando no processo de controle e estabilidade dos movimentos amplos. Nas últimas sessões, o musicoterapeuta estagiário ensinou Douglas a tocar a música do filme *missão impossível* no piano. Em duas sessões Douglas conseguiu tocar a melodia de forma correta. Esta era a primeira vez que Douglas estava sentado na sessão, com o auxílio de duas fisioterapeutas. Sua face expressava sua satisfação de dar função aos movimentos das suas mãos e dedos, repetiu a execução musical por muitas vezes, de modo a apreciar esta conquista. Foi na musicoterapia e através da música que Douglas pôde experienciar a execução de uma *missão* que até então era *impossível*, ressignificando aos poucos sua relação com seu corpo e seu potencial. As sessões foram um espaço seguro para verbalizar conteúdos emocionais e significativos do seu cotidiano. As temáticas surgidas em

sessão, eram transformadas em momentos de improvisação em conjunto. O momento musicoterapêutico tornou-se um espaço de confiança, onde a música e os sons serviram de intermédio para o desenvolvimento motor, social e emocional.

Caso - Salvador

Salvador é o irmão gêmeo de Gonçalo. Iniciou processo de musicoterapia desde outubro de 2023. As sessões de musicoterapia ocorrem em modo de coterapia interdisciplinar com fisioterapia e terapia da fala. Também era atendido individualmente em terapia ocupacional. Salvador apresenta paralisia cerebral espástica bilateral (GMFCS IV) com alterações sensoriais e cognitivas. Foi avaliado em Musicoterapia através do instrumento de avaliação IMTAP (Individualized Music Therapy Assessment Profile) e de entrevista com a mãe. A partir das avaliações, foram traçados os respectivos objetivos terapêuticos: **A nível neuro-motor:** desenvolver a consciência de espacialidade através do som; Desenvolver equilíbrio estático sentado e cruzar a linha média do corpo com os dois membros superiores em atividades musicais. **A nível cognitivo:** desenvolver a capacidade de imitação rítmica e melódica; Promover a troca de turnos; Aumentar a função executiva; Desenvolvimento da memória. **A nível expressivo e social:** Promover momentos de improvisação musical terapêutica a partir do Modelo Nordoff-Robbins de improvisação criativa utilizando o teclado e a voz; promover a sincronização musical (attunement) entre o Salvador e os terapeutas; Promover o brincar em conjunto através da música e Promover momentos de improvisação vocal com apoio musical por parte do terapeuta (“Holding”).

Salvador demonstrou desenvolvimento nos âmbitos das trocas de turnos musicais realizadas através das improvisações. Essas foram importantes, pois Salvador apresentava dificuldade com mudanças, entrando em padrões repetitivos e por vezes isso dificultava a interação. Foram aplicadas técnicas de desenvolvimento e percepção auditiva, uma vez que apresenta baixa visão. Salvador também desenvolveu a habilidade de imitação. Seu repertório musical aumentou gradativamente através do trabalho com canções da musicoterapia em conjunto com o trabalho realizado em terapia da fala. Buscaram-se também objetivos em conjunto com fisioterapia, onde Salvador participava de atividades musicais enquanto trabalhava os objetivos como permanecer de pé e sentado de forma estática (sem apoio) e iniciar movimentos de marcha no andarilho, onde a música foi utilizada para induzir a métrica da marcha, bem como incentivá-lo e encorajá-lo.

Caso - Dario

Dario iniciou o processo de musicoterapia em outubro de 2023. As sessões de musicoterapia ocorrem em modo de coterapia interdisciplinar com fisioterapia e terapia ocupacional. Era atendido individualmente em terapia da fala. Dario apresenta Paralisia Cerebral, Síndrome de West – Tetraparesia, GMFCS IV. Foi avaliado em Musicoterapia através do instrumento de avaliação IMTAP (Individualized Music Therapy Assessment Profile). Para a avaliação foi utilizado também o recurso de análise de vídeos e uma entrevista com a mãe. A partir das avaliações, foram traçados os respectivos objetivos terapêuticos: **A nível neuro-motor:** Desenvolver equilíbrio estático sentado e em pé; Tocar 1 - 4 compassos no andamento musical do terapeuta; Tocar instrumentos musicais utilizando as duas mãos; Realizar imitação rítmica simples em um instrumento de percussão. **A cognitivo:** Desenvolver atenção e foco; Aumentar a função executiva; Desenvolver memórias de curto e longo prazo, da memória semântica e memória implícita procedural (memória involuntária de domínios anteriores); Realizar leitura musical através de associação de cores; Compor e cantar uma canção com as letras de seu nome. **A nível Emocional:** Desenvolver a expressão emocional através da música; Promover a capacidade de auto regulação emocional através da música; Aumentar a motivação através da música; Expressar conteúdos emocionais de forma verbal. **A nível de desenvolvimento expressivo e social:** Promover momentos de interação social; Promover a sincronização musical (attunement) entre o Dario e o musicoterapeuta estariágio, Promover troca de turnos e Promover o brincar em conjunto através da música.

No decorrer do processo terapêutico, Dário desenvolveu significativamente os aspectos cognitivos como o foco e a memória. Além disso, passou a ser capaz, mesmo de forma inconsciente (devido sua baixa visão) de realizar leitura musical através de cores utilizando sinos. As trocas de turnos passaram a ser mais consistentes principalmente a nível verbal. A técnica RAS se mostrou eficaz, entretanto, deve ser utilizada de maneira não dirigida, de modo que não iniba a sua musicalidade natural.

Caso - João

João iniciou seu acompanhamento em musicoterapia com nove meses de vida. Vivia com a mãe, o pai e 3 irmãos. Na entrevista realizada com sua mãe no início do processo de avaliação, a apatia foi a maior questão apontada para ser trabalhada em terapia. João não interagia com o mundo externo. Além da musicoterapia e fisioterapia (coterapia interdisciplinar), João também era atendido em terapia da fala com foco na área da

motricidade orofacial, responsáveis por funções como sucção, mastigação, deglutição, respiração e fonoarticulação.. João Apresenta macrocefalia, ou seja, um crescimento atípico do perímetro encefálico, além disso, apresenta hipotonia.

João foi avaliado em Musicoterapia através do instrumento de avaliação IMTAP (Individualized Music Therapy Assessment Profile) e entrevista com a família. A partir das avaliações, foram traçados os seguintes objetivos terapêuticos: **A nível de desenvolvimento neuro-motor:** Estimular o córtex auditivo e a adaptação ao aparelho auditivo; Promover o “rolar” e o “engatinhar”; Desenvolver a coordenação motora ampla (membros superiores); Desenvolver controle de cabeça e Aumentar a função executiva. **A nível cognitivo:** Desenvolver atenção e foco; Desenvolver a memória. **A nível expressivo e social:** Promover momentos de improvisação/interação musical. Promover a sincronização musical (attunement) entre o João, os terapeutas e sua família e Promover o brincar em conjunto através da música.

Nas primeiras sessões, João era pouco responsivo. Foram aplicadas as técnicas de **Trabalho com Canções**, o **Treino de Orientação Sensorial Musical** e a **Improvisação Musical Terapêutica (IMT)**. O trabalho com as canções serviu como base para o estabelecimento da relação terapêutica. As canções eram de encontro ao seu ISO, estas foram responsáveis por criar um ambiente propício de acolhimento e confiança. O treino de orientação sensorial através dos sons foi essencial para estimular sua adaptação aos aparelhos auditivos bilaterais que adquiriu durante o processo terapêutico. Esta técnica serviu também como estímulo para os desafios motores como sustentar a cabeça, rolar, engatinhar e permanecer sentado. Nas improvisações, João utilizava um pequeno piano. O musicoterapeuta estagiário e sua família utilizavam outros instrumentos musicais. O progresso de João foi notável, do meio para o fim do processo de intervenção, João tornou-se um bebê presente, sua função executiva em relação a cabeça e movimento ativo dos membros superiores aumentou significativamente. Passou a ser alertado pelos sons e reconhecer a fonte sonora. Por sua condição genética(rara), João necessitará de terapias por muito tempo. E seus resultados em musicoterapia demonstram que um trabalho contínuo entre musicoterapia e as outras valências proporcionaram respostas positivas no seu processo de desenvolvimento.

Caso - Abel

Abel tinha 13 anos quando iniciou seu processo em musicoterapia. As sessões ocorrem em modo de coterapia interdisciplinar com uma fisioterapeuta. Também é atendido

individualmente em terapia da fala e terapia ocupacional. Abel apresenta Tetraparesia espástica, com movimentos involuntários, alterações sensoriais e cognitivas. Apresenta uma grande escoliose que lhe causa grandes dores. Abel tem uma cadeira de correção, entretanto demonstra grandes problemas para permanecer muito tempo sentado nesta cadeira por causa das dores. Abel não verbaliza e sente muito sono durante o dia e também nas sessões.

Abel foi avaliado em Musicoterapia através do instrumento de avaliação IMTAP (Individualized Music Therapy Assessment Profile) para a criação do plano terapêutico. Foram traçados os seguintes objetivos: **A nível Neuromotor:** Promover funcionalidade aos movimentos involuntários dos braços; Desenvolver a coordenação motora através da exploração de instrumentos musicais; Desenvolver coordenação motora fina através da prática e exploração instrumental. **A nível expressivo e social:** Promover momentos de interação social; Participar de momentos de atenção compartilhada com foco em músicas ou histórias musicadas; Promover a sincronização musical (attunement) entre o Abel, a fisioterapeuta e o Musicoterapeuta estagiário; Promover o brincar em conjunto através da música. **A nível cognitivo:** Desenvolver atenção e foco nas atividades por longo período de tempo; Aumentar a função executiva; Desenvolver memórias de curto e longo prazo e memória implícita procedural. **A nível Emocional:** Tolerar permanecer na cadeira de correção postural por uma sessão inteira; Se expressar emocionalmente através da música; regular-se com suporte musical; Aumentar a motivação para enfrentar os desafios do setting terapêutico.

Das técnicas utilizadas destacam-se a **Improvisação Musical Terapêutica (IMT)**, o **Trabalho com Canções** e a **Produção de Histórias Musicadas**. As improvisações foram fundamentais para o estabelecimento da relação terapêutica e do desenvolvimento da comunicação não verbal. As canções e as histórias musicadas serviram como objetos intermediários para promover a atenção compartilhada, o foco, a expressividade e o brincar. Atividades como dança e pintura combinadas com música promoveram a funcionalidade dos movimentos involuntários produzidos pelos membros superiores. A musicoterapia serviu também como um suporte emocional no objetivo de aumentar o tempo de permanência em sua cadeira de correção postural.

Caso - Raizza

Raizza foi atendida em musicoterapia com 12 anos. Passou por intervenção em musicoterapia quando era menor, contexto que desencadeou seu processo de verbalização. Foi avaliada em Musicoterapia através do instrumento de avaliação IMTAP (Individualized Music

Therapy Assessment Profile). utilizando também o recurso de análise de vídeos. A partir das avaliações, foram traçados objetivos terapêuticos: **A nível Neuro-motor:** Regular o movimento de Marcha; Desenvolver a coordenação motora fina; Aumentar a resistência à posição em pé. **A nível cognitivo:** Diminuir progressivamente o tempo de resposta/reação estimulada pela leitura musical e execução instrumental (de forma simultânea); Desenvolver atenção, foco e memória. **A nível expressivo e social:** Promover momentos interação; Promover a sincronização musical (attunement) entre a Raizza e os terapeutas e promover o brincar e a estimulação criativa através da experiência musical em conjunto. **A nível de desenvolvimento emocional:** Aumentar a motivação, através da música, para enfrentar os desafios dentro e fora do setting terapêutico e expressar conteúdos emocionais. Das técnicas utilizadas destacam-se a **Estimulação Auditiva Rítmica (RAS):** Utilizando a música como um regulador de movimentos corporais no tempo e na repetição, Raizza demonstrou evolução na regulação dos movimentos de marcha, apresentando um caminhar mais próximo de uma métrica regular. Esta técnica foi realizada utilizando Djembe e/ou guitarra em diferentes andamentos musicais. A leitura musical ao piano permitiu o desenvolvimento da coordenação motora fina e dos tempos de respostas da Raizza, a nível cognitivo. Ao fim do processo, Raizza era capaz de realizar leituras à primeira vista a partir de partituras musicais utilizando um piano. As improvisações e o trabalho com canções de seu universo sonoro permitiram o seu desenvolvimento expressivo e emocional.

Outras Atividades

No período vigente do processo de estágio acadêmico em musicoterapia, foram realizadas outras atividades relacionadas diretamente aos processos de intervenção ou de formação acadêmica.

Apresentação de Musicoterapia no Local do Estágio

No primeiro mês do período de estágio, foi disponibilizado um horário para a realização de uma atividade teórica e prática direcionada aos terapeutas e funcionários. Participaram da sessão 2 fisioterapeutas (incluindo a diretora da instituição), 1 terapeuta da fala, 2 terapeutas ocupacionais e a secretária da instituição.

A apresentação ocorreu em um formato workshop onde através de atividades práticas e teóricas, foram abordados conteúdos relacionados a musicoterapia. Foram realizadas atividades como meditação, improvisação, dinâmicas de comunicação não verbal, sonorização de emoções, exploração de instrumentos, atividades de escuta musical, criação artística e momentos de troca verbal sobre as experiências nas atividades e sobre musicoterapia.

Apresentação de Pôster Acadêmico no 14º Congresso Internacional de Psicologia da Criança e do Adolescente (Apêndice C)

Outra atividade de formação no âmbito do estágio acadêmico foi a participação do musicoterapeuta estagiário no 14º. Congresso Internacional de Psicologia da Criança e do Adolescente, intitulado “Safeguarding – A importância de criar ambientes seguros”, que se realizou nos dias 17 e 18 de abril de 2024, entre as 09H30 e as 17H30, no auditório 1 da Universidade Lusíada (Lisboa.)

A comunicação no formato pôster, objetivou apresentar um estudo de caso em musicoterapia de uma das crianças atendidas pelo musicoterapeuta estagiário no espaço Cresce com Amor. Esta experiência foi fundamental para agregar no processo de formação

acadêmica e profissional, além de permitir o intercâmbio entre os campos da Musicoterapia e da Psicologia.

Comunicação nas III Jornadas de Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa (Apêndice D)

No dia 31 de Março de 2024, o Musicoterapeuta estagiário participou das III Jornadas de Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, com a temática: “Em busca do modo saudável - Musicoterapia, saúde e vulnerabilidade”. A comunicação objetivou apresentar um estudo de caso em musicoterapia, intitulado “Intervenção Musicoterapêutica com familiares/cuidadores de crianças com problemas do neurodesenvolvimento.”

A apresentação contou com uma introdução sobre os participantes do caso, descrição da instituição, justificativa, fundamentação teórica, metodologia, modelos e técnicas de musicoterapia, instrumentos de avaliação e monitorização dos dados, resultados e conclusões. Foram apresentados trechos de vídeos da aplicação das técnicas de musicoterapia utilizadas nestas intervenções. Foi destacada a importância da abordagem centrada na família no contexto de atendimento terapêutico no âmbito infantojuvenil.

Conclusão

O presente relatório objetivou expressar o processo de estágio em musicoterapia com uma abordagem centrada na família em modo de coterapia interdisciplinar.

Pôde-se observar que as intervenções em musicoterapia podem reverberar positivamente não só no desenvolvimento das crianças e jovens, mas em toda dimensão familiar.

O trabalho direcionado aos responsáveis/cuidadores adultos no modo de intervenção de musicoterapia em grupo, proporcionou a expressão, o autoconhecimento e o apoio social entre os familiares de crianças e jovens atendidas neste espaço.

As intervenções no modo de coterapia interdisciplinar, são eficazes quando os terapeutas das distintas áreas participam em cooperação em todo o processo, desde as

avaliações e a construção dos planos terapêuticos, até as intervenções propriamente ditas. Este trabalho generoso e cuidadoso entre os terapeutas, permite a potencialização dos processos no âmbito da prevenção, manutenção e reabilitação das crianças e jovens.

O Modelo Plurimodal de Musicoterapia, permitiu a utilização de técnicas de distintos modelos de musicoterapia, bem como a inserção de técnicas provindas de outras áreas terapêuticas como a Arte-Terapia e o Psicodrama. A utilização deste modelo, permitiu portanto, que as intervenções fossem planejadas de acordo com as necessidades de cada sujeito e de cada família, preservando a subjetividade e adequando a teoria musicoterapêutica à realidade.

Houve um desenvolvimento significativo em relação às crianças e jovens atendidas no âmbito físico, cognitivo, social-expressivo e emocional, analisados a partir dos instrumentos de avaliação da musicoterapia.

Foi observável que as intervenções em musicoterapia promovem o desenvolvimento global dessas crianças e jovens, a partir do olhar do outro como um ser único para além de suas patologias.

A prática da musicoterapia neste espaço, proporcionou também a expansão e o conhecimento desta área que se encontra em gradual crescimento, acessando não só os sujeitos a terapia, mas também os outros terapeutas, familiares e funcionários ligados a esta instituição.

A musicoterapia é portanto a utilização dos sons e dos seus elementos em busca de objetivos não musicais, que por sua natureza intrinsecamente relacional permite de forma diversificada transformações observáveis e significativas nos sujeitos e na sociedade. O fenômeno sonoro perpassa o plano físico até o imaterial, de modo a permitir uma abrangência de possibilidades em relação às suas aplicações.

O musicoterapeuta tem, portanto, uma posição de grande responsabilidade terapêutica, musical, pedagógica, política, emocional, social e comunicativa nos espaços onde se encontra. O hibridismo da musicoterapia é para além de tudo um fator imperativo no que diz respeito a atuação incessante do musicoterapeuta nos estudos da musicoterapia, das áreas afluentes, dos sujeitos atendidos e das especificidades do local onde atua. Espera-se que este relatório possa ser um caminho inicial para mais estudos e intervenções no âmbito da coterapia interdisciplinar e da abordagem centrada na família, buscando promover atendimentos cada vez mais acessíveis e eficazes em busca da saúde e bem estar no âmbito individual e coletivo.

Reflexão Pessoal

A oportunidade de estagiar no Cresce com Amor foi motivo de grande alegria. Até então, eu não conhecia o espaço, nem o trabalho realizado. Meu desejo era trabalhar com crianças atípicas com enfoque no autismo. Entretanto, neste processo de estágio, pude ter a oportunidade de intervir com diversas pessoas, com diferentes idades e distintas histórias de vida. A diversidade patológica dos casos, nos faz perceber a cada dia que no fim das contas o diagnóstico não faz tanta diferença, uma vez que o trabalho da musicoterapia é sobre escutar as pessoas.

Tive o privilégio de ser super bem acolhido pelas terapeutas e funcionárias deste espaço. Trabalhar em coterapia interdisciplinar me permitiu aprender a cada dia sobre outras terapias e demonstrar o pouco que sei sobre musicoterapia até agora.

A música é meu modo de estar no mundo desde os 10 anos de idade. Tive a oportunidade de utilizá-la como um fim, no lugar de artista; tive a oportunidade de utilizá-la com fins pedagógicos, como professor; e tive neste estágio a oportunidade de utilizá-la com fins terapêuticos. Estar na música de forma relacional, com objetivos não musicais demonstra como o universo sonoro-musical-silencioso é potente. A musicoterapia vem me ensinando muita coisa, afinal, sou um eterno aluno. Destes ensinamentos, destaco a escuta e o poder do silêncio. Afinal, para haver som, também deve haver silêncio. É do silêncio que o som se manifesta, e é no silêncio que o som se vai. Da mesma forma são nossos pensamentos, nossas emoções, nossos sentimentos, nossas memórias, nossas angústias, nossos desejos, nossas vontades, etc. Tudo está contido neste grande silêncio que é o inconsciente. O som, assim como todos esses elementos da nossa mente, existem no tempo, em momentos específicos, bem como a nossa consciência, e depois para o silêncio (para o inconsciente) retornam.

Compreender os sons e os silêncios nos fazem compreender (pelo menos um pouquinho) a vida. E para os terapeutas que trabalham diariamente com a vida, a busca por essa compreensão é uma tarefa árdua e diária.

Neste estágio, pude compreender que não há sessão ruim. Há sessões em que nossas expectativas enquanto terapeutas (ou estagiário, neste caso) não são supridas. Mas afinal, a sessão é pra quem? Qual é o objetivo finalíssimo de um processo terapêutico? O que caracteriza uma sessão ruim na área pediátrica? Creio que em todas as sessões em que o outro se expresse através do sonoro-musical é uma sessão produtiva!

Neste processo, pude perceber que o saber musical é de suma importância para a prática da musicoterapia, mas além de tudo, a presença e a humanidade são aspectos essenciais para a prática terapêutica. Estar com o outro de forma verdadeira e atenta é talvez a maior das ferramentas que podemos ter.

O estudo da teoria e das técnicas também é um aspecto essencial. Entretanto, a intuição também deve ser trabalhada, ao ponto de intuitivamente “sabermos” quais técnicas, atividades ou atitudes são eficazes naquele momento.

O processo musicoterapêutico, bem como a música, se dá no tempo. Desta forma, o conhecimento das técnicas, o trabalho de desenvolvimento pessoal e a confiança no sonoro-musical, fazem a musicoterapia ter sentido. É no tempo que o desenvolvimento se dá, e é no tempo em quem devemos confiar.

Referências Bibliográficas

- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5ª ed.). American Psychiatric Publishing.
- Allegri, R. F., & Tamaroff, L. (1995). *Introducción a la Neuropsicología Clínica*. Ediciones Libros de la Cuadriga.
- Almeida, Á. (2019). *Patologia*. Em *Dicionário dos Antis: A Cultura Portuguesa em Negativo* (Vol. 2). Instituto Europeu de Ciências da Cultura P. Manuel Antunes (IECCPMA) e Imprensa Nacional-Casa da Moeda.
- Altshuler, J. (1944). Four year's experience with music as a therapeutic agent at Eloise Hospital. *The American Journal of Psychiatry*, 100(6), 792–794.
- Alves, R. (2015). *Paralisia cerebral e aprendizagem: O papel do pedagogo e as intervenções pedagógicas*. Universidade Federal da Paraíba.
- Alvin, J. (1978). *Music therapy for the autistic child*. Oxford University Press.
- Alvin, J. (1975). *Music therapy*. London: Hutchinson.
- Anderson, D. K., Liang, J. W., & Lord, C. (2014). Predicting young adult outcome among more and less cognitively able individuals with autism spectrum disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(5), 485–494. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12178>
- Araujo, M. G. (1973). *O objeto intermediário: Extensão e aplicação do seu conceito em psicoterapia*. *Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada*, 25(2), 93-98.
- Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala (2018). *Profissão - Terapia da Fala*. <https://www.aptf.org/c%C3%B3pia-profiss%C3%A3o>
- Austin, D. (2008). *The theory and practice of vocal psychotherapy*. Jessica Kingsley Publishers.

- Baioni, M. T., & Ambiel, C. R. (2010). Spinal muscular atrophy: Diagnosis, treatment and future prospects. *Jornal de Pediatria (Rio J.)*, 86(4), 261-270.
- Braga, N. F. (2013). *Efeito do ritmo nos membros superiores na doença de Parkinson: Abordagem interdisciplinar entre terapia ocupacional e musicoterapia* [Monografia de especialização, Universidade Federal de Minas Gerais]. Universidade Federal de Minas Gerais. <http://hdl.handle.net/1843/BUBD-9HCNUP>
- Bruscia, K. E. (1989). *Defining music therapy*. Spring House Books.
- Bruscia, K. E. (Ed.). (1998). *The dynamics of music psychotherapy*. Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. E. (1982). Music in the assessment of echolalia. *Music Therapy*, 2(1), 25–41. <https://doi.org/10.1093/mt/2.1.25>
- Baldwin, D. A. (1995). Understanding the link between joint attention and language. In C. Moore & P. J. Dunham (Eds.), *Joint attention: Its origins and role in development* (pp. 131-158). Lawrence Erlbaum Associates.
- Barcellos, L. R. M. (2019). *A 'audição musical' como experiência terapêutica e imunogênica: evidências e pesquisas*. Palestra apresentada no XVII ENPEMT – Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia e IX ENEMT – Encontro Nacional de Estudantes de Musicoterapia, Brasil. Também apresentada no Conservatório Brasileiro de Música.
- Barcellos, L. R. M. (1992a). *Cadernos de musicoterapia 1*. Enelivros.
- Barcellos, L. R. M. (1992b). *Cadernos de musicoterapia 4*. Enelivros.
- Barcellos, L. R. M. (2009). *A música como metáfora em musicoterapia* (Tese de doutorado). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.
- Barcellos, L. R. M. (2008). Sobre a técnica provocativa musical em musicoterapia. In *VIII Encontro de Musicoterapia do Rio de Janeiro, VIII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia e VIII Jornada Científica do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, Brasil.
- Barcellos, L. R. M. (2004). Musicalidade clínica. In *Musicoterapia: Alguns escritos* (pp. 49-60). Enelivros.

- Baxter, H., Berghofer, J., MacEwan, L., Nelson, J., Peters, K. & Roberts, P. (2007). *The Individualized Music Therapy Assessment Profile*. Jessica Kingsley Publishers.
- Benenzon, R. (2019). La resistencia al no verbal: De la musicoterapia a la terapia Benenzon. *Revista InCantare*, 10(1), 96-105. <https://doi.org/10.33871/2317417X.2019.10.1.3505>
- Benenzon, R. (2011). *Musicoterapia. De la teoría a la práctica*. Ediciones Paidós.
- Benenzon, R. (1985). *Manual de musicoterapia I* (C. Nastari, Trad.). Enelivros. (Original publicado em 1981)
- Berger, M. (2002). Envy and generosity between co-therapists. *Group*, 26(1), 107-121. <https://doi.org/10.1521/grup.26.1.107.50264>
- Bonde, L. O. (2007). Music as metaphor and analogy: A literature essay. *Norsk Tidsskrift for Musikterapi*, 16(1), 60-81.
- Bonde, L. O., Wigram, T. A (2002). *comprehensive guide to music therapy: Theory, clinical practice, research and training*. Jessica Kingsley Publishers.
- Brandalise, A. (2004). *Abordagem Nordoff-Robbins – Musicoterapia Criativa*. *Brazilian Journal of Music Therapy*, (7). Recuperado de <https://musicoterapia.revistademusicoterapia.mus.br/index.php/rbmt/article/view/176>
- Casanova dos Reis, A. (2014). *Arteterapia: A Arte como Instrumento no Trabalho do Psicólogo*. *Psicologia Ciência e Profissão*, 34(1), 142-157.
- Carvalho, D. & Martins, S. (2012). *Arte-terapia e as potencialidades simbólicas e criativas dos mediadores artísticos*. Universidade de Lisboa.
- Carvalho, M. M. M. J. (1995). *O que é arte-terapia*. In M. M. M. J. Carvalho (Org.), *A arte cura? Recursos artísticos em psicoterapia* (pp. 23-26). Campinas, SP: Editorial Psy II.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024). *Cerebral palsy: About cerebral palsy*. <https://www.cdc.gov/cerebral-palsy/about/index.html>
- Chagas, M. (2001). *Cantar é mover o som*. In II Fórum Paranaense de Musicoterapia, II Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia, Anais (pp. 119-122).

- Charman, T. (2010). Developmental approaches to understanding and treating autism. *Folia Phoniatica et Logopaedica*, 62(3), 166–177. <https://doi.org/10.1159/000317785>
- Charman, T., Baron-Cohen, S., Swettenham, J., Cox, A., Baird, G., & Drew, A. (1997). Infants with autism: An investigation of empathy, pretend play, joint attention, and imitation. *Developmental Psychology*, 33(5), 781-789.
- Cirigliano, M. (2004a). A Canção- Âncora: descrevendo e ilustrando a contratransferência em Musicoterapia. *Brazilian Journal of Music Therapy*, (7). Recuperado de <https://musicoterapia.revistademusicoterapia.mus.br/index.php/rbmt/article/view/317>
- Cirigliano, M. (2004b). Atención fluctuante musical: una reflexión respecto al papel del musicoterapeuta. In *Anais II World Congress of Music Therapy*. Vitoria-Gasteiz-Spain. 1166-1175.
- Corrêa, A. F. (2012). Estendendo o conceito de cadência para o repertório pós-tonal. *Per Musi*, 26, 31-46.
- Costa, L. L. O., Brandão, E. C., & Marinho Segundo, L. M. B. (2020). Atualização em epilepsia: Revisão de literatura / Update on epilepsy: Literature review. *Revista Médica de São Paulo*, 99(2), 170-181.
- Cresce com Amor (2024). *Cresce com Amor*. Recuperado em 11 de maio, 2024, em <https://www.cresce.pt/>
- Delecrode, F. da S., Pereira, L. C., & Viviani, A. G. (2009). Estudo dos efeitos da música após fisioterapia respiratória. *Revista de Terapia Manual*, 7(31), 192-196.
- Engel, J. Jr., & Pedley, T. A. (Eds.). (2014). *Epilepsy: A comprehensive textbook* (2^a ed.). Oxford University Press.
- Ferigollo JP, Kessler, T. (2017). Fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional - prática interdisciplinar nos distúrbios da comunicação humana. *Rev. CEFAC*. 19(2):147-158
- Freitas, E. F. de, & Tôrres, L. V. V. (2015). Fonoaudiologia e musicoterapia na clínica de linguagem: Uma prática clínica. *Estudos*, 42(3), 345-357.

- Freud, A. (2006). *O ego e os mecanismos de defesa* (F. Settineri, Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Freud, S. (1996a). Inibições, sintomas e ansiedade. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., Vol. 20, pp. 81-171). Imago. (Trabalho original publicado em 1926[1925])
- Freud, S. (1996b). As neuropsicoses de defesa. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., Vol. 3, pp. 50-66). Imago. (Trabalho original publicado em 1894)
- Freud, S. (1923). *O Ego e o Id*. Em Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v. 19. Rio de Janeiro: Imago, 1990, p. 11-83.
- Freud, S. (1900). *A interpretação dos sonhos*. Vol. IV. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Edição standard brasileira. Rio de Janeiro. Imago.
- Gadia, C. A., Tuchman, R., & Rotta, N. T. (2004). Autism and pervasive developmental disorder. *Journal of Pediatrics (Rio J)*, 80(2 suppl), 33–42. <https://doi.org/10.1590/S0021-75572004000300011>
- Gattino, G. S. (2009). *A influência do tratamento musicoterapêutico na comunicação de crianças com transtornos do espectro autista*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Gattino, G. S. (2015) *Musicoterapia e Autismo: teoria e prática*. São Paulo: Memnom.
- Geretsegger, M., Elefant, C., Mössler, K. A., & Gold, C. (2014). Music therapy for people with autism spectrum disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014(6), CD004381. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004381.pub3>
- International League Against Epilepsy (ILAE). (n.d.). *ILAE guidelines*. Retrieved from <https://www.ilae.org/guidelines>
- Japiassu, H. (1976). *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Imago editora Ltda.
- Jung, C. G. (2011). *A natureza da psique* (Obras completas de Carl Gustav Jung, Vol. 8). Editora Vozes Limitada.

- Jung, C. G. (1996). *Fundamentos da Psicologia Analítica*. Petrópolis: Vozes, vol. XVIII/1.
- Jung, C. G. (1977). Chegando ao inconsciente. In C. G. Jung & M. L. von Franz (Orgs.), *O homem e seus símbolos* (M. L. Pinho, trad., pp. 18-103). Nova Fronteira.
- Kalra, R., Gupta, M., & Sharma, P. (2023). Recent advancement in interventions for autism spectrum disorder: A review. *Journal of Neurorestoratology*, 11(3), Article 100068. <https://doi.org/10.1016/j.jneurores.2023.100068>
- Kantor, J., & Dzidová, L. (2016). Speech production, music therapy and cerebral palsy. *Forum Pedagogiczne*, 6(2), 275-288.
- Kim, J., Wigram, T., & Gold, C. (2008). The effects of improvisational music therapy on joint attention behaviors in autistic children: A randomized controlled study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(9), 1758-1766. <https://doi.org/10.1007/s10803-008-0566-6>
- LaGasse, A. (2017). Social outcomes in children with autism spectrum disorder: A review of music therapy outcomes. *Patient Related Outcome Measures*, 8, 23-32. <https://doi.org/10.2147/PROM.S106267>
- Lee, A., Isaac, S., Stubbe, D., & Kishore, A. R. (2019). Cotherapy: Observing and modeling in real-time. In L. D. Roberts & M. T. Compton (Eds.), *Supervision in psychiatric practice: Practical approaches across venues and providers*. American Psychiatric Association Publishing.
- Lee, S. M. K., & Fisher, J. A. H. (2020). Developmental and cognitive outcomes of epilepsy in children: A review. *Journal of Child Neurology*. Retrieved from <https://journals.sagepub.com/home/jcn>
- Leekam, S. R., Hunnisett, E., & Moore, C. (1998). Targets and cues: Gaze following in children with autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(7), 951-962. <https://doi.org/10.1017/S0021963098003095>
- Levy, C. C. A. C., & Rosemberg, S. (2009). Crianças com encefalopatia crônica não evolutiva: avaliação audiológica e próteses auditivas. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, 21(3), 201-206. <https://doi.org/10.1590/S0104-56872009000300005>

-
- Levy, M. A. L. K., & French, S. W. (Eds.). (2021). *The treatment of epilepsy: Principles and practice* (5ª ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Lewy, A. L., & Dawson, G. (1992). Social stimulation and joint attention in young autistic children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20(6), 555-566.
<https://doi.org/10.1007/BF00911240>
- Loroño, A. (1996). Musicoterapia e esquizofrenia. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 10(3), 65-76.
- Lotan, M., & Elefant, C. (2006). Physiotherapy and music therapy for a girl with Rett Syndrome, a dual treatment approach. *Kasusrapport, Fysioterapeuten*, (2), 1-4.
- Mandy, W. P. L., & Skuse, D. H. (2008). Research review: What is the association between the social-communication element of autism and repetitive interests, behaviours and activities? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(8), 795-808.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01911.x>
- Marques, J. M. (2016). *O crescimento de crianças com paralisia cerebral e fatores associados* [Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório da Universidade Católica Portuguesa.
- Martins, F. (1999). *O que é phatos?* *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 2(4), 62-80. <https://doi.org/10.1590/1415-47141999004005>
- McClellan, R. (1994). *O poder terapêutico da música* (T. R. Bueno, Trad.). Siciliano.
- Montero-Ruiz, A., Fuentes, L. A., Pérez Ruiz, E., García-Agua Soler, N., Rius-Diaz, F., Caro Aguilera, P., & Beam, N. (2020). Effects of music therapy as an adjunct to chest physiotherapy in children with cystic fibrosis: A randomized controlled trial. *PLoS ONE*, 15(10), e0241334. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241334>
- Montero-Ruiz, A., Fuentes, L. A., Pérez Ruiz, E., García-Agua Soler, N., Rius-Diaz, F., Caro Aguilera, P., & Beam, N. (2020). Effects of music therapy as an adjunct to chest physiotherapy in children with cystic fibrosis: A randomized controlled trial. *PLoS ONE*, 15(10), e0241334. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241334>

- Mora, C. E., & Fortea, I. B. (2012). Comunicación, atención conjunta e imitación en el trastorno del espectro autista. *Infad*, 3(1), 49–57.
- Mundy, P., Sigman, M., & Kasari, C. (1994). Joint attention, developmental level, and symptom presentation in autism. *Development and Psychopathology*, 6(3), 389-401. <https://doi.org/10.1017/S0954579400006003>
- Neligan, D. J., & Scott, M. A. M. (2018). Epilepsy in children: Diagnosis and management. *The Lancet Neurology*. Retrieved from [https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422\(18\)30254-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422(18)30254-5/fulltext)
- Oliveira, A. C., Rocha, L. P., Lima, V. P., Morais Netto, L., Menezes, P. L., & Colafêmina, J. F. (2008). Localização de fontes sonoras: A importância das diferenças dos limiares auditivos interaurais. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 13(1), 7-11.
- Oliveira, R. C. L. (2020). Realidade virtual e encefalopatia crônica da infância. *Brazilian Journal of Health and Biological Science*, 5(2), 120-130. <https://doi.org/10.33448/rsd-v5i2.1979>
- Oliveira e Silva, I., Rita, A. B. S., & Correia da Silva, K. C. (2022). A utilização da musicoterapia na reabilitação funcional. *Research, Society and Development*, 11(7), e2511729622. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i7.29622>
- Oliver, S., Thaut, M., & Sena, K. (2005). *Medical coding and records manual: Neurologic music therapy*.
- Oriola, V. J. (2012). *El abordaje plurimodal en musicoterapia, para el desarrollo de habilidades comunicativas desde el recurso de las canciones* [Dissertação de mestrado, Instituto Superior de Estudios Psicológicos]. Repositório do Instituto Superior de Estudios Psicológicos.
- Otzin Ardón, E. P., & Albizú Senté, A. N. (2012). *Técnicas de musicoterapia integradas ao tratamento de terapia ocupacional em crianças com paralisia cerebral: Manual*. USAC, ECPs.

- Özdemir, E., Norton, A., & Schlaug, G. (2006). Shared and distinct neural correlates of singing and speaking. *NeuroImage*, 33(2), 628-635.
<https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2006.07.013>
- Pennington, B. F., Rogers, S. J., Bennetto, L., Griffith, E. M., Reed, D. T., & Shyu, V. (1997). Validity tests of the executive dysfunction hypothesis of autism. In J. Russell (Ed.), *Autism as an executive disorder* (pp. 143-178). Oxford University Press.
- Pereira, H. V. (2018). *Paralisia cerebral*. Sociedade Brasileira de Pediatria.
- Pérez Elizalde, I. (2004). Musicoterapia ocupacional: ¿Qué es lo que nos une? *Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG*, 1, 1-26.
- Possamai, V. R. (2021). Transtorno do espectro autista: Atualização. *Saúde Dinâmica*, 3(2), 13–30. <https://doi.org/10.4322/2675-133X.2022.036>
- Posar, A., & Visconti, P. (2023). Autism spectrum disorder in 2023: A challenge still open. *Turkish Archives of Pediatrics*, 58(6), 566–571.
<https://doi.org/10.5152/TurkArchPediatr.2023.23194>
- Pozzobon, A. (2011). *Etimologia e abreviatura de termos médicos: um guia para estudantes, professores, autores e editores em medicina e ciências relacionadas*. Ed. UNIVATES
- Prates, A., & Silva, E. (2011). A terapia da fala em Portugal. *Distúrbios da Comunicação*, 23(3), 79.
- Priestley, M. (1994). *Essays on Analytical. Music Therapy*. Barcelona Publishers.
- Priestley, M. (1975). *Music therapy in action*. Hutchinson.
- Reis, H. I. da S., Pereira, A. P. da S., & Almeida, L. da S. (2016). Características e especificidades da comunicação social na perturbação do espectro do autismo. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 22(3), 367–384.
<https://doi.org/10.1590/S1413-65382216000300002>
- Rezende (2010). *Terapia, terapêutica, tratamento*. *Revista de patologia tropical*. Vol. 39 (2):149-150.

- Rogers, C. R. (2003). *Terapia centrada no cliente*. GATF - Gabinete de Aconselhamento, Terapia e Formação. Edual - Editora da Universidade Autónoma de Lisboa.
- Rossetto, T. C. F. S. (2008). *Interface entre a musicoterapia e a terapia ocupacional na estimulação da memória em um grupo de idosos* (Dissertação de mestrado). UNAERP.
- Rotta, N. T. (2002). Paralisia cerebral. Novas perspectivas terapêuticas. *Jornal de Pediatria*, 78(2), 43-54. <https://doi.org/10.2223/JPED.835>
- Ruiz, A. L. (2019). Elementos do encadre terapêutico para a criação do vínculo entre paciente e terapeuta no abordaje plurimodal em musicoterapia (APM). *Revista Brasileira de Musicoterapia*, 24(1), 45-56.
- Ruotsalainen, J., Carlson, E., & Erkkilä, J. (2022). Rhythmic exercises as tools for rehabilitation following cerebellar stroke: A case study integrating music therapy and physiotherapy techniques. *Nordic Journal of Music Therapy*, 31(5), 431–453. <https://doi.org/10.1080/08098131.2022.2026452>
- Schafer, R. M. (2001). *A afinação do mundo*. Editora UNESP.
- Schafer, R. M. (1991). *O ouvido pensante*. Fundação Editora da UNESP.
- Schapira, D., Ferrari, K., Sánchez, V., & Mayra, H. (2007). *Musicoterapia, abordaje plurimodal*. Editorial ADIM.
- Schapira, D. (2005). Representaciones sociales musicales. Trabalho apresentado no Primeiro Congresso Patagônico de Musicoterapia, Neuquén, Argentina.
- Silva Júnior, J. D. (2023). *A utilização da música com objetivos terapêuticos: Interfaces com a bioética* [Tese de mestrado, Universidade Federal de Goiás, Escola de Música e Artes Cênicas].
- Silveira, N. (2001). *O mundo das imagens*. Ática.
- Small, C. (1998). *Musicking: The meanings of performing and listening*. Wesleyan University Press.
- Smeijsters, H. (1997). Analogia, una categoría esencial de musicoterapia. *Revista Internacional Latino Americana e Musicoterapia*, 1(2), 25-37.

- Thaut, M. H., & McIntosh, G. C. (2010). How music helps to heal the injured brain: Therapeutic use crescendos thanks to advances in brain science. *Cerebrum*, 2010, 15-29.
- Tomasello, M. (1995). Joint attention as social cognition. In C. Moore & P. J. Dunham (Eds.), *Joint attention: Its origins and role in development* (pp. 103-130). Lawrence Erlbaum Associates.
- Twyford, K., & Watters, S. (2016). Uma avaliação para explorar uma intervenção conjunta de musicoterapia e terapia ocupacional para crianças com lesão cerebral adquirida. *Lar*, 16(1). <https://voices.no/index.php/voices/article/view/2324/2079>
- Vaillant, G. E. (1971). Theoretical hierarchy of adaptive Ego mechanisms: A 30 year follow-up of men selected for psychological health. *Archives of General Psychiatry*, 24, 107-118.
- Wheeler, B. (1981). The relationship between music therapy and theories of psychotehrapy. In *Music Therapy*. Vol 1, Issue 1, p. 9-16,.
- Wigram, T. (2004). *Improvisation: Methods and techniques for music therapy clinicians, educators and students*. Jessica Kingsley Publishers.
- Wigram, T., Pedersen, I. N., & Bonde, L. O. (Eds.). (2002). *A Comprehensive Guide to Music Therapy: Theory, Clinical Practice, Research and Training* (2nd ed.). Jessica Kingsley Publishers.
- Wigram, T. (1995). A model assessment and differential diagnosis of handicap in children through the medium of music therapy. In T. Wigram, B. Saperston, & R. West (Eds.), *The art and science of music therapy: A handbook* (pp. 181-193). Harwood Academic Publishers.
- World Federation of Music Therapy. (2011). *Definition of music therapy*. <https://wfmt.info/definition-of-music-therapy/>
- World Federation of Occupational Therapists. (n.d.). *About occupational therapy*. World Federation of Occupational Therapists. <https://wfot.org/about/about-occupational-therapy>

World Physiotherapy. (n.d.). *What is physiotherapy?* [Website].
<https://world.physio/resources/what-is-physiotherapy>

ANEXOS

ANEXO A

Declaração de autorização de registro e uso de imagem - 1

DECLARAÇÃO

Eu, _____, pai / mãe / responsável legal / encarregado (a) de educação do(a) _____ (riscar se for o próprio), declaro para os devidos efeitos que autorizo a utilização e partilha dos registos em gravação vídeo/áudio das sessões de intervenção realizadas no âmbito do estágio curricular do Mestrado de Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, realizado no espaço *Cresce com Amor*, exclusivamente para efeitos de supervisão do trabalho realizado, para avaliação interna e partilha em congressos e outros contextos de formação profissional.

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

Ainda que eu autorize o registo e partilha do áudio/vídeo das sessões de musicoterapia, fica salvaguardada a possibilidade de, a qualquer momento, eu poder decidir pela interrupção desses mesmos registos e/ou partilhas e a destruição imediata dos mesmos, sem que isso interfira com o usufruto das sessões proporcionadas pelo estagiário.

Lisboa, ____ de _____ de _____.

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

Assinatura

Nome Legível

ANEXO B

Declaração de autorização de registro e uso de imagem - 2

DECLARAÇÃO

Eu, _____, declaro para os devidos efeitos que autorizo a utilização dos registos em gravação vídeo/áudio das sessões de intervenção realizadas no âmbito do estágio curricular do Mestrado de Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, realizado no espaço *Cresce com Amor*, exclusivamente para efeitos de supervisão do trabalho realizado, para avaliação interna e partilha em congressos ou outros contextos de formação profissional.

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

Ainda que eu autorize o registo e partilha do áudio/vídeo das sessões de musicoterapia, fica salvaguardada a possibilidade de, a qualquer momento, eu poder decidir pela interrupção desses mesmos registos e/ou partilhas e a destruição imediata dos mesmos, sem que isso interfira com o usufruto das sessões proporcionadas pelo estagiário.

Lisboa, ____ de _____ de _____.

O(A) Próprio(a),

Assinatura

Nome Legível

ANEXO C

Folhas de preenchimento da História Sonoro-Musical

História Sonora Musical

Data:

Dados pessoais:

Nome :

Idade:

Local de nascimento:

Você :

Teve alguma canção de embalar?

Qual?

Qual é a canção que você mais gosta que lhe cantem?

É habitual ouvir música em casa?

Em que situações?

Qual é a música que rejeita? (não gosta)

Qual é a música que mais ouve?

Recorda alguma situação gratificante com música na sua vida?

Recorda alguma situação não gratificante (negativa) com música na sua vida?

Gosta de escutar algum instrumento musical especificamente?

Porque?

A sua Família :

Tem alguma experiência musical?

Tocam algum instrumento? Qual?

Quais as músicas preferidas da sua família em reuniões familiares?

Quais as músicas que não gostam?

Ambiente sonoro da sua casa:

Quais os sons que predominam na sua casa?

Quais os sons que gosta?

Quais os sons que rejeita?

Mostra indiferença em relação a alguns sons?

Dados relevantes que queira partilhar:

Obrigado

Rômulo Moraes

Estagiário de Musicoterapia

ANEXO D

Lista de verificação geral de sessões de Musicoterapia

LISTA DE VERIFICAÇÃO GERAL DE SESSÕES DE MUSICOTERAPIA PARA GRUPOS

Criado por Gustavo Schulz Gattino

A tabela a seguir descreve diferentes perguntas e os números representam os pacientes que estão participando da sessão. Cada paciente é representado especificamente por seu número. Marque com um x quando o paciente tiver feito o que está especificado na pergunta.

Sessão X (x de outubro de 2023)	1	2	3	4	5	6	7	8
O paciente participou ativamente da sessão?								
O paciente se expressou musicalmente na sessão?								
O paciente tocava diferentes instrumentos musicais?								
O paciente usou sua voz musicalmente na sessão?								
O paciente se expressou por meio de comunicação verbal durante a sessão?								
O paciente conseguiu atingir/desenvolver as metas estabelecidas no processo de musicoterapia?								
O paciente conseguiu trabalhar nos objetivos específicos da sessão?								
O paciente foi capaz de se comunicar ou expressar conteúdo emocional na sessão?								
O paciente se expressou usando seu corpo de forma relevante durante a sessão?								

<p>O paciente foi capaz de se comunicar e se expressar por meio de expressões faciais durante a sessão?</p>								
<p>O paciente demonstrou um comportamento congruente com o contexto da sessão?</p>								

Observações:

Nomes dos pacientes:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.

Adaptado de Gattino (2023).

ANEXO E

Registro de sessão individual em Musicoterapia

REGISTO DE SESSÃO INDIVIDUAL - MT

NOME DO UTENTE: _____

DATA: _____ **TERAPEUTA:** _____

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

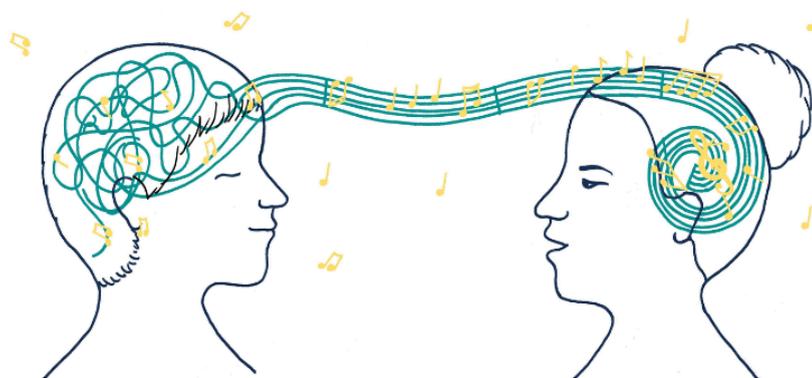
APÊNDICES

APÊNDICE A

Flyer de divulgação das intervenções de Musicoterapia para familiares/cuidadores



Objetivando o melhor desenvolvimento global das crianças, o **Cresce com amor** oferece sessões semanais de musicoterapia em grupo aos pais e responsáveis!



APÊNDICE B

Pinturas e Argila produzidas em sessões de musicoterapia para familiares/cuidadores

Integração de técnicas de arte-terapia em musicoterapia



APÊNDICE C

Apresentação de Pôster Acadêmico no 14º Congresso Internacional de Psicologia da Criança e do Adolescente.



14º Congresso Internacional de Psicologia da Criança e do Adolescente.



A EXPERIÊNCIA MUSICAL EM CO-TERAPIA NO CONTEXTO PEDIÁTRICO

Rômulo Moraes Ramalho
Estagiário do Mestrado em Musicoterapia
Universidade Lusíada de Lisboa.

Susana Gutiérrez Jiménez
Supervisora do Estágio do Mestrado de Musicoterapia
CLISSIS Universidade Lusíada de Lisboa.

Introdução

Heitor, é uma criança de 8 anos com diagnóstico de leucomalácia Periventricular e Síndrome de West, apresentando tetraparesia e tendo nascido prematuro de 31 semanas, atualmente em apoio semanal de co-terapia em fisioterapia e terapias ocupacionais, no centro de terapias especializado em pediatria Cresce com Amor, em Póvoa de Santa Iria, Portugal. É atendido em musicoterapia desde outubro de 2023, no âmbito do estágio curricular do Mestrado de Musicoterapia.

Fundamentação

- A musicoterapia consiste na utilização dos sons e de seus elementos para atingir objetivos não musicais. A Federação Mundial da Musicoterapia a define como "a utilização profissional da música e dos seus elementos como uma intervenção nos âmbitos médico, educacional e quotidiano com indivíduos, grupos, famílias ou comunidades, que procura melhorar a qualidade de vida deles e favorecer saúde e bem-estar físico, social, comunicativo, emocional, intelectual e espiritual" (WFMT, 2011).
- Tendo como base a relação terapêutica e utilizando uma abordagem humanista, o indivíduo é compreendido como uma unidade biopsicossociospiritual, significa: reconhecer a pessoa a partir da sua biologia, de forma integral e como um sujeito com uma vida psíquica e espiritual, imerso num quadro social com o qual se inter-relaciona numa construção dialética mútua (Ruiz, 2019).
- Para Small (1998), a experiência musical é invariavelmente uma atividade possível para todos os seres humanos. Desta maneira, "musicar" ou "musicking" é um processo que abrange todas as formas de envolvimento humano com a música.

Objetivos

- Favorecer o desenvolvimento neuro motor: equilíbrio estático, controle de movimentos amplos.
- Aumentar as capacidades cognitivas: atenção e memória.
- Promover a expressão emocional e social.

Metodologia

- Para o processo de intervenção, é utilizado o Modelo Plurimodal de Musicoterapia, o Modelo Nordoff-Robbins de Musicoterapia e o Modelo de Musicoterapia Neurológica, abarcando tanto os métodos receptivos (escuta ativa) quanto ativos (execução musical) do âmbito da musicoterapia.
- A avaliação foi realizada através da escala IMTAP (The Individualized Music Therapy Assessment Profile) (Baxter et al., 2007). Além disso, foi realizada uma entrevista com sua mãe para recolher dados da História Sonoro-Musical (Benenson, 2011) e da vida da criança.



Referências

- Austin, D. (2008). *The Theory and Practice of Vocal Psychotherapy*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Baxter, H. T.; Berghofer, J. A.; Macewan, L.; Nelson, J.; Peters, K.; Roberts, P. (2007). *The Individualized music therapy assessment profile: IMTAP*. London, Jessica Kingsley Publishers.
- Benenson, R. (2011). *Musicoterapia*. De la teoría a la práctica. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Bruscia, Kenneth. (1989.) *Defining Music Therapy*. SpringCity: Spring House Books.
- Ruiz, A. L. (2019). Elementos del encuadre terapéutico para la creación del vínculo entre paciente y terapeuta en el abordaje plurimodal en musicoterapia (APM). *Revista Brasileira de Musicoterapia*.
- Schapira, D, Ferrari K, Sánchez V & Mayra. H. (2007). *Musicoterapia, Abordaje Plurimodal*. Editorial ADIM, Argentina.
- Small, C. (1998). *Musicking*. The Meanings of Performing and Listening. London: Wesleyan University Press.
- Thaut, M.H. & McIntosh, G.C. (2010). *How music helps to heal the injured brain: therapeutic use crescendos thanks to advances in brain science*. Cerebrum.
- Thaut, M. (2005). *Rhythm, music, and the brain: Scientific foundations and clinical applications*.
- Wigram, T. (2004). *Improvisation Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators and Student*. New York: Jessica Kingsley Publishers.
- World Federation of Music Therapy. (2011). *What is Music Therapy?* Retirado de <https://www.wfmt.info/about>.

APÊNDICE D

Tema dos Slides utilizados na comunicação nas III Jornadas Clínicas de Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa.



Universidade Lusíada de Lisboa

Intervenção musicoterapêutica com familiares/cuidadores de crianças com problemas do neurodesenvolvimento

Rômulo Moraes Ramalho

31 de Maio, 2024.