

Universidades Lusíada

Figueiredo, Sara Manuela Chaves, 1981-

Conhecer para além de... : a musicoterapia e o desenvolvimento identitário da pessoa com deficiência

<http://hdl.handle.net/11067/7880>

Metadados

Data de Publicação

2024

Resumo

O presente relatório retrata o trabalho de estágio desenvolvido na Casa do Xisto (Alfena) – projeto de intervenção social através das artes da Educasom Associação de Artes e Cultura, sediada em Valongo, – no âmbito do Seminário de Estágio em Musicoterapia, do 2º ano do mestrado em musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa. O estágio teve a duração aproximada de sete meses, durante os quais foram conduzidas sessões individuais e grupais de musicoterapia junto de adultos com quadro clínico d...

The following report examines the internship work developed at Casa do Xisto (Alfena) - a social intervention project through the arts by Educasom Associação de Artes e Cultura based in Valongo - as part of the Internship Seminar in Music Therapy, for the 2nd year of the master's degree in music therapy from the Lusíada University of Lisbon. Throughout seven months, individual and group music therapy sessions were conducted with adults with a clinical picture of intellectual disability. The aim ...

Palavras Chave

Pessoas com deficiência mental, Musicoterapia, Musicoterapia - Prática profissional, Casa do Xisto (Valongo, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)

Tipo

masterThesis

Revisão de Pares

Não

Coleções

[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2025-04-02T05:10:59Z com informação proveniente do Repositório



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

**Conhecer para além de...:
a musicoterapia e o desenvolvimento identitário da
pessoa com deficiência**

Realizado por:
Sara Manuela Chaves Figueiredo

Supervisionado por:
Professora Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer

Orientado por:
Doutora Sílvia Cristina de Castro Rodrigues

Constituição do Júri:

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

Dissertação aprovada em: 28 de fevereiro de 2025

Lisboa

2024



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A
INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
Mestrado em Musicoterapia

Conhecer para além de...:
a musicoterapia e o desenvolvimento identitário da
pessoa com deficiência

Sara Manuela Chaves Figueiredo

Lisboa
Julho 2024



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Musicoterapia

Conhecer para além de...:
a musicoterapia e o desenvolvimento identitário da
pessoa com deficiência

Sara Manuela Chaves Figueiredo

Lisboa

Julho 2024

Sara Manuela Chaves Figueiredo

Conhecer para além de...:
a musicoterapia e o desenvolvimento identitário da
pessoa com deficiência

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 Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer

Orientadora de estágio: Dr.^a Sílvia Cristina de Castro Rodrigues

Lisboa

Julho 2024

FICHA TÉCNICA

Autora Sara Manuela Chaves Figueiredo
Supervisora de estágio Professora Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer
Orientadora de estágio Dr.ª Sílvia Cristina de Castro Rodrigues
Título Conhecer para além de...: a musicoterapia e o desenvolvimento identitário da pessoa com deficiência
Local Lisboa
Ano 2024

CASA DO CONHECIMENTO DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

FIGUEIREDO, Sara Manuela Chaves, 1981-

Conhecer para além de... : a musicoterapia e o desenvolvimento identitário da pessoa com deficiência / Sara Manuela Chaves Figueiredo ; supervisionado por Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer ; orientado por Sílvia Cristina de Castro Rodrigues. - Lisboa : [s.n.], 2024. - Relatório de estágio do Mestrado em Musicoterapia, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - LEITE, Teresa Paula Rodrigues de Oliveira, 1964-

II - RODRIGUES, Sílvia Cristina de Castro, 1983-

LCSH

1. Musicoterapia - Prática profissional
2. Pessoas com deficiência mental
3. Casa do Xisto (Valongo, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
4. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
5. Teses - Portugal - Lisboa

1. Music therapy - Practice
2. People with mental disabilities
3. Casa do Xisto (Valongo, Portugal) - Study and teaching (Internship)
4. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
5. Dissertations, academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. ML3920.F54 2024

Agradecimentos

À Cristina Rodrigues, por mostrar com o seu exemplo que vale a pena sorrir à vida, pois há sempre um sol e um novo dia à espera para voltar.

À Manuela Sousa, por ser a bússola que aponta o sítio que sonhou; por acreditar que os melhores sorrisos são os que, para além da fotografia, se notam na radiografia.

À Casa do Xisto e à equipa Espiral, por terem sido para mim uma verdadeira casa, que também me edificou enquanto pessoa, para além da musicoterapia.

À Teresa Prima, pelo espaço de si que tem para oferecer, pelo convite a saborear a vida, pelo ensinamento de que o natural vai para além do extraordinário.

Aos meus amigos de sempre e a todos os que chegaram e vou guardar para sempre, para além do espaço-tempo que por vezes nos separa.

À minha família, por ser sempre, para além de berço e raiz de mim, muitos-braços-para-abraçar e aconchego do voo, no ir e no voltar.

Ao Paulo Dionísio, pelo dom de ver e acreditar no melhor, pela verdadeira presença, por me ajudar a descolar e me ensinar a olhar para além do que a dor alcança.

Resumo

O presente relatório retrata o trabalho de estágio desenvolvido na Casa do Xisto (Alfena) – projeto de intervenção social através das artes da Educasom Associação de Artes e Cultura, sediada em Valongo, – no âmbito do Seminário de Estágio em Musicoterapia, do 2º ano do mestrado em musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa. O estágio teve a duração aproximada de sete meses, durante os quais foram conduzidas sessões individuais e grupais de musicoterapia junto de adultos com quadro clínico de deficiência intelectual, com o objetivo de desenvolver competências pessoais, sociais e emocionais, facilitar um melhor auto-conhecimento e promover o bem-estar através da musicoterapia. O trabalho foi desenvolvido com 17 participantes de diferentes idades e com diferentes níveis de funcionalidade e autonomia, numa perspetiva humanista e sobre a base conceptual do modelo de musicoterapia criativa de Paul Nordoff e Clive Robbins. O estabelecimento de uma boa relação terapêutica com os participantes foi considerado um factor fundamental para o sucesso da intervenção, bem como a tomada de decisão contínua sobre as técnicas musicoterapêuticas a utilizar, das quais consta a improvisação musical – ancorada em cada um dos participantes e nas suas necessidades específicas, a escrita e recriação de canções, entre outras. A análise dos registos de sessões e grelha de observação apurou que a musicoterapia pode produzir melhorias de carácter pessoal, social e emocional em adultos com diagnóstico de deficiência intelectual, bem como criar condições para a auto-percepção e a construção de uma identidade própria.

Palavras-chave: Musicoterapia; Deficiência Intelectual; População Adulta; desenvolvimento identitário.

Abstract

The following report examines the internship work developed at Casa do Xisto (Alfena) - a social intervention project through the arts by Educasom Associação de Artes e Cultura based in Valongo - as part of the Internship Seminar in Music Therapy, for the 2nd year of the master's degree in music therapy from the Lusíada University of Lisbon. Throughout seven months, individual and group music therapy sessions were conducted with adults with a clinical picture of intellectual disability. The aim was to develop personal, social and emotional skills, facilitating better self-knowledge and promote well-being through music therapy. It was followed the humanistic perspective and creative music therapy model's conceptual basis according to Paul Nordoff and Clive Robbins. Seventeen people differed in age, level of functionality and autonomy had participated in the sessions. One of the key factors that contributed to the success of this intervention was establishing a good therapeutic relationship with the participants. Moreover, the continuous decision-making regarding the music therapy techniques - including music improvisation based on each participant's needs, writing and recreating songs - also contributed to the favorable outcome of the intervention. The analysis of session recordings and the observation grid revealed that music therapy can produce personal, social and emotional improvements in adults diagnosed with intellectual disabilities, as well as creating conditions for self-perception and the construction of their own identity.

Keywords: Music therapy; Intellectual Disability; Adult population; identity development

Lista de Tabelas

Tabela 1. Participantes das Sessões Individuais de Musicoterapia	50
Tabela 2. Participantes dos Grupos de Musicoterapia	51
Tabela 3. Distribuição horária do trabalho de estágio	57

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

- CX - Casa do Xisto
- CX > 18 - Linha de ação com adultos
- CX < 18 - Linha de ação com crianças e jovens
- CPAD - Conhecer para além de (instrumento de diagnóstico)
- ESA - Experiências Sociais Ativas
- TEA - Transtorno do Espectro Autista

Sumário

Resumo	v
Abstract	vii
Lista de tabelas	ix
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos	xi
Sumário	xiii
Introdução	15
Caracterização da instituição	17
Caracterização da População-Alvo	19
Enquadramento Teórico	21
A deficiência intelectual	21
A música enquanto ferramenta de intervenção	27
Música e emoções: expressão e expressividade	30
A música na musicoterapia	32
A Musicoterapia	36
<i>Perspetiva Humanista na Musicoterapia</i>	38
A Musicoterapia Aplicada à Deficiência Intelectual	43
Objetivos do Estágio	47
Metodologia	49
Participantes	49
Instrumentos de Avaliação	52
Procedimentos	52
Técnicas e Métodos Utilizados	54
Setting e Material Utilizados	57
Agenda de Estágio	57

Outras atividades e projetos realizados	59
Estudos de Caso	61
Estudo de Caso 1	62
Descrição do caso	62
Avaliação inicial	62
Objetivos musicoterapêuticos	64
Narrativa do processo terapêutico	64
Conclusão e discussão do caso	67
Estudo de Caso 2	69
Descrição do caso	69
Avaliação inicial	69
Objetivos musicoterapêuticos	70
Narrativa do processo terapêutico	71
Conclusão e discussão do caso	72
Outras Intervenções Clínicas	75
Sessões individuais	75
Sessões em grupo	79
<i>Grupo I - Xisto e Companhia</i>	79
<i>Grupo II - Colmeia</i>	83
<i>Grupo III – Percurtir CX</i>	86
Conclusão e discussão	89
Reflexão Pessoal	93
Referências	97

Introdução

A deficiência intelectual é um campo onde as desigualdades ainda prevalecem e a segregação ainda é sentida, ainda que de uma forma silenciosa. As famílias de crianças e jovens com deficiência vêm-se a braços com desafios para os quais muitas vezes não encontram os recursos ou as respostas mais adequadas, seja ao nível da saúde, educação, ocupação de tempos livres, ou apoio ao domicílio e, a partir dos 18 anos, com a saída da escola, surgem novas questões e decisões a tomar sobre o futuro destes jovens, sem grandes perspectivas de futuro e agora considerados adultos pela sociedade civil, mas apresentando necessidades de apoio específicas e níveis de funcionalidade e autonomia muito diversos.

A Casa do Xisto – A arte para a (d)Eficiência – constituiu-se como um projeto visionário e ambicioso com o objetivo de trabalhar através das artes, e lado a lado com as famílias e a comunidade, diversas competências junto de pessoas com deficiência intelectual, promovendo o seu bem-estar, o desenvolvimento pessoal e a estimulação das suas capacidades, bem como construindo colaborativamente um caminho de autonomização até ao seu máximo potencial, abrindo portas, sempre que possível, à inclusão profissional no mercado de trabalho, através de programas de capacitação como o ESA (Experiências Sociais Ativas) e o PISA (Programa de Integração Social pela Arte).

Da apresentação da instituição e seus objetivos, se depreende qual o Modelo teórico musicoterapêutico a usar (pois é definido sobretudo pelo posicionamento da instituição, ou do terapeuta).

No presente trabalho serão relatadas as dinâmicas desenvolvidas na Casa do Xisto no âmbito da musicoterapia, junto de 17 adultos com deficiência intelectual e diferentes níveis de funcionalidade, e será explorado o impacto desta terapia expressiva na promoção da qualidade de vida destas pessoas. Na musicoterapia, mais do que

canalizarmos o nosso trabalho para o desenvolvimento de competências como a memória, etc, o nosso foco deve ser na dimensão emocional e psicossocial – cuidar da pessoa para além da deficiência. A vida multidimensional da pessoa com deficiência. A sua valorização pessoal. É este o maior contributo das terapias expressivas e é isto que será mais relevante para o nosso trabalho.

Utilizaremos, no presente trabalho, a designação de “participantes” para nos referirmos aos clientes da Casa do Xisto e beneficiários do seu programa de intervenção pelas artes. Ao longo do relatório iremos também apelidar esses participantes de “pessoas com deficiência”, assumindo esta designação mais normalizada, não obstante os caminhos já trilhados pelo conceito mais abrangente e menos estigmatizante de “pessoas com diversidade funcional”.

A informação deste relatório encontra-se dividida em vários capítulos. Em primeiro lugar será feita uma caracterização da instituição e da população com quem se estagiou. Segue-se uma revisão da literatura existente sobre a temática em estudo, seguida de uma descrição da metodologia adotada durante o trabalho em estágio e dos objetivos gerais definidos para o mesmo. Por fim, será apresentado o trabalho terapêutico desenvolvido, com a descrição detalhada do processo de intervenção com dois casos de estudo e uma descrição sumária do trabalho realizado com os restantes participantes, seguido da conclusão e reflexão final sobre o trabalho desenvolvido no estágio e suas implicações para os beneficiários, a instituição, a comunidade e a estagiária.

Caracterização da instituição

A Casa do Xisto – “A Arte para a (D)Eficiência” foi um projeto de intervenção social da Associação Educasom, financiado por fundos europeus, com o apoio da Câmara Municipal de Valongo.

Funcionou nas instalações da antiga Escola Básica do Xisto, em Alfena e teve como propósito promover a saúde, o bem-estar, a autonomização do participantes, a inserção em oportunidades de trabalho, a proteção e a participação social ativa dos seus participantes, através da arte, da criatividade e de uma ação tripartida (intervenção junto de participantes, famílias e comunidade), assumindo a missão e o compromisso de ver a pessoa para além da sua deficiência, e valorizar as suas capacidades.

Um espaço arquitectado para fazer mais e melhor pela vida estas pessoas: desenvolver competências pessoais, sociais e profissionais, com foco no potencial de desenvolvimento e não nos problemas, e com a preocupação em ser uma “casa” – um lugar familiar onde se cresce aprendendo regras e vivenciando afetos, promovendo o desenvolvimento integrado da pessoa numa visão holística e sistémica, ou seja, que cuidasse das sementes de desenvolvimento pessoal da pessoa e cuidasse dos contextos à volta, familiar e comunitário, de forma a criar condições de uma inclusão efetiva.

Para além do programa OTL Especial Arte e de desenvolver atividades de apoio complementar à escola, junto de crianças e jovens (Programas PerCurtir e CX<18), em períodos de pausa letiva e férias escolares, a Casa do Xisto promoveu iniciativas terapêuticas e ocupacionais com adultos e desenvolveu o segmento CX>18, um serviço contínuo diário que teve como destinatários todas as pessoas com deficiência com idade igual ou superior a 18 anos sem retaguarda escolar e/ou institucional do concelho de Valongo. Este serviço abarcou duas linhas de ação: 1. Desenvolvimento de competências para autonomizar e potenciar com o propósito de inclusão; 2.

Desenvolvimento/preservação de competências, com o objetivo de retardar a degeneração e/ou perdas de funcionalidade, visando o bem-estar global.

Depois de ter obtido alguns prémios, um trabalho massivo de adaptação, resiliência, criatividade e capacidade de reinvenção face à pandemia de 2020 e ter obtido a validação de um relatório de avaliação externa da Universidade do Porto... e apesar do feedback muito positivo dos participantes, das famílias, colaboradores, rede social e entidades parceiras, a descontinuidade dos financiamentos acabou por precipitar o fim do projeto e o encerramento das instalações.

Caracterização da População-Alvo

O projeto Casa do Xisto foi criado para criar uma resposta de intervenção ambiciosa e não convencional para a estimulação, o bem-estar, autonomia e a funcionalidade de crianças, jovens e adultos com deficiência do concelho de Valongo. Para além de outras valências, desenvolveu diariamente a duas linhas de ação prioritárias: a linha de apoio CX < 18, destinada a apoiar crianças e jovens dos 6 aos 18 anos de idade com retaguarda escolar, mas necessitando de uma componente de apoio à família com resposta para as suas necessidades específicas; e a linha de apoio CX > 18, destinada a adultos a partir dos 18 anos, sem retaguarda institucional, com diferentes níveis de funcionalidade e autonomia. Desde a sua abertura em 2019, o projeto abrangeu: 21 participantes no programa contínuo em 2019 (CX>18 e CX<18); 55 participantes no programa OTL Especial @rte (verão e Natal de 2019); 22 participantes no programa contínuo em 2020 (CX>18, CX<18 e PIT2); 42 participantes no programa contínuo em 2021 (CX>18, CX<18 e PIT); 40 participantes no programa OTL Especial @rte (verão de 2021); 50 participantes na academia das artes (PerCurtir).

Depois da inscrição na Casa do Xisto, era marcado um CPAD – Conhecer Para Além De – ferramenta de diagnóstico criada pela equipa técnica que preconizava a recolha de informação sobre os futuros participantes através da acção livre da pessoa com deficiência sobre diferentes objetos e estímulos, numa sala equipada para o efeito, onde poderiam evidenciar-se as preferências dos participantes, lugares de conforto, padrões de comportamento, e sobretudo os modos naturais de interação com as diferentes artes – esta interação constituiu-se como um momento de diagnóstico em que a pessoa com deficiência poderia tocar e manusear o que quisesse, manifestando as suas preferências e, duas profissionais presentes (uma psicóloga e outra terapeuta), da forma menos interventiva possível, conheciam e tomavam contacto com a pessoa antes de conhecer o seu diagnóstico. Ao mesmo tempo, numa outra sala, a família do participante reunia com a Assistente Social da Casa do Xisto de forma a apresentar o

seu caso, partilhar as suas maiores preocupações e os seus objetivos com a entrada na Casa do Xisto. Este momento bipartido tinha uma duração média de 1h a 1h30 e, uma vez reunidos os requisitos necessários, a família seria informada com brevidade de que o participante entraria em período de adaptação, com uma duração previamente estipulada de 1 mês.

A população específica que foi alvo de intervenção neste estágio foram 17 participantes adultos da linha CX > 18, com uma variedade de diagnósticos e com diferentes níveis de autonomia e funcionalidade. No período da manhã, entre as 9h e as 13h, doze participantes frequentavam o programa de intervenção formando o turno da manhã e, no período da tarde, outros doze participantes eram recebidos e intervencionados entre as 14h30 e as 18h30, formando o turno da tarde.

Nesta linha de intervenção CX > 18 os participantes integravam um programa de estimulação e intervenção através das artes e passavam 4 horas por dia na instituição tendo acesso a acompanhamento psicológico, terapia ocupacional, psicomotricidade, musicoterapia, terapia snoozelen, integração sensorial, sessões de teatro, dança, artes plásticas, artesanato, restauro e outros ofícios, treino de competências da vida diária, treino de competências no exterior (compras, transportes públicos, acesso a serviços) e outros projetos como a produção musical (em estúdio), ou as experiências sociais ativas.

A intervenção da Casa do Xisto foi orientada por objetivos de promoção da participação e concretização pessoal do participante, que ficaram espelhados nos seus Planos de Desenvolvimento Individual, nas dimensões cognitiva, social, emocional, artístico-expressiva e desportiva. Enquanto resposta social, a Casa do Xisto pretendeu constituir-se como uma resposta complementar às respostas da família e da comunidade, oferecendo não só acolhimento ou ocupação de tempos livres, mas também atenção, segurança, suporte social, educativo, psicológico, emocional, desportivo, artístico, ocupacional, comunitário.

Enquadramento Teórico

Neste capítulo será explorado o contexto teórico da musicoterapia, nomeadamente as suas potencialidades de intervenção junto da população com deficiência intelectual, explanando um pouco as características destas patologias, os fatores de risco e as condições favoráveis à sua qualidade de vida e cidadania participada, bem como as ferramentas e abordagens da musicoterapia que mais se coadunam com esse objetivo.

A deficiência intelectual

A evolução da forma como a sociedade lidou com a deficiência ao longo da histórica é um indicador de que a diferença sempre causou desconforto e impotência tanto a indivíduos como à sociedade como um todo. Durante muito tempo, a solução mais fácil foi ignorar a existência das pessoas com deficiência e isolá-las. Hoje em dia, sabemos, por exemplo, que a inclusão em classes regulares facilita o desenvolvimento das crianças, todavia exige mais trabalho, mais recursos, novos procedimentos, novas rotinas, adquirir equipamentos e materiais adaptados, e gerir grupos e turmas muito diversificados. Mas a questão das dificuldades de acesso a oportunidades e da falta de respostas sociais ou serviços de apoio a necessidades específicas não se dilui com a chegada da idade adulta, muito pelo contrário.

A definição de deficiência mental da American Association of Mental Retardation (1992) incluiu, face às suas definições anteriores, o conceito de competências adaptativas, passou a refutar a divisão em níveis de deficiência prevista pelo modelo médico e a perspectivar uma revisão contínua e sistemática do comportamento adaptativo, com impacto positivo na intervenção. A deficiência mental deixou de ser categorizada a partir de níveis de deficiência e, em vez disso, os alicerces da intervenção passaram a ser a compreensão da deficiência mental, a definição dos apoios necessários para estas pessoas e a interação delas com o ambiente, ou seja, considerado o impacto do contexto ecológico onde as pessoas vivem, foram sendo

criadas condições para maximizar as capacidades e os pontos fortes da pessoa, proporcionar um acesso equitativo a oportunidades de desenvolvimento, bem como apoios adequados (Santos, S., & Morato, P., 2002).

Segundo Santos e Morato (2002), existem quatro causas diferentes para os vários tipos de deficiência: fatores biométricos (relacionados com questões biológicas como a genética e a nutrição); fatores sociais (relacionados com a interação social e familiar); fatores comportamentais (relacionados, por exemplo, com o consumo abusivo de substâncias); e fatores educacionais (relacionados com a disponibilização de apoio educativo).

A maioria das deficiências mais comuns tem origem no desenvolvimento biológico e neurológico, podendo surgir no período intra-uterino, perinatal ou nos primeiros dois anos de vida. Por exemplo: a paralisia cerebral ocorre durante o nascimento; o autismo pode ser diagnosticado aos dois anos de idade; a síndrome de Rett é uma doença degenerativa que pode manifestar-se por volta dos três anos, levando a retrocessos na marcha, na linguagem, entre outros; o síndrome de Down é uma condição genética que afeta a capacidade mental e tem características fenotípicas específicas; o défice cognitivo começa a manifestar-se ainda na infância, com atrasos na aquisição da linguagem e da marcha, além de outros indicadores como não sorrir ou falta de autonomia para atividades como a alimentação.

A síndrome de Rett é uma doença neurológica progressiva que afeta exclusivamente crianças do sexo feminino, manifestando-se entre os 6 e os 18 meses de idade. Esta condição é marcada pela perda de habilidades previamente adquiridas, pela diminuição do controlo motor e da capacidade de manipular objetos, assim como pela perda de competências de comunicação. A compreensão de situações sociais e da linguagem oral pode ser limitada (Tetzchner, S. V., & Martinsen, H., 2000).

A síndrome de Rett é um distúrbio neurológico que ocorre quase exclusivamente em mulheres e que afeta o desenvolvimento após um período inicial de 6 meses de

desenvolvimento normal. O diagnóstico baseia-se na observação clínica dos sinais e sintomas durante o crescimento e desenvolvimento iniciais da criança, avaliações contínuas regulares do estado físico e neurológico da criança e exames genéticos para pesquisar mutação num gene específico da criança. É caracterizada por crescimento e desenvolvimento iniciais normais, seguido por desaceleração das características do desenvolvimento, e então regressão das habilidades com perda do uso voluntário das mãos com comportamento compulsivo de torcer ou lavar as mãos, crescimento desacelerado da cabeça e do encéfalo, convulsões, dificuldade para deambular e deficiência intelectual (Brian, S., 2022).

A evolução da síndrome acontece em 4 fases: na fase 1 (início precoce) geralmente começa quando a criança tem entre 6 e 18 meses de idade com desaceleração sutil do desenvolvimento. Os sintomas podem incluir menos contato visual, diminuição do interesse por brinquedos, atrasos para sentar ou engatinhar, diminuição do crescimento da cabeça e torcer as mãos (Brian, S., 2022). A fase 2 (regressão do desenvolvimento ou fase destrutiva rápida) geralmente começa entre os 1 e 4 anos de idade; a fase 3 (fase pseudo-estacionária) em geral começa entre os 2 e 10 anos de idade e pode durar anos. Convulsões, défices motores e apraxia são comuns durante essa fase. A fase 4 (fase final da deterioração motora) pode durar anos ou décadas e as características mais comuns incluem escoliose, diminuição da mobilidade, fraqueza muscular, espasticidade ou rigidez. Às vezes, a marcha torna-se impossível. O contato visual para fins de comunicação torna-se proeminente uma vez que a língua falada está ausente, e os movimentos repetitivos da mão podem diminuir (Brian, S., 2022). Não existe cura conhecida para a síndrome de Rett. O tratamento ideal da síndrome de Rett inclui uma abordagem multidisciplinar direcionada para os sinais e sintomas.

Relativamente à paralisia cerebral, para Blasco (1999), em musicoterapia é muito útil conhecer e identificar a tipologia dos movimentos involuntários dos membros da

pessoa com paralisia cerebral, dado que as estratégias musicoterapêuticas a utilizar dependem dessa informação. Schneider, citado por Blasco (1999), concluiu, por exemplo que as crianças espásticas pareciam beneficiar de música calma para se controlarem melhor, enquanto que os atetósicos beneficiavam mais da música estimulante. Nos casos de paralisia cerebral, a musicoterapia pode ser útil para questões emocionais e de comportamento, défices cognitivos, dificuldades sensoriais, perceptuais e de linguagem. Pode ser necessário fazer adaptações de forma a promover uma máxima participação.

A multideficiência, por afetar as possibilidades de interação sensorial com o ambiente, reduz as oportunidades de desenvolvimento e de “apropriação”, um conceito de Leontiev (1978) citado por Pereira, M., & Vieira, F. (1996), que engloba processos de aprendizagem e desenvolvimento por via de uma interação ativa com a realidade física e social. A existência de lesões orgânicas graves não afeta apenas o funcionamento do sistema nervoso central, mas geralmente também compromete outros órgãos, como os sentidos, a fala e a saúde em geral (Pereira, M., & Vieira, F., 1996).

A intervenção precoce tem resultados significativos e pode ser determinante entre ter uma vida futura normal ou muito limitada. De uma forma geral, exceto nos casos em que as famílias puderam investir em mais atividades ou acompanhamento, muitos adultos de hoje com deficiência intelectual podem ter perdido algumas oportunidades de estimulação durante a sua infância e juventude. Segundo (Pereira, M., & Vieira, F., 1996), na presença de comprometimentos cognitivos e um funcionamento cerebral e sensorial diferente (apresentando diversidade funcional), várias aprendizagens poderão ser difíceis de adquirir e, por consequência, serem acentuadas as diferenças da pessoa em relação aos pares, o que ao longo do tempo prejudica as esferas escolar e pessoal.

Além disso, é muito frequente a sobreproteção familiar, geradora de dependências e relações de submissão que se instalam até à idade adulta, bem como

a discriminação por parte dos colegas. Santos e Morato (2002) referem que as pessoas com deficiência mental estão mais sujeitas ao isolamento e à rejeição por parte dos colegas, devido a comportamentos sociais nem sempre adequados.

A legislação portuguesa prevê a proteção dos direitos das pessoas com deficiência e várias instituições e serviços de apoio têm sido criados e realinhados ao longo dos anos, no âmbito do modelo social da deficiência, enfatizando a necessidade da sociedade se adaptar à diferença, e não o que acontecia no paradigma do modelo médico (foco apenas na adaptação das pessoas com deficiência à sociedade). A transição de CAO para CACI reflete essa preocupação. No entanto, a realidade vivida por estas famílias ainda está muito aquém do teorizado e ainda faltam condições para serem cumpridas todas as Leis. Anos mais tarde, quem são estas pessoas? Algumas delas cresceram num ambiente de hostilidade e incompreensão em relação às suas diferenças, não tiveram acesso à intervenção precoce que existe atualmente e os seus familiares também não tiveram acesso ao mesmo tipo de apoio.

O objetivo principal dos centros de inclusão pela arte é preparar a pessoa para a socialização, primeiro em ambiente familiar e depois em ambiente profissional, caso existam condições, desejo e motivação. No entanto, a integração profissional não é possível sem a capacitação da pessoa e da sua família, ou sem uma inclusão social prévia. A integração social possibilita que estas pessoas sejam aceites como membros válidos da sociedade (Pereira, M., & Vieira, F., 1996).

Assim, a intervenção tradicional junto de pessoas com deficiência é normalmente feita numa perspetiva educacional e focada em alguns aspetos mais funcionais do seu dia a dia. E por isso, durante muito tempo o modelo de intervenção que predominou foi o comportamentalista, focado em encontrar respostas para lidar com momentos de crise, moldar comportamentos e ensinar como mudar pensamentos de forma a modificar comportamentos.

Ao longo dos anos os profissionais da educação especial deixaram progressivamente de falar em deficiência para adotar o termo Necessidades Educativas Especiais (NEE), e esta área tem evoluído com o objetivo de preparar a pessoa não só para a escola, mas também para a vida fora da escola e do período pós-escolar. Este progresso tem sido baseado em pilares como a Integração na escola e na sociedade (focando-se mais nas capacidades do que nas limitações, e adotando uma abordagem cada vez mais sistémica, que considera o contexto global e não apenas o indivíduo); a Funcionalidade dos currículos (estes devem ser flexíveis, baseando-se não apenas nas teorias de aprendizagem e psicologia do desenvolvimento, mas também nas necessidades específicas dos alunos. O objetivo é melhorar o comportamento adaptativo dos estudantes, com foco em dimensões funcionais, seguindo um modelo de intervenção desenvolvimentalista e ecológico, que promove a educação em contextos reais); e a Individualização do ensino (Integrando a intervenção com a avaliação contínua, para garantir que as necessidades individuais dos alunos sejam atendidas), (Pereira, M., & Vieira, F., 1996).

Quando a estimulação não acontece, a pessoa adulta com deficiência pode perder a sua estabilidade, maximizar o risco de desenvolver uma doença mental, regredir no seu quadro clínico. Segundo Pereira e Vieira (1996), as categorias mais comuns de intervenção na esfera da deficiência intelectual são a estimulação sensorial, a motricidade, a autonomia pessoal, a comunicação, o comportamento social, a cognição, as atividades ocupacionais e tempos livres.

As formas de intervenção na deficiência têm-se tornado plurais em diferentes eixos: o empoderamento da pessoa (independentemente da deficiência); a inclusão da pessoa em grupos de participação social, o empoderamento das famílias; a sensibilização da comunidade para a inclusão, o desenvolvimento de competências profissionais que permitam a inserção da pessoa com deficiência, a capacitação das empresas para acolher a diferença... entre outros eixos. Uma intervenção cada vez mais

sistémica que, para além de empoderar a pessoa, simultaneamente trabalha com as famílias os níveis de expectativa sobre o processo de autonomização, seja ao nível da estimulação sensorial, psicomotora, competências pessoais e sociais, o domínio cognitivo... e também têm proliferado abordagens centradas na pessoa, na esfera da psicologia humanista.

Numa perspetiva humanista, é importante vivenciar os sentimentos que surgem no aqui e agora. O processo terapêutico é colaborativo, com menos interpretações feitas pelo terapeuta. Humanistas como Carl Rogers destacam a importância de fatores como a empatia, a genuinidade e a consideração positiva incondicional em qualquer relação terapêutica (Bunt, L., & Stige, B., 2014).

Nenhum homem é uma ilha, como diria o filósofo inglês Thomas More; também Blasco (1999) realça a ideia de que, se a privação sensorial tem efeitos negativos, a privação afetiva pode ser ainda mais devastadora para o ser humano. Segundo Benenzon, ao trabalhar com pacientes com deficiência mental, mesmo mantendo sessões individuais, o objetivo final deve ser a inclusão num grupo. (Benenzon, R. O., 1995). Todavia, é a forma como essa inclusão é feita que determina as suas oportunidades de sucesso. Frequentar os mesmos locais é apenas uma integração física. Ao invés, uma integração funcional permite que as pessoas com deficiência acedam e aproveitem as oportunidades que a comunidade oferece (Pereira, M., & Vieira, F., 1996).

A música enquanto ferramenta de intervenção

A musicoterapia é uma das formas expressivas de arte-terapia e a arte tem o poder de alcançar todos os seres humanos, libertar o indivíduo, promover a expressão, a criatividade, a autonomia e o sentido crítico; facilitando a participação social e a cidadania plena, sendo, por isso, um meio privilegiado para a inclusão. Na musicoterapia, utilizamos a arte, principalmente na forma de música, cuja "estética" é importante para que cada indivíduo encontre beleza e se envolva no processo

terapêutico, mas cujo principal poder reside no seu carácter desbloqueador da comunicação e expressão das emoções, num contexto seguro de aceitação incondicional. Através das obras de arte, os seres humanos podem compreender melhor a sua realidade subjetiva. A música permite experimentar sentimentos e vivê-los, ajudando na compreensão desses sentimentos e do próprio indivíduo (Blasco, S. P., 1999).

Berlyne (1971), citado por Ruud (1985), afirmava que a música pode ser definida como uma não-linguagem organizada de sucessão de sons ao longo do tempo; um meio de comunicação, uma manifestação de arte, emoção, estética, simbolismo, conhecida também por fazer parte de todas as culturas humanas.

Também para Levitin (2013) a música é o som organizado, onde os silêncios também têm importância. Para este autor, cada uma das particularidades do som tem um impacto diferente no ser humano: a altura sonora, por exemplo, tem a ver com a frequência do som, ou velocidade com que vibra uma corda e é um dos principais meios de comunicação da emoção musical; o timbre é uma consequência dos harmónicos, mas também depende do ataque e do fluxo dos sons – cada instrumento tem um timbre próprio, que funciona como uma impressão digital; mas é o ritmo a característica do som que exerce mais poder sobre os ouvintes (Levitin, 2013).

Para Ruud (1985), os estímulos musicais não-verbais representam um canal alternativo para o estabelecimento de contacto e para a comunicação, quando a pessoa não responde de outra forma. Ou seja, a música cantada e tocada ao mesmo tempo pode ativar a fala e a resposta motora em geral (Ruud, 1985).

A música pode ativar processos como a atenção, a memória, a mediação da percepção-ação, a integração multissensorial, processamento emocional, processamento da sintaxe e semântica musical, e possa ter efeitos benéficos sobre a saúde psicológica e fisiológica dos indivíduos, embora os mecanismos subjacentes a tais efeitos ainda não estão totalmente compreendidos. Baseado no trabalho de Thomas

Hillecke e colegas, que criaram um modelo heurístico com 5 fatores moduladores que contribuem para os efeitos da musicoterapia (atenção, emoção, cognição, comportamento e comunicação), Koelsch (2009) revisita alguns efeitos da audição de música, e categoriza os seus benefícios durante a musicoterapia. Esses efeitos advêm de três domínios: emoção, mediação percepção-ação e cognição social (Koelsch, S., 2009).

Também os processos cerebrais ativados pela música podem ser generalizados e transferidos para funções não musicais. Assim, na prática clínica, os exercícios terapêuticos não musicais traduzem-se em exercícios musicais. Galińska, E. (2015). De uma maneira geral, a prática clínica através da música entende a experiência musical de uma forma muito particular, reconhecendo o seu potencial terapêutico. Os musicoterapeutas usam um vasto leque de experiências musicais no trabalho com os clientes e, ao fazê-lo, entendem as fronteiras da música de forma bastante abrangente. Em relação aos poderes da música, esta pode ser utilizada em contexto terapêutico enquanto som, enquanto som organizado, e enquanto audição, atividade, forma de arte, fator de coesão, expressão perante os outros, e enquanto dimensão espiritual, bem como outros benefícios.

A música é terapêutica devido aos seus efeitos abrangentes sobre o ser humano, a níveis biológicos, fisiológicos, psicológicos, intelectuais, sociais e espirituais (Blasco, S. P., 1999).

Em termos de efeitos biológicos, por exemplo, está comprovado que o ser humano reage fisicamente à música. A música também pode ser utilizada como estímulo táctil, preparação para o movimento, planeamento motor e como distração ou fator de persistência face ao esforço físico ou dor (Davis, W. B., Gfeller, K. E., & Thaut, M. H., 2008, p. 46). Em relação à comunicação, a música permite expressar emoções que não são facilmente traduzíveis em palavras, como nas bandas sonoras dos filmes, onde traduz o ambiente emocional das cenas e pode intensificar, amplificar ou atenuar

o significado da informação visual ou textual presente (Davis, W. B., Gfeller, K. E., & Thaut, M. H., 2008, p. 47-48). Em termos de respostas emocionais à música, estas podem evocar memórias passadas e podem variar em semelhança com experiências anteriores (Davis, W. B., Gfeller, K. E., & Thaut, M. H., 2008, p. 49). A familiaridade e complexidade de uma música também determinam o prazer sentido ao ouvi-la.

Música e emoções: expressão e expressividade

As emoções são importantes nos processos musicoterapêuticos, mas nem sempre da forma como se poderia pensar à primeira vista. Cada ser humano possui um universo emocional interior único, organizado pelo sistema límbico no sistema nervoso central (Nascimento, M., 2009). A título de exemplo, Blood e Zatorre (2001) estudaram as respostas emocionais de tristeza ou euforia durante a audição musical, associando estas respostas psicofisiológicas aos “arrepios” ou “frios na espinha”. A maior ativação de regiões paralímbicas em situações de prazer foi observada em momentos em que os arrepios aumentavam (Nascimento, M., 2009).

Konieczna-Nowak, L. (2016) faz uma diferenciação necessária entre os conceitos de expressão e de expressividade, realçando que a expressão constitui-se como uma ação, uma manifestação, ou a externalização dos estados emocionais de uma pessoa; e a expressividade é uma característica inerente às obras de arte, representando uma síntese do processo criativo. Também Kendal e Carterette (1990), citados por Konieczna-Nowak, L. (2016), a compreensão da expressão depende da percepção do ouvinte e, para ser considerada expressão e enquanto meio de comunicação emocional, a música teria que ter emissor e receptor, ou seja, de um lado, uma mensagem com conteúdo e significado e, do outro lado, uma percepção da mensagem (Konieczna-Nowak, L., 2016), o que não é sempre evidente. Embora a música seja um meio eficaz de comunicação emocional, a sua expressividade não transmite necessariamente as intenções ou emoções do autor (Konieczna-Nowak, L., 2016).

Assim, Konieczna-Nowak, L. (2016) afirmam que a expressão emocional não é o mais importante que a musicoterapia tem a oferecer. Para eles, um musicoterapeuta bem informado guiará o paciente através do complexo terreno das emoções na música, estando ciente das várias camadas de significado numa interação musical. (Konieczna-Nowak, L., 2016), ou seja, o musicoterapeuta deve conhecer a sua própria expressividade musical para reconhecer e valorizar a expressão musical do cliente, bem como deve abandonar a visão simplista da expressão pela música como um mero desabafo ou como uma forma de comunicar informações emocionais específicas (Konieczna-Nowak, L., 2016). Segundo Kramer (2012), a música é um meio através do qual nos construímos a nós próprios, e não apenas uma maneira de descarregar emoções (Konieczna-Nowak, L., 2016).

Segundo a expressão emocional no processo musicoterapêutico pode ser menos fundamental do que se pensa. O verdadeiro valor da musicoterapia reside na expressividade, uma parte essencial da experiência emocional, como também apontam Nordoff e Robbins (1977), citados por Konieczna-Nowak (2016).

A expressão emocional em musicoterapia não se resume a "libertar" emoções, mas também a "construir" o self. Para os musicoterapeutas a música não serve apenas para relaxar, acalmar, desabafar sentimentos e expressar o que não pode ser dito em palavras. A musicoterapia também enfatiza as experiências e oportunidades que surgem para o paciente através do "fazer musical". A música permite ao indivíduo reconstruir-se e reexperienciar-se, expressando-se para além do emocional (Konieczna-Nowak, L., 2016).

Na abordagem centrada na pessoa, a musicoterapia requer toda a experiência e musicalidade do terapeuta, para além de um grande compromisso e ligação com o paciente. Segundo Evans (2003), citado por Konieczna-Nowak (2016), a expressão emocional pode ser considerada uma armadilha na concepção moderna de "bem-estar",

onde a falta de expressão emocional pode levar a suspeitas de diagnósticos psiquiátricos (Konieczna-Nowak, L., 2016).

Ruud (2010) alerta para os Musicoterapeutas prestarem atenção aos perigos das generalizações. Nem sempre é necessário descarregar a raiva nos tambores. A cultura terapêutica atual tende a reformular as experiências sociais ou comunitárias como essencialmente emocionais (Furedi, 2003) (Konieczna-Nowak, L., 2016); Por outro lado, a ideia de que a música pode ser mapeada, transmitida, expressada ou induzida é desafiadora e ambiciosa, pois a música é um fenómeno não só psicológico, mas também cultural, estético, multifacetado e dependente do contexto social (Konieczna-Nowak, L., 2016).

A música pode ser importante na redução da dor em pós-operatórios de neurocirurgia e ortopedia, além de atuar como atenuante em situações de depressão, stress e ansiedade. O sistema límbico atua como um centro de mediação entre o sistema nervoso central, o sistema imunológico e o sistema endócrino (Nascimento, M., 2009).

Estudos recentes na área da vibroacústica sugerem que a experiência auditiva pode ir além da percepção pelo órgão da audição. O som, enquanto onda que se propaga, afeta não só o sistema auditivo, mas toda a estrutura corporal, que reage, mudando funcional e estruturalmente, sugerindo que a audição ocorre em todas as células do corpo que interagem com o som (Nascimento, M., 2009).

Por todas estas razões, a musicoterapia tem um papel importante crescente na promoção da saúde global das pessoas.

A música na musicoterapia

Usar música e tirar proveito dos seus benefícios junto de um indivíduo ou um grupo não significa exercer musicoterapia. Mais do que utilizar a música, a musicoterapia foca-se em experiências musicais, centrando-se na maneira como o cliente vivencia a música, moldando as suas experiências musicais (Bruscia, K., 2016).

Para Bunt, e Stige, B. (2014) a musicoterapia pode provocar mudanças extraordinárias na vida das pessoas. Cada indivíduo é único e utiliza a música de forma pessoal para se expressar, quer de maneira ativa, quer de forma passiva, dando forma aos seus processos internos, como sentimentos e experiências. Os processos emocionais e cognitivos são trazidos para a música que uma pessoa cria, assim como os processos cerebrais envolvidos no controlo motor, sentimentos, experiências culturais, atividades sociais e intelectuais. Desta forma, a música de cada pessoa transporta uma marca identitária, ou seja, é única e pode ser distinguida da de outra pessoa. Através da interação musical, duas pessoas criam um produto musical que vai além da simples soma das suas partes, pois é uma construção colaborativa feita no momento, experimentando níveis de empatia que muitas conversas verbais dificilmente

Qual é a origem de todas as metáforas em musicoterapia? Para Even Ruud, a saúde é um fenómeno complexo e multifactorial, pelo que não pode ser explicada por relações de causa-efeito universais. A música é um desses fatores, igualmente complexo, mas dependente do contexto comunicacional em que ocorre (Wigram, T., Pedersen, I. N., & Bonde, L. O., 2002). Bruscia tem uma posição diferente: para ele, o mais importante é a experiência musical, revestida de significado e beleza. Esse significado pode ser construído a um nível específico ou a um nível universal, independente do contexto (Wigram, T., Pedersen, I. N., & Bonde, L. O., 2002).

Ruud dividiu a experiência musical em quatro níveis. Dois deles abordam a música como estímulo e como forma de comunicação e interação social – versões da música que podem ser usadas fora do contexto terapêutico. Os outros dois níveis referem-se à música enquanto terapia (nível sintático – a estética e a forma como os elementos musicais são estruturados e organizados são importantes) e à música usada na terapia (nível semântico – a interpretação da música como metáfora e o significado que ela tem para o cliente e para a relação terapêutica são importantes), como referem Wigram, Pedersen e Bonde (2002).

Bruscia tem um ponto de vista diferente, pois nos seus seis modelos dinâmicos de musicoterapia (1998), inspirados na teoria de Ken Wilber, ele analisa as diferentes formas pelas quais o cliente experiencia a música, valorizando as dimensões objetiva, universal, subjetiva, coletiva, estética e transpessoal (Wigram, T., Pedersen, I. N., & Bonde, L. O., 2002).

A visão da música como metáfora e analogia está relacionada com as visões destes autores: para Ruud, numa posição mais analítica, os níveis sintático e semântico da experiência musical; para Bruscia, numa posição mais sintética, as dimensões subjetiva e estética da experiência musical (Wigram, T., Pedersen, I. N., & Bonde, L. O., 2002).

É importante referir que estas duas dimensões (música como terapia e música na terapia) são importantes e estão inevitavelmente omnipresentes na intervenção terapêutica (Wigram, T., Pedersen, I. N., & Bonde, L. O., 2002).

Também outros autores contribuíram de alguma forma para esta tradução metafórica e correspondência causal entre elementos musicais e não musicais em musicoterapia. "Every illness is a musical problem – its cure a musical solution", disse Novalis, citado por Wigram et al (2002). Daniel Stern (1985) e Hannibal Trevarthen, (citados por Wigram, T., Pedersen, I. N., & Bonde, L. O., 2002), comprovaram igualmente que os padrões de comportamento musical de um indivíduo são inatos, manifestam-se na biologia e na psicologia e têm como função a comunicação com o mundo (Wigram, T., Pedersen, I. N., & Bonde, L. O., 2002).

Também Rolando Benenzon alude a estas questões metafóricas através dos seus princípios básicos na aplicação da musicoterapia: o princípio de ISO e o objeto intermediário. Desenvolvido por Altshuler e aprofundado por Benenzon, o princípio de ISO refere-se à equivalência entre as características individuais de uma pessoa e os sons e música que ela produz, considerando os movimentos internos e os arquétipos sonoros desde o início da vida. O objeto intermediário, como é o caso de uma música

ou instrumento específico, transmite segurança e facilita o processo terapêutico (Benenson, 1995).

Para Chris Small, "musicar" é participar e fazer parte, o que implica o estabelecimento de vários tipos de relações. Este autor afirma que as relações entre os sons podem ser pensadas como metáforas para as relações entre as pessoas, que vão progredindo com mais ou menos tensão. Este autor defende que todas as formas de "musicar" são válidas e devem ser celebradas, pois delas emerge a verdade das relações entre os presentes (Small, C. 1995).

Da relação entre música e musicoterapia podemos concluir que os comportamentos musicais, os investimentos musicais, as composições e preferências musicais dos participantes têm um significado e, como tal, são aceites incondicionalmente pelo musicoterapeuta, sendo partilhados e trabalhados no espaço terapêutico.

A aceitação incondicional não significa que o cliente não tenha potenciais musicais mais ambiciosos ou que esses potenciais não devam ser trabalhados posteriormente. Uma apreciação positiva incondicional significa que o musicoterapeuta aceita o indivíduo tal como ele é agora, ao mesmo tempo que o ajuda a alcançar o seu potencial terapêutico e musical completo. Durante o processo terapêutico o musicoterapeuta trabalhará continuamente para desenvolver o potencial musical do cliente, reconhecendo que é neste processo de expansão musical que a terapia acontece. Cada passo terapêutico dado pelo cliente aproxima a sua música da realização dos seus potenciais.

Todavia, apesar do poder terapêutico da música ser inegável, a sua utilização em algumas situações e/ou quadros clínicos é contraindicada, pelo que a musicoterapia deve ser usada apenas por profissionais devidamente qualificados, especialmente quando se trata de populações mais vulneráveis.

A Musicoterapia

Segundo a Associação Americana de Musicoterapia (AMTA, 2005), a musicoterapia é a utilização clínica e baseada em evidências de intervenções musicais para alcançar objetivos individualizados dentro de uma relação terapêutica, realizada por um profissional credenciado. Estas intervenções podem promover o bem-estar, gerir o stress, aliviar a dor, expressar sentimentos, melhorar a memória, a comunicação, e promover a reabilitação física, entre outros objetivos.

A musicoterapia estabelece um equilíbrio entre mente, corpo e mundo exterior, abrindo canais de comunicação, seja para estabelecer ou restabelecer a comunicação (Baranow, A. L. V., 1999). Também Bruscia reconhece a musicoterapia como tendo uma dupla identidade: como disciplina (corpo de teoria, prática e investigação) e como profissão (grupo organizado de praticantes). (Aigen, K. S., 2013).

Os principais modelos teóricos: humanista, comportamental, psicanalítico, psicodinâmico, que ao longo do tempo serviram de inspiração aos modelos teóricos básicos da musicoterapia são o Modelo de improvisação criativa (Nordoff-Robbins); o Modelo médico e musicoterapia neurológica (Michael Thaut); o Modelo de (Mary Priestly); o Modelo de improvisação livre (Juliette Alvin); o modelo Plurimodal. O musicoterapeuta deve fazer uso de alguma flexibilidade para uma prática consciente e integral.

Apesar do dever do musicoterapeuta em aceitar as capacidades e preferências musicais dos seus clientes, independentemente das suas competências artísticas ou estéticas (Bruscia, K., 2016), não significa que a beleza ou a qualidade da música não possam ser importantes, pois a maior beleza surge da superação do cliente ao criar música (Bruscia, K., 2016).

Isto leva-nos à da visão da musicoterapia por parte dos musicoterapeutas: Alguns musicoterapeutas vêem-se como terapeutas que utilizam música, enquanto outros se consideram músicos que praticam terapia (Aigen, K. S., 2013). A autoperceção

do cliente é influenciada pela atitude e ações do musicoterapeuta. Se o terapeuta se vê como alguém cuja principal função é ajudar a resolver problemas, o cliente tende a se ver como alguém que necessita de ajuda. Por outro lado, se o musicoterapeuta se considera responsável por ajudar o cliente a fazer música, o cliente começará a ver-se como músico, participando de uma das atividades mais gratificantes e intrinsecamente humanas (Aigen, K. S., 2013).

O que difere então a terapia através da música da música enquanto terapia? Aigen (2013) refere que, através da música, o objetivo clínico não é musical e os seus efeitos são os mais importantes. O terapeuta utiliza a música para estimular, conter, ajudar o cliente a resolver uma tensão ou conflito emocional, entre outros (Aigen, K. S., 2013); Enquanto música, a música, por si só, representa a intervenção clínica; o objetivo é despertar e envolver a musicalidade do cliente, usando-a para aumentar a sua capacidade de ser humano (Aigen, K. S., 2013).

Kenneth Aigen defende uma visão holística na musicoterapia porque a necessidade de fazer música é uma atividade intrinsecamente humana. Também defende uma abordagem centrada na música (Bunt, 2014) e, além disso, a música influencia o ser humano como um todo, não apenas partes específicas como o ego, os neurónios ou outros aspetos do organismo. A música satisfaz necessidades humanas de relações significativas, sentido de vida e capacidade de se relacionar com os outros, atendendo a todas essas necessidades (Aigen, K. S., 2013).

Pavlicevic (1997) afirma que nem todos os musicoterapeutas valorizam ou enfatizam a importância da relação terapêutica. Por exemplo, para os autores psicanalíticos a música é de importância secundária face à relação terapêutica. Numa perspetiva mais humanista, Edith Boxill (1985), citada por (Aigen, K. S., 2013), defende que uma forte relação entre cliente e terapeuta é necessária para uma terapia eficaz, construída com base em confiança sólida e respeito pela dignidade e valor do cliente.

Diversas perspetivas teóricas têm influenciado a prática e a evolução da musicoterapia ao longo dos anos, todas desempenhando um papel na prática diária dos musicoterapeutas e na compreensão mais integrada da musicoterapia em geral. No entanto, este trabalho foca-se numa perspetiva mais humanista, que vê o indivíduo na sua unicidade e enfatiza as formas pelas quais a terapia pode ajudar a pessoa a atingir o seu máximo potencial, mais do que num tratamento específico (Bunt, L., & Stige, B., 2014).

Perspetiva Humanista na Musicoterapia

As sensibilidades musicais do terapeuta, bem como a sua expressividade e limitações, estão presentes no ato de fazer música com os pacientes. A abordagem humanista, sustentada num encontro genuíno entre dois seres autênticos, proporciona um encaixe natural para o que ocorre nas sessões de musicoterapia (Aigen, K. S., 2013).

O papel do musicoterapeuta é encorajar a autoexpressão e a criatividade, maximizando o crescimento e o potencial do indivíduo ou do grupo. No entanto, segundo Ruud, se este enfoque nas forças e potencialidades do indivíduo não for combinado com uma consciência social e das relações estabelecidas ao redor, pode-se correr o risco de promover um egocentrismo e individualismo (Bunt, L., & Stige, B., 2014).

Bruscia afirma: "todos viemos ao mundo como músicos" (Schapira, D., Ferrari, K., Sánchez, V., & Hugo, M., 2007). Aigen defende fortemente uma musicoterapia centrada na música. O termo "terapia na música" foi usado pela primeira vez numa publicação de Nordoff-Robbins em 1965, e Aigen explica que esses dois pioneiros estavam interessados na arte da música como terapia. As perspetivas centradas na música focam-se em como as expressões musicais e a experiência musical são os domínios principais que o terapeuta deve abordar, mais do que utilizar a música como meio (Bunt, L., & Stige, B., 2014).

É importante discutir a relevância da música no centro da terapia, mas sem nos limitarmos a uma única perspetiva (Bunt, L., & Stige, B., 2014). Bruscia argumenta que é inaceitável que um musicoterapeuta se prenda apenas a uma perspetiva teórica. É crucial manter um pensamento flexível, pois as necessidades do paciente e os contextos mudam (Bunt, L., & Stige, B., 2014).

O princípio do ISO é outro exemplo de conceitos utilizados nas diversas abordagens em musicoterapia. Criado pelo psiquiatra Ira Altshuler, este princípio foi adotado e desenvolvido por outros autores e é um conceito presente na prática clínica de muitos musicoterapeutas (Bunt, L., & Stige, B., 2014). Ou seja, considerando que a musicoterapia é um campo complexo e multidimensional, segundo Bunt (2014), como musicoterapeutas responsáveis, devemos conhecer as diferentes perspetivas e começar por uma, mantendo-nos flexíveis e em constante evolução (L., & Stige, B., 2014).

É aceite na comunidade de musicoterapeutas que a música que um cliente produz está intimamente ligada à sua personalidade ou condição. A música de um indivíduo faria assim parte de uma forma específica de pensar, sentir e de interagir com o mundo... de uma maneira geral. (Wigram, T., Pedersen, I. N., & Bonde, L. O., 2002) Bruscia também contempla a existência desta analogia nos seus Perfis de Avaliação de Improvisação (IAPs) (1987, 1994), onde se avalia um espectro gradativo de ações: saliência, integração, variabilidade, tensão, congruência e autonomia. Para cada categoria são dadas orientações para a interpretação desses dados segundo uma perspetiva humanista e existencial.

De acordo com Gabriela Wagner, o trabalho do musicoterapeuta pode ser compreendido a partir de uma visão integrativa da experiência sonora e musical. (Nascimento, M., 2009). A obtenção de uma visão integrativa da musicoterapia ainda levará anos. A partir do estudo sistemático do complexo som-ser humano-som, construiu-se a hipótese integrativa psiconeuroimunoendócrinológica da experiência

musical, integrando assim os avanços recentes das neurociências com as descobertas das musicoterapias psicodinâmicas e a consideração da influência do ambiente e dos vínculos na formação do psiquismo (Nascimento, M., 2009).

O pensamento integral não é um método, mas sim uma forma de pensar livre e criativamente para resolver problemas (Bruscia, K., 2016).

O primeiro passo no pensamento integral é aceitar a realidade de que sempre haverá diferenças de opinião sobre a prática, a teoria e a pesquisa, e que estas diferenças são essenciais para o crescimento e maturidade da disciplina. Aceitar a diversidade exige desenvolver novas formas de pensar e a habilidade para articular orientações comportamentais, biomédicas, psicodinâmicas, humanísticas, transpessoais e centradas na cultura ou na música. Acima de tudo, é necessário encontrar os pontos em comum entre todas estas abordagens, o que é geralmente mais difícil do que identificar as diferenças (Bruscia, K., 2016). Para Bruscia, há vários modelos conceptuais que desejavelmente devem fazer parte do repertório de opções terapêuticas do musicoterapeuta. Assim, ao encontrar as semelhanças, as diferenças tornam-se opções para cada intervenção.

Cada nova ideia entra numa cultura existente de ideias, onde todas começam a interagir. Quando uma ideia é introduzida, toda a cultura é fertilizada: as ideias existentes são influenciadas pela nova, e a nova é influenciada pela sua integração na cultura existente (Bruscia, K., 2016).

Ser reflexivo exige três etapas: ter consciência do que está a acontecer em cada momento na terapia; formular uma intenção terapêutica para lidar com o que acontece; e agir em conformidade, musicalmente ou não, iniciando o ciclo novamente e alternando entre duas tarefas principais da musicoterapia: identificar o foco da atenção (de onde o musicoterapeuta observa o cliente) e seleccionar o que está a observar no cliente. Este é um ciclo reflexivo onde vão surgindo aspetos mais salientes que exigem que o

musicoterapeuta permaneça vigilante e flexível, tendo uma visão macro e micro do que acontece na terapia, adotando estratégias de acordo com isso (Bruscia, K., 2016).

A psicologia humanista tem uma visão positiva do ser humano, focando-se nas potencialidades e na saúde, e não apenas na doença. Acredita que cada pessoa tem o potencial para o desenvolvimento e a capacidade de escolher o que fazer da sua vida. O objetivo é desenvolver o que cada pessoa tem de bom. Assim, a musicoterapia criativa tem como principais objetivos desenvolver a liberdade de expressão, comunicação e responsividade, desviando a atenção dos comportamentos patológicos e promovendo o enriquecimento da personalidade (Bruscia, K. E., 1987).

A música é um meio para o desenvolvimento pessoal, a criatividade e a realização pessoal, dado que todos os seres humanos possuem uma capacidade inata para responder ao som e à música (Bruscia, K. E., 1987). Cada pessoa tem dentro de si um músico-criança, possivelmente oculto por camadas de restrições que impedem o seu desenvolvimento. A música facilita a auto-expressão, ajudando a revelar e a desenvolver o verdadeiro eu. A patologia da pessoa manifesta-se no seu comportamento musical; o objetivo não é eliminar os sintomas, mas sim trabalhar com eles – aceitando plenamente a criança e a sua produção musical (Bruscia, K. E., 1987).

O conceito de músico-criança resume a profundidade, intensidade e inteligência das respostas musicais de muitas crianças com quem Nordoff e Robbins trabalharam (Nordoff, P., & Robbins, C., 1977). Este conceito não se concentra apenas nas respostas de crianças talentosas musicalmente, mas sim num lugar interno de cada criança, de onde emerge a sua capacidade de reagir à música, de responder à experiência musical e de a apreciar. Trata-se da musicalidade inata de cada criança, uma sensibilidade complexa que se revela numa responsividade musical única (Nordoff, P., & Robbins, C., 1977). No início da intervenção, esta criança musical pode não estar presente, mas vai sendo despertada, o que se torna evidente pela mudança nas respostas musicais. A criança envolve-se emocionalmente não só com a música, mas também com a sua

própria autorrealização e integração dentro da relação terapêutica (Nordoff, P., & Robbins, C., 1977).

Ruud (1978) comparou a musicoterapia criativa à teoria dos relacionamentos de Axline e Moustakas, devido à ênfase não diretiva, amigável e cuidadosa no desenvolvimento da relação com os pacientes (Bruscia, K. E., 1987).

Juliette Alvin foi pioneira em falar das contra-indicações da musicoterapia: esta pode reforçar o isolamento patológico e a retirada do mundo exterior; a música pode deixar o indivíduo sem a proteção necessária ao reativar memórias ou experiências emocionalmente intensas e negativas (sem autor). Ouvir música passivamente durante horas e ficar alheado do contexto pode ser prejudicial sem a presença de um terapeuta (Benenzon, R. O., 1995). O som dos batimentos cardíacos das mães para acalmar bebês só deve ser utilizado nas duas primeiras semanas de vida, para não inibir outros estímulos necessários ao desenvolvimento normal. Não existem músicas específicas para estados de humor ou patologias; a música não pode ser administrada como um medicamento (Benenzon, R. O., 1995). Generalizar o uso de música funcional, que se pretende não ser conscientemente percebida, em empresas e centros comerciais, nem sempre é bom e exige uma programação e variabilidade constantes. Momentos de vulnerabilidade podem levar a associações mnêmicas ou emocionais indesejadas. Em casos de epilepsia musicogénica, a pessoa pode sofrer ataques. A utilização de sons com propriedades alucinogénicas, semelhantes ao uso de drogas, deve ser monitorizada (Benenzon, R. O., 1995).

A musicoterapia de improvisação visa criar um espaço de confiança e segurança para estabelecer uma boa relação terapêutica, fornece dados importantes para a avaliação do paciente (Gattino, G., Ortega, I., & de Araujo, G., 2016, p. 386) e pode ser livre ou guiada. Na improvisação guiada, o musicoterapeuta sugere ritmos, harmonias e sequências musicais que servirão de base para a criação posterior com o cliente. Na

improvisação livre, parte-se de uma folha em branco e as contribuições podem ser feitas pelo cliente (Gattino, G., Ortega, I., & de Araujo, G., 2016, p. 386).

A musicoterapia de improvisação é uma experiência terapêutica primária, mas também pode ser usada como terapia complementar (Bruscia, K. E., 1987). Serve para melhorar, manter ou restaurar no paciente um estado de bem-estar, suprimindo necessidades mentais, físicas, sociais e emocionais (Bruscia, K. E., 1987). Improvisar é um ato inventivo e espontâneo, que implica tocar e criar simultaneamente. Não é sempre uma "arte" nem resulta sempre numa "música" propriamente dita; pode resultar apenas em formas sonoras simples (Bruscia, K. E., 1987). Cada contexto clínico ou população beneficiará de um certo modelo de improvisação.

Os modelos de musicoterapia de improvisação partilham entre si inúmeros objetivos tais como o autoconhecimento físico, emocional, intelectual e social, o conhecimento do meio envolvente, a integração pessoal (experiências sensório-motoras, níveis de consciência, partes de si mesmo, conhecimento temporal, papéis, etc.), as relações interpessoais com pessoas significativas, companheiros e grupos, a liberdade pessoal e interpessoal (Bruscia, K. E., 1987).

A Musicoterapia Aplicada à Deficiência Intelectual

Os musicoterapeutas reconhecem que as pessoas com deficiência têm direito à auto-realização e participação em atividades estéticas. A música pode contribuir para a qualidade de vida em musicoterapia (Davis, W. B., Gfeller, K. E., & Thaut, M. H., 2008). A musicoterapia criativa é adequada para pacientes com todo o tipo de dificuldades (handicaps). Embora inicialmente desenvolvida para crianças, descobriu-se que também é eficaz com adultos. Para beneficiarem da musicoterapia criativa, os pacientes não precisam de ter qualquer destreza musical ou verbal, nem um nível específico de funcionalidade, podendo ter qualquer idade (Bruscia, K. E., 1987).

Os modelos de musicoterapia mais usados na deficiência são o Modelo Comportamental, e o modelo Humanista Nordoff-Robbins. Em musicoterapia, mais do

que valorizar o desenvolvimento de competências específicas (que por vezes é necessário), o foco principal recai na dimensão emocional e psicossocial da pessoa, ou seja, em cuidar da pessoa para além da deficiência; na vida multidimensional da pessoa com deficiência, e a sua valorização pessoal.

A musicoterapia destinada a crianças ou adultos com atrasos de desenvolvimento é por vezes confundida com educação musical. No entanto, não é disso que se trata, pois os terapeutas definem e trabalham em prol de objetivos de intervenção não musicais, independentemente do contexto escolar, geriátrico, de saúde ou comunitário (Wigram, T., Pedersen, I. N., & Bonde, L. O., 2002).

Num artigo do *Nordic Journal of Music Therapy*, Muff (1994) descreve a relevância da musicoterapia para esta população da seguinte forma: "A capacidade e a possibilidade de estabelecer contacto e comunicação com o outro é a base para o desenvolvimento humano. Sendo uma das principais características das pessoas com deficiência intelectual a reduzida capacidade de utilizar a linguagem, seja ela verbal ou não verbal, a estratégia do terapeuta deve ser exatamente o desenvolvimento e alargamento dessa forma de expressão, o que pode ser feito musicalmente, e com objetivos também musicais" (Wigram, T., Pedersen, I. N., & Bonde, L. O., 2002).

Os musicoterapeutas já há muito reconhecem a importância da experiência musical para esta população e a importância de evocar prazer, motivação, estímulo e alegria. No entanto, este conceito de música "prazerosa" e "divertida" nem sempre é bem compreendido, o que pode levar os leigos na área a duvidar do poder terapêutico da música – o que não favorece a afirmação desta classe profissional (Wigram, T., Pedersen, I. N., & Bonde, L. O., 2002).

No processo de referenciar alguém para a musicoterapia, deve-se perguntar por que a pessoa precisa de musicoterapia, ou de que forma poderá beneficiar dela... não apenas se a pessoa gosta de música (Wigram, T., Pedersen, I. N., & Bonde, L. O., 2002).

As áreas com maior potencial de desenvolvimento através da musicoterapia são a consciência perceptiva (a vibração de alguns instrumentos direciona a atenção da pessoa para o som e para o self), a estimulação física e psicológica (assim a pessoa ganha confiança para se relacionar com o exterior), as competências comunicativas (esta é uma das funções principais da musicoterapia com este público), a expressão emocional (não só a alegria e o contentamento visíveis, mas essencialmente a validação e/ou externalização de outras emoções no polo mais negativo), as competências cognitivas (atenção, concentração, organização, memória, processamento da informação, resolução de problemas), o comportamento social (esta área é de importância crítica; e o fazer musical é uma forma segura e não ameaçadora de promover pontes alternativas de comunicação) e o desenvolvimento de competências pessoais (desenvolver potenciais! Fazer com que a pessoa desenvolva processos de tomada de decisão, iniciativa, espontaneidade, independência musical, confiança, autoestima e criatividade, de forma a não serem subestimados nem perseguidos ou se sentirem dependentes) (Wigram, T., Pedersen, I. N., & Bonde, L. O., 2002).

Os musicoterapeutas trabalham com algumas das pessoas mais vulneráveis da sociedade. Portanto, precisamos de estar conscientes de que as nossas ferramentas tanto podem melhorar a vida das pessoas e proporcionar experiências positivas, como podem acentuar algumas perdas ou fragilidades. Ou seja, através de um encontro musical é possível promover um nível de conexão humana profundo, mas também é possível correr riscos, dada a sensibilidade e a delicadeza de alguns estados (Bunt, L., & Stige, B., 2014).

Algumas pessoas isolam-se para poderem lidar com o meio envolvente, o que traz desafios para a interação com quem as rodeia. Nestes casos, o terapeuta deve estudar qual a forma de interação que melhor pode beneficiar este processo: talvez começar devagar e de forma intermitente ao início, dando o tempo e o espaço necessários para

que o cliente se sinta cada vez mais confortável nas interações musicais (Bunt, L., & Stige, B., 2014).

Segundo Blasco (1999) um dos aspetos prioritários a tratar em casos de deficiência mental são os problemas afetivos e emocionais, porque é uma das dimensões que faz a pessoa ser humana e ser tratada como pessoa na sua totalidade. Este autor entende como necessário tratar as questões emocionais, caso contrário, qualquer outro tratamento representará uma perda de tempo e de energias. Outros objetivos a perseguir seriam desenvolver personalidades estáveis, para que a pessoa possa estar bem consigo própria e com os outros, e desenvolver capacidades intelectuais, para adquirir alguma funcionalidade (Blasco, S. P., 1999).

Segundo Blasco (1999), os estados emocionais influenciam a precisão dos movimentos e a musicoterapia é indicada para a paralisia cerebral, tanto na reabilitação física, ajudando a controlar os tremores e movimentos, como também para abordar problemas emocionais e comportamentais, deficiências mentais, sensoriais e perceptivas, assim como questões de linguagem (Blasco, S. P., 1999) .

Schneider destaca como necessidades fundamentais das crianças com deficiência: a auto-expressão criativa, a expressão emocional e o relaxamento, a expressão estética, a satisfação pessoal, a participação em atividades lúdicas, a pertença a um grupo, uma aceitação social e autogratificação (Blasco, S. P., 1999).

Para pessoas com deficiência mental, a musicoterapia proporciona experiências musicais intensas e significativas que os pacientes percebem e compreendem, por serem mais concretas e não necessitarem de subjetividade. Face às perturbações emocionais, a musicoterapia cria oportunidades seguras para comunicar emoções. A musicoterapia incentiva o movimento expressivo e ajuda a ordenar e coordenar esse movimento, especialmente em pessoas com deficiência física (Bruscia, K. E., 1987).

Objetivos do Estágio

Tendo em conta o enquadramento teórico apresentado, o principal objetivo do presente trabalho é compreender e caracterizar o impacto da musicoterapia nas pessoas com deficiência intelectual, nomeadamente aferir a importância da musicoterapia no desenvolvimento de competências pessoais, emocionais e sociais nesta população, bem como a importância da musicoterapia no desenvolvimento identitário destes participantes. Numa perspectiva humanista, o objetivo do estágio é desenvolver competências e desenvolver o self de cada participante.

Objetivos gerais

Aplicar os conhecimentos e competências adquiridas em contexto académico;

Analisar o impacto da musicoterapia de abordagem humanista na população com deficiência intelectual, nomeadamente o desenvolvimento identitário

Objetivos específicos

Desenvolver uma atitude terapêutica e competências técnicas e relacionais necessárias a um bom desempenho das suas funções;

Treinar a elaboração de avaliações, planos terapêuticos e registos de sessões em musicoterapia;

Treinar competências de estruturação e conceptualização de casos clínicos;

Treinar competências de tradução de parâmetros musicais e de observação em informação clinicamente relevante

Partilhar dados clínicos com outros profissionais e cooperar em equipa multidisciplinar

Dar a conhecer esta área de intervenção e as suas potencialidades à instituição, à sua equipa multidisciplinar, e, se possível, às famílias dos participantes;

Objetivos operacionais

Desenvolver sessões de musicoterapia individuais e de grupo junto de pessoas com deficiência intelectual;

Desenvolver e apresentar dois estudos de caso clínicos;

Desenvolver acções de sensibilização sobre a importância da musicoterapia na intervenção junto das pessoas com deficiência.

Metodologia

No presente capítulo será feita uma descrição do perfil dos participantes nas sessões desenvolvidas, dos procedimentos, das técnicas e métodos utilizados, do setting e materiais utilizados, dos instrumentos de avaliação escolhidos, da agenda de estágio e de outras atividades e projetos levados a cabo no decurso do estágio.

Neste trabalho foi desenvolvida uma metodologia de estudo de caso, numa intervenção direta ao longo de sete meses e dezenas de sessões presenciais.

Na fase de preparação foram feitas reuniões com a equipa técnica, a estagiária participou em momentos de diagnóstico “CPAD” – processo diagnóstico já explicado no sub-capítulo anterior, e em momentos de acolhimento dos novos participantes, com iniciativas musicais e dinâmicas de grupo.

Devido ao fim precipitado do projeto Casa do Xisto sete meses depois do estágio ter sido iniciado, as sessões de musicoterapia e todas as outras sessões terapêuticas, ocupacionais e artísticas do projeto tiveram que terminar para dar prioridade à recalibração de expectativas dos participantes e suas famílias, ao assegurar de uma transição o menos danosa possível para todos os envolvidos e uma preparação para a despedida dos participantes, das famílias e dos espaços.

Participantes

A população do presente estágio foi constituída por 17 pessoas com deficiência intelectual do concelho de Valongo, a frequentar a linha de intervenção CX > 18 da Casa do Xisto. Relativamente à caracterização sociodemográfica, a amostra foi constituída por 17 adultos dos 18 aos 56 anos, 5 mulheres e 12 homens, com uma variedade de diagnósticos e com diferentes níveis de autonomia e funcionalidade, oito dos quais tiveram sessões individuais, sendo que todos foram integrados, segundo as suas características, num dos três grupos de musicoterapia existentes.

A amostragem foi probabilística, com critérios de inclusão pré-determinados à priori: ter revelado interesse em música no CPAD e evidenciar potencialidades de comunicação e desenvolvimento pessoal através da música (requisitos para o encaminhamento para a MT), haver um horário disponível para lhe ser atribuído; ser avaliado pela musicoterapeuta numa primeira sessão de MT diagnóstica. A seleção dos participantes foi aleatória por conveniência, ou seja, a equipa técnica da Casa do Xisto identificou e elegeu os participantes de acordo com os critérios de inclusão apresentados. Por motivos de confidencialidade dos participantes utilizar-se-ão letras em substituição dos seus nomes verdadeiros.

A Tabela 1 a seguir apresentada sistematiza os participantes que tiveram sessões individuais de musicoterapia ao longo do estágio.

Tabela 1

Participantes das Sessões Individuais de Musicoterapia na Casa do Xisto

Nome	Género	Idade	Tempo na CX	Diagnóstico	Nº de sessões
I.	F	21	2 anos	Síndrome Rett	11
J.	M	28	2 anos	P. Cerebral e psicose	12
Jo.	M	40	2 anos	Défice cognitivo	8
P.	M	30	2 anos	P. Cerebral	14
R.	F	32	2 anos	Síndrome down	14
P.Q.	F	28	1 mês	TEA	13
N.	M	36	1 mês	P. Cerebral e amaurose	5
T.	M	18	1 ano	Distrofia muscular congénita e progressiva	12

A Tabela 2 sistematiza os participantes dos grupos de musicoterapia. São eles o grupo Colmeia, o grupo Xisto e Companhia e o grupo Percutir CX.

Tabela 2

Participantes dos Grupos de Musicoterapia da Casa do Xisto

Nome	Género	Idade	Tempo na CX	Diagnóstico	Grupo
I.	F	21	2 anos	Síndrome Rett	Colmeia
J.	M	28	2 anos	P. Cerebral e psicose	PerCurtir
Jo.	M	40	2 anos	Défice cognitivo	PerCurtir
P.	M	30	2 anos	P. Cerebral	Colmeia
R.C.	F	32	2 anos	Síndrome down	Colmeia
P.Q.	F	28	1 mês	TEA	Colmeia
N.	M	36	1 mês	P. Cerebral e amaurose	Colmeia
T.	M	18	1 ano	Distrofia muscular congénita e progressiva	PerCurtir
D.C.	M	30	1 mês	Deficiência motora e intelectual adquirida	Xisto e C ^a
F.	M	19	1 mês	Síndrome de X frágil	Xisto e C ^a
F.C.	M	20	1 mês	Síndrome rara	Xisto e C ^a
S.	M	34	1 mês	P. Cerebral	Xisto e C ^a
A.F.	F	21	2 anos	Prader-Willi	PerCurtir
E.	M	48	2 anos	Défice cognitivo	PerCurtir
H.	M	51	2 anos	Défice cognitivo e esquizofrenia	PerCurtir
So.	F	18	2 anos	Défice cognitivo e epilepsia	PerCurtir
R.	M	25	1 mês	P. Cerebral	PerCurtir

Instrumentos de Avaliação

Foram realizados diferentes momentos de avaliação qualitativa ao longo do estágio, como é o caso da observação direta e avaliação qualitativa (questionário de ISO de autoria da professora Susana Jiménez, com recolha de dados de anamnese necessários à intervenção e preenchimento de uma folha de registo da sessão de autoria da professora Teresa Leite, que consiste no registo de observação do processo terapêutico), onde ficou plasmado o progresso dos participantes.

A avaliação inicial dos participantes foi feita com base no CPAD que a equipa técnica da CX já tinha realizado, juntamente com a consulta dos processos individuais dos participantes, onde constavam informações sobre o diagnóstico clínico e alguns dados sociodemográficos e de anamnese.

O progresso dos participantes no decorrer das sessões foi avaliado com recurso aos dados de observação clínica, recolhidos diretamente em contexto de sessão, através dos registos vídeo e ainda por consulta dos registos de progresso realizados no final de cada sessão. Os instrumentos de avaliação já mencionados – a observação direta, o questionário de anamnese sonoro musical e a folha de registo –, foram utilizados nos estudos de caso a seguir apresentados.

Procedimentos

Na sua globalidade, o processo interventivo no âmbito do estágio em musicoterapia pode agora ser dividido em 4 fases:

Fase 1: O primeiro mês

Durante o primeiro mês as tarefas consistiram em conhecer e acolher participantes novos para adaptação. Foram realizados vários CPAD e foram também consultados e estudados os processos individuais dos utentes e realizadas diversas reuniões de trabalho e articulação com a orientadora, a direção técnica, o coordenador local e restantes profissionais da equipa técnica.

Os participantes foram selecionados tendo em conta os critérios de elegibilidade para a frequência de sessões de musicoterapia. De acordo com a gestão de salas e questões logísticas da casa, ficou definido pela direção técnica da Casa do Xisto que todas as sessões terapêuticas individuais teriam a duração de 45 minutos e as sessões grupais de 90 minutos, com alguma flexibilidade.

Foram realizadas sessões musicais de acolhimento dos novos participantes à Casa do Xisto e realização de dinâmicas de grupo de forma a facilitar a socialização, convidar à participação, criar laços de companheirismo e promover a coesão grupal.

Foi preparado de forma cuidada o setting de musicoterapia, tendo em conta a experiência adquirida no último ano de estágio: para além dos instrumentos foi incluído um tapete grande no setting, para que alguns trabalhos pudessem ser feitos ao nível do chão; e foram feitas mais adaptações para que alguns instrumentos pudessem ser dependurados e assim manuseados mais facilmente pelos participantes com necessidades motoras específicas.

Foram definidos horários para as sessões de musicoterapia individuais.

Foi realizada a avaliação inicial dos participantes novos, que entraram em plano de adaptação; E a reavaliação dos participantes do ano anterior. Para tal foi utilizada a observação participante, bem como os instrumentos de avaliação qualitativa, descritos neste trabalho em “Instrumentos de Avaliação”.

Foram consultados e estudados os processos individuais dos participantes, com posterior discussão de informação relevante com a psicóloga de cada caso e com a equipa técnica.

Fase 2: O segundo mês

Foram definidos 2 grupos de musicoterapia: o Grupo I, no turno da manhã, com objetivos de desenvolvimento de competências musicais, pessoais e sociais; e o Grupo II, no turno da tarde, com objetivos de estimulação sensorial e bem-estar.

Foram definidos os horários para as sessões de grupo

Desenvolveram-se sessões semanais de musicoterapia, individual e em grupo
Foram definidos os objetivos terapêuticos para cada participante.

Deu-se início ao projeto musical PerCurtir CX

A estrutura das sessões seguiu um formato assemelhado ao de Blasco (1999). Nas sessões individuais a estagiária fazia o acolhimento ao participante com setting já montado, cantava as boas vindas e seguia-se um momento para “saber deles e ver o som que sai deste momento”; dependendo do participante, poderiam conversar para decidir o que fazer ou partir logo para a improvisação musical e depois fazer uso dos instrumentos disponíveis para tocar juntos, gravar, reflectir e por fim arrumar. Nas sessões de grupo a estagiária começava com uma canção de boas vindas, um momento para cada participante dizer o nome, um som, ou verbalizar uma preferência; um momento de orientação temporal (hoje é 4 feira, dia de música); um momento de adivinhas musicais ou desafio musical, para estimular a atenção e apresentação dos conteúdos ou tema da sessão. Depois criava-se um momento de co-criação sobre esse tema, um momento de partilha, relaxamento e despedida.

Fase 3: continuidade da intervenção

Nesta fase deu-se continuidade às intervenções terapêuticas, individualmente e em grupo. A maior parte das sessões foram gravadas em vídeo, tendo sido recolhidas as autorizações para o efeito, junto dos participantes (ou seus representantes legais, quando aplicável).

Fase 4: último mês de intervenção

Foi realizada a avaliação final e preparação do fim das sessões, devido ao encerramento da Casa do Xisto.

Técnicas e Métodos Utilizados

As sessões de musicoterapia realizadas no âmbito do estágio diferiram significativamente de participante para participante, ou grupo, apesar de existirem

rotinas muito semelhantes como a canção de boas vindas ou de adeus. As técnicas de musicoterapia utilizadas foram as que a seguir se apresentam.

Improvisação musical

Quando em grupo, foi feito o caminho de percepção do caos até à necessidade de regras, de liderança, da necessidade de comunicar preferências e de uma afirmação pessoal, da necessidade de escutar o outro e considerá-lo... promovendo uma maior consciência e o sentido crítico dos participantes Blasco (1999). Foi necessário ir gerindo os instrumentos a disponibilizar. Nas sessões individuais a improvisação passou muito mais por dar um chão musical à pessoa para que esta pudesse soltar-se e experimentar cantar um de cada vez, em total liberdade.

Técnicas de improvisação em musicoterapia

O espelhamento, a detenção e a contenção, bem como o grounding ou fundamentação, foram técnicas de improvisação do Bruscia muito utilizadas. Nesta última, por exemplo, foram usados acordes suspensos, ritmados ou planantes, dando espaço para que a musicalidade do participante pudesse acontecer em liberdade e soar sempre bem e sobressair, ou sair acrescentada Cardoso (2016). É também o caso das escalas pentatónicas, onde todas as notas da escala maior soam bem à excepção de duas notas da escala que podem ser retiradas previamente ou ser consideradas notas a evitar; o caso dos turn-around's (o resolver, finalmente, para a tónica ao final de 2 compassos); a utilização de harmonia com mais ou menos tensões diatónicas e fazê-la variar ao longo dos momentos da improvisação; e a utilização de modos diferentes da escala maior de forma a criar ambientes de carácter diferente.

Interpretação de canções e recriação de repertório

Estes foram momentos motivadores para os participantes. Por vezes começámos pelos temas que eles escolhiam e acabávamos por continuar a improvisar sobre outros conteúdos que surgiam na sessão, com base na canção de origem, outras

vezes poderia ser criada assumidamente uma nova letra e um fim, ou uma versão diferente.

Música instrumental terapêutica

Utilização de instrumentos musicais para exercitar e simular certos movimentos de forma a trabalhar resistência, força, coordenação dos membros, entre outros. Esta técnica foi utilizada no acompanhar rítmico ou musicado do caminhar de certos participantes.

Escrita de canções

Esta técnica também teve um impacto positivo na intervenção com dois participantes. A técnica de construção de canções ajuda no controlo dos impulsos, na resistência à frustração e na organização do pensamento.

Audição ativa

Foi usada para estimulação, ativação, e para promover a participação ativa, de uma forma motivadora.

Audição receptiva

Esta técnica chegou a ser utilizada para promover o foco no momento presente e o relaxamento. Blasco (1999) diz que com crianças é aconselhável dar alguma coisa para as mãos para manipularem enquanto ouvem, pois eventualmente irão conseguir relaxar e apenas parar de fazer o que estavam a fazer apenas para ouvirem. E no caso deste estágio isso também resultou com adultos.

Viagens através da música

Blasco (1999) chama esta técnica de viagens musicais (não confundir com o método GIM) – Ao longo das intervenções em grupo esta técnica acabou por se revelar um bom recurso para promover a atenção e a motivação dos participantes: os participantes cantaram percursos, percorreram caminhos, simularam viagens para longe e usaram diferentes meios de locomoção até determinados destinos à escolha.

Setting e Material Utilizados

O setting da intervenção terapêutica foi constituído por instrumentos musicais, objetos sonoros, cancionero de canções ou individual.

Foi criado um cantinho na sala de capacitação para guardar os instrumentos da estagiária, dado que na sala das artes havia instrumentos musicais da Casa do Xisto que eram utilizados noutros projetos, musicais ou não, com os mesmos participantes. A estagiária entendeu por bem fazer uma separação mais evidente entre o que acontecia na sala de cima (musicoterapia individual) e na sala de baixo (sessões de grupo e projeto PerCurtir CX). Assim, o setting de base contou com guitarra acústica, piano digital, xilofone contralto, instrumental orff, adufe, pequenos instrumentos e objetos sonoros variados dispostos no tapete ou na mesa e, por vezes, paus de chuva e tambor oceânico, acordeão, e a utilização de um microfone ligado a uma coluna, com tripé.

Agenda de Estágio

O estágio foi desenvolvido entre Setembro e Março e foram realizadas cerca de 20 horas semanais de trabalho, repartido pela semana como evidenciado pela Tabela 3, a seguir apresentada.

Tabela 3

Distribuição Horária do Trabalho de Estágio

	Segunda feira	Quarta feira	Quinta feira	Sexta feira
Manhã	3 horas	4 horas	3 horas	4 horas
Tarde		3 horas		3 horas

Outras atividades e projetos realizados

Desde a sua abertura que a Casa do Xisto funcionou em constante adaptação, primeiro face à nova dinâmica que acabava de se instalar, bem como aos novos participantes; e depois face às exigências da pandemia, a reconfiguração da intervenção para o formato online, o caminho lento do desconfinamento e o regresso a uma nova normalidade. Dessa forma, a mudança passou a ser uma constante e a fazer parte da dinâmica da casa, pelo que a estagiária, estando desde o início neste processo e tendo realizado o estágio pela segunda vez, participou em vários projetos e iniciativas em todas estas fases. Focando agora a atenção para o ano de estágio que é alvo deste trabalho, a estagiária teve a oportunidade de desenvolver as seguintes iniciativas:

Desenvolvimento de sessões lúdicas

Dinamização de sessões de dinâmicas de grupos e música, de forma a facilitar o acolhimento aos novos participantes com objetivos de integração, animação e motivação para a permanência na instituição.

Cooperação com equipa técnica e multidisciplinar

Realização de reuniões semanais com a equipa técnica para a capacitação das profissionais, discussão de casos e partilha de informação relevante; Participação em grupos de trabalho para desenvolver os manuais da qualidade da CX e conceber futuras atividades e eventos; Participação em momentos de reflexão sobre a prática clínica e sobre os casos que estávamos a acompanhar, mas também sobre a própria eficiência da Casa do Xisto e a forma como se poderia fazer chegar esta intervenção cada vez mais às famílias e à comunidade. Esta tomada de consciência de que a intervenção não se encerrava apenas dentro das paredes do Xisto, foi útil para todos os colaboradores, ajudando a fazer corresponder de uma forma crescente as atitudes e as práticas de cada colaborador com a visão e missão da CX - todos os profissionais vestiram a camisola e se empenharam em cada mudança exigida tanto pela perspectiva macro -

das exigências do mundo exterior, como pela perspectiva micro - do que acontecia diariamente na Casa do Xisto.

Apresentação da musicoterapia

Numa destas reuniões foi possível apresentar à instituição a importância da musicoterapia e também receber feedback positivo que os diversos profissionais tinham a devolver sobre o impacto das sessões de musicoterapia nos participantes;

Planeamento de sessões

Trabalho de gabinete para planificação da intervenção, consulta de processos individuais, preparação de sessões e vídeos para partilhar nas redes sociais; preparação de sessões online, síncronas e assíncronas, destinadas aos participantes que ficavam ausentes temporariamente por motivos de confinamento.

Acompanhamento dos participantes em projeto discográfico

A estagiária participou num projeto de produção musical que consistia em convidar os participantes que gostavam de cantar para fazerem uma gravação profissional num estúdio de gravação montado na Casa do Xisto. Não seria feita uma só gravação, mas sim era importante os participantes passarem por este processo de gravar e ir ouvindo a própria voz, recebendo feedback imediato e tomando decisões sobre se queriam repetir ou se gostavam do resultado final. Foi um momento quinzenal em que os participantes se preparavam, auto-regulavam e faziam tentativas a sério, aumentando a consciência sobre a sua performance, num processo que os responsabilizou, autonomizou e que foi importante para a auto-estima de alguns participantes.

Participação na festa final da Casa do Xisto

Um momento emotivo e muito simbólico, com a presença dos dois turnos e todas as linhas de ação da CX, que funcionou como uma celebração de todas as conquistas, entrega de diplomas, agradecimentos e de despedida dos participantes, de toda a equipa de colaboradores, e uma despedida da casa.

Estudos de Caso

No presente trabalho, a categoria central encontrada que despertou o interesse da estagiária e o foco da investigação é a construção da identidade e o desenvolvimento de competências pessoais, relacionais e emocionais numa abordagem humanista da musicoterapia. Segundo Smeijsters (1997) essa categoria central revela a essência do que se passou ao longo de todo o processo, e que agora aqui estudamos, a partir da amostra de dois casos.

Sendo que o objetivo geral do presente estudo é compreender e caracterizar o impacto da musicoterapia nas pessoas com deficiência intelectual, e que os objetivos específicos são, respetivamente, medir a importância da musicoterapia no Desenvolvimento de competências pessoais, emocionais e sociais nesta população; e medir a importância da musicoterapia no desenvolvimento identitário destes participantes, apresentamos seguidamente dois casos clínicos e para cada um deles a baseline inicial e os progressos terapêuticos registados, ou seja, para cada participante será feita uma descrição do caso (dados biográficos, diagnóstico, se existente, características gerais e motivo do encaminhamento para a musicoterapia), a avaliação inicial (com base em documentos consultados, na anamnese sonoro-musical e na avaliação diagnóstica realizada durante as sessões de musicoterapia), o plano terapêutico (constituído pelos objetivos de intervenção), o processo terapêutico (que descreve a evolução da intervenção) e, por fim, a discussão de resultados e conclusão.

Segundo Smeijsters (1997), na metodologia de estudo de caso é importante descrever bem as etapas do processo de investigação, nomeadamente o encaminhamento para a musicoterapia, definição do setting, a gravação e transcrição das sessões em vídeo, a análise das transcrições, incluindo as percepções do musicoterapeuta, a divisão das sessões por momentos significativos e etapas do processo musicoterapêutico, o registo de reações do cliente e do terapeuta: emocionais, físicas, sobre a música, sobre o contexto, e por fim é necessário escrever o perfil do

cliente, as experiências do processo musicoterapêutico, as condições que geraram essas experiências e as suas eventuais contribuições para a vida do cliente.

Estudo de Caso 1: I.

Descrição do caso

I. era uma jovem adulta de 21 anos, com diagnóstico de Síndrome de Rett. Antes de frequentar a Casa do Xisto tinha estado numa outra instituição de apoio e também algum tempo sem retaguarda institucional. Revelou ser uma pessoa calma, tranquila e com uma postura atenta ao outro, evidenciando interesse e responsividade pelos estímulos sonoros e musicais, pelo que a equipa técnica a encaminhou imediatamente para as sessões de musicoterapia. Apresentava uma pele clara, contacto ocular e um sorriso eminente, o que lhe conferia uma figura simpática e convidativa ao contacto social por parte dos seus pares, apesar da sua não verbalidade. A participante deslocava-se pelo seu próprio pé com autonomia relativa, podendo sentir perda de equilíbrio, pois a sua marcha apresentava-se muito irregular e com dificuldade a contornar obstáculos.

Não era autónoma para realizar atividades da vida diária, precisando de ajuda. Mas revelava intencionalidade comunicativa, que viria a ser explorada na intervenção. Comunicava através de contacto ocular, expressões faciais, por vezes vocalizos e alguns gestos e movimentos com a cabeça.

Avaliação inicial

Foi consultado o processo individual da I., o relatório de CPAD e foram recolhidas informações pertinentes junto da família, por via da assistente social da CX, que se encontrou com a família várias vezes e que teve a oportunidade de fazer esta articulação.

O conhecimento adquirido ao longo do tempo sobre a participante permitiu criar com ela uma relação de maior confiança e proximidade, de forma a aferir as suas reações, através de diferentes estratégias musicais.

Percebia o que lhe era dito e ouvia / acompanhava as conversas que aconteciam à volta dela. Expressava as suas preferências sem verbalização, utilizando para tal expressões faciais (sorrisos), do olhar (efetuava contacto ocular) e de vocalizações. Por vezes emitia sons, estalinhos com a boca, movimento dos lábios em forma de beijinho, e sons “de chamar a atenção”: uhhhh...”. Por vezes demonstrava interesse por se aproximar e bater no tampo da guitarra. Também reagia mais aos objetos quando os aproximávamos um pouco mais do seu rosto, suscitando-se a dúvida de se haveria algum comprometimento da visão, mesmo com os óculos.

As suas estereotipias manuais (bater ou esfregar as mãos, levar as mãos à boca) acalmavam e silenciavam-se nos momentos de concentração na música. Quando chorava deixava cair lágrimas e ficava ruborizada, não emitindo quase sons vocais. Em algumas sessões colocava a mão na boca, mas como se instituiu o uso da máscara na instituição por muito tempo, esse uso veio desincentivar esse hábito e diminuir essa tendência.

No domínio emocional, a I. demonstrou uma elevada motivação e empenho.

Apresentava um comprometimento no desempenho motor, não se deslocava autonomamente, tinha dificuldade em manter o equilíbrio nas diferentes posições, sendo por vezes difícil para o próprio adulto que a auxiliava se equilibrar. Apresentava ainda um movimento repetitivo de mãos que a impedia de executar a pega de qualquer objeto.

Verificou-se, igualmente, um comprometimento elevado na comunicação, na medida em que não falava, recorrendo a poucos sons para comunicar. Apenas ocasionalmente era capaz de seguir ordens simples. Não evidenciou comportamentos de auto-mutilação ou destrutivos. Reagia a estímulos sonoros, direcionando o olhar na

mesma direção. Porém, manifestava dificuldade em manter atenção /concentração perante estímulos visuais, sendo o tempo de foco bastante curto.

Objetivos musicoterapêuticos

Tendo em conta os dados recolhidos na avaliação inicial, foram definidos os seguintes objetivos terapêuticos para a intervenção com a I., de forma a promover o seu bem-estar físico e emocional e estimular sempre que possível as suas capacidades, trabalhando sempre na maximização do seu potencial de autonomia:

1. Expressar-se com intencionalidade comunicativa

Descobrir os sons da própria voz

Aumentar a emissão de sinais comunicativos intencionais (expressões faciais, sorrisos, olhares ou vocalizações)

Aumentar o tempo de contacto ocular com a musicoterapeuta durante as sessões

2. Melhorar o bem-estar físico, social e a estabilidade emocional

Promover a expressão de emoções através da música

Aumentar o investimento no estabelecimento de relações sociais

Potenciar a descoberta de registos musicais mais adequados à sua idade

Narrativa do processo terapêutico

A estagiária trabalhou de forma individual numa periodicidade semanal com a participante, em sessões de aproximadamente 45 minutos.

A participante foi assídua e foram realizadas quase todas as sessões de musicoterapia previstas. Foi uma intervenção muito enriquecedora e ativadora para ela, pois explorou vários objetos e instrumentos musicais diferentes, melhorou a sua intencionalidade comunicativa, usando mais vezes as mãos e passando a usar vocalizações para demonstrar agrado ou desagrado por uma dada situação e os sorrisos dela tornaram-se mais abundantes, com contacto ocular, em momentos-chave da interação. Foi usada a sala Snoozelen algumas vezes, o que permitiu à participante a interação com o switch

das colunas de água e a observação direta das consequências multi-sensoriais geradas pelo movimento das suas mãos sobre os botões.

A certa altura a I. tendeu a exibir fadiga mais rapidamente ao longo da sessão, mas continuou a ser estimulada no sentido de se diluir essa diferença. Também começou a ter comichões muito incomodativas em algumas zonas íntimas do corpo, facto que, por vezes, condicionou o seu envolvimento nas sessões de musicoterapia, bem como noutras atividades.

Foi estimulada a lateralidade e noção corporal, nomeadamente a utilizar sempre o mesmo lado do corpo no início de qualquer atividade.

Nas experiências de improvisação musical a estagiária utilizou algumas vezes harmonias abertas, acordes suspensos e longos, de forma a poder evidenciar ritmicamente o que o participante fazia, sem perder a musicalidade de base, acentuando ou fazendo sobressair algum gesto, movimento ou expressão facial da participante sem se preocupar com qualquer progressão harmónica ou melódica. Também Diane Austin preconiza a utilização de 2 acordes (ir e voltar) para criar a segurança necessária para o paciente improvisar, chamando a essa combinação da harmonia com a voz do terapeuta uma “improvisação vocal sustentada” que, ao mesmo tempo que facilita a improvisação do paciente, permite uma conexão do paciente consigo mesmo e com os outros, bem como promove condições para que sentimentos, sensações, memórias e associações podem ser acessadas, processadas e integradas (Austin, 2001).

Foi evidenciada, pelo acompanhamento musical da estagiária, a musicalidade dos guinchos e grunhidos da I., bem como o musicar de cadências corporais, aguardando reações e respostas. E os momentos de sincronia musical e de comunicação efetiva, foram festejados e vividos com satisfação. Segundo o autor Smeijsters (1997), os momentos mais significativos em terapia são todos os que são vivenciados em diferentes níveis: intra e interpessoal, cognitivo, físico, emocional, espiritual... e são também todos os momentos difíceis de descrever, ou que

aconteceram espontaneamente. Também neste caso identificámos ao longo das sessões momentos em que a I. tomou consciência de algo; viveu momentos de beleza e inspiração; sentiu alegria e surpresa; experimentou novos sons, novas formas de ser, e a oportunidade de se sentir parte de um todo maior.

Todos estes elementos vieram reforçar e consolidar a relação terapêutica.

Houve a preocupação de ir angariando pequenos sons e padrões rítmicos da sua musicalidade, para mais tarde a convidar à participação, criando com o tempo um pequeno repertório de músicas que ela gosta, bem como de pequenas frases e apontamentos sonoros com a marca identitária da I..

Um dos grandes desafios deste caso para a musicoterapeuta consistiu em abrandar o ritmo, calibrar expectativas e saber esperar, observando apenas a participante e combatendo interiormente a urgência sentida de preencher todos os silêncios com som. Foi necessário esperar muitas vezes para regressar algumas vezes à musicalidade onde elas as duas já se tinham encontrado; foi necessário descomplicar, aprender a “esticar” o material sonoro que tinha acabado de acontecer e não abandonar a participante com qualquer tipo de sofisticação musical, pois isso significaria apenas um monólogo da musicoterapeuta e não um convite à comunicação.

Numa das primeiras sessões a estagiária manuseou alguns instrumentos enquanto andava pela sala, aproximando-se depois, de forma a aferir a curiosidade da participante por algum som em particular. A I. seguiu a estagiária com o olhar, tocou na guitarra, sorriu, fez estalinhos com a boca, e voltou a permanecer muito tempo com a mão na boca, deixando de reagir ao manuseamento de objetos sonoros à sua volta.

A estagiária começou a espelhar na guitarra alguns movimentos que ela fazia e os sons dela, dando-lhes uma pequena continuidade musical e esperando. A I. olhou intencionalmente para ela parecendo entender que aquilo tinha a ver com ela. E o ciclo repetiu-se por breves momentos, até ela deixar de responder de novo.

As sessões com a I. pautaram-se por muitos destes momentos curtos de interação e comunicação através da música, (momentos que parecem mesmo ser partilhados e perfeitamente entendidos pelas duas pessoas intervenientes), que foram acontecendo mais vezes ao longo do tempo e acompanhados de sorrisos e outros movimentos de cabeça e braços. No início aconteciam 10 ou 15 minutos de comunicação intermitente até a participante começar a demonstrar algum desconforto e se mostrar indisponível, mas algumas sessões depois, a participante esteve quase sempre a olhar para a estagiária e esteve concentrada mais tempo do que nas sessões anteriores.

Numa sessão aconteceu o primeiro sorriso espontâneo após momentos de concentração (a estagiária interpretou isso como uma resposta comunicativa, ou reação emocional ao momento presente). A participante estava de facto mais concentrada, mais calma e a emitir mais sinais intencionais. Aumentou o contacto ocular entre as duas, a concentração na sessão e até diminuíram as estereotipias.

Conclusão e discussão do caso

Face aos objetivos definidos no início da intervenção, a I. melhorou significativamente a sua intencionalidade comunicativa e essa melhoria tem uma grande correlação com o processo desenvolvido ao longo das sessões de musicoterapia, pois mais nenhuma atividade e que ela participou na casa do Xisto lhe permitiu esta atenção e aceitação incondicional, este tempo de espera pelas reações dela, do convite à sua participação com sons da sua identidade sonora.

Também melhorou significativamente o seu bem estar psicológico e estabilidade emocional, o que leva a estagiária a refletir sobre a definição de objetivos e sobre como isso pode ser melhorado em futuras intervenções, pois o “bem-estar físico” é uma variável nem sempre contornável com estratégias musicais, bem como “Potenciar a descoberta de registos musicais mais adequados à sua idade” é um objetivo que tem implícita uma vontade de ver reduzida a discrepância de aculturação musical entre a

Inês e outras jovens adultas da sua idade, sem síndrome de Rett, mas que desconsidera que os gostos musicais devem também ser aceites e considerados tal como são. A propósito de definição de objetivos, Wheeler et al. (2005) refere que para se fazer um bom planeamento o musicoterapeuta precisa de um bom diagnóstico e precisa também de se posicionar na perspectiva do cliente, com as suas preferências, as suas limitações, os seus desejos, de forma a desenhar um caminho que vá ao encontro desses elementos e fornecer o suporte mais indicado. Incorporar essa forma de estar em musicoterapia é muito importante para o musicoterapeuta aprimorar cada vez mais, com o tempo, a sua própria intuição e ler cada vez melhor “quem são” os seus pacientes e do que precisam Wheeler et al. (2005).

A I. manteve o seu perfil de funcionamento global, especificamente nas áreas da auto-regulação, auto-expressão, interação e desempenho motor, tendo melhorado o desempenho musical e a intencionalidade comunicativa. Aumentou ao longo das sessões o tempo de comunicação musical, com contacto ocular, excepto nos dias em que não estava confortável fisicamente, sentindo muita comichão. Não utilizava funcionalmente as mãos, mas ao longo das sessões sentiu-se motivada a usá-las e melhorou a pega dos instrumentos musicais.

Ao nível da autonomia, as suas preferências foram sendo expressas através de contacto visual e outros sinais não-verbais, em processos de escolha dicotómicos, explorados repetidamente nas sessões. Passou a manifestar-se mais frequentemente quando não gostava ou não queria algo.

Ao nível artístico, a I. aumentou os momentos de interação e comunicação musical com uso não só de vocalizações, sorrisos ou movimentos de braços e mãos (também ao piano), mas também a movimentação de todo o tronco para comunicar o seu envolvimento e a sua intencionalidade. Muitos destes progressos identificados poderão ter sido conseguidos por um trabalho contínuo de cooperação juntamente com a equipa multidisciplinar da CX.

Estudo de caso II: J. A.

Descrição do participante

O J. A. era um jovem adulto com 28 anos e diagnóstico clínico de paralisia cerebral, défice cognitivo ligeiro e psicose. Deslocava-se autonomamente em cadeira de rodas e estava orientado temporalmente, bem como revelava uma boa capacidade de compreender e se expressar oralmente, com boa fluência e sentido de humor. Os seus membros do lado direito do corpo tinham menos força, mas conseguia realizar movimentos voluntários. Tinha vergonha de cantar mas gostava muito de música.

Avaliação inicial

Conseguia deslocar-se na cadeira de rodas de forma autónoma, bem como realizar todas as AVD. Todavia, tendo a ajuda frequente da mãe, adotava atitudes mais passivas, principalmente em casa. O J. A. revelava muita ansiedade (voz trémula, baixa, respiração alta, urticária nervosa) quando frequentava locais novos e sentia-se muito envergonhado frente a pessoas desconhecidas. Denotou-se boa capacidade para identificar emoções básicas e expressá-las. Cumpriu regras e não revelou comportamentos destrutivos, mas ainda assim mostrou-se resistente algumas vezes a desenvolver o trabalho ou a cumprir as regras. Apreciava uma boa conversa, manifestava bom sentido de humor, partilhava os seus gostos (arte, cinema/TV e desporto) assim como os seus sonhos (ser profissional de boccia, no FCP). Procurava frequentemente nutrir relações privilegiadas de cuidados, ao que a equipa da CX respondia com incentivos à sua autonomia. Conversas sobre uma futura vida independente deixavam o participante desconfortável. As atividades mais exploradas de CPAD foram a música (tocou todos os instrumentos, confessou o seu gosto por bateria e instrumentos de percussão, acrescentando que não aprofundava os seus interesses por vergonha, insegurança) e artes (realçou a sua necessidade de tempo para concluir a sua produção, pois não gostava de se sentir pressionado). Revelou boas capacidades

cognitivas (conseguia ler e escrever; tinha dificuldades com matemática, mas um conhecimento geral muito bom).

Revelou no CPAD algumas incongruências: verbalizou “tomei uma decisão”, mas mostrando dúvidas e procurando legitimação ou aprovação; disse que queria dar tudo e cantar com alma, mas só iria cantar a música e não a letra.

Neste caso pareceu estar muito presente a questão das comorbilidades entre as características da deficiência e da doença psiquiátrica, na pessoa adulta. O J. A. apresentava uma perspicácia paranóide, tendo presente um pensamento persecutório constante e a sensação de que havia alguma coisa obscura a jogar contra ele.

Apresentava muita resistência ao envolvimento pessoal e comunicativo, apesar de se mostrar em alguns momentos muito social em grupo.

Objetivos musicoterapêuticos

Tendo em conta os dados recolhidos na avaliação inicial, foram definidos 2 objetivos gerais e 6 objetivos específicos para a intervenção.

Alguns dos problemas encontrados foram reconhecidos pelo próprio participante nas sessões: ele precisava de se expressar, de criar um momento de afirmação pessoal, de se sentir escutado, de diminuir a necessidade de atenção constante e a vergonha de estar em público; ele precisava de descobrir formas variadas de identificação musical, de descobrir se não gosta ou se foge das letras “românticas”, de libertar emoções através do ritmo e da bateria.

Tendo em conta os dados do participante recolhidos através da sessão de avaliação e da observação levada a cabo pela estagiária, elaborou-se um plano terapêutico específico para a sua intervenção em musicoterapia com os seguintes objetivos terapêuticos:

1. Auto-regulação emocional

Facilitar a expressão verbal e não verbal de emoções

Promover a libertação de emoções através do canto e da percussão

Promover o reconhecimento e aceitação das emoções induzidas pela música

2. Promover a expressão individual e a afirmação pessoal

Estimular a afirmação do self através da voz e do ritmo produzido na bateria

Melhorar as capacidades vocais e a expressão através do canto e da percussão

Diminuir a necessidade de ser o foco da atenção do outro

Narrativa do processo terapêutico

Determinou-se trabalhar de forma individual e semanal com o participante, tendo as sessões uma duração aproximada de cerca de 45 minutos.

O processo musicoterapêutico incidiu na promoção de uma confiança “realista” nas suas próprias capacidades, em melhorar as capacidades vocais e a sua expressão através do canto, através da interpretação de repertório e da criação das suas próprias músicas.

O Jesus revelou a fantasia de querer ser como o Fernando Daniel, e ao longo das sessões mostrou incorporar a pessoa artística e romântica do cantor.

Outro aspecto importante encontrado é que ele era bastante monocórdico a cantar. Mas essa falta de afinação, como acontece na psicose, pode não se dever a um deficitário ouvido musical, pelo contrário, poderia ser a manifestação da sua dificuldade em conectar-se emocionalmente – nas sessões de musicoterapia essa característica foi lida como um indicador do quanto ele consegue estar, ou não, em ligação com o outro. Ele estava frequentemente muito desconfortável com todo o espectro de emoções.

Como ele tinha vergonha de cantar, a estagiária criou oportunidades para ele cantar sozinho e não se refugiar tanto na percussão.

E aos pouco a musicoterapia, enquanto espaço de vocação dele, começou a ajudá-lo a sentir-se valorizado, pois sempre que verbalizou: “tu não és o F. Daniel, mas já estás a fazer coisas muito giras, e o que fazes está a ganhar corpo”; “tu podes fazer as tuas próprias coisas”.

E com o tempo o J.A. começou a verbalizar também que se sentia mais seguro de si e orgulhoso de ser capaz. Foram surgindo das sessões letras como a que se segue:

“Não sinto saudades... da quarentena. Eu já estava farto... da quarentena.

Eu nunca mais volto... para a quarentena. Se o Covid morrer... eu não tenho pena!

Eu já penei muito... na quarentena. Eu já virei bicho... na quarentena.

Se não fosse o Xisto... na quarentena. Ficava maluco... e era uma pena!”

Conclusão e discussão do caso

O participante revelou um bom progresso terapêutico com a musicoterapia. Em várias sessões começou distante e cabisbaixo, mas acabou por se soltar, entregando-se à música e à conversa. Por vezes esteve animado, focado e trabalhador, mas num nível de performance que denunciava falta de ativação corporal ou falta de motivação. Perdeu-se algumas vezes a seguir a letra das canções, com o papel à sua frente, mas não referiu ter dificuldades acrescidas de visão.

Deu-se uma grande evolução na relação terapêutica.

No início sentia-se competente com os ritmos, mas com a voz sentia-se inseguro. Isso mudou ao longo das sessões. O “eu” dele passou a ser mais estruturado, cantando melhor, e de uma forma mais continuada e afinada.

Sendo difícil conectar-se emocionalment, cantar afinado é uma experiência de proximidade. Por isso podemos afirmar que todo o trabalho desenvolvido em musicoterapia não representou apenas um treino musical – foi também um trabalho afectivo.

Dar contexto para emergir o que é da pessoa é uma ideia Rogeriana. Apesar de ele ter passado por um período de identificação com o cantor Fernando Daniel, no final do processo já se sentia mais ele próprio e já lhe começámos a devolver outras coisas: “Isto é mesmo importante. Esta é a tua música. A voz está mais tua, és mais “tu próprio” a cantar.”

Isso traz uma camada de subjetividade ao nosso trabalho de descrever o que acontece nas sessões de musicoterapia. Mas o autor Smeijsters (1997) valoriza o conceito de momentos significativos para o processo terapêutico. E, no caso do J.A, identificámos ao longo das sessões momentos em que ele experimentou: tomada de consciência, aceitação, liberdade, insight, chegou a conclusão de coisas, beleza, inspiração, transformação interior, intimidade consigo mesmo, êxtase e alegria, surpresa, experimentar coisas novas (correr alguns riscos), abrindo espaços para novas formas de se relacionar.

Outras Intervenções Clínicas

Para além dos dois estudos de caso, seguem-se os resumos dos restantes casos clínicos que acompanhámos ao longo do estágio, em intervenções individuais e em grupo.

Sessões individuais

Foram desenvolvidas sessões individuais de forma a suprir necessidades específicas de bem-estar e autonomia, como a seguir se apresenta:

Jo.

O Jo tinha 40 anos, era uma pessoa bastante afável, colaborante, com défices cognitivos. Exibia alguns comportamentos de instabilidade emocional, sonolência, sudorese excessiva e discurso desorganizado e fumava abundantemente. Foram definidos objetivos terapêuticos no sentido de combater a fadiga, a letargia e promover a estabilidade emocional. A intervenção centrou-se numa das suas áreas fortes de interesse – a música. A Intervenção em musicoterapia com este participante centrou-se no desenvolvimento de um projeto próprio, segundo as suas motivações (aprender a tocar guitarra), dado que se encontrava em processo de transição para a realização de experiências sociais ativas. A sua motivação e foco nas primeiras sessões foram extraordinárias, contrastando com a sua falta de motivação, energia ou foco umas semanas mais tarde. O participante procurou ativamente desabafar sobre temas externos à sessão sem evidenciar capacidade de refletir sobre os seus próprios comportamentos, ao mesmo tempo que se mostrava muito crítico em relação aos comportamentos dos colegas e colaboradores, sendo este o teor da maioria das suas conversas.

O Jo esteve presente em 50% das sessões individuais previstas, onde foram trabalhadas a expressão de emoções e das suas preferências, potenciado o seu bem-estar e promovidos alguns momentos de expressão individual, de afirmação pessoal e

de escuta do outro. Podemos afirmar que foram alcançados parcialmente os seus objetivos terapêuticos.

T.

O T. tinha 18 anos, Distrofia muscular congénita e progressiva: Duchenne. A sua condição implicava implicações motoras (sem marcha e totalmente dependente de terceiros para atividades da vida diária), respiratórias, gastrointestinais e cardiovasculares. Estava a aprender a utilizar a tecnologia de apoio *Tobii* (tecnologia de apoio através do contacto ocular) e usava um computador com *Yeytech* (câmara que se coloca no computador ao nível dos olhos). Foram definidos os seguintes objetivos terapêuticos: Expressar as suas preferências musicais, aceitando também as preferências dos outros participantes; Expressar-se musicalmente, mantendo contacto ocular, pelo menos uma vez em cada sessão; Expressar-se musicalmente de forma autónoma através das tecnologias de apoio *Tobii* e *Makey Makey*; Realizar sincronização rítmica ao nível dos dedos, pelo menos uma vez em cada sessão, na utilização do *Makey Makey*; Explorar através do tato as texturas e sensações térmicas de instrumentos e objetos sonoros; Discriminar auditivamente melodias de canções familiares, evidenciando essa capacidade através da reprodução oral ou entoada, com apoio mínimo.

Ao longo das sessões tocou bongós e piano através do *makey makey* – um dispositivo que funciona por impulsos elétricos associados ao toque e que permite escolher o som e o instrumento a utilizar –, e revelou estar muito surpreendido e satisfeito com os resultados, pois o seu movimento mínimo dos dedos originava um som forte e bem audível em toda a sala. Desta forma, treinou a utilização autónoma do computador e começou a selecionar autonomamente as músicas que queria ouvir, usando, ao computador, a sua voz falada. E a sua voz começou a ser mais usada, apesar da necessidade de a meio da sessão termos que retirar secreções e mucos através da boca, utilizando o seu aparelho de aspiração individual. Também

experimentámos a sua sensibilidade ao toque em várias partes do corpo e, de mãos dadas, a estagiária sentiu a sua batida rítmica no movimento mínimo dos dedos. O T. passou a usar o dispositivo makey makey podendo assim acompanhar musicalmente qualquer canção. Ficava muito feliz, e até cansado dos dedos no final das sessões. Podemos afirmar que os objetivos terapêuticos foram totalmente alcançados.

P.

O P. tinha 30 anos, e paralisia cerebral. Deslocava-se autonomamente, procurando auxílio de uma forma pontual. Conseguia compreender tudo o que lhe era dito e era capaz de se expressar verbalmente, tendo por vezes um discurso um pouco incoerente. Mostrou-se um jovem afável que procurava interação com o outro. Apresentava dificuldades ao nível da concentração e atenção. Não parecia estar orientado no tempo e no espaço. Necessitava de apoio para a realização das atividades do seu dia-a-dia. Revelava particular interesse por música, principalmente o tema “mãe querida”, gostava de carros e da cor vermelha. Foram definidos os seguintes objetivos terapêuticos: Estimular a verbalização das suas preferências musicais; Promover o bem-estar e a estabilidade emocional; Promover a expressão de emoções através da música; Promover o reconhecimento e a regulação de emoções; Aumentar o investimento no estabelecimento de relações sociais.

No início da intervenção o P. mostrava-se resistente a entrar na sala de musicoterapia e os seus momentos de atenção e investimento eram muito curtos. Partindo dos seus interesses e cantando em cada sessão a canção da mãe querida mais dos que três vezes, ele foi iniciando gradualmente um diálogo musical com a estagiária e as suas intervenções vocais passaram a ser mais frequentes. Em termos instrumentais ele também chegou a tocar xilofone e gostava de responder a perguntas musicais, ou terminar frases rítmicas com batidas fortes no xilofone. Dos objetivos terapêuticos foram alcançados os seguintes: Estimular a verbalização das suas preferências musicais; Promover o bem-estar e a estabilidade emocional; Promover a

expressão de emoções através da música; Aumentar o investimento no estabelecimento de relações sociais.

R.

A R. tinha 32 anos e Síndrome de Down. Apresentava uma aparência que nos traduz já se encontrar em processo de envelhecimento. Apresentava marcha, mas necessitava de apoio de terceiros - lentificação psicomotora. O seu discurso era pouco expressivo, assim como o contacto ocular - em alguns momentos apresentava um discurso coerente com o que estava a ser falado (compreendia o que lhe era dito). Interagiu mais facilmente ao som da música (mãe querida; maravilhoso coração; burrito). Era calma e pouco reativa. Esperava que lhe dessem indicações e cumpria as regras. Normalmente trazia consigo de casa um boneco através do qual se regulava e ia estabelecendo comunicação com o mesmo. Foram definidos os seguintes objetivos terapêuticos: Promover a sua intencionalidade comunicativa (Aumentar a emissão de sinais comunicativos intencionais (palavras, frases, expressões faciais, sorrisos, olhares; Aumentar o tempo de contacto ocular com a musicoterapeuta durante as sessões; Melhorar a sua atenção à música e diminuir o número de ausências ou alheamentos do momento presente; Estimular a verbalização das suas preferências musicais) e Promover o bem-estar e a estabilidade emocional (Promover a expressão de emoções através da música; Promover o reconhecimento e a regulação de emoções; Aumentar o investimento no estabelecimento de relações sociais).

De uma maneira geral, os objetivos foram alcançados, pois a participante teve uma presença calma e cooperativa em termos musicais, tendo aderido cada vez mais facilmente a propostas da estagiária e também tendo a iniciativa de evocar canções e verbalizações que remetem para o seu repertório musical. Houve uma melhoria no padrão comportamental e passou a regular-se emocionalmente com mais facilidade. Com o tempo aumentou o seu contacto ocular, mostrou mais sorrisos e comentários pertinentes e adaptados à conversa em curso. No início demonstrava flutuações de

humor e alguma intolerância a estímulos (sobretudo auditivos ou movimento), que desencadeavam comportamentos disruptivos, nomeadamente gritar e atirar objetos. Com o tempo, estabilizou os picos de agitação iniciais e passou gradativamente a ter menos confrontos com a estagiária.

Sessões em grupo

Foram também desenvolvidas sessões MT de grupo com objetivos de estimulação sensorial e expressão livre pela música (Projeto Colmeia); desenvolver competências pessoais, emocionais e sociais, promovendo a coesão grupal e um sentimento de pertença à Casa do Xisto (Xisto e Companhia); e desenvolvimento de competências musicais, sociais e pessoais (Projeto PerCurtir). Os objetivos terapêuticos foram estabelecidos para os grupos e, ao longo das sessões, foram analisados os seus efeitos e impacto sobre os participantes – foram recolhidos dados de observação clínica, ao longo das sessões e informação qualitativa individual. Assim, os resultados apurados incidiram sobre o impacto da musicoterapia no grupo e também em cada um dos elementos do grupo.

São apresentadas em seguida duas intervenções terapêuticas que foram desenvolvidas em grupo, com objetivo de desenvolver competências pessoais, cognitivos e emocionais: o Grupo I, constituído por participantes acabados de chegar à instituição e que reuniam características favoráveis a um trabalho conjunto; e o Grupo II, com os participantes da linha de bem-estar e autonomia que já frequentavam a CX há mais tempo.

Grupo I - Xisto e Companhia

Este grupo, inicialmente sem nome atribuído, foi constituído por 4 participantes que deram entrada na Casa do Xisto mais tarde: D.C., F.C., F. e S..

Estes participantes, enquanto “entradas novas” na casa e encontrando-se em período de adaptação, no primeiro mês do estágio tiveram de uma a duas sessões de musicoterapia individual, de forma a serem avaliados e encaminhados para o melhor

formato de intervenção musicoterapêutica: ou individual, ou em grupo. Ponderando as características dos participantes, bem como os horários e salas disponíveis na globalidade da instituição, ficou decidido em equipa que estes jovens adultos iriam integrar o mesmo grupo, ficando salvaguardada a eventualidade de se rever essa decisão mais tarde, se necessário.

Sabendo que na intervenção com adultos pode ser interessante explorar improvisação musical e repertório significativo para eles, nas primeiras sessões de musicoterapia foram desenvolvidas algumas dessas experiências musicais de forma a envolver os participantes na música, promover conforto e confiança para a expressão individual livre, criar rotinas sólidas (previsibilidade e estabilidade), bem como descobrir as regras necessárias para que o grupo pudesse funcionar. O objetivo principal do grupo consistiu em proporcionar uma experiência musical terapêutica e significativa para cada participante.

Foram desenhados os seguintes objetivos musicoterapêuticos: Expressar emoções e preferências; Promover a afirmação pessoal e a aceitação de si e do outro; Promover a ação, de forma a tomar parte na co-criação musical; Promoção de competências pessoais, sociais e emocionais.

As sessões começavam com uma ativação corporal e um exercício de aquecimento musical ou uma adivinha musical (audição ativa) em jeito de desafio, para ajudar a regular um pouco e a perceber as necessidades presentes dos participantes, bem como dar-lhes a oportunidade de perceberem que é importante a escuta, da sua música e da música dos colegas. As primeiras experiências musicais do grupo começaram por gerar algum caos sonoro. O papel da estagiária foi tentar permanecer nesse lugar com eles, introduzindo elementos estruturantes para a experiência musical, bem como algumas surpresas ou “pitadas de interesse”, ficando atenta a quem se ia perdendo e resgatando sempre que possível a atenção desse participante, trazendo-o para o momento presente e para o que estava a acontecer. E pertença acabou por

acontecer da forma que foi possível, valorizando-se a cada momento os avanços que o grupo ia conseguindo.

A certa altura os participantes precisaram de encarar as discrepâncias entre as suas preferências e escolhas de repertório diferente, tendo surgido algumas situações de conflito que precisaram de ser geridas, bem como aprendizagens sobre cooperação de forma a encontrar soluções na música (que naturalmente acontece no coletivo). A estagiária utilizou técnicas musicais para trabalhar conteúdos não musicais, permanecendo atenta ao que a musicalidade dos participantes dizia sobre eles. Os participantes começaram a participar mais e a exibir comportamentos musicais através de movimentar o corpo ao som da música.

Dado o nível de funcionalidade do grupo, a estagiária não precisou de ser muito diretiva e isso ajudou a maximizar a autonomia deles, o que também apresentou os seus desafios. Tentou-se focar a atenção dos participantes no fazer musical, acima de tudo, por vezes contendo (sem repreender ou criticar) e por vezes validando (mas sem promover a clivagem entre os participantes). Foram divididas as tarefas musicais entre eles, o que ajudou a organizar melhor o produto final, em termos de harmonia e sincronia. Com o tempo, poucos segundos de coerência musical transformaram-se em 10 segundos. E, como muitas vezes as gravações eram feitas e escutadas na hora, eles foram-se apercebendo da evolução, começámos a cooperar e aquele conjunto de participantes começou a ser um grupo. A certa altura decidiram dar um nome à “banda”: Xisto e Companhia.

O investimento musical de cada um deles aumentou e, como nos diz a teoria, tocar música instrumental ajuda a fazer uma orientação do paciente para a realidade, sem descurar ou ignorar a sua própria realidade interna. A capacidade de tocarem juntos retirando prazer dessa experiência, e de refletirem em conjunto sobre o que aconteceu na improvisação, expressando as suas preferências e opiniões foi um dos pontos fortes

da intervenção. Segue-se uma descrição dos seus participantes e o principal impacto que o grupo teve neles:

D. C. - Tinha 30 anos e deficiência motora e intelectual adquiridas por lesão. Encontrava-se agressivo desde a altura do acidente, com sentimentos de vergonha e medo perante a sua condição atual, fisicamente condicionado e com dificuldades para se levantar sozinho: usava uma tala na perna e também muleta para se deslocar; apresentava maior mobilidade do lado esquerdo; era autónomo na mobilidade em distâncias curtas. Apesar de ter dificuldades, apresentava capacidade de leitura. Gostava de música e do FCP. O C. beneficiou das sessões em termos de expressão das suas preferências e passou a integrar-se mais na CX e a sentir-se “da casa”.

F. - O F. tinha 19 anos e Síndrome de X-frágil. Revelava desconforto perante o ruído intenso, mostrando-se mais agitado. Fazia recurso a discurso fantasioso e teatral, ou seja, assumia personagens fictícias em alguns momentos do dia. Não estava completamente orientado temporalmente, nem espacialmente. Perante situações de conflito/frustração, tinha dificuldade em regular-se e apresentava comportamento e discursos menos ajustados - comportamento impulsivo em alguns momentos e dificuldade em cumprir regras/orientações. Não sabia ler nem escrever. O F. Foi muito participativo, gerador de muitas ideias e por vezes disruptivo e insistente, mas revelou com o tempo alguma capacidade de ouvir os colegas e experimentar as ideias deles.

F. C. - O participante tinha 20 anos. Estava orientado no espaço e no tempo e orientado pessoalmente; Apresentava dificuldade em descer e subir escadas devido a problemas relacionados com a visão; Apresentava um discurso pormenorizado e alguma lentificação psicomotora; Sabia ler e escrever mas não gostava de escrever manualmente, preferindo o meio digital; Encadeava ideias de forma lógica; Gostava de desporto e praticava natação federada, sendo o seu ídolo o Michael Phelps; Tinha aulas de música e pilates, estando familiarizado com alguns instrumentos musicais. Não gostava de artes plásticas. O F. C. revelou uma grande acuidade melódica e rítmica e

uma grande preocupação com os detalhes, revelando alguma inflexibilidade relativamente aos erros ou imprevisibilidades. O grupo para ele foi uma oportunidade de sair da sua zona de conforto, treinar a sua empatia e viver novas experiências.

S. - O S. tinha 34 anos, paralisia cerebral espástica, atraso intelectual moderado e psicose. Viveu em Angola até aos 31 anos e estava há 3 anos em Portugal, com uma adaptação difícil à cultura e tendo sofrido com os efeitos da pandemia, em que se agravou a sua situação social e tendo sido diagnosticado com uma psicose. Uma vez medicado, os comportamentos agressivos diminuíram. O S. nunca tinha andado na escola, não sabia ler nem escrever, escrevia apenas o seu nome. Suspeitou-se de défice auditivo ou, pelo contrário, um comprometimento no processamento de informação. O S. revelou dificuldades de compreensão, usando frequentemente, como mecanismo de defesa, o sorriso, de forma a camuflar a incompreensão dos seus interlocutores. Apesar de tímido e inseguro no início, participou em tudo e foi na música que ele começou a afirmar-se e a cantar mais alto, tendo ido ao palco voluntariamente, no dia da festa final, para cantar uma música em karaoke.

Grupo II - Colmeia

Este grupo foi constituído por 5 participantes da linha de bem-estar e autonomia da CX e que já frequentavam a instituição há um ou dois anos. Centrou-se em objetivos de desenvolvimento de algumas competências pessoais, estimulação sensorial, regulação emocional e promoção de momentos de bem-estar, bem como em promover experiências musicais recetivas e ativas, atendendo às características e necessidades específicas de cada participante. Foram definidos os seguintes objetivos terapêuticos: Promover a estimulação sensorial; Promover o bem-estar físico e psicológico.

O maior desafio que a estagiária teve que enfrentar com este grupo é que o encontro destes participantes na sessão era circunstancial e havia que torná-lo terapêutico. Foram desenvolvidas experiências musicais diversificadas e momentos de imersão sonora que permitiram aos participantes deixarem-se levar pela música, ou

seja, desinibirem-se e fiquem cada vez mais à vontade para se expressarem musicalmente e desenvolverem o seu potencial criativo.

Foram desenvolvidas experiências musicais emersivas e multi-sensoriais, em que a música tinha uma estreita ligação com a interação dos participantes com os diferentes objetos; foram usados estilos musicais diferentes e foi promovida a audição ativa dos participantes, chamando a atenção para certos contrastes ou determinadas partes relevantes da música (ex: atirar de folhas ao ar num momento específico) e foram desenvolvidos jogos musicais com humor e desafios sonoros em forma de adivinhas. Foi desenvolvido pela estagiária e por uma das psicólogas da Casa do Xisto, o Hino da CX intitulado “Sou capaz” e cantar este tema passou a ser um momento comemorativo muito significativo para todos os participantes, promovendo a coesão grupal e institucional. Este grupo revelou ter um impacto muito positivo sobre todos os seus participantes.

P. - O P. tinha 30 anos, Paralisia Cerebral. Tinha sido intervencionado em sessões individuais de musicoterapia, por isso a estagiária já tinha um conhecimento da sua musicalidade. A estratégia com ele foi trazê-lo à musicalidade do grupo, descentrando-se sempre que possível do seu repertório repetitivo e abrindo-se a novas experiências e interações sociais, o que aconteceu com bastante sucesso.

N. - O N. tinha 36 anos, paralisia cerebral espástica e amaurose. Deslocava-se autonomamente em cadeira de rodas, no entanto necessitava de orientação devido às dificuldades visuais. Revelava interesses infantilizados, gostava do canal panda, de brincar com legos, de músicas infantis e de pintar. Quando contrariado, poderia tornar-se agressivo e revelou alguma dificuldade em gerir a frustração. Apresentava défice de atenção e não conseguia iniciar e terminar a narração de um acontecimento nem manter um discurso coerente e coeso. A sua ligação à música era tão forte que já vinha a cantar antes de entrar para a sala, o que por vezes motivava os seus colegas. A estagiária teve

que gerir algumas incompatibilidades e situações de conflito entre este participante e o P.

P. Q. - Tinha 28 anos, Perturbação do Espectro do Autismo de elevado funcionamento (antigo asperger). Era completamente autónoma nas AVD's. Tinha dificuldades em gerir a frustração e nesses momentos gritava. Conseguia autorregular-se colocando música alta e dançando. Ainda estava num processo de luto devido à morte do irmão mais novo, há cinco anos atrás. Este tinha um síndrome raro e deslocava-se em cadeira de rodas, pelo que a P. Q. lembrava-se do irmão cada vez que via pessoas em cadeira de rodas. Sabia ler e escrever. Não fazia contacto ocular. Gostava de ver televisão (filmes de animação), ler, ouvir música, puzzles e de ser elogiada. Não gostava de cantar. A sua entrada na sala era pautada por rotinas muito rígidas: perguntar repetidamente se estava tudo bem aos seus interlocutores, dando a resposta logo em seguida e sentando-se de forma ortogonal na cadeira, com as mãos alinhadas e pousadas em cima das pernas. O trabalho com esta participante começou por tomar consciência dos movimentos percussivos repetidos que fazia com as mãos, batendo palmas sem parar – desenvolvemos várias improvisações musicais sobre esse ritmo, em grupo, incluindo todos os participantes. No final das sessões a P.Q. já sorria, cantava e estava mais responsiva aos estímulos do momento e, portanto, passava menos tempo apenas “na sua cabeça”.

R. C. - A R. tinha 32 anos e Síndrome de Down. Foi intervencionada em sessões individuais de musicoterapia, por isso a estagiária já tinha um conhecimento da sua musicalidade. No início das sessões era calma e pouco reativa, apresentando lentificação psicomotora, mas revelou-se uma pessoa muito divertida e comunicativa com os colegas, quando lhe era dado o seu espaço de auto-regulação e depois lhe era endereçado o convite para integrar a experiência musical do momento (normalmente através de canções da sua preferência). No final das sessões já cantava alto e durante mais tempo, sorria e tocava com as mãos nos colegas, em formato “give me five”.

I. - Tinha 21 anos e síndrome de Rett. Foi intervencionada em sessões individuais de musicoterapia, por isso a estagiária já tinha um conhecimento da sua musicalidade. Este grupo significou para ela mais uma oportunidade de estimulação, socialização e momentos de bem-estar em conjunto com os colegas.

Grupo III – Percurtir CX

Foi também realizado um grupo musical de recreação terapêutica – o Projeto PerCurtir CX, com objetivos de coesão grupal, motivação, desenvolvimento de competências musicais e mais fortemente orientado para uma componente performativa, de apresentação de concertos na comunidade (à semelhança do projeto “PerCurtir” que a CX já desenvolvia nas escolas).

Percurtir CX é um grupo de recreação terapêutica adequado a uma lógica de intervenção comunitária, integrado pelos participantes mais funcionais. Operacionalizou-se num coletivo musical formado por participantes, monitores, voluntários e familiares ou amigos e outros parceiros de missão. Foram desenvolvidas sessões semanais de exploração e co-criação musical em pequenos grupos e também encontros mensais de produção musical com algumas das famílias aderentes, dando forma ao protótipo de uma singular orquestra inclusiva. Foram feitas 3 apresentações ao público.

As sessões de vivência musical constituíram-se como um espaço-tempo de capacitação e empoderamento onde cada participante era encarado como um músico e como tal se expressaria utilizando a voz, sons do corpo, movimentos corporais, instrumentos musicais e outros objetos sonoros do quotidiano.

Em cada sessão foram levados estímulos e criados momentos de ativação rítmica, de imersão sonora e musical, e realizados desafios musicais para a mente e o corpo, bem como muita música para ouvir, interpretar, improvisar ou re-criar em forma de percussão, canções, temas instrumentais ou paisagens sonoras.

Integraram este grupo os participantes com maior nível de funcionalidade da CX: Jo., J., T., e também aqueles, que, já a frequentar atividades socialmente úteis e programas de estágio em empresas, voluntariamente quiseram integrar o projeto e continuarem a sentir-se parte “da família Xisto”, como eles diziam: R., So., H., E., A.F.

O propósito deste projeto era simplesmente fazer música em conjunto, de forma a permitir dizer, cantar, sussurrar ou gritar o que vai na alma; de forma a aumentar a coesão e desenvolver um forte sentido de comunidade na CX; de forma a desenvolver nos participantes competências sociais, pessoais, emocionais e artísticas/musicais. Porquê? i) porque a música é um palco privilegiado para se ir “ensaiando a vida” e torna os seres humanos fazedores e criadores de novas versões de si mesmos; ii) porque o caminho para a autonomização passa necessariamente pela expressão individual, pelo desenvolvimento de um sentido crítico e pela ação que a música proporciona; iii) porque é muito importante capacitar, empoderar e dar voz aos participantes da Casa do Xisto, reconhecendo e difundindo na comunidade o valor da diferença e o direito a ser diferente; iv) porque a música nos transporta para outros espaços ou outros tempos, permitindo a evocação de memórias, o desbloquear da criatividade, a expressão de emoções, ou libertação da sobrecarga emocional, bem como uma expressividade do eu autêntico. A música é uma fonte inequívoca de bem-estar físico e psicológico, de saúde mental, de alegria e união, convidando à socialização. Está presente ao longo de toda a vida, como pano de fundo ou banda sonora de diversos momentos, e pode ter várias funções: relaxar, ativar, expressar, refletir, convidar ao movimento e à dança... v) porque a música é uma fonte catalisadora da motivação humana, da alegria, do bem-estar, que leva à abertura aos outros, ao mundo e à descoberta e edificação de si.

Seguem-se as fases de desenvolvimento do projeto:

Preparação: Seleção de participantes, estabelecimento de horários regulares para as sessões, planeamento do trabalho artístico, início de sessões regulares com

dinâmicas de grupo, jogos musicais, trabalho de ativação rítmica e corporal, vivência de sincronias e contrastes, descoberta da associação entre sons e símbolos.

Desenvolvimento: Desenvolvimento de sessões semanais e encontros mensais com as famílias. Desenvolvimento de repertório, realização de ensaios, preparação de apresentações performativas. Imersões sonoras e trabalho musical em torno de dicotomias, sucessões e progressões. Diminuição das indicações verbais nos temas já trabalhados. Trabalho sobre dinâmicas e escuta ativa de sons, silêncios e da flutuação da musicalidade do grupo.

Consolidação: Apuramento da performance do grupo (mais movimento... mais a sério... mais detalhes, mais repertório ou reorganização do repertório existente em medleys... mais especialização de funções individuais dentro da orquestra) e preparação de um concerto final, seguindo uma metodologia de projeto, na qual os participantes conceberam a ideia e trabalharam cooperativamente no sentido de organizarem este evento final.

Os gestos e símbolos de regência ajudaram na estruturação da música e na organização dos músicos. Foram utilizados: símbolos-base, que ajudam a memorizar ritmos ou partes da música; objetos ou imagens, que ajudaram a decidir que instrumento utilizar ou quando trocar de instrumento; e Jogos de pergunta e resposta, que ajudaram a melhorar a escuta e a comunicação no grupo. Os Instrumentos mais utilizados no projeto Percutir CX foram, respetivamente divididos em naipes, o naipe dos bidons e vassouras, o naipe de pauzinhos chineses, o naipe de tubos sonoros, quando aplicável, e o naipe de instrumentos variados.

Conclusão e discussão

Neste estágio foram perseguidos os seguintes objetivos gerais: aplicar na prática os conhecimentos e competências adquiridas em contexto académico; analisar o impacto da musicoterapia de abordagem humanista na população com deficiência intelectual, nomeadamente o desenvolvimento identitário. E podemos afirmar que, de uma forma geral, estes objetivos foram alcançados com bastante sucesso, pois foram inúmeros os insights e as aprendizagens apreendidas com a prática do estágio, bem como as competências desenvolvidas.

As primeiras reflexões a tirar prendem-se com a população em estudo - uma das conclusões do estágio é acreditar que se é capaz! Cada um ao seu ritmo, se e quando fizer sentido. Blasco, P. (1999) diz que o valor terapêutico da música reside no facto de ela promover efeitos biológicos, fisiológicos, sociais, intelectuais, psicológicos, espirituais. Assim, um bom terapeuta, que se constitua como um bom canal para veicular esta ferramenta com tanto potencial é dotado de muito poder.

Mas o que é um bom terapeuta? O autor Smeijsters, H. (1997) refere quais os aspectos atitudinais e os fatores internos do musicoterapeuta, que o leva a promover momentos significativos junto dos participantes, que são: conhecimento e experiência; alguma clareza sobre os seus instintos e intuições; escuta e exploração das necessidades do cliente; ter noção e sentido crítico da sua verdade sobre o seu próprio saber; experiência e intuições; a sua percepção sobre o que é caminhar juntos para chegar a destinos desconhecidos, oferecendo orientação ao participante nesse sentido; as suas próprias convicções sobre o crescimento e desenvolvimento pessoal.

Foram alcançados com sucesso os objetivos específicos definidos para o presente estágio: desenvolver uma atitude terapêutica e competências técnicas e relacionais necessárias a um bom desempenho das suas funções; treinar a elaboração de avaliações, planos terapêuticos e registos de sessões em musicoterapia; treinar competências de estruturação e conceptualização de casos clínicos; treinar

competências de tradução de parâmetros musicais e de observação em informação clinicamente relevante; partilhar dados clínicos com outros profissionais e cooperar em equipa multidisciplinar; dar a conhecer esta área de intervenção e as suas potencialidades à instituição, à sua equipa multidisciplinar, e, se possível, às famílias dos participantes.

Neste estágio também foram alcançados com sucesso os seguintes objetivos operacionais: desenvolver sessões de musicoterapia individuais e de grupo junto de pessoas com deficiência intelectual; desenvolver e apresentar dois estudos de caso clínicos; desenvolver ações de sensibilização sobre a importância da musicoterapia na intervenção junto das pessoas com deficiência. Para além de ter sido desenvolvida uma ação de sensibilização sobre a musicoterapia na casa do Xisto, foi sendo feita, ao longo das reuniões da equipa técnica, uma reflexão sobre o papel da MT na CX, com um feedback muito positivo. As técnicas relataram nos participantes mais motivação e mais satisfação, pois eles cantavam mesmo depois das sessões, e por vezes ficavam a tarde toda a cantar e a falar no que tinha acontecido em alguma sessão mais especial.

A frequência de aulas de música nunca teria os mesmos resultados ao nível musical, pois a dimensão trabalhada nos participantes foi a da expressividade, tal como foi referido na fundamentação teórica. Apesar dos paralelismos que poderemos traçar entre a abordagem mais psicoeducativa da musicoterapia com pessoas com deficiência, dado o compromisso com certos níveis de funcionalidade, e as “aulas de música” convencionais, podemos afirmar que ainda assim o processo difere drasticamente, bem como os conteúdos e o propósito da intervenção, porque a MT não é formal nem pedagógica e as aulas de canto ou de música por si só, não iriam motivar a continuidade do processo, por causa de barreiras emocionais e motivacionais, por exemplo. E essa questão leva-nos à importância da relação terapêutica, que é fundamental no processo musicoterapêutico, tal como foi referido na parte teórica.

Quando trabalhamos com musicoterapia, trabalhamos para objetivos de bem-estar, de tomada de consciência, de autonomização e de saúde global, bem como objetivos sociais/comunitários, aliando para isso conhecimentos sobre o poder da música, o desenvolvimento ao longo da vida (normativo e patológico), processos de reabilitação e de prevenção e incorporação de hábitos de vida saudáveis.

É um facto que a intervenção apenas com foco na pessoa com deficiência não é suficiente, mas é muito necessária e muito passível de ser atingida através de artes expressivas, como a música. A Inclusão social é um caminho com várias frentes e direções e a intervenção pelas artes para promover a inclusão deve focar-se na pessoa com deficiência e também nos ecossistemas à sua volta. E na CX pudemos constatar com evidências que alguns níveis de autonomia e auto-estima atingidos pelos participantes encontraram resistências por parte dos seus familiares (não esquecer que eles são adultos), pois assumir e aceitar certas mudanças iria mudar também as rotinas quotidianas e alguns papéis familiares pré-assumidos e já há muito instalados.

O relatório de avaliação externa da Universidade do Porto refere, acerca do impacto do projeto nos participantes, que estes adquiriram uma visão diferente sobre si próprios, passaram a confiar mais em si próprios e a usar a sua voz para expressarem não só opiniões mas também exigir aquilo a que têm direito, tendo passado por uma significativa mudança e crescimento. Passaram a acreditar mais neles e a considerar-se; passaram a acreditar que é possível ir mais além... para além do horizonte que perspetivavam e que podem e devem ambicionar mais da vida. Os registos efetuados ao longo das sessões de musicoterapia vão exatamente nesse sentido, e estamos convictos de que a musicoterapia teve o seu papel importante nessas mudanças relatadas.

Consideramos que este estágio foi muito útil para refletir sobre a importância da intervenção do musicoterapeuta junto da pessoa com deficiência intelectual e reforçar o facto de que intervir não passa apenas por trabalhar sobre os problemas e limar arestas,

também por fazer mais e melhor com o que a pessoa já tem, trazendo a melhor qualidade de vida possível à pessoa, e fazendo-a descobrir novas fontes de criatividade e co-criação da sua própria vida. Outra conclusão a tirar é que a música desempenha um papel muito importante na musicoterapia. A musicoterapia acontece no acontecer da música – enquanto tocamos existe uma conversa metafórica a acontecer: o musicoterapeuta fala da música a pensar no participante. E os processos que a música despoleta acontecem na mesma, mesmo sem serem falados ou verbalizados.

Abordar a diferença entre o poder da música e a musicoterapia poderá abrir caminho para desenvolver cada vez mais esta área profissional, bem como para esclarecer as fronteiras entre a intervenção artística junto da população com deficiência e a intervenção musicoterapêutica com a mesma população. E porque é que alguns programadores e financiadores de projetos que trabalham com música, enquanto feramenta, preferem fazer projetos com impacto (correndo por vezes o risco de instrumentalizar pessoas vulneráveis) e renunciam à musicoterapia, que privilegia o processo em detrimento da performance final.

Terminamos esta conclusão citando Chris Smal (Small, C., 1995), de forma a enquadrar a musicoterapia como um caminho em aberto: "Não me importa se concordam com as minhas respostas. O importante é ver que há perguntas a serem feitas". Que nunca acabem as perguntas.

Reflexão Pessoal

Tendo que resumir em poucas palavras o que aconteceu de mais significativo ao longo das sessões de musicoterapia desenvolvidas neste estágio, diria que testemunhei em vários participantes momentos de bem-estar, de tomada de consciência de si e do outro, de auto-regulação, de expressão e autonomização. Testemunhei a emergência de processos identitários e de coesão de grupo. A musicoterapia revelou-se um espaço-tempo para a auto-regulação, para a verdadeira escuta, para o encontro que permite tocar juntos e ser-com-o-outro, para aprender a seguir uma estrutura e prestar atenção ao que se segue, antecipando a ação ou, pelo contrário, para dar espaço para sentir a música que surge no momento.

Aprendi a esperar e a escutar mais os sinais dos participantes, a ouvir a minha própria musicalidade, a diminuir, sempre que necessário, a componente verbal das sessões para dar espaço à música. Aprendi: i) que cada momento tem valor em si; ii) a levar cada um dos participantes a sério, porque vejo a pessoa que ele é; iii) que a alegria é uma das coisas mais sérias da vida; iv) a conhecer para além do diagnóstico; v) a confiar que a música, e todos estes elementos da comunicação através dela faz caminhos com sentido: caminhos para si próprio e caminhos em direção ao outro. Cria um lugar seguro para acalmar a “persona”, baixar as defesas e, finalmente, sentir-se a si próprio; vi) que, a maior parte das vezes, “menos é mais”; vii) a importância da relação terapêutica – quando há confiança e uma comunicação recíproca, que promove o verdadeiro encontro com o outro, estamos a dar espaço para que ele se sinta ouvido, e isso é o que a maioria das pessoas mais precisa hoje em dia; viii) que intervir para a autonomia e ver na pessoa mais do que o diagnóstico e mais do que as limitações... dá muito trabalho, mas que vale a pena desenvolvê-lo.

A música é um produto que se cria e se interpreta, que se frui e se usa como veículo ou ponte para promover o encontro. E, na musicoterapia, a música consegue

gerar mais benefícios na vida das pessoas do que a música meramente performativa. Mas todas as formas de música e todas as funções que ocupam têm o seu lugar próprio.

Apesar de trabalhar há mais de 20 anos através da música com diferentes públicos de todas as idades, enquanto professora, artista-educadora, formadora de adultos, cantora, ou animadora musical, este estágio inaugurou a minha vertente terapêutica e permitiu-me o primeiro contacto com a população com deficiência intelectual, que foi uma experiência muito enriquecedora, pois acompanhei participantes com diferentes patologias, diferentes idades, pacientes verbais e não verbais, com mobilidade e sem mobilidade, e realizei sessões individuais e em grupo.

Senti alguma vantagem em dominar, de uma forma suficientemente interiorizada, a linguagem musical ou determinados instrumentos musicais, o que me permitiu focar-me noutros aspectos da relação terapêutica e da musicalidade de cada participante – não obstante, identifiquei muitos pontos em que posso melhorar e evoluir também enquanto música. Senti de igual forma a desvantagem de estar a trilhar pela primeira vez um caminho na esfera terapêutica, área onde senti mais dificuldades, mas tenho consciência de que desenvolver o meu eu-terapêutico e de percorrer um caminho de crescimento profissional da música à musicoterapia, e de artista-educadora a musicoterapeuta, é um caminho que se faz caminhando, como diria António Machado.

Segundo Laurien Hakvort é possível listar os erros mais comuns dos estudantes de musicoterapia: ainda não saber “ler” bem o paciente; definir objetivos demasiado ambiciosos, ou querer demais em pouco tempo... e eu vivi todos esses dilemas na primeira pessoa. É uma grande responsabilidade definir objetivos terapêuticos. Mas ao longo do tempo fui superando as minhas inseguranças relativamente ao progresso terapêutico que era possível aferir do meu trabalho junto destes participantes.

Ao longo do estágio tive a oportunidade de viver momentos práticos em que senti: “É isto! Hoje fiz musicoterapia!”. Segundo Wheeler (2005) é na medida em que o

estudante de musicoterapia vai refletindo sobre os porquês e os comos da sua intervenção que a sua evolução como musicoterapeuta será favorecida.

Termino com uma das muitas frases inspiradoras da Manuela Sousa, fundadora e diretora técnica da CX – a arte para a (d)Eficiência: “Devemos dotar de beleza as nossas ações. Criar beleza no acto de fazer, vai para além da execução física”.

E assim termino também o ciclo de metáforas presentes neste trabalho: Para além do diagnóstico... a pessoa. Para além da fotografia... a radiografia. Para além da obrigação... a ética da missão. Para além da deficiência... a eficiência.

Na realidade, a deficiência acabou por ser o fator menos relevante em todo o estágio, pois “conhecer para além de...” ganhou outros contornos e desenhou novas perspectivas: de valorizar cada pessoa, de celebrar a riqueza da diversidade, de permitir crescimento e aprendizagens que vou levar não só para o exercício desta profissão, como também para o resto da vida.

Referências

- Aigen, K. (1995). Cognitive and affective processes in music therapy with individuals with developmental delays: A preliminary model for contemporary Nordoff-Robbins practice. *Music Therapy*, 13(1), 13-46.
- Aigen, K. S. (2013). *The study of music therapy: Current issues and concepts*. Routledge.
- Alley, J. M. (1977). Education for the Severely Handicapped: The Role of Music Therapy. *Journal of Music Therapy*, 14, 50-59.
- American Music Therapy Association, <https://www.musictherapy.org/about/musictherapy/>.
- ANDRÉ, A. M., GOMES, C. M. A., & LOUREIRO, C. M. V. (2016). Escalas Nordoff Robbins: uma revisão bibliográfica. *Percepta-Revista de Cognição Musical*, 3(2), 117-117.
- Ansdell, G. (1995). Tom. Em G. Ansdell, *In Music for Life: Aspects of Creative Music Therapy with adult clients* (pp. 142-145). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Austin, D. (2001). In search of the self: The use of vocal holding techniques with adults traumatized as children. *Music Therapy Perspectives*, 19(1), 22-30.
- Baker, F., Wigram, T., Stott, D., & McFerran, K. (2009). Therapeutic songwriting in music therapy, Part II: Comparing the literature with practice across diverse clinical populations. *Nordic Journal of Music Therapy*, 18, 32-56.
- Baranow, A. L. V. (1999). *Musicoterapia. Uma visão geral*. Rio de Janeiro: Enelivros.
- Baxter, H. T., Berghofer, J. A., MacEwan, L., Nelson, J., Peters, K., & Roberts, P. (2007). *The Individualized Music Therapy Assessment Profile: IMTAP*. Jessica Kingsley Publishers.
- Benenzon, R. (1988). *Teoria da musicoterapia: Contribuição ao conhecimento do contexto não-verbal*. São Paulo: Summus.

- Benenzon, R. O. (1995). *Manual de musicoterapia*. Espanha: Paidós.
- Benenzon, R. (1989). *Teoria Da Musicoterapia*. Brasil: Summus Editorial.
- Blasco, P. (1999). *Compêndio de musicoterapia (Vol. I)*. Barcelona: Herder.
- Bruscia, K. E. (1987). *Improvisational models of music therapy*. Illinois, Charles C Thomas, Publisher
- Bruscia, K. (1988). Standards for clinical assessment in the arts therapies. *The Arts in Psychotherapy*, 15(1), 5–10
- Bruscia, K. E. (1989). *Defining music therapy*.
- Bruscia, K. E. (1991). *Case studies in music therapy*.
- Bruscia, K. (1995). The boundaries of music therapy research. Em Wheeler, B. L., *Music therapy research: Quantitative and qualitative perspectives* (pp. 17-28). Phoenixville: Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. (2016). *Definindo musicoterapia*. Trad. Marcus Leopoldino. Dalas: Barcelona Publishers.
- Bunt, L., & Stige, B. (2014). *Music therapy: an art beyond words*. New York: Routledge.
- Brian, Stephen (2022). *Manual, M. S. D - Versão para profissionais de Saúde*. Acesso EM, 24.
- Bunt, Leslie & Hoskyns, Sarah (2002). *The Handbook of Music Therapy*. Edição: 1ª. East Sussex, UK.
- Cardoso, César (2016). *Teoria do Jazz*. Chiado Books
- Creswell, J. W. (2008). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches* (3rd edition) Thousand Oaks, CA, Editora: Sage Publications.
- Darnley-Smith, Rachel; Patey, Helen M. (2003) *Music therapy*. Sage publications.
- Davis, W. B., Gfeller, K. E., & Thaut, M. H. (2008). *An introduction to music therapy: Theory and practice*. American Music Therapy Association. 8455 Colesville Road Suite 1000, Silver Spring, MD 20910.

- Figueiredo, F. G. (2014). *Musicoterapia Improvisacional aplicada à comunicação pré-verbal de crianças com transtornos do espectro autista: ensaio controlado e randomizado*.
- Galińska, E. (2015). Music therapy in neurological rehabilitation settings. *Psychiatria polska*, 49(4), 835-846.
- Gattino, G., Ortega, I., & de Araujo, G. (2016). Musicoterapia Improvisacional em Ensaaios Controlados Randomizados no Brasil: Uma revisão de literatura. In *XII international symposium on cognition and musical arts simcam*.
- Hanser, Suzanne B. (1999). *The new music therapist handbook*. 2nd edition, Berklee Press.
- Heal, M., Wigram, T. (1993). *Music Therapy in Health and Education*. 1ª Edição. London.
- Jacobsen, S. and Langan, D. (2009). A Music Therapy Assessment Tool for Special Education: Incorporating Education Outcomes [online]. *Australian Journal of Music Therapy*, Vol. 20: 78-98.
- Koelsch, S. (2009). A neuroscientific perspective on music therapy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1169(1), 374-384.
- Konieczna-Nowak, L. (Ed.). (2016). *Music Therapy and Emotional Expression: A Kaleidoscope of Perspectives*. Karol Szymanowski Academy of Music.
- Levitin, D. (2013). *Uma paixão humana. O cérebro e a música*. Lisboa: Editorial, Bizâncio
- Nascimento, M. (2009). *Musicoterapia e a Reabilitação do Paciente Neurológico*. São Paulo: Memnon.
- Nordoff, P., & Robbins, C. (1977). *Creative music therapy: Individualized treatment for the handicapped child*. New York: The John Day Company.
- Nordoff, P., & Robbins, C. (1983). *Music therapy in special education*. Saint Louis: MMB Music.
- Pereira, M., & Vieira, F. (1996). *Se houvera quem me ensinara - a educação de pessoas com deficiência mental*. Calouste Gulbenkian, 2ª edição

- Peters, Jacqueline Schmidt (2000). *Music Therapy: An Introduction*. 2ª Edição.
- Ruud, E. (1985). *Music and health*. Norsk Musikforlag A/S.
- Santos, S., & Morato, P. (2002). *Comportamento adaptativo*. Porto: Porto Editora.
- Schapira, D., Ferrari, K., Sánchez, V., & Hugo, M. (2007). *Musicoterapia: abordaje plurimodal*. ADIM Ediciones.
- Small, C. (1995). Musicking: A ritual in social space. *A Lecture at the University of Melbourne*, June 6. Cielo, Texas, Apr.
- Smeijsters, H. (1997). *Multiple perspectives: A guide to qualitative research in music therapy*.
- Tetzchner, S. V., & Martinsen, H. (2000). Introdução à Comunicação Aumentativa e Alternativas - Tecnologias de Apoio para a comunicação. *Coleção Educação Especial*, (10), 42-67. Porto editora.
- Wigram, T. (1999). Assessment methods in music therapy: A humanistic or natural science framework? *Nordic Journal of Music Therapy*, 8(1), 7-25.
<https://doi.org/10.1080/08098139909477950>
- Wigram, T., Pedersen, I. N., & Bonde, L. O. (2002). *A Comprehensive Guide to Music Therapy: Theory, Clinical Practice, Research and Training*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Wigram, T. (2004). *Improvisation: Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, educators and Students*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Wheeler, B. L, Shultis, C. L, Polen, D. W, (2005). *Clinical Training Guide for the Student Music Therapist*. Barcelona Publishers.

