Lusíada
Repositório das Universidades Lusíada

Universidades Lusíada

Vieira, Inês Pedroso, 1993-

Musicoterapia e deficiência intelectual

http://hdl.handle.net/11067/4516

Metadata

Issue Date 2018

Abstract O presente relatório retrata o trabalho terapêutico desenvolvido na CERCITOP, uma instituição de solidariedade social sem fins lucrativos, no âmbito da frequência do mestrado em musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa. O estágio teve a duração aproximada de nove meses, durante os quais foram conduzidas sessões individuais de musicoterapia com oito utentes dos centros de atividades ocupacionais das unidades do Lourel e Casal da Mata, todos eles em idade adulta e com quadro clínico de defi...

This report depicts the therapeutic work developed at CERCITOP, a non-profit institution of social solidarity, in the context of the attendance of the master's degree in music therapy from Universidade Lusíada de Lisboa. The internship was held for approximately nine months, during which the intern conducted individual music therapy sessions with eight beneficiaries of the occupational activities centres of Lourel and Casal da Mata, all of which adults with intellectual disability. The music the...

Keywords Musicoterapia, Pessoas com deficiência - Assistência em instituições - Portugal - Sintra, Musicoterapia - Prática profissional, Cooperativa de Empreendedorismo para o Desenvolvimento Económico e Social de Todo o País. Centro de Atividades Ocupacionais - Ensino e estudo (Estágio)

Type masterThesis

Peer Reviewed No

Collections [ULL-IPCE] Dissertações

This page was automatically generated in 2025-04-19T01:41:14Z with information provided by the Repository

http://repositorio.ulusiada.pt

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

Musicoterapia e deficiência intelectual

Realizado por:
Inês Pedroso Vieira

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

Orientado por:
Dr.ª Elisabete Maria Gomes Duarte

Constituição do Júri:

Presidente:	Prof.ª Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Supervisora:	Prof.ª Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer
Arguente:	Prof. Doutor Massimo Cavalli

Relatório aprovado em: 29 de Março de 2019

Lisboa

2018

UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

Musicoterapia e deficiência intelectual

Inês Pedroso Vieira

Lisboa

Julho 2018

UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

Musicoterapia e deficiência intelectual

Inês Pedroso Vieira

Lisboa

Julho 2018

Inês Pedroso Vieira

Musicoterapia e deficiência intelectual

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

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

Orientadora de estágio: Dr.ª Elisabete Maria Gomes Duarte

Lisboa

Julho 2018

Ficha Técnica

Autora	Inês Pedroso Vieira
Supervisora de estágio	Prof.ª Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer
Orientadora de estágio	Dr.ª Elisabete Maria Gomes Duarte
Título	Musicoterapia e deficiência intelectual
Local	Lisboa
Ano	2018

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

VIEIRA, Inês Pedroso, 1993-

Musicoterapia e deficiência intelectual / Inês Pedroso Vieira ; supervisionado por Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer ; orientado por Elisabete Maria Gomes Duarte. - Lisboa : [s.n.], 2018. - Relatório de estágio do Mestrado em Musicoterapia, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa.

I - LEITE, Teresa Paula Rodrigues de Oliveira, 1964-
II - DUARTE, Elisabete Maria Gomes, 1968-

LCSH
1. Musicoterapia
2. Deficientes - Assistência em instituições - Portugal - Sintra
3. Musicoterapia - Prática profissional
4. Cooperativa de Empreendedorismo para o Desenvolvimento Económico e Social de Todo o País. Centro de Atividades Ocupacionais - Ensino e estudo (Estágio)
5. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
6. Teses - Portugal - Lisboa

1. Music therapy
2. People with disabilities - Institutional care - Portugal - Sintra
3. Music therapy - Practice
4. Cooperativa de Empreendedorismo para o Desenvolvimento Económico e Social de Todo o País. Centro de Atividades Ocupacionais - Study and teaching (Internship)
5. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
6. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC
1. ML3920.V54 2018

Agradecimentos

Gostaria, em primeiro lugar, de agradecer à Professora Doutora Teresa Leite pela orientação e supervisão deste trabalho e pela competência e clareza com que conduziu a minha aprendizagem em musicoterapia durante os últimos dois anos. Agradeço também à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Lusíada de Lisboa e ao corpo docente do mestrado em musicoterapia, por me terem fornecido uma experiência académica extremamente gratificante.

Deixo um agradecimento à CERCITOP, na pessoa da Dr.ª Elisabete Duarte, pela forma como me acolheram, e aos utentes dos Centros de Atividades Ocupacionais do Casal da Mata e do Lourel pela dedicação que deram ao trabalho interventivo que lhes foi proposto.

Não posso deixar de agradecer aos meus pais, por nada especificamente relacionado com o presente trabalho, mas ao mesmo tempo por tudo. Termino os meus agradecimentos mencionando todos aqueles que, das mais variadas formas, me inspiram a querer saber mais e a querer ser melhor.

Resumo

O presente relatório retrata o trabalho terapêutico desenvolvido na CERCITOP, uma instituição de solidariedade social sem fins lucrativos, no âmbito da frequência do mestrado em musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa. O estágio teve a duração aproximada de nove meses, durante os quais foram conduzidas sessões individuais de musicoterapia com oito utentes dos centros de atividades ocupacionais das unidades do Lourel e Casal da Mata, todos eles em idade adulta e com quadro clínico de deficiência intelectual.

O trabalho musicoterapêutico desenvolvido em estágio foi construído sobre a fundamentação conceptual do modelo de musicoterapia criativa de Paul Nordoff e Clive Robbins, de orientação humanista. A principal atividade desenvolvida foi a improvisação musical, sempre centrada em cada um dos utentes e nas suas necessidades específicas, tendo-se recorrido também a jogos musicais, bem como à escrita e recriação de canções.

Através da observação dos resultados do trabalho realizado em estágio, e através da informação obtida na revisão da literatura existente sobre o tema em estudo, apurou-se que a musicoterapia pode constituir uma ferramenta útil e benéfica no desenvolvimento de competências do foro pessoal, comportamental, cognitivo e comunicacional em utentes adultos com diagnóstico de deficiência intelectual.

Palavras-chave: Musicoterapia; Deficiência Intelectual; População Adulta; Relação Terapêutica; Desenvolvimento de Competências.

Abstract

This report depicts the therapeutic work developed at CERCITOP, a non-profit institution of social solidarity, in the context of the attendance of the master's degree in music therapy from Universidade Lusíada de Lisboa. The internship was held for approximately nine months, during which the intern conducted individual music therapy sessions with eight beneficiaries of the occupational activities centres of Lourel and Casal da Mata, all of which adults with intellectual disability.

The music therapy work developed during the internship was built upon the conceptual grounds of the creative music therapy model of Paul Nordoff and Clive Robbins, of humanist orientation. The main activity developed was music improvisation, always centred on each of the beneficiaries and its specific needs, having also been conducted musical games and the writing and reinterpretation of songs.

Through the observation of the results of the work developed during the internship, combined with the information obtained from the review of the literature, it was found that music therapy can represent a useful and beneficial tool when it comes to the development of personal, behavioural, cognitive and communicational competences in adults with intellectual disabilities.

Keywords: Music Therapy; Intellectual Disability; Adult Population; Therapeutic Relationship; Development of Competences.

Lista de Tabelas

Tabela 1 - *Descrição dos Participantes do Estudo*.....45

Tabela 2 - *Distribuição Horária do Trabalho em Estágio* 50

Tabela 3 - *Objetivos e Estratégias Definidos no Plano Terapêutico da Vanessa* 57

Tabela 4 - *Objetivos e Estratégias Definidos no Plano Terapêutico do Francisco* 68

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

CERCITOP	-	Cooperativa de Empreendedorismo para o Desenvolvimento Económico e Social de Todo o País
CAO	-	Centro de Atividades Ocupacionais
DSM-5		Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais – 5ª edição
ILAE	-	International League Against Epilepsy
PEA	-	Perturbação do Espetro do Autismo

Índice

Agradecimentos V
Resumo VII
Abstract IX
Lista de Tabelas XI
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos XIII
Índice XV
Introdução 1
A Instituição 3
A População-Alvo 5
Enquadramento Teórico 7
A Deficiência Intelectual 7
Outras Patologias e Problemáticas Presentes na População em Estudo 9
Epilepsia 9
Síndrome de West 11
Síndrome de Lennox-Gastaut 12
Espinha bífida 12
Paralisia cerebral 13
Síndrome de Down 14
Perturbação do espetro do autismo 15
A Musicoterapia 17
A Sessão de musicoterapia 20
A Musicoterapia Aplicada à Deficiência Intelectual 22
Domínio pessoal 25
Domínio emocional 27
Domínio cognitivo 27
Domínio social 32
Domínio comportamental 38
Domínio físico 41
Objetivos do Estágio 43
Metodologia 45
Participantes 45

Instrumentos de Avaliação 46
Procedimentos 46
Técnicas e Métodos Utilizados 48
Setting e Material Utilizados 49
Agenda de Estágio 49
Outros Projetos e Atividades Realizados no Período de Estágio 50
Estudos de Caso 53
Estudo de Caso I - A Vanessa 53
Descrição do utente 53
Avaliação inicial 55
Plano terapêutico 56
Processo terapêutico 57
Apresentação e discussão dos resultados obtidos 61
Conclusões 62
Estudo de Caso II - O Francisco 65
Descrição do utente 65
Avaliação inicial 66
Plano terapêutico 68
Processo terapêutico 68
Apresentação e discussão dos resultados obtidos 72
Conclusões 74
Outras Intervenções Terapêuticas 75
A Marisa 75
A Manuela 76
O Pedro 77
O Ricardo 79
A Sara 81
A Rita 83
Conclusão 87
Reflexão Final 89
Referências 91
Apêndices 105

Lista de apêndices 107
Apêndice A 109
Apêndice B 119
Apêndice C 127
Apêndice D 137
Anexos 147
Lista de anexos 149
Anexo A 151
Anexo B 155

Introdução

A população com deficiência intelectual é uma população particularmente vulnerável. A sociedade desvaloriza-os frequentemente, chegando em certos casos a rejeitá-los da comunidade em que se inserem. Este afastamento contribui para um sentimento de exclusão social, o que pode impedir o desenvolvimento de várias competências, entre as quais a adaptabilidade (Osburn, 1998).

A música é um conceito universal, no sentido em que qualquer ser humano possui uma capacidade intrínseca de reação ao estímulo musical, independentemente do seu grau de incapacidade ou dependência (Eagle, 1996). Para além disso, a música é uma linguagem própria, tal como a linguagem verbal o é, o que lhe confere um grau elevado de pertinência no trabalho com uma população que, em grande parte dos casos, não comunica verbalmente (Bunt & Stige, 2014; Wigram, Pedersen & Bonde, 2002).

A temática principal deste trabalho é precisamente a utilização da música enquanto ferramenta de trabalho terapêutico no trabalho com utentes adultos com deficiência intelectual. O presente documento retrata o desenvolvimento do trabalho feito em estágio no âmbito do mestrado em musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa. O estágio foi desenvolvido unidade do Casal da Mata da CERCITOP, em Sintra, com duração aproximada de um ano letivo. A população abrangida no contexto do estágio encontra-se na idade adulta e apresenta, de forma geral, diagnóstico de deficiência intelectual, em diversos níveis de funcionalidade.

A informação presente neste 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, por sua vez seguida de uma descrição da metodologia adotada durante o trabalho em estágio e dos

objetivos gerais definidos para o mesmo. Por fim, será feito um relato do trabalho terapêutico desenvolvido, com a descrição detalhada do processo interventivo com dois dos utentes com quem se interveio e uma descrição sumária do trabalho realizado com o resto da amostra, seguido de uma conclusão e de uma reflexão final sobre todo o trabalho realizado no estágio.

A Instituição

A CERCITOP é uma instituição de solidariedade social sem fins lucrativos situada no concelho de Sintra. A sua missão é proporcionar respostas de qualidade à população com dependência ou incapacidade, baseada em valores tais como o profissionalismo, o respeito, a confiança e o humanismo.

Foi fundada em 1999, e desde então tem vindo a criar estruturas e serviços e a desenvolver atividades cujo objetivo é ir ao encontro das necessidades da comunidade, com especial foco nos grupos sociais mais fragilizados.

A instituição está dividida em vários polos, espalhados por várias freguesias do concelho de Sintra. Estes polos oferecem serviços de lar residencial, centro de atividades ocupacionais, apoio domiciliário, promoção de autonomia e reabilitação, intervenção e apoio à criança, apoio a necessidades educativas especiais, cuidados continuados de média e longa duração e cantinas sociais.

Como as três últimas letras da sigla do seu nome indicam, a CERCITOP está aberta a potenciais utentes provenientes de qualquer zona do país. Estes, bem como os seus cuidadores, após a realização de uma candidatura formal, são entrevistados e avaliados pelos técnicos da instituição, de forma a serem referenciados para uma determinada unidade ou sala específica, caso existam vagas disponíveis.

Atualmente, cerca de 1350 utentes beneficiam dos vários serviços desta instituição, estando 39 a frequentar o centro de atividades ocupacionais (CAO) da unidade do Casal da Mata, no Telhal, e 29 a frequentar o CAO da unidade do Lourel, provisoriamente instalada no Telhal. O CAO é uma estrutura de dia com objetivos de ocupação laboral, manutenção de conhecimentos e desenvolvimento de competências pessoais e sociais para indivíduos com deficiência intelectual.

Nestes dois centros de atividades ocupacionais, onde foi desenvolvido o presente estágio curricular, os utentes encontram-se divididos em vários grupos, de acordo com o seu nível de funcionalidade. Cada um dos grupos tem a sua própria sala e os seus próprios monitores responsáveis, como será descrito no capítulo seguinte.

Os utentes deste serviço têm à sua disposição uma equipa multidisciplinar, composta por médicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, técnicos de reabilitação psicomotora, psicólogos, técnicos de serviço social e técnicos de animação sociocultural, aos quais se vem agora juntar a musicoterapia. Cada um destes técnicos tem à sua disposição vários gabinetes equipados de acordo com as necessidades específicas da sua intervenção.

As atividades desenvolvidas no CAO são variadas, passando pela ginástica, hora do conto, exercícios de grafismo, artes plásticas, atividades musicais, jogos de mesa, hipoterapia, jardinagem, entre muitas outras. É bastante frequente os utentes saírem em visitas de grupo, e também desenvolverem atividades na zona exterior da instituição, onde existem zonas jardinadas.

É uma grande preocupação da instituição a modernização dos espaços e do material utilizado pelos seus utentes, apostando-se regularmente na participação em concursos e candidaturas a financiamento com este fim. Um dos exemplos com maior sucesso de uma aquisição financeiramente significativa para a CERCITOP proveniente de um apoio externo, e que a distingue de outras instituições de caráter semelhante, é a existência de uma sala *Snoezelen*. Esta sala, que é partilhada pelos vários técnicos da instituição, consiste num espaço equipado especificamente com o objetivo de promover a estimulação sensorial, utilizando para isso luzes, sons, cores, texturas e aromas.

A População-Alvo

A população presente no CAO da unidade do Casal da Mata e no CAO da unidade do Lourel é adulta, com idades compreendidas entre os 18 e os 52 anos de idade, e apresenta de forma geral um diagnóstico de deficiência intelectual. Alguns utentes são externos, estando na instituição durante o horário laboral e passando a noite em casa com a respetiva família, e outros são internos, vivendo numa das residências da CERCITOP.

A instituição, como previamente descrito, divide os seus utentes em grupos por nível de dependência, e não por patologia ou diagnóstico. Esta política resulta em grupos bastante heterogéneos e em dinâmicas complexas, nomeadamente ao nível da interação entre os utentes.

O CAO da unidade do Casal da Mata conta com 39 utentes, que estão divididos por três salas. A *sala das estrelas* é onde estão os utentes com nível mais alto de funcionalidade. Estes utentes apresentam na sua maioria mobilidade, havendo alguns casos em que a mobilidade é feita pelos próprios através de cadeiras de rodas. Todos os elementos do grupo apresentam competências comunicativas de compreensão e de expressão, sendo esta expressão verbal oral ou realizada com recurso a gestos e vocalizações. O grupo é capaz de levar a cabo tarefas relativamente complexas tanto individualmente como em grupo, sendo exemplos atividades como a jardinagem ou a ginástica.

A *sala das pinguinhas* é a sala com nível de funcionalidade "intermédia". Nesta sala existem utentes com mobilidade, mas que ainda assim necessitam de indicações e acompanhamento de um monitor, e outros sem mobilidade, que dependem totalmente de monitores para se deslocarem. A compreensão por parte dos utentes desta sala é um pouco mais limitada, e a expressão comunicativa encontra-se limitada à utilização de gestos, ao

recurso a vocalizações ou à utilização funcional de algumas palavras isoladas, muitas vezes ininteligíveis.

A *sala do mundo da fantasia* é a sala do CAO da unidade do Casal da Mata cujos utentes apresentam menos mobilidade. A grande maioria dos utentes desta sala não apresentam qualquer tipo de mobilidade, dependendo quase totalmente dos monitores para atividades básicas como a alimentação ou a deslocação. A compreensão destes utentes é limitada e a comunicação verbal é praticamente inexistente. Esta sala é caracterizada como sendo uma sala dedicada ao conforto, e as atividades exploradas têm como objetivo a estimulação sensorial.

O CAO da unidade do Lourel conta com 29 utentes, que se dividem em duas salas equivalentes às salas das estrelas e das pinguinhas do CAO do Casal da Mata.

Enquadramento Teórico

Neste capítulo será feita uma revisão da literatura existente sobre as temáticas pertinentes ao trabalho realizado em estágio. Serão abordadas, em primeiro lugar, a deficiência intelectual e as restantes patologias e problemáticas inerentes à população em estudo, de seguida a musicoterapia e, por fim, a aplicação da musicoterapia na deficiência intelectual.

Ressalva-se o facto de que, apesar de serem mencionados de forma breve vários modelos conceptuais no trabalho em musicoterapia, será apenas explorado o modelo teórico de Paul Nordoff e Clive Robbins, por se tratar da principal linha orientadora no trabalho desenvolvido em estágio.

A Deficiência Intelectual

A patologia atualmente designada por deficiência intelectual é um fenómeno que sempre esteve presente na humanidade, apesar de nem sempre ter tido esta denominação. Os indivíduos que tinham dificuldade em desempenhar as tarefas pessoais e sociais esperadas passaram ao longo do tempo por vários diagnósticos, sendo o diagnóstico de atraso mental o mais popular historicamente (Doll, 1941; Goodey, 2006).

A deficiência intelectual, ou perturbação do desenvolvimento intelectual, de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais, DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), encontra-se inserida nas perturbações do neurodesenvolvimento, um grupo de perturbações que surgem no período de desenvolvimento do indivíduo e que se caracterizam por défice intelectual, resultando em debilitações no funcionamento pessoal, social, académico e/ou ocupacional.

A perturbação do desenvolvimento intelectual caracteriza-se por níveis baixos de funcionalidade no que toca à capacidade de raciocínio, resolução de problemas, planeamento,

discernimento ou aprendizagem, entre outros. Estas características levam a que o indivíduo com deficiência intelectual apresente dificuldade em ser autónomo nos vários aspetos da sua vida pessoal e social (American Psychiatric Association, 2013). São também frequentes nesta população dificuldades comunicacionais, que resultam muitas vezes em problemas emocionais e comportamentais (Watson, 2007).

O diagnóstico de deficiência intelectual, segundo o DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), deve ser feito quando o indivíduo preenche simultaneamente três critérios: (A) défice em funções intelectuais, entre as quais raciocínio, resolução de problemas, planeamento, pensamento abstrato, discernimento, aprendizagem académica e aprendizagem por experiência, confirmado por avaliação clínica e através de testes de inteligência padronizados e individualizados; (B) défice no funcionamento adaptativo, resultando na incapacidade de atingir níveis socioculturais e de desenvolvimento compatíveis com a independência pessoal e a responsabilidade social. Sem apoio continuado, o défice adaptativo limita o funcionamento em uma ou mais atividades da vida diária, tais como a comunicação, a participação social e a independência em casa, na escola, no local de trabalho e na comunidade; (C) início do défice intelectual e adaptativo durante o período de desenvolvimento.

A perturbação do desenvolvimento intelectual ocorre em vários níveis de gravidade, podendo esta ser leve, moderada, grave ou profunda. Tal como grande parte das perturbações do neurodesenvolvimento, trata-se de uma perturbação permanente e geralmente não-progressiva, podendo ainda assim existir períodos de agravamento de certos sintomas ou comportamentos, seguidos de períodos de estabilização (American Psychiatric Association, 2013). As causas desta condição podem ser externas, resultantes por exemplo de

complicações relacionadas com o parto ou exposição a agentes tóxicos durante a gravidez, ou internas, provenientes de anomalias genéticas (Topper, Ober & Das, 2011).

Em relação a questões relacionadas com a prevalência, esta condição está presente aproximadamente em 1% da população mundial. Os casos com nível mais alto de gravidade são aproximadamente 6 em cada 1000 indivíduos. A deficiência intelectual ocorre frequentemente em comorbidade com outros diagnósticos, episódios ou comportamentos. Alguns dos mais comuns são as perturbações depressivas, bipolares, da ansiedade ou do espetro do autismo e a presença de episódios de epilepsia ou de comportamentos agressivos (American Psychiatric Association, 2013).

A população com deficiência intelectual apresenta vários aspetos problemáticos na sua vida, sejam estes de foro físico ou psicológico, que são trabalhados através de vários tipos de terapêutica com o objetivo de serem desenvolvidos ou reabilitados (Bracefield, Kirk-Smith, Slevin, Sutton & Thompson, 2000). Este tipo de trabalho é em muitos casos financiado por entidades externas ao agregado familiar dos utentes, nomeadamente por dificuldades relacionadas com o custo das sessões e com a logística de transporte dos utentes para o local onde se realizam as mesmas (Curtis & Mercado, 2004).

Outras Patologias e Problemáticas Presentes na População em Estudo

Epilepsia

A epilepsia, de acordo com a International League Against Epilepsy, ILAE (Fisher et al., 2014), é uma doença cerebral crónica que se define por qualquer um (ou por vários) dos seguintes três pontos: pelo menos dois episódios convulsivos não-despoletados por fatores externos e separados por mais de 24 horas, um episódio convulsivo não-despoletado por fatores externos, com probabilidade de ocorrência de novo episódio de pelo menos 60% após dois episódios ocorridos nos 10 anos seguintes ou diagnóstico de síndrome epilético.

A ocorrência, em certos indivíduos, de convulsões epiléticas reativas a estímulos definidos que de alguma forma levam o cérebro a reagir não é considerada como fazendo parte de um diagnóstico de epilepsia. Isto deve-se ao facto de se tratarem de episódios transitórios e naturais de um cérebro saudável, que é exposto a um estímulo traumático para o qual não está preparado, não englobando uma componente de doença crónica sem desencadeamento conhecido. É possível determinar o ponto exato do cérebro responsável pelo desencadeamento do episódio convulsivo, através de um eletroencefalograma. Em muitos casos, este ponto exato, designado foco epilético, pode também ser uma região mais extensa do cérebro, a região epileptogénica, ou uma lesão especificamente determinada, a lesão epileptogénica (Engel Jr., 2013).

O diagnóstico adotado pela prática médica consiste em dois pontos: classificação do tipo de convulsão e definição da causa da existência da convulsão (Shorvon, 2011). As convulsões epiléticas são classificadas em três categorias: convulsões focais, que acontecem quando o foco epilético se encontra limitado num dos hemisférios cerebrais, convulsões generalizadas, quando o foco epilético tem início nos dois hemisférios cerebrais ou convulsões epiléticas com causa desconhecida, quando o foco epilético não é determinado (Berg et al., 2010).

As causas deste problema podem ser idiopáticas, com causas genéticas não relacionadas com nenhuma lesão ou anomalia, sintomáticas, com causas relacionadas com anomalias corporais adquiridas ou transferidas geneticamente, provocadas, em que as condições ambientais são o principal fator causal, ou criptogénicas, com causa presumidamente sintomática, mas não identificada (Shorvon, 2011).

A incidência da epilepsia nos países desenvolvidos é de cerca de 50 casos por ano em cada 100000 indivíduos, e a sua prevalência é de 5 a 10 casos por cada 1000 pessoas (Sander

& Shorvon, 1996). Os valores da incidência desta doença são mais altos na infância e na velhice, diminuindo significativamente no período etário intermédio (Sander, Hart, Johnson & Shorvon, 1990).

O tratamento da epilepsia é feito através da ingestão de medicação anticonvulsiva. Contudo, em alguns casos esta medicação não é bem-sucedida, podendo ou não adotar-se medidas cirúrgicas de resolução ou minimização do problema (Berríos, 2017).

Segundo a ILAE, a epilepsia considera-se curada quando o indivíduo que teve síndrome epilético relacionado com uma determinada idade deixa de pertencer a esse grupo etário ou quando o indivíduo não apresenta convulsões há dez anos não tomando medicação anticonvulsiva há pelo menos cinco (Fisher et al., 2014).

Síndrome de West

O síndrome de West é uma encefalopatia epilética ocorrente durante o primeiro ano de vida que se caracteriza pela existência de episódios convulsivos, hipsarritmia e atraso no desenvolvimento psicomotor (Lux & Osborne, 2004).

As causas deste síndrome não são ainda conhecidas, postulando-se que se trata de uma consequência de um trauma durante um período crítico do desenvolvimento cerebral, trauma esse que pode ser resultado de fatores estruturais, metabólicos, genéticos, inflamatórios ou neuroimunitários (Berríos, 2017). O tratamento desta condição é feito sobretudo através de métodos farmacológicos. O método cirúrgico é utilizado em casos em que a utilização de fármacos não é bem-sucedida (Berríos, 2017).

Estima-se que o síndrome de West afeta entre 2 e 5 indivíduos em cada 10000, qualificando-se como um dos tipos de epilepsia mais recorrentes na infância (Lux, 2013; Mackay et al., 2004). Entre 75% e 90% desta população desenvolve atraso no

desenvolvimento, e 27% a 50% vem a desenvolver síndrome de Lennox-Gastaut (Gibbs & Gibbs, 1952; Paciorkowski, Thio & Dobyns, 2011)

Síndrome de Lennox-Gastaut

O síndrome de Lennox-Gastaut é uma condição médica com características semelhantes ao síndrome de West, mas com incidência num período mais tardio da infância, entre os 3 e os 5 anos (Arzimanoglou et al., 2009; Trevathan, Murphy & Yeargin-Allsopp, 1997). Apesar da sua incidência durante a infância, a doença pode persistir na adolescência e até na idade adulta (Crespel, Gélisse, Nikanorova, Ferlazzo & Genton, 2012).

As formas mais utilizadas para tratar ou minimizar os efeitos deste síndrome são a utilização de medicação anticonvulsiva e de métodos cirúrgicos, existindo também outras metodologias relacionadas com escolhas alimentares ou outro tipo de terapias alternativas (Kim, Kim, Lee, Heo, Kim & Kang, 2015).

O síndrome de Lennox-Gastaut é relativamente raro, estando presente em entre 2 e 10 indivíduos em cada 100000 (Mastrangelo, 2017). Pelo facto de se tratar de uma condição que ocorre em grande parte dos casos em simultaneidade com problemas de desenvolvimento, apenas uma pequena parte desta população consegue viver com algum nível de autonomia (Kim et al., 2015). O nível de desenvolvimento de cada indivíduo com este síndrome depende em grande parte da escolha de uma terapêutica adequada, que passa pela inclusão de vários técnicos e especialistas numa equipa multidisciplinar (Mastrangelo, 2017).

Espinha bífida

A espinha bífida é uma condição resultante de malformações no tubo neural do feto durante a sua gestação, causando lesões na medula espinal, nos ossos e na pele (Mitchell, Adzick, Melchionne, Pasquariello, Sutton & Whitehead, 2004). Trata-se de um dos tipos de malformação mais comuns no mundo, sendo considerada a mais complexa malformação

congénita compatível com uma sobrevivência a longo prazo (Bowman, McLone, Grant, Tomita & Ito, 2001).

Epidemiologicamente, a espinha bífida pode ser causada por vários fatores. Um dos mais estudados fatores considerados como possível causa desta condição é a ingestão inadequada de ácido fólico durante a gravidez. Outras possíveis causas passam pela história familiar, pela genética ou pela ingestão de substâncias tóxicas, por exemplo através de certo tipo de medicação. É possível diagnosticar esta patologia no feto antes das 20 semanas de gravidez, através de exames como a amniocentese e a ecografia. As lesões ou malformações podem ser tratadas cirurgicamente de forma intrauterina ou após o parto, dependendo de cada situação específica (Mitchell et al., 2004).

Apesar dos procedimentos cirúrgicos para minimização do problema, as consequências são, em grande parte dos casos, inevitáveis. É comum nesta população a existência de paralisia, atrofio dos membros inferiores, disfunções ao nível da eliminação, perda sensorial, escoliose, entre várias outras problemáticas (Mitchell et al., 2004).

Os indivíduos com espinha bífida, apesar dos vários impedimentos causados pela doença, podem vir a ter vidas longas. Estima-se que 78% da população portadora desta condição vive até aos 17 anos (Wong & Pedrozzi, 2001).

Paralisia cerebral

A paralisia cerebral é uma condição médica que se caracteriza por deficiências ao nível do desenvolvimento neurológico, que resultam em problemas relacionados com a postura e o movimento (Sankar & Mundkur, 2005). Trata-se de uma doença que afeta 2,1 em cada 1000 recém-nascidos (Oskoui, Coutinho, Dykeman, Jetté & Pringsheim, 2013).

As causas da paralisia cerebral podem ser congénitas, genéticas, inflamatórias, infeciosas, anóxicas, traumáticas ou metabólicas, e podem ocorrer nos períodos pré-natal,

perinatal ou pós-natal. São exemplos de complicações pré-natais a ocorrência de infeções intrauterinas, malformações congénitas ou problemas relacionados com a placenta, entre vários outros. Durante o parto podem ocorrer infeções, hemorragias, convulsões ou asfixia, entre outros. No período pós-natal as possíveis causas para a paralisia cerebral relacionam-se com a ocorrência de infeções cerebrais, como por exemplo a meningite, e com a falta de fluxo de oxigénio, como por exemplo a asfixia ou o afogamento (Sankar & Mundkur, 2005). Os principais fatores de risco de ocorrência de paralisia cerebral são a prematuridade e o baixo peso do bebé (Michael, 2004).

A paralisia cerebral contribui, em cerca de 75% dos casos, para a ocorrência de outras condições médicas e défices. 60% dos casos de indivíduos com paralisia cerebral apresentam défice intelectual. É também comum ocorrerem incapacidades visuais e auditivas, em 28% e 12% da população respetivamente, bem como episódios convulsivos e epilepsia, em entre 35% e 65% da população. A paralisia cerebral pode ocorrer em vários níveis, sendo os três mais comuns a diplegia, a hemiplegia e a quadriplegia. Na paralisia cerebral diplégica os membros inferiores são mais afetados do que os membros superiores, enquanto que na paralisia cerebral hemiplégica acontece o oposto. Na paralisia cerebral quadriplégica, a mais acentuada, todos os membros são bastante afetados (Sankar & Mundkur, 2005).

O acompanhamento do indivíduo com paralisia cerebral, de forma a que este possa atingir o seu nível máximo de desenvolvimento e funcionalidade, é geralmente feito por uma equipa multidisciplinar composta por vários médicos especialistas, terapeutas e técnicos de saúde (Sankar & Mundkur, 2005).

Síndrome de Down

O síndrome de Down, também conhecido como trissomia 21, é um problema de saúde causado pela existência de um cromossoma 21 a mais genoma do indivíduo (Antonarakis,

Lyle, Dermitzakis, Reymond & Deutch, 2004). As causas para a ocorrência desta mutação não são conhecidas, sabendo-se apenas que o cromossoma extra é geralmente proveniente da mãe e que a probabilidade de ocorrência aumenta com a idade em que esta engravida (Jones, 2008).

A sua incidência na população é de 1 em cada 600 indivíduos, causando geralmente défices cognitivos e malformações congénitas que, se desenvolvidos adequadamente, podem permitir ao portador do síndrome de Down um elevado nível de funcionalidade (Hultén, Patel, Tankimanova, Westgren, Papadogiannakis, Jonsson & Iwarsson, 2008).

É possível fazer a despistagem da trissomia 21 no período pré-natal, através de vários métodos desenvolvidos. O método mais comum para este efeito é a análise citogénica (Antonarakis et al., 2004).

Perturbação do espetro do autismo

No ano de 1943, Leo Kanner, um pedopsiquiatra austríaco, publicou um artigo em que retratou o caso de um grupo de crianças com comportamentos atípicos e a quem atribuiu o diagnóstico de "early infantile autism" (Kanner, 1943). Este trabalho, por ter sido publicado em inglês, veio obter bastante reconhecimento internacional (Wing, 1981), impulsionando o estudo de "(…) um distúrbio percetível, que estava presente desde a infância e que persistia (…)", aquilo que hoje conhecemos como o autismo (Frith, 1991, p.6).

O autismo foi reconhecido oficialmente como uma perturbação mental em 1980, com a sua inclusão na 3ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais, DSM-III (American Psychiatric Association, 1980).

Em 2013, ano em que foi publicado o DSM-5, a perturbação autística foi fundida com algumas outras perturbações, formando uma perturbação mais generalizada denominada perturbação do espetro do autismo (PEA) (American Psychiatric Association, 2013).

A PEA integra a categoria das perturbações do neurodesenvolvimento. A definição disponibilizada no manual supracitado é a seguinte:

> "A perturbação do espetro do autismo é caracterizada por défices persistentes na comunicação e interação social em múltiplos conte reciprocidade social, em comportamentos não-verbais de comunicação usados para a interação social, e em capacidades para desenvolver, manter e entender relações. Para além dos défices na comunicação social, o diagnóstico de perturbação do espetro do autismo requer a presença de padrões restritivos e repetitivos de comportamento, interesse ou atividade." (American Psychiatric Association, 2013, pp. 31 e 32).

De acordo com o DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), o diagnóstico da PEA é feito com base em cinco critérios: (A) défice persistente ao nível da comunicação e interação social em vários contextos, (B) padrões restritivos e repetitivos de comportamento, interesse ou atividade, (C) presença dos sintomas desde o início do período de desenvolvimento, (D) prejuízo clínico significativo nas áreas de funcionamento sociais, profissionais ou outras relevantes e (E) os últimos critérios não sejam mais bem justificados por outras perturbações caracteristicamente similares.

Segundo Klin (2006), há uma variação notável na expressão dos sintomas do autismo. Os indivíduos com nível de funcionamento mais baixo podem apresentar sintomas como a mudez e pouca ou nenhuma interação social. Num nível mais elevado de funcionamento, os indivíduos podem aceitar alguma interação social, mas não a procurar. Atualmente, a PEA encontra-se dividida em três níveis: (1) requer apoio, (2) requer apoio substancial e (3) requer apoio muito substancial (American Psychiatric Association, 2013).

A PEA não tem ainda causa conhecida, pelo que não existe cura. Ainda assim, os sintomas são muitas vezes controlados com terapia e os indivíduos conseguem grandes

melhorias ao nível da qualidade de vida (Myles & Adreon, 2001). No que diz respeito a intervenções médicas, é por vezes adotada a utilização de medicamentos, como forma de gerir sintomas como por exemplo a inflexibilidade de comportamento (Tsai, 2000). Nas palavras de Klin (2006), "a maioria das crianças com autismo apresenta melhoria nos relacionamentos sociais, na comunicação e nas habilidades de autocuidado quando crescem." (Klin, 2006, p. 8).

A Musicoterapia

A relação da música com a saúde é antiga (Brown, Chen & Dworkin 1989; Supnet, Crow, Stutzman & Olson, 2016). Existem relatos escritos de que Platão, Asclepíades e Pitágoras utilizavam a música como ferramenta para alterar estados físicos e psicológicos na Grécia antiga. Há também informação de que o povo persa e o povo hebraico utilizavam a música como terapia para variadas patologias (Brown et al., 1989). Muitos dos antigos rituais terapêuticos que incluem som e música mantêm-se presentes até à atualidade em várias culturas (Gouk, 2000).

Apesar das duas áreas se interrelacionarem desde há tanto tempo, só no decorrer do século XX surgiu a profissionalização de uma área disciplinar formada através dessa mesma relação, a musicoterapia. A instituição da musicoterapia enquanto profissão potenciou a formação de organizações essenciais para a estruturação da sua prática, que por sua vez permitiram a sua investigação e consequente evolução (Wigram et al., 2002).

A musicoterapia, de acordo com a World Federation of Music Therapy (2011), define-se como "o uso profissional da música e dos seus elementos como intervenção em ambientes médicos, educativos e do quotidiano com indivíduos, grupos, famílias ou comunidades que procuram otimizar a sua qualidade de vida e melhorar a sua saúde e bem-estar físico, social, comunicacional, emocional, intelectual e espiritual". Para Bruscia (1995),

esta terapia é um processo interventivo sistemático em que um terapeuta auxilia o cliente a alcançar objetivos ao nível da saúde, utilizando experiências musicais e as relações que delas resultam como forças dinâmicas de mudança.

De acordo com Wigram et al. (2002) a musicoterapia pode, em certos casos, tomar uma forma reabilitativa, no sentido de reestabelecer capacidades e funcionalidades, enquanto que noutros pode servir como mera ferramenta para melhorar a organização psicológica ou o autoconhecimento. Esta prática terapêutica intervém em vários domínios, entre os quais as problemáticas motoras, sensoriais, somáticas, físicas, emocionais, comportamentais, intelectuais/cognitivas, relacionais, sociais, psicológicas e do desenvolvimento (Bruscia, 2014).

À medida que se foi desenvolvendo, a musicoterapia começou a expandir-se para diversas áreas de prática clínica. Começou por movimentar-se muito na área da saúde mental, e hoje em dia já se relaciona com a geriatria, educação, reabilitação social, entre várias outras (Peters, 1987). Alguns dos principais *settings* onde este tipo de intervenção tem lugar são escolas, clínicas, hospitais, lares residenciais, lares de idosos, centros comunitários, centros de dia e estabelecimentos prisionais. O trabalho terapêutico nestes locais é realizado com utentes de todas as idades que apresentem problemas emocionais, deficiências de foro intelectual, problemas psiquiátricos, deficiências de foro físico/motor, problemas de comportamento, problemas de adição de substâncias, problemas médicos (nomeadamente relacionados com o controlo de dor e ansiedade) e problemas de integração em contexto comunitário. A musicoterapia é também utilizada em contexto de gravidez, durante a situação de trabalho de parto e no período pós-parto (Bruscia, 2014).

Enquanto área disciplinar estreitamente relacionada com a psicologia, a musicoterapia rege-se em grande parte por modelos teóricos deste campo, como o modelo humanista, o

modelo cognitivo-comportamental ou o modelo analítico, entre outros. São alguns dos modelos pioneiros da musicoterapia o modelo de Paul Nordoff e Clive Robbins, de orientação humanista, o modelo de Clifford Madsen, de orientação comportamental, e os modelos de Juliette Alvin e Mary Priestley, ambos de orientação analítica, ainda que algo distintos um do outro (Wigram, Pedersen & Bonde, 2002). O primeiro modelo referido, denominado *Creative Music Therapy*, foi desenvolvido em 1959 por Paul Nordoff, um compositor e pianista, e Clive Robbins, um professor de educação especial, sobre os ideais humanísticos de que todo e qualquer indivíduo, independentemente das suas características pessoais, tem a capacidade inata de reagir ao estímulo musical e, desta forma, estabelecer-se enquanto ser musical. Enquanto intervenção prática, a musicoterapia realizada segundo este modelo baseia-se na improvisação musical, em grande parte das vezes sobre o que está a acontecer na sessão, e a relação terapêutica entre utente e terapeuta é formada através da música. Apesar do modelo em questão ser conceptualmente definido de forma bastante específica, sendo implementado por uma equipa de dois terapeutas através da utilização maioritária do piano, são vários os casos de indivíduos que, utilizando os ideais de base do modelo Nordoff-Robbins, o adaptam a si mesmos, criando novos modelos de intervenção (Wigram et al., 2002).

A musicoterapia funciona muitas vezes em colaboração com outras áreas terapêuticas, estabelecendo-se equipas multidisciplinares com médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, entre outros profissionais. Em comparação com grande parte destas terapias, a musicoterapia tem a vantagem de ser, segundo Crowe (1985) "*cost-effective*", uma vez que não requer um investimento considerável em equipamento. "O custo de investir em equipamento básico, tal como um gravador, uma aparelhagem e discos, uma guitarra (…) ou outros instrumentos básicos é mínimo." (Crowe, 1985, p. 47). A

musicoterapia tem ainda a vantagem de ser uma terapia que não requer competências verbais por parte dos utentes, tornando-se uma escolha pertinente para a população não verbal (Bunt & Stige, 2014).

A Sessão de musicoterapia

A sessão de musicoterapia pode ser construída de diversas formas, dependendo do *setting* onde tem lugar, uma vez que nem sempre é possível por parte da instituição conceder ao musicoterapeuta toda a liberdade espacial e temporal desejada. A sessão pode ser estruturada ou não estruturada no que toca às atividades desenvolvidas, de acordo com as especificidades de cada utente e com os objetivos definidos para o mesmo pelo musicoterapeuta (Bruscia, 2014). O trabalho é realizado de forma individual ou em grupo, também de acordo com o utente e com as competências a desenvolver definidas para si em avaliação (Bunt & Stige, 2014). Bruscia (2014) refere a importância de que a sessão constitua um ambiente onde o utente sinta segurança, empatia, compreensão e apoio incondicional.

A musicoterapia pode tomar uma estrutura recetiva ou uma estrutura ativa. A estrutura recetiva envolve a audição musical por parte dos intervenientes, enquanto que a estrutura ativa envolve a participação na criação ou execução musical, com auxílio da voz ou de instrumentos musicais (Bernatzky, Presch, Anderson & Panksepp, 2011). Bruscia (2014) refere quatro práticas musicais como sendo as práticas primárias em musicoterapia: improvisar, recriar, compor, e ouvir. Dentro destas quatro categorias estão englobadas inúmeras atividades, entre as quais a improvisação vocal e instrumental, a escrita de letras e composição de canções, a audição musical, a execução de arranjos sobre músicas já existentes, a criação de projetos de gravação musical ou de apresentação pública do trabalho realizado, entre muitas outras possibilidades (Bunt & Stige, 2014).

No trabalho de improvisação em musicoterapia, Wigram (2004) lista um conjunto de técnicas, às quais dá o nome de metodologias terapêuticas básicas, pelas quais o terapeuta se deve guiar. A primeira, *mirroring*, consiste numa imitação exata do utente por parte do terapeuta, com o objetivo de lhe transmitir a ideia de que se está exatamente onde este está. *Imitation* e *copying* são duas técnicas semelhantes à primeira. *Matching* consiste em improvisar algo diferente, mas compatível com aquilo que o utente está a fazer, com o objetivo de confirmar e validar o seu trabalho. *Reflecting* e *empathic improvisation* são duas técnicas semelhantes que consistem em adotar uma postura semelhante à postura do utente em sessão, quer seja ao nível da postura corporal, das expressões faciais ou do estado de espírito ou atitude. *Grounding* consiste em criar uma estrutura musical estável que funcione como base para que o utente se sinta suportado e possa criar a partir daí. Esta técnica pode ser utilizada de forma rítmica, harmónica ou melódica, através de ostinatos, e é semelhante à técnica *holding*, que consiste em estruturar a improvisação, mas não de forma tão basilar. *Containing* consiste em estruturar a improvisação de forma a contê-la musicalmente no espaço. *Dialoguing* consiste numa interação musical entre utente e terapeuta semelhante ao diálogo em comunicação verbal. Por fim, *accompanying* consiste num acompanhamento musical da música criada pelo utente, dando-lhe liberdade para que este seja a figura musical principal. Bruscia (1987) e Perry (2008) acrescentam outras técnicas, cada uma com pequenas particularidades, e também elas executadas no sentido de intervir musicalmente junto do utente e promover a criação de uma relação terapêutica.

O acompanhamento em musicoterapia é feito por um terapeuta formado e certificado nesta área disciplinar. Durante a sua formação, o musicoterapeuta recebe um treino específico para que desenvolva as competências necessárias ao contacto com as várias populações com quem poderá vir a trabalhar (Bruscia, 2014; Cameron, 2017). Este é o responsável pelo

processo de avaliação em musicoterapia, que pode ser realizado com recurso a escalas ou testes construídos especificamente para este efeito ou adaptações pessoais de escalas de outras áreas disciplinares relacionadas com o campo da saúde (Bruscia, 2014).

A Musicoterapia Aplicada à Deficiência Intelectual

A deficiência intelectual tem sido um dos principais focos de aplicação da musicoterapia desde a sua fundação enquanto disciplina (Alvin, 1965; Nordoff & Robbins, 1971). Os indivíduos com problemas deste âmbito respondem muito bem a atividades que envolvam música, o que confere à musicoterapia um nível de pertinência elevado em comparação com outras metodologias terapêuticas (Alley, 1977).

Com esta população, a musicoterapia consiste numa troca interativa entre terapeuta e utente, que deve ser flexível e adaptável às necessidades específicas do último (Cameron, 2017). A abordagem teórica adotada para este processo varia de terapeuta para terapeuta, podendo passar por perspetivas cognitivo-comportamentais, analíticas ou de orientação humanista. A primeira e a última são, de acordo com a literatura consultada e explicitada neste relatório, as mais populares, notando-se uma tendência para a utilização de metodologias comportamentais em estudos mais antigos (Barmann & Croyle-Barmann, 1980; Steele, 1977; Wolfe, 1980) e para a adoção de uma metodologia humanista, em específico o modelo musicoterapêutico de Nordoff e Robbins, nas investigações mais recentes (Aigen, 1995; Ansdell, 1995; Ritholtz & Turry, 1994). Kowski (2002), Etkin (1999), e White e Allen (1966) adotam uma abordagem psicodinâmica na sua intervenção em musicoterapia.

No que toca à definição de objetivos, o trabalho realizado pelos musicoterapeutas com esta população é feito no sentido de contribuir para o desenvolvimento das suas principais áreas problemáticas (Farnan, 2007). Meadows (1997) identifica seis objetivos gerais da musicoterapia para com indivíduos com deficiência intelectual. O primeiro consiste em

atender a necessidades básicas, o segundo em desenvolver o autoconhecimento, o terceiro em estabelecer relações interpessoais, o quarto em desenvolver competências específicas, o quinto em eliminar comportamentos patológicos, e o sexto, por fim, em desenvolver consciência e sensibilidade em relação à música. Lee (2014), através de entrevistas realizadas a musicoterapeutas, apurou que, na deficiência intelectual, o trabalho é maioritariamente realizado no sentido de maximizar o potencial e a qualidade de vida dos utentes, bem como promover a sua interação e socialização com os seus pares.

No caso de indivíduos com deficiência intelectual em níveis baixos de dependência, a componente ocupacional é algo que pode ser desenvolvido (Rickson, 2014). Rickson (2014) descreve um projeto criado por si e por uma equipa de musicoterapeutas com o principal objetivo de orientar jovens em final de escolaridade com deficiência intelectual na sua caminhada para uma vida adulta. As atividades realizadas pelos intervenientes no projeto consistiram em performance e investigação musical em grupo. A experiência do trabalho em grupo levou ao desenvolvimento de competências nos intervenientes tais como a capacidade de ouvir o outro, de esperar pelo outro, de respeitar o outro, de negociar com o outro e de arriscar. O grupo tornou-se num lugar seguro, o que contribuiu para um aumento gradual de independência observado nos indivíduos intervenientes no projeto.

A musicoterapia aplicada à deficiência intelectual, como referido anteriormente, requer uma prática adaptada às sensibilidades desta população (Cameron, 2017). As principais técnicas utilizadas neste contexto passam pela improvisação musical (Wigram et al., 2002), a aprendizagem instrumental (Knolle, 1973; Rosene, 1982), nomeadamente de instrumentos não tradicionais (Cassity, 1977), a utilização de instrumentos de componente eletrónica, como é o caso do *soundbeam* (Swingler, 1998), a utilização de software musical

(Ingber, 2003) e a preparação de atuações musicais em público (Beall, 1985; Chance, 1987; Hodges, 1981; McBain, 1982).

A musicoterapia é também praticada nesta população em conjunto com outras práticas terapêuticas, como a arteterapia (Watson & Vickers, 2002; Zagelbaum & Rubino, 1991), a terapia da fala (Bruscia, 1982; Lathom, Edson & Toombs, 1965; Oldfield & Parry, 1985), a fisioterapia (Dunachie & Budd, 1985; Oldfield & Peirson, 1985) e a terapia ocupacional (Oldfield & Feuerhhn, 1986). Por se tratar de um conceito disciplinar algo recente, adota regularmente metodologias de avaliação criadas para outras áreas terapêuticas, como as previamente referidas (Wigram et al., 2002). No caso específico da sua aplicação terapêutica na deficiência intelectual, destaca-se a grelha de avaliação estruturada por Boxill (1985), em que através de atividades sugeridas pela autora é possível determinar o nível de desenvolvimento do indivíduo avaliado nos mais variados domínios.

A música é uma ferramenta flexível no que diz respeito aos domínios conceptuais em que consegue intervir (Alvin, 1975). Na deficiência intelectual, a musicoterapia atua em vários domínios, entre os quais o domínio social, o domínio físico, o domínio emocional, o domínio pessoal e o domínio cognitivo (Johnels, Johnels & Rådemark, 2016). Este trabalho pode ser feito no sentido de estimular as competências verbais, aumentar as competências motoras, desenvolver comportamentos sociais apropriados, melhorar o desempenho académico ou diminuir a ocorrência de comportamentos desadequados (Alley, 1977).

Pela sua componente interativa, é comum a intervenção em musicoterapia ser definida com um objetivo em específico e acabar por intervir em vários domínios (Ansdell, 1995; Detzner, 1997; Krout, Burham & Moorman, 1993; Nicholls, 2002). No caso específico de Nicholls (2002), a intervenção em musicoterapia com um grupo de quatro jovens

adolescentes com deficiência intelectual profunda levou ao desenvolvimento de competências pessoais, emocionais e sociais.

Nos seguintes subcapítulos será explorado o impacto da intervenção musicoterapêutica aplicada à deficiência intelectual em cada um dos vários domínios de intervenção previamente referidos.

Domínio pessoal

O autoconhecimento é algo que se espera que o ser humano desenvolva naturalmente, através das experiências às quais é exposto ao longo da sua vida. No caso da população com défice intelectual, cujo processo de desenvolvimento em grande parte dos casos não acontece da forma esperada, esta competência pode não se desenvolver naturalmente, sendo necessária uma intervenção terapêutica para esse efeito (Boxill, 1981).

Segundo Boxill (1981), a música é algo a que nenhum ser humano é indiferente, independentemente do seu nível de funcionamento. A sua utilização enquanto terapia levará a que o paciente se veja na necessidade de lidar com aquilo a que é exposto e a fazer as suas escolhas, o que promoverá o desenvolvimento do seu autoconhecimento. Warwick (1984) relata o caso de uma criança de oito anos com autismo que conseguiu desenvolver o seu autoconhecimento através da utilização terapêutica da música, suportando o ponto de vista defendido por Boxill (1981). Como consequência, o utente demonstrou melhorias significativas em vários outros domínios, nomeadamente na socialização, e adotou uma postura de maior satisfação e felicidade.

Ansdell (1995) descreve o caso de Tom, um utente em idade adulta que, através da musicoterapia, desenvolveu um verdadeiro sentido de si próprio e da sua identidade, o que por sua vez levou a que lhe fosse possível desenvolver competências em outros âmbitos. Atkinson (2003), Bennis (1969) e Goldstein (1964) reportam casos clínicos em que

consideram que a musicoterapia contribuiu beneficamente para uma aceitação realista do insucesso e do fracasso em indivíduos jovens com autismo e deficiência intelectual.

White e Allen (1966) conduziram uma investigação com o objetivo de medir o efeito de dois tipos de intervenção musicoterapêutica no autoconhecimento de jovens adolescentes com défice intelectual. O estudo foi realizado com uma amostra de 60 utentes, todos eles de etnia africana e em contexto de institucionalização. A amostra foi dividida em três grupos, o grupo A com musicoterapia psicodramática, o grupo B com canto coral e o grupo C sem intervenção, como forma de controlo. No final da intervenção, o grupo A, que pôde durante as sessões de musicoterapia cantar, dançar e representar com absoluta liberdade, desenvolveu um conceito de identidade própria mais positivo e mais coerente com a realidade em relação aos dois outros grupos.

Krout et al. (1993) exploraram a utilização de um programa que combina a música com a tecnologia em jovens com défice intelectual em contexto de educação especial. O artigo em questão descreve o caso de uma jovem de 17 anos com diagnóstico de paralisia cerebral e deficiência intelectual, que durante as sessões teve oportunidade de escolher canções e controlar com as teclas do computador os parâmetros através dos quais estas eram tocadas (tempo, instrumentação, paragens, entre outros). No fim da intervenção, foi observado um aumento significativo no nível de independência da utente, bem como em aspetos de domínio cognitivo que serão mais à frente discutidos.

Detzner (1997) construiu um projeto de investigação em musicoterapia direcionado especificamente para o desenvolvimento da componente verbal em 10 utentes entre os 12 e os 21 anos de idade com deficiência intelectual profunda, e acabou por determinar como uma das principais consequências desta intervenção um aumento no nível de autoestima da sua amostra.

Domínio emocional

A deficiência intelectual ocorre geralmente em simultaneidade com comprometimentos de outros âmbitos, o que em grande parte contribui para o desenvolvimento de problemas de foro emocional. Neste domínio, a música age como ferramenta através da qual se torna possível a externalização de emoções, como por exemplo a raiva ou a tristeza (Wigram et al., 2002).

Etkin (1999) relata o trabalho realizado em musicoterapia com uma criança de 9 anos de idade com deficiência intelectual e vítima de abusos. Neste caso específico, através da música foi possível promover a expressão de sentimentos, os bons e os maus, de forma a permitir que o indivíduo em questão os reconhecesse, compreendesse e ultrapassasse de forma saudável. Agrotou (1988) e Keats (1995) adotaram o mesmo desenho metodológico, conseguindo, tal como Etkin (1999), viabilizar a expressão de sentimentos por parte dos seus utentes, uma criança de 10 anos e um adulto de 40 anos respetivamente.

Domínio cognitivo

No que diz respeito ao desenvolvimento de competências cognitivas na deficiência intelectual, a musicoterapia pode ser utilizada como forma de promover aspetos como a atenção e concentração, a memória, a motivação ou a aprendizagem (Wigram et al., 2002).

Vários autores estudaram a vertente da atenção e concentração nesta população com resultados positivos (Ely & Scott, 1994; Goldstein, 1964; Krout et al., 1993; McCarthy & Bakaitis, 1976; Montello & Coons, 1998; Wolfgram, 1978). Goldstein (1964), previamente referido por ter observado o desenvolvimento do autoconhecimento de uma jovem autista através da musicoterapia, relata também um aumento significativo na sua capacidade de concentração após a finalização da intervenção. Também Wolfgram (1978) e Ely e Scott

(1994) chegaram à conclusão que a musicoterapia pode ter um papel significativo no aumento do tempo útil de concentração de indivíduos com défice intelectual.

McCarthy e Bakaitis (1976) investigaram o efeito da musicoterapia em 300 jovens estudantes com deficiências intelectuais e físicas. As atividades terapêuticas consistiram em cantar e dançar, tocar instrumentos, e compor, pretendendo agir nos planos social, motor e cognitivo. Os resultados obtidos revelaram um aumento na capacidade de atenção da amostra, bem como uma diminuição na ocorrência de momentos de desconcentração da mesma. Krout et al. (1993), anteriormente mencionados por combinarem a música e a informática numa intervenção com uma jovem adolescente com paralisia cerebral e deficiência intelectual, detetaram, após o final da intervenção, um nível de atenção mais alto do que o observado inicialmente, bem como melhorias significativas em competências de aprendizagem, nomeadamente na identificação de cores e de instrumentos musicais pelos seus nomes.

No que toca à aprendizagem, a literatura existente divide-se em dois grupos, sendo um referente à aquisição de competências musicais (Ross, Ross & Kuchenbecker, 1973; Spitzer, 1989; Wilson & Fredericks, 1982) e o outro à aquisição de competências não musicais (Buday, 1995; Detzner, 1997; Hoskins, 1988; Jellison & Gainer, 1995; Kern, 2004; Moss, 1974; Orlando, 1993; Register, 2001; Staples, 1968; Wingert, 1972).

Spitzer (1989) relata o caso de um jovem de 17 anos com Síndrome de Down que apresentava dificuldade em cantar as notas corretas e em se manter afinado, pelo que o trabalho musicoterapêutico foi definido no sentido de atuar nesta questão em específico. O principal recurso utilizado foi um programa de computador denominado Musicom, em que o utente ouve um som, repete-o e recebe informação sobre se está correto, e se estiver errado sobre se deve descer ou subir a sua nota. De sessão para sessão observaram-se cada vez menos erros neste exercício, e o tom de voz do utente passou de algo significativamente

monocromático e grave para algo com variados registos, não só na voz cantada como também no diálogo.

Wilson e Fredericks (1982) observaram desenvolvimentos significativos na aprendizagem do piano num grupo de crianças com défice intelectual, bem como um aumento na motivação e interesse para o estudo do mesmo. De forma semelhante, Ross et al. (1973) observaram desenvolvimentos na aprendizagem rítmica em crianças com défice cognitivo, comparando as medições feitas antes e após a intervenção.

Wingert (1972) realizou um estudo com o objetivo de determinar o impacto da música num grupo de jovens com défice cognitivo em contexto escolar. As atividades realizadas consistiram em cantar em grupo, ouvir música, tocar instrumentos musicais e dramatizar musicalmente, e foram propostas aos indivíduos pertencentes ao grupo experimental. O grupo de controlo teve apenas acesso às atividades da sua rotina escolar. Através de duas escalas próprias para esta medição, chegou-se à conclusão que o grupo experimental demonstrou um aumento nas competências da aprendizagem em relação ao grupo de controlo, melhorando o seu conhecimento básico. Foi também observado o desenvolvimento de competências do foro social, que serão mais tarde explicitadas. Jellison e Gainer (1995) compararam o desempenho cognitivo de uma criança de 11 anos com deficiência intelectual no decorrer de um ano letivo em musicoterapia e em educação musical, e constataram que esta demonstrou uma frequência de respostas corretas e de concentração duas vezes superior na primeira atividade em comparação com a segunda.

Buday (1995) investigou o impacto da música na aprendizagem e aquisição de vocabulário em crianças com autismo e défice intelectual, observando que estas conseguiam desempenhar a tarefa consistentemente melhor no ambiente musical do que no ambiente não musical. Numa perspetiva semelhante, Staples (1968) propôs-se definir até que ponto é que a

música pode servir de mediadora no desenvolvimento cognitivo de jovens com défice intelectual, e para tal desenvolveu uma investigação baseada na aquisição de vocabulário. A amostra foi dividida em três grupos, o primeiro com o treino de dez palavras selecionadas com uma melodia, o segundo com o treino das palavras de forma rítmica e o terceiro sem qualquer componente musical, servindo de controlo. A conclusão a que a investigadora chegou foi a de que o grupo que trabalhou de forma rítmica conseguiu resultados mais elevados de aprendizagem quando comparado com os dois restantes grupos, não existindo diferenças significativas entre os dois últimos.

Detzner (1997) demonstrou com sucesso que a música pode influenciar beneficamente a aquisição ou o desenvolvimento de competências verbais de indivíduos com défice intelectual, nomeadamente no que diz respeito à articulação das palavras. Da mesma forma, Moss (1974) constatou que a articulação verbal pode ser influenciada pela utilização terapêutica da música junto desta população. Walker (1972) elaborou um estudo com o objetivo de aplicar a música na aprendizagem/treino da fala em indivíduos adultos com deficiência intelectual. Selecionou uma amostra de seis indivíduos, que dividiu aleatoriamente em dois grupos, o grupo experimental e o grupo de controlo. O grupo de controlo teve acesso a sessões de terapia da fala, enquanto que o grupo experimental, para além destas sessões, teve acesso a musicoterapia aliada à terapia da fala. Os resultados obtidos no grupo experimental nos dois parâmetros observados, aprendizagem de palavras funcionais especificamente selecionadas e qualidade do discurso inteligível, foram significativamente superiores aos resultados obtidos no grupo de controlo, concluindo-se que o estímulo musical pode acelerar o processo de aprendizagem/treino do discurso verbal em indivíduos com défice intelectual.

Kern (2004) explorou a utilização da música como ferramenta para a aquisição de competências relacionadas com a rotina diária de crianças com autismo. A investigadora realizou três estudos de caso, cada um com uma temática a si subjacente. A primeira intervenção atuou na rotina matinal de cumprimento às pessoas, a segunda intervenção no sequenciamento das tarefas do dia escolar e a terceira intervenção na interação com os pares durante os momentos de intervalo. A metodologia utilizada foi a escrita e composição de canções, e os resultados obtidos na amostra foram positivos, observando-se melhorias nos três aspetos em estudo. Também Orlando (1993) tentou intervir em competências relacionadas com o dia-a-dia de jovens com défice intelectual, estudando a utilização da música na aprendizagem da utilização de dinheiro. O grupo com quem interveio adquiriu competências básicas de utilização de moedas, pelo que se concluiu que a música pode ser utilizada como fonte de motivação para esta tarefa em específico.

Hoskins (1988), que interveio no desenvolvimento verbal de crianças com deficiência intelectual utilizando a música, relatou resultados positivos em comparação com intervenções não musicais com o mesmo objetivo, e tal como Orlando (1993), menciona a música como fonte motivacional. A influência da música aplicada a questões de motivação, produtividade e eficiência é um princípio algo antigo e que ainda hoje se mantem atual (Cardinell, 1944; Kerr, 1942, Lesiuk, 2005; Reynolds, 1943; Roberts, 1959; Robertson & Cooper, 2011; Smith, 1961). Esta linha temática é explorada na deficiência intelectual por vários autores (Bellamy & Sontag, 1973; Cotter, 1971; Groeneweg, Stan, Celser, MacBeth & Vrbancic, 1988; Miller, 1976; Owlia, French, Ben-Ezra & Silliman, 1995; Richman, 1976).

Groeneweg et al. (1988) conduziram uma investigação aplicada a uma amostra de adultos portadores de deficiência intelectual inseridos num programa de desenvolvimento de atividades ocupacionais. Os sujeitos foram observados durante o seu período de trabalho com

música ambiente e sem música, e constatou-se que durante os momentos de trabalho com música houve melhorias na orientação para a tarefa. Richman (1976) realizou investigação semelhante com esta população e chegou aos mesmos resultados.

Miller (1976) observou que jovens com défice intelectual leve em contexto escolar realizaram trabalho aritmético de forma mais produtiva quando expostos a música do que sem a presença deste estímulo. Cotter (1971) conseguiu de forma semelhante aumentar o tempo de execução das tarefas ocupacionais contingentes à condição de presença de música em oito jovens do sexo feminino com deficiência intelectual. Bellamy & Sontag (1973) e Owlia et al. (1995) investigaram esta hipótese e obtiveram resultados concordantes.

Domínio social

A população com deficiência intelectual costuma, de forma geral, sofrer com questões de isolamento, apresentando dificuldade em manter relações na comunidade em que se encontra inserida (Walker, Crawford & Leonard, 2014; Wiesel & Bigby, 2016). Isto deve-se ao facto de, por questões psicológicas e físicas, estes indivíduos apresentarem comportamentos diferentes do esperado pela comunidade e sentirem medo e ansiedade de situações desconhecidas para si. Neste caso em concreto, a música pode constituir um ambiente seguro e propício ao desenvolvimento de competências sociais (Wigram et al., 2002).

Uma das formas mais comuns de lidar com problemas de socialização em musicoterapia é a criação de grupos terapêuticos, permitindo aos utentes o contacto com outras pessoas e potenciando a criação de relações de grupo (Cameron, 2017). Watson (2007) trabalhou com um grupo de adultos com problemas de aprendizagem no sentido de melhorar as capacidades sociais, bem como atuar no plano pessoal, nomeadamente na autoconfiança e a capacidade de lidar com a frustração e de aceitar de forma saudável a realidade. Segundo a

própria, a música teve um papel preponderante neste processo, promovendo um ambiente seguro para a exploração social dos intervenientes (Watson, 2007).

Uma forma de fazer a transição das competências sociais do ambiente seguro do grupo para a comunidade do utente é, segundo Watson (2014), incorporar os seus cuidadores e pessoas próximas nas sessões de musicoterapia. Desta forma, os últimos poderão aperceber-se das verdadeiras potencialidades e capacidades dos primeiros. Para além de promover um estreitamento na relação entre o utente e o seu cuidador ou familiar, esta prática pode dar ao último conhecimento sobre ferramentas a utilizar em contexto externo à sessão (Watson, 2014).

Curtis e Mercado (2004) descrevem um programa de musicoterapia desenvolvido com o objetivo de promover a integração de adultos com deficiência intelectual na vida em sociedade. O programa consiste na criação de grupos musicais compostos por indivíduos com e sem deficiência. Os resultados desta plataforma experimental foram positivos, observando-se não só o desenvolvimento de coesão grupal como também a participação ativa dos membros com deficiência na escolha de um nome para o grupo e do seu respetivo logotipo. Baumgarten e Wheeler (2016) conduziram uma investigação empírica com o objetivo de compreender se adultos com deficiência intelectual podem desenvolver competências sociais que lhes permitam participar de forma ativa na sociedade através da musicoterapia. As competências sociais exploradas foram iniciar uma conversa, participar em trocas recíprocas e expressar emoções. Uma amostra de quinze indivíduos participou durante seis semanas em sessões bissemanais de musicoterapia em grupo. Observou-se que a amostra desenvolveu as suas competências de socialização em musicoterapia, havendo um aumento notório das interações sociais. Observou-se também mais respeito para com os colegas por parte da amostra, o que promoveu a confiança e a coesão do grupo.

O domínio social compreende áreas temáticas como a comunicação, a interação, a cooperação e a aceitação em relação ao outro, bem como a partilha com o outro (Wigram et al., 2002). Relativamente à comunicação, a música tem vindo a ser explorada como ferramenta para o desenvolvimento da fala e do discurso funcional na deficiência intelectual com sucesso (Kerr, Meyerson & Michael, 1965; Klingler & Peter, 1963; Lathom, Edson & Toombs, 1965; Loven, 1957; Murphy & Simons, 1958; Walker, 1972).

Starr e Zenker (1998) relatam três casos clínicos em que a musicoterapia foi utilizada de forma bem-sucedida como forma de desenvolver a comunicação verbal de crianças com autismo, bem como a sua interação com o outro e aquisição de regras sociais. Finnigan e Starr (2010) conduziram um estudo com metodologia e resultados semelhantes, em que se trabalhou com uma criança com autismo no sentido de promover a aquisição de competências sociais através da utilização da música. Mahlberg (1973) relata o caso clínico de um jovem autista chamado Jack, com quem intervém em musicoterapia com o objetivo de desenvolver a comunicação. O trabalho realizado culmina com o utente a desenvolver um nível rudimentar de comunicação verbal, bem como a conseguir manter a atenção e concentração durante períodos progressivamente mais longos.

No caso de indivíduos com défice intelectual que não apresentem competências verbais ou com comprometimentos graves de linguagem, a musicoterapia representa uma nova possibilidade terapêutica, pelo facto de não requerer necessariamente competências verbais em intervenção (Berruti, Del Puente, Gatti, Manarolo & Vecchiati, 1993). Segundo Wigram et al. (2002), a música é uma linguagem por si só, com inflexões e nuances, através da qual podem ser intencionalmente expressados todos os tipos de emoção e sentimento sem a utilização de qualquer palavra.

Kowski (2002) descreve o trabalho realizado com uma utente em idade adulta com deficiência intelectual profunda, com quem realiza sessões de improvisação em musicoterapia com o objetivo de desenvolver competências sociais, essencialmente ao nível da comunicação pré-verbal. Debedout e Worden (2006) monitorizaram as respostas contingentes a uma intervenção de musicoterapia ativa em 17 crianças com défice intelectual profundo em comparação com a audição musical e interação com brinquedos interativos, concluindo que a primeira impulsionou um aumento significativo na frequência destas respostas quando comparada com as restantes duas. As investigadoras consideraram as respostas contingentes, de cariz maioritariamente motor, como tentativas de interação, chegando assim a esta conclusão.

Edgerton (1994) realizou um projeto de investigação baseado na aplicação de musicoterapia de orientação humanista, especificamente o modelo de musicoterapia criativa de Paul Nordoff e Clive Robbins, e com o objetivo de medir o progresso feito por uma amostra de 11 jovens com autismo no que toca à aquisição de competências de comunicação. Para tal, o investigador utiliza uma escala especificamente construída por si para o estudo em questão, e chega a resultados que apontam no sentido de que esta abordagem metodológica em musicoterapia influencia positivamente o desenvolvimento da comunicação nesta população. Aldridge, Gustroff e Neugebauer (1995) exploraram o mesmo tipo de caminho metodológico na sua investigação, analisando o impacto do modelo musicoterapêutico de Nordoff e Robbins na aquisição de competências sociais em jovens com deficiência intelectual. O grupo A, após três meses de sessões semanais de musicoterapia, revelou um aumento significativo na capacidade de ouvir e comunicar com o outro em comparação com o grupo B, que não teve acesso a qualquer intervenção musical, servindo de controlo.

MacDonald, O'Donnell e Davies (1999) reportaram ganhos na comunicação de grupo de jovens com comprometimento intelectual com quem intervieram musicalmente. O estudo consistiu na divisão de uma amostra de 60 jovens em três grupos: dois grupos experimentais, o primeiro com intervenção musical e o segundo com realização de atividades artísticas e didáticas, e um grupo de controlo, sem intervenção fora da rotina. Para além do grupo com quem se interveio musicalmente obter resultados superiores aos dois restantes grupos nos níveis de comunicação observados, uma análise longitudinal revelou que estes resultados se mantiveram durante os seis meses posteriores ao final da intervenção.

Braithwaite e Sigafoos (1998) compararam a frequência da ocorrência de momentos de comunicação apropriada em grupos de crianças com défice intelectual em duas condições ambientais diferentes. Observou-se maior ocorrência do parâmetro medido aquando de uma atividade musical em comparação com uma atividade meramente conversacional, o que leva a que se conclua que a música enquanto estímulo pode afetar positivamente a aquisição de competências comunicacionais.

Fillingham (2007) disserta sobre a utilização da musicoterapia na exploração de dificuldades relacionais na população em questão e no impacto destas dificuldades na sua qualidade de vida, concluindo que a inclusão social é o fator chave para a resolução deste problema e que o musicoterapeuta deve orientar o seu paciente nesse sentido. Tyler (2002) descreve o trabalho realizado em sessão de musicoterapia com quatro jovens com deficiência intelectual, e relata como sendo uma das principais dificuldades observadas o relacionamento recíproco entre os mesmos. Wigram (1988) menciona, como resultado obtido através do trabalho em musicoterapia na deficiência intelectual, um aumento notável na tolerância dos intervenientes uns para com os outros.

Rainey Perry (2003), Wolfgram (1978) e Ely e Scott (1994) abordam a temática da cooperação e da interação recíproca. Rainey Perry (2003) conduziu uma investigação experimental com uma amostra de 10 crianças com défice intelectual, com o objetivo de analisar as interações comunicacionais entre os intervenientes em sessões de musicoterapia. A investigadora constatou que, durante os momentos de intervenção, as tarefas musicais funcionaram como agente facilitador da interação recíproca entre os jovens intervenientes. Wolfgram (1978), tal como Ely e Scott (1994), já previamente referidos por investigarem o impacto da musicoterapia no domínio cognitivo em indivíduos institucionalizados com deficiência intelectual, observaram também ganhos no plano social, nomeadamente, e em concordância com Rainey Perry (2003), na interação em reciprocidade desta população com os seus pares.

Wimpory e Nash (1999) reportam o caso de Heather, uma criança com autismo com quem se trabalhou em musicoterapia no sentido de desenvolver a interação com o outro. Tratando-se de uma jovem que desde sempre repudiou qualquer tipo de contacto, físico ou comunicacional, a musicoterapia permitiu que fossem abertas vias de comunicação entre esta e o mundo, e em específico entre esta e a sua mãe, contribuindo de forma positiva para uma redução no seu isolamento social. Gale (1989) apresenta dois casos clínicos em musicoterapia, o caso de Ranjit e o caso de Pryderi, dois jovens adultos com comprometimento intelectual. Através de uma intervenção musicoterapêutica em grupo, com duração de dois anos, Pryderi conseguiu descobrir formas mais saudáveis de interagir com os outros. Ranjit, cuja interação tanto com pessoas como com objetos consistia em dar-lhes uns segundos de atenção incondicional e empurrá-los para longe logo de seguida, conseguiu em cinco sessões realizar uma escolha instrumental e interagir em harmonia com a mesma.

Hooper (2001) avaliou o número de interações sociais não solicitadas entre quatro adultos com deficiência intelectual durante atividades musicais e jogos estruturados, e observou que o nível de interações entre os indivíduos aumentou durante as atividades. A seu ver, conclui-se que a utilização de atividades musicais pode ser utilizada para o fim de aumentar a frequência de interações sociais nesta população. Skewes e Thompson (1998), numa linha exploratória semelhante, propuseram-se investigar a influência da música no desenvolvimento de competências sociais, neste caso junto de uma população mais jovem nas mesmas condições clínicas. Os resultados obtidos apontam no sentido de que este tipo de intervenção pode influenciar a interação não só com os pares, mas também com os familiares ou cuidadores.

Humpal (1991) conduziu uma investigação com vista a medir a progressão na interação de jovens com défice intelectual leve com jovens sem qualquer diagnóstico clínico através da intervenção em musicoterapia. Os resultados obtidos através da observação do grupo de jovens demonstram que a musicoterapia contribuiu beneficamente para um aumento na frequência das interações. Gunsberg (1988) também investigou experimentalmente a utilização da música em contexto de grupo com crianças com deficiência intelectual e crianças sem problemas cognitivos, e os resultados que obteve são concordantes com os obtidos por Humpal (1991).

Domínio comportamental

Em contexto de deficiência intelectual, é comum a ocorrência de comportamentos atípicos em relação àquilo que é habitual para o ser humano. Estes comportamentos ocorrem geralmente na forma de autoagressividade, agressividade para com os outros e mau comportamento. É também comum nesta população a ocorrência regular de estereotipias (Emerson, 2001).

Wager (2000) descreve o caso de Ted, um jovem adulto de 36 anos com autismo e défice intelectual com quem interveio em musicoterapia durante cerca de quatro anos. O indivíduo em questão foi encaminhado para a musicoterapia pelos pais, na expectativa de que esta intervenção constituísse um escape onde fosse possível a externalização de emoções e sentimentos menos saudáveis e, por consequência, ocorresse uma diminuição de comportamentos menos desejáveis, entre os quais o atirar de objetos. Através do desenvolvimento de uma relação terapêutica entre terapeuta e cliente, foram observadas alterações comportamentais benéficas no último.

Ansdell (1995), como referido anteriormente, descreve o caso de um jovem adulto em que, através da musicoterapia, foi possível não só desenvolver um verdadeiro sentido de si próprio e da sua identidade, como também resolver problemas de agressividade no seu dia-a-dia. Também Wigram (1988) e Montello e Coons (1998) mencionam, como resultado obtido através do trabalho em musicoterapia na deficiência intelectual, uma redução considerável da ocorrência de comportamentos de agressividade.

di Franco (1999) introduz o trabalho musicoterapêutico como forma de reduzir comportamentos de estereotipia no autismo. A ferramenta que utiliza para esse fim é a improvisação vocal. Steele e Jorgenson (1971) reduzem eficazmente o comportamento estereotípico de uma criança com défice intelectual profundo através de uma abordagem cognitivo-comportamental em musicoterapia. Rapp (2004) adota uma abordagem teórica semelhante à de Steele e Jorgenson (1971), conseguindo reduzir as estereotipias de um jovem com síndrome de Down e défice cognitivo através do ato de lhe retirar a música. Barmann e Croyle-Barmann (1980) utilizam a música como condicionamento para a redução de comportamentos de autoagressão numa criança com deficiência intelectual em momentos de ansiedade.

Caron, Donnell e Friedman (1996) conseguiram, através de uma metodologia recetiva em musicoterapia, intervir junto de adultos com défice intelectual profundo no sentido de diminuir a ocorrência de bruxismo. Heal e O'Hara (1993) descrevem o trabalho realizado em musicoterapia com uma jovem adulta com Síndrome de Down e deficiência intelectual com quadro cínico de anorexia nervosa. Com o decorrer da intervenção, e com o desenvolvimento de uma relação terapêutica entre a paciente e a equipa terapêutica, é notório o progresso da primeira no que diz respeito a expressar e lidar com as suas emoções, o que acaba também por ter um efeito positivo na resolução do seu distúrbio alimentar. Nos últimos estádios da intervenção em musicoterapia, observa-se que a paciente consegue ultrapassar momentos de ansiedade e stress, como as situações de férias, sem ter o apoio da musicoterapia e sem perder peso.

Hooper e Lindsay (1991) investigaram o papel da musicoterapia na redução de ansiedade e de comportamentos de agressividade em adultos com deficiência intelectual. A intervenção foi feita com quatro adultos em condições diferentes. A teve acesso a 10 sessões de audição de música gravada, B teve acesso a 5 sessões de audição de música gravada e 5 momentos de controlo (beber chá sem intervenção musical), C teve acesso a 10 sessões de audição musical ao vivo e D teve 5 sessões de audição musical ao vivo e 5 sessões de controlo semelhantes a B. Foram registadas medições mais reduzidas do nível de ansiedade nos momentos musicais em comparação com os momentos de controlo, registando-se também maior redução da ansiedade nos momentos de música ao vivo quando comparados com os momentos de música gravada. A redução da ansiedade nesta amostra proporcionou a indução de relaxamento e, por sua vez, uma redução significativa na ocorrência de comportamentos de agressividade.

Pasiali (2004) e Brownell (2002) exploraram o conceito de história social na musicoterapia, e observaram que a utilização da voz declamada e cantada de histórias construídas com base nas vidas dos intervenientes (com historial de autismo) diminuiu a ocorrência de comportamentos indesejados em comparação com uma situação de controlo.

McCarthy e Bakaitis (1976), referidos previamente por investigarem o efeito da musicoterapia em 300 jovens estudantes com deficiências intelectuais e físicas com resultados positivos no campo cognitivo, chegaram também a resultados positivos no que toca à diminuição de comportamentos disruptivos. Coyne, Dwyer, Kennedy e Petter (2000) chegaram a resultados semelhantes, conseguindo através da introdução de música erudita de *tempo* lento induzir uma diminuição de comportamentos disruptivos de jovens com défice intelectual grave em contexto de sala de aula.

Domínio físico

O estímulo musical enquanto processo terapêutico tem vindo a ser consistentemente utilizado no domínio físico em indivíduos com deficiência intelectual e impedimentos motores (Herron, 1970; James, Weaver, Clemens & Plaster, 1985; Hooper, McManus & McIntyre, 2004; Macurik, 1979; Thomas, Egnal, Van Eeden & Bond, 1974; Wolfe, 1980).

James et al. (1985) investigaram a influência do estímulo auditivo juntamente com o estímulo vestibular no desenvolvimento motor de adultos com atraso global de desenvolvimento. O estudo foi feito com uma amostra de 24 indivíduos, que foram aleatoriamente divididos em dois grupos. O grupo experimental obteve resultados superiores aos resultados do grupo de controlo em relação ao desenvolvimento motor, o que sugere que a estimulação auditiva, coordenada com estimulação vestibular, pode ter efeitos benéficos no desenvolvimento deste tipo de competência.

Herron (1970) estudou a utilização de um instrumento de sopro no desenvolvimento da coordenação motora em jovens com paralisia cerebral com comprometimento intelectual. Utilizou-se a melódica, por ser um instrumento que combina simultaneamente as características de um instrumento de sopro e de um instrumento de teclas. Foi medida a coordenação motora no que diz respeito ao movimento dos dedos, à produção de um som estável e à conjugação simultânea do movimento dos dedos com o sopro, e os resultados obtidos foram positivos na generalidade da amostra, tendo um dos intervenientes conseguido aumentar a sua coordenação em 22% entre o início e o fim da intervenção.

Thomas et al. (1974), como previamente referido, trabalhou em musicoterapia com 9 jovens do sexo masculino com deficiência intelectual no sentido de desenvolver as suas competências em vários domínios, tendo concluído que os desenvolvimentos mais significativos foram feitos no domínio social e no domínio físico, com um aumento do controlo da motricidade fina.

Wolfe (1980) e Macurik (1979) propuseram-se intervir na questão da postura nesta população, o primeiro na postura da cabeça e o segundo na postura corporal, utilizando para esse efeito o estímulo musical numa perspetiva comportamental. Ambos conseguiram resultados positivos na correção da postura dos intervenientes, e no caso de Macurik (1979) as correções posturais mantiveram-se após a finalização da intervenção, já sem a contingência musical.

Objetivos do Estágio

Os objetivos definidos para o estágio referente a este relatório são os seguintes:

- Dar a conhecer a musicoterapia e as suas potencialidades a uma instituição e a profissionais de saúde que, em grande parte, não conhecem esta terapia;
- Promover o desenvolvimento de competências na população presente na instituição de estágio, tendo como base a promoção de relações terapêuticas entre a terapeuta e os utentes, e utilizando como principal ferramenta a música;
- Passar à instituição informação acerca do trabalho realizado e resultados obtidos no estágio, para que esta possa dar seguimento, através das suas próprias valências, à linha seguida nas sessões de musicoterapia;
- Ganhar experiência pessoal e profissional no trabalho de campo em musicoterapia.

Metodologia

No presente capítulo será feita uma descrição do conjunto de participantes deste projeto, 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. Trata-se de um estudo longitudinal, realizado entre Outubro de 2016 e Janeiro de 2017, em que se adotou uma metodologia indutiva, sob a forma de estudo de caso.

Participantes

O estágio foi desenvolvido com uma amostra de conveniência de 8 indivíduos, 5 do sexo feminino e 3 do sexo masculino, todos eles adultos e com idades compreendidas entre os 17 e os 36 anos. Por razões relacionadas com a confidencialidade dos indivíduos em questão, utilizar-se-ão pseudónimos em substituição dos seus nomes verdadeiros.

A tabela 1 sistematiza a informação referente à descrição dos participantes este estudo.

Tabela 1 - *Descrição dos Participantes do Estudo*

Nome	**Sexo**	**Idade**	**Tempo de permanência na instituição**	**Diagnóstico**
Marisa	F	24	4 anos	Síndrome de anomalias múltiplas, anomalia cromossómica hereditária e epilepsia
Vanessa	F	30	10 anos	Deficiência congénita permanente e anatómica
Francisco	M	36	12 anos	sem diagnóstico definido

Nome	Sexo	Idade	Tempo de permanência na instituição	Diagnóstico
Ricardo	M	32	8 anos	Atraso mental, deficiência motora e epilepsia
Sara	F	21	6 anos	Paralisia cerebral e cromossomopatia
Manuela	F	31	11 anos	Síndrome de Lennox-Gastaut
Pedro	M	34	10 anos	Paralisia cerebral com comprometimento intelectual concomitante
Rita	F	17	5 meses	Síndrome de Down

Instrumentos de Avaliação

A avaliação inicial, que teve lugar no segundo mês de estágio, foi feita através de uma grelha de avaliação adaptada pela estagiária a partir da grelha de avaliação criada por Edith Boxill (disponibilizada em apêndice) em *Music Therapy for the Developmentally Disabled* (Boxill, 1985).

O progresso dos utentes 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

Procedimentos

O estágio teve início em Outubro de 2017. Durante o primeiro mês de presença na instituição as tarefas consistiram maioritariamente em conhecer os seus utentes e demais profissionais de saúde, integrando as várias salas e participando nas atividades realizadas por outros técnicos. Durante este primeiro mês foram também consultados todos os registos e

processos referentes aos utentes, como forma de complementar a experiência de contacto pessoal com os mesmos.

Atingindo o segundo mês de estágio, reuniu-se com a orientadora com o objetivo de obter algum rumo referente à escolha dos utentes com quem trabalhar e da sua divisão em sessões. Os participantes foram selecionados em conjunto pela estagiária e a orientadora, de acordo com dois critérios. O primeiro foi o de terem disponibilidade horária para a frequência das sessões de musicoterapia no horário de atendimento da estagiária, o que não se previa fácil pelo facto de se tratar de uma instituição com bastantes atividades internas e externas. O segundo critério foi o de se tratarem de utentes com os quais a orientadora tem algum contacto, de forma a que a troca de impressões nas sessões de orientação fosse o mais produtiva possível.

Foi feita com cada um dos utentes selecionados uma primeira sessão individual de levantamento de dados, com vista a avaliar as áreas de intervenção menos desenvolvidas e mais pertinentes do ponto de vista do trabalho musicoterapêutico. Com os resultados desta avaliação, decidiu-se trabalhar com os utentes em sessões individuais.

Decidiu-se realizar sessões de cerca de 45 minutos, deixando-se sempre alguma margem para que, em casos pontuais, as sessões tivessem início mais cedo ou mais tarde, tendo em conta razões logísticas da instituição. No caso do Francisco e da Rita, chegou-se à conclusão de que 45 minutos era tempo demais para a sessão, tendo esta sido ajustada para 30 minutos.

Com exceção das sessões iniciais de alguns dos utentes, as sessões foram gravadas em vídeo. Todas estas gravações foram feitas após assinatura de um documento referente ao consentimento informado por parte dos responsáveis de cada um dos utentes.

Técnicas e Métodos Utilizados

As sessões de musicoterapia realizadas no âmbito do estágio assumiram especificidades de acordo com cada utente ou grupo de utentes. Com alguns utentes adotou-se uma estrutura improvisativa, enquanto que com outros as sessões desenvolveram-se de forma mais estruturada, com um plano de atividades definido pela estagiária previamente à sessão.

Nas sessões foram adotadas práticas musicais diversificadas. Para além da prática instrumental com vários instrumentos de fácil utilização disponibilizados aos utentes, foi explorado trabalho vocal, sob a forma de interpretação de canções existentes, e também a escrita de canções originais. Foram também dinamizadas outro tipo de atividades, tais como por exemplo a execução de jogos musicais e a inclusão de tarefas como a pintura ou o desenho na sessão de musicoterapia.

Havendo vários níveis de dependência funcional e capacidade intelectual entre os participantes, os limites temporais da sessão foram, em alguns casos, marcados por experiências musicais ritualizadas. Assim, adotou-se o conceito de "canção do olá" e "canção do adeus", duas canções escritas e compostas previamente pela estagiária com o objetivo de marcar o acolhimento inicial do utente e gerar nele(a) a expectativa do final da sessão, respetivamente. Com os utentes com menos necessidade de estruturação, as sessões derivavam muitas vezes do conteúdo da conversa inicial entre os intervenientes da sessão de musicoterapia.

Com o desenvolver das sessões e da relação terapêutica, houve casos em que utentes com quem inicialmente as sessões eram livres passaram a realizar trabalho mais estruturado e vice-versa, de acordo com a progressão do envolvimento e das competências demonstradas pelos próprios.

Setting e Material Utilizados

As sessões de musicoterapia foram desenvolvidas numa sala de apoio à fisioterapia pouco utilizada pelos funcionários da instituição. Por essa mesma razão, a sala funcionava até certo ponto como zona de arrumos, tornando-se por vezes complicado arranjar espaço para a intervenção.

Na altura do início da primavera, a instituição procedeu a uma reorganização das suas salas, e a sala de musicoterapia recebeu material mais conveniente a esta intervenção. Grande parte do material que lá se encontrava armazenado saiu, proporcionando um ambiente menos confuso e mais espaçoso.

Os instrumentos musicais disponibilizados aos utentes, para além da voz de cada um, foram os seguintes: (1) *ukulele* tenor, (2) pandeiretas, (3) pandeiro, (4) *ocean drum*, (5) *kalimba*, (6) castanholas, (7) *energy chime* de 3 notas, (8) *djembé*, (9) maracas, (10) pratos chineses, (11) triângulo, (12) guizos e (13) shakers. Nem todos os instrumentos estavam disponíveis em todas as sessões, de acordo com cada um dos utentes e com a perceção da terapeuta em relação às suas necessidades.

Agenda de Estágio

O estágio foi desenvolvido entre Outubro de 2017 e Junho de 2018, durante as manhãs de terça-feira, quarta-feira e quinta-feira. A tabela 2 representa a divisão do trabalho pelos dias de estágio.

Tabela 2 - *Distribuição Horária do Trabalho em Estágio*

Horas	3ª feira	4ª feira	5ª feira
8:00	Organização	Organização	Organização
8:15			
8:30	Sessão individual	Sessão individual	Sessão individual
8:45			
9:00			
9:15			
9:30			
9:45	Sessão individual	Sessão individual	Sessão individual
10:00			
10:15			
10:30			
10:45	Sessão individual	Sessão individual	Sessão individual
11:00			
11:15			
11:30			
11:45			
12:00	Sessão individual	Sessão individual	Sessão individual
12:15			
12:30			
12:45			

Notas:

(a) o período entre as 8h e as 8:15h destina-se à arrumação da sala onde são feitas as sessões de musicoterapia e ao posicionamento e afinação dos instrumentos musicais.

(b) os períodos entre sessões destinam-se a levar o utente de volta à sua sala, reorganizar a sala de Musicoterapia, descarregar o vídeo da sessão, preencher a ficha de observação da sessão e a ir buscar o utente seguinte.

Outros Projetos e Atividades Realizados no Período de Estágio

No decurso do estágio, a estagiária teve oportunidade de participar em atividades da instituição fora do seu âmbito interventivo. Durante o período de contacto inicial com a instituição, a estagiária participou de forma ativa nas sessões de psicologia de vários utentes, alguns com quem veio mais tarde a trabalhar em musicoterapia. Esta participação foi sugerida pela psicóloga em funções na altura, que viu nela uma boa oportunidade para a estagiária conhecer os utentes com quem poderia vir a trabalhar.

Mais tarde, na altura da celebração do *halloween*, a estagiária acompanhou a psicóloga numa atividade temática, que consistiu na passagem de sala em sala com pinturas

faciais e doces e interação com os utentes. Ainda nesse mês, foi convidada a participar na elaboração de um bolo e sua respetiva decoração, para a celebração de um aniversário.

Durante o mês de Janeiro foram agendadas filmagens das atividades da instituição para elaboração de um vídeo publicitário, e a estagiária participou, sendo filmada em sessão com alguns utentes.

Estudos de Caso

Neste capítulo serão apresentados dois estudos de caso, onde será apresentada uma reflexão mais aprofundada sobre o tipo de intervenção levada a cabo neste estágio e os seus efeitos em pessoas portadoras de deficiência intelectual. Para cada um deles será feita uma descrição do utente, da sua avaliação inicial, do seu plano terapêutico e respetiva evolução, dos resultados obtidos e das conclusões a que se chegou.

Estudo de Caso I - A Vanessa

Neste subcapítulo será relatada a intervenção de musicoterapia realizada com a utente Vanessa.

Descrição do utente

A Vanessa é uma utente da CERCITOP com 30 anos de idade. Entrou para a instituição há cerca de 10 anos onde frequenta diariamente o Centro de Atividades Ocupacionais do Lourel em regime externo.

O seu diagnóstico clínico é de Deficiência Congénita Permanente Intelectual e Anatómica. Trata-se de uma utente cuja aparência física demonstra a deficiência de que sofre, salientando-se as suas dificuldades na locomoção e uma ligeira deformação na face. A utente desloca-se pelo seu próprio pé, apesar de ter uma forma de caminhar característica por cambalear. Queixa-se frequentemente de cãibras nas pernas, o que por vezes torna complicada a tarefa de caminhar.

A Vanessa apresenta uma autonomia relativa em tarefas simples do seu dia-a-dia. São exemplos destas tarefas beber água, lavar as mãos e comer as refeições. Todas as restantes tarefas que desempenha são realizadas com supervisão de monitores do CAO.

A Vanessa é uma jovem adulta de postura calma e simpática. Em sala, a sua presença é discreta, realizando em silêncio as tarefas que lhe são propostas, ainda que não procurando

tarefas quando está sem nada para fazer. Comunica com intencionalidade, nomeadamente quando precisa de pedir algo aos cuidadores. Na sala onde costuma passar o dia, interage pouco ou nada com os seus pares. A sua comunicação é realizada através de gestos e sons indecifráveis, ainda que por detrás dos últimos pareçam estar palavras simples, como "não" ou "sim". A sua expressão facial quando em interação é coerente com o conteúdo das vivências expectáveis. Sorri quando algo lhe agrada, e exibe uma expressão facial adequada quando expressa dúvidas

O primeiro contacto entre a estagiária e a Vanessa aconteceu em contexto de sala do CAO. A estagiária apresentou-se a todos os utentes da sala, levando consigo um instrumento musical para que estes percebessem que esta interviria em algo relacionado com a música. A Vanessa, que se encontrava a montar peças didáticas, largou-as assim que a estagiária se aproximou dela. Foi-lhe entregue o instrumento musical, a *kalimba*, instrumento esse que ela agarrou e que se manteve a tocar ininterruptamente e de forma exploratória, olhando de vez em quando para a estagiária, até que chegou a hora de ir almoçar. Nesse momento, agarrou a estagiária pela mão e começou a encaminhar-se para o refeitório, como que tentando que esta participasse no almoço. Nos momentos de interação seguintes o comportamento da utente para com a estagiária foi sempre semelhante, chamando-a para ao pé de si e demonstrando interesse em tocar no instrumento musical trazido.

O encaminhamento da Vanessa para a musicoterapia foi feito essencialmente pelo facto de esta ser uma das poucas utentes do CAO do Lourel sem atividades extra ao trabalho realizado na sala, ainda que tenha sido sinalizada a necessidade de estimulação para desenvolvimento de competências de vários âmbitos.

Avaliação inicial

A avaliação da Vanessa foi feita na primeira sessão individual. Foi proposta a realização de diversas atividades musicais, através das quais se observou a utente em vários domínios e, consequentemente, se preencheu a ficha de avaliação selecionada.

No plano pessoal/emocional, a utente demonstrou uma consciência adequada da realidade funcional à sua volta, utilizando expressões faciais coerentes e respostas emocionais adequadas àquilo a que se encontrava exposta. Não foi detetada nenhuma dúvida na capacidade da utente de se reconhecer a si própria em comparação com o outro, havendo um claro reconhecimento da mesma pelo seu nome e da estagiária por outro nome.

No plano cognitivo, foram detetados alguns comprometimentos na utente, o que vai ao encontro dos dados do seu processo clínico. Demonstrou bons níveis de atenção e concentração nas tarefas realizadas, bem como facilidade na interpretação da música ouvida e consequente resposta motora. Apresentou boa compreensão auditiva e visual de conceitos simples do dia-a-dia e de conceitos musicais, também eles simples. Em relação à execução musical, demonstrou pouca afinação e dificuldade em imitar ritmos simples, tanto individualmente como em conjunto com a estagiária.

No plano social, registou-se a presença de contacto visual apropriado entre a utente e a estagiária, intencionalidade na comunicação com o outro e vontade de participar nas atividades em conjunto com a estagiária. Registou-se uma falha grave ao nível do discurso verbal, pelo facto da Vanessa comunicar essencialmente através de gestos e sons abstratos.

No plano físico a Vanessa apresentou uma marcha eficaz, ainda que com algumas limitações posturais e de locomoção, e boa capacidade visual e auditiva. Demonstrou um bom nível de motricidade grossa, conseguindo movimentar os seus braços e pernas com facilidade, e um nível ligeiramente mais baixo no desempenho de tarefas referentes à

motricidade fina, como por exemplo a utilização dos dedos para tocar nos instrumentos musicais.

Por fim, no plano comportamental, a Vanessa demonstrou ser cooperante em todas as tarefas e perseverante, não desistindo facilmente perante dificuldades ou complicações. Observou-se que a utente não tem por hábito tomar a iniciativa, deixando sempre essa tarefa para a estagiária, mesmo quando incentivada a fazê-lo. Não foi detetada a presença de estereotipias.

Desta avaliação da Vanessa foi detetado como principal domínio a desenvolver o domínio comportamental, nomeadamente no que diz respeito ao facto da utente nunca tomar a iniciativa de iniciar tarefas por si só e isso levar a que, no seu dia-a-dia, passe grandes períodos de tempo sem atividade. Registou-se também a necessidade de intervir na questão da comunicação, pelo facto de a utente demonstrar vontade em comunicar verbalmente, mas não conseguir.

Plano terapêutico

Tendo em conta os dados e informações da Vanessa recolhidos através da sessão de avaliação e da observação por parte da estagiária, elaborou-se um plano terapêutico específico para a sua intervenção em musicoterapia.

No que toca à estruturação logística desta mesma intervenção, determinou-se trabalhar de forma individual e bissemanal com a utente, tendo as sessões uma duração aproximada de cerca de 45 minutos. Os objetivos e estratégias definidos no plano terapêutico da Vanessa encontram-se explicitados de seguida, na tabela 3.

Tabela 3 - *Objetivos e Estratégias Definidos no Plano Terapêutico da Vanessa*

Nível de funcionamento atual	Objetivo a longo prazo	Objetivo a curto prazo
Ausência de autonomia e de tomada de iniciativa.	Estimular a autonomia em relação a tomar a iniciativa de realizar ou propor a realização de tarefas do seu interesse.	Impulsionar a capacidade da utente de "guiar" a sessão, promovendo a escolha dos seus próprios instrumentos musicais e das atividades a realizar.
Ausência de linguagem verbal expressiva.	Promover o aumento da emissão sonora e a comunicação verbal.	Promover a execução vocal de canções e estimular a realização de pequenos diálogos com vocabulário simples e bem pronunciado.
Ausência de compreensão e execução melódica e rítmica correta.	Promover a afinação, bem como a compreensão e execução rítmica da utente em conjunto com a estagiária.	Fomentar a execução de pequenos excertos melódicos em harmonia com a estagiária, bem como excertos rítmicos da mesma forma.

Processo terapêutico

A intervenção realizada com a Vanessa tomou, desde o início, uma forma estrutural extremamente livre e baseada na improvisação musical. Por se tratar de uma utente com as competências verbais muito pouco desenvolvidas, esta improvisação foi, em grande parte, instrumental. Não foi adotado nenhum tipo de ritual de início ou de fim de sessão, por não se encontrar necessidade para isso neste caso concreto.

A primeira sessão consistiu na sessão de avaliação inicial da Vanessa. A intervenção em musicoterapia teve início no segundo momento de contacto individual entre a Vanessa e a estagiária, já com os objetivos terapêuticos definidos de acordo com a avaliação realizada na primeira sessão. A utente veio da sua sala de CAO extremamente bem-disposta, como até então tinha sido habitual, e sentou-se onde a estagiária lhe disse para se sentar. Observou os

instrumentos com atenção, de forma silenciosa, sem lhes tocar. A estagiária utilizou o *ukulele* para realizar uma harmonia simples, e foi apresentando à utente os instrumentos musicais um a um, pedindo-lhe que os explorasse, ao que a mesma acedeu sempre de forma interessada e sorridente. Foi-lhe pedido que repetisse os nomes dos instrumentos à medida que os ia tocando, mas a utente não demonstrou capacidade para tal tarefa, emitindo apenas sons. Este aspeto foi sendo explorado ao longo da intervenção, sempre com resultado semelhante.

A postura da Vanessa durante esta sessão manteve-se ao longo das primeiras semanas, realizando aquilo que lhe era pedido e nunca tomando a iniciativa de fazer algo por ela própria. O seu nível de energia era, regra geral, o mesmo demonstrado pela estagiária.

Ao longo do tempo, a sua postura evolveu ligeiramente, passando a haver uma imitação da estagiária. Se esta mudava de instrumento, a Vanessa mudava de instrumento, se a primeira parava de tocar e fazia silêncio, a utente repetia. Na sexta sessão, enquanto a estagiária tocava no *ukulele*, a Vanessa tomou pela primeira vez a iniciativa de fazer algo, aproximando-se da estagiária e começando a passar as mãos pelas cordas do instrumento. A estagiária colocou o instrumento em cima da mesa, entre as duas intervenientes, que se mantiveram durante largos minutos a tocar em conjunto, mantendo contacto visual uma com a outra. Esta atividade, que mais tarde deu lugar a algo semelhante no *djembé*, foram realizadas de forma conjunta mas sem junção rítmica, apesar do esforço da estagiária em se juntar com a utente, utilizando a técnica *grounding*, referida no enquadramento teórico. Esta alteração no padrão de comportamento por parte da Vanessa deu a entender à estagiária um possível início de construção da relação terapêutica, com um claro aumento do à vontade da utente para com a estagiária.

Na oitava sessão, numa atividade de improvisação conjunta entre as intervenientes na sessão em instrumentos de percussão, conseguiu-se pela primeira vez executar um excerto

rítmico momentaneamente junto, que levou a, mais tarde na sessão, vários outros momentos de junção entre a utente e a estagiária no mesmo instrumento de percussão. Esta junção rítmica não regrediu ao longo do processo interventivo, o que sugere um possível desenvolvimento no estabelecimento de um relacionamento terapêutico de partilha mais profundo do que o detetado anteriormente.

Na décima primeira sessão, a Vanessa, no meio de uma improvisação instrumental em que estava a tocar nas cordas do *ukulele*, começou a cantar de forma semi-audível uma melodia algo desafinada e impercetível do ponto de vista da letra. A estagiária tentou realizar a técnica *grounding*, desta vez através da harmonia e não do ritmo, cantando um baixo contínuo o mais perto possível da melodia interpretada pela utente. Esta melodia veio a ser recorrente nas sessões de musicoterapia, apesar de não ter conseguido identificar a eventual canção em que a utente se estivesse a basear e de a própria estagiária ter dificuldade em conseguir manter a consonância melódica e harmónica.

No seio desta experiência de entoação melódica, foi feita uma tentativa de promover a articulação verbal por parte da utente, sem sucesso. Tal sugere que o potencial de aquisição de competências verbais por parte da utente terá de ser eventualmente trabalhado em mais detalhe e ao longo de um período de intervenção mais longo ao nível da terapia da fala, podendo a musicoterapia coadjuvar este tipo de intervenção.

Até sensivelmente ao final do segundo terço da intervenção terapêutica, a Vanessa manteve a postura de não procura e não tomada de iniciativa tanto na escolha de atividades a realizar em sessão como na escolha de instrumentos musicais.

Na vigésima terceira sessão, a utente, sem que lhe fosse pedido, olhou para outro instrumento que não o que tinha em mãos, pegou nele e emitiu um som não verbal, em jeito de “posso?”. A estagiária anuiu, e a partir daqui o comportamento da Vanessa em torno da

tomada de decisão alterou-se completamente. Na semana seguinte, quando a estagiária a foi buscar à sala de CAO, esta, que se encontrava a pintar um desenho que as monitoras tinham dado ao grupo de utentes, decidiu, sem hesitar, pegar nele, bem como nalgumas cores de lápis, e trazê-lo para a sessão. A sua postura em sessão foi dividida entre momentos de pintura e audição da música produzida pela estagiária, e momentos de partilha musical com a mesma.

No entender da estagiária, houve aqui um momento chave na evolução da relação terapêutica, que até então se tinha vindo a basear num aumento progressivo da confiança da utente em realizar tarefas em conjunto com a estagiária, sempre na base da imitação, e de um ponto de vista de professora/aluna. De repente, a sessão passou a incluir a tomada de iniciativa e, de certa forma, a "imposição" de vontades e gostos próprios por parte da Vanessa, num âmbito de pessoa que, tal como a estagiária, nem mais nem menos que a mesma, está ali para fazer música.

Esta postura de relativa autonomia e tomada de decisão manteve-se até ao final da sessão. No final da vigésima oitava sessão, quando a estagiária voltou com a utente para a sala de CAO, esta constatou que estava a decorrer uma atividade de pintura com tintas e pincéis, e sem que nada lhe fosse dito, pegou numa bata que estava pousada numa cadeira, vestiu-a, sentou-se numa cadeira entre as duas monitoras, pegou num pincel e começou a pintar numa folha, em silêncio. Foi visível o ar de surpresa tanto das monitoras como da estagiária, que contiveram a sua reação e deixaram a tarefa decorrer de forma natural. Poder-se-á interpretar esta alteração de comportamento como estando associada a um trabalho gradual de aceitação e promoção da iniciativa própria em *setting* musicoterapêutico, vindo a utente a expandir as suas competências de iniciativa e tomada de decisão.

Apresentação e discussão dos resultados obtidos

A intervenção em musicoterapia definida para a Vanessa teve como base três objetivos. O primeiro objetivo foi o de combater a postura de apatia e resignação em sala de CAO, promovendo a tomada de iniciativa própria de escolha de atividades por parte da utente. A utente não só desenvolveu esta competência em sessão ao longo da intervenção, nomeadamente na escolha de instrumentos musicais e de atividades a desenvolver, como conseguiu transferi-la para a sua vida fora da sessão, de acordo com as observações realizadas no final da vigésima oitava sessão. Considera-se, portanto, que este objetivo foi alcançado, confirmando a posição de Krout, Burnham e Moorman (1993), que relatam, de forma semelhante, um aumento no nível de independência de indivíduos com défice intelectual através da participação em sessões de musicoterapia. Rickson (2014), que explora a utilização de atividades de performance musical como meio para o desenvolvimento de competências de foro ocupacional em jovens na mesma situação clínica, refere também o desenvolvimento da independência da amostra com quem trabalha.

O segundo objetivo definido para a Vanessa foi o de promover e estimular a aprendizagem da emissão sonora verbal. Este objetivo foi definido de acordo com vários autores referidos no enquadramento teórico, que reportam o desenvolvimento de competências verbais em indivíduos com deficiência intelectual através da utilização da música. Neste caso concreto, tal trabalho não foi possível, ainda que este tenha sido pensado e aplicado em sessão. No entanto, a utente demonstrou ter alguma capacidade verbal esporádica, que poderá ser explorada a fundo com estratégias especificamente definidas para ela por um técnico de terapia da fala com mais experiência no desenvolvimento deste género de competência, como é sugerido no enquadramento teórico por Bruscia (1982), Lathom, Edson e Toombs (1965) e Oldfield e Parry (1985).

O terceiro objetivo de caráter relacional, consistiu no desenvolvimento da capacidade de execução rítmica e melódica em conjunto, neste caso entre a estagiária e a utente. Este objetivo foi conseguido na vertente rítmica, através da implementação específica da técnica *grounding* durante um momento de improvisação, não tendo ainda assim sido possível chegar aos mesmos resultados na vertente melódica. Conjetura-se que os resultados obtidos reflitam um desenvolvimento na capacidade da utente de ouvir e tomar atenção ao outro através da relação terapêutica em música, como sugerido por Aldridge, Gustroff e Neugebauer (1995), e também um desenvolvimento nas competências de interação em reciprocidade com o outro, como é referido por Rainey Perry (2002), Wolfgram (1978) e Ely e Scott (1994).

Conclusões

Após o final da intervenção musicoterapêutica realizada com a Vanessa, considera-se que os objetivos definidos para a mesma na avaliação inicialmente conduzida foram parcialmente alcançados. Foi possível observar o desenvolvimento de competências comportamentais, nomeadamente no que toca à sua capacidade de tomar a iniciativa e de tomar decisões relacionadas com o seu dia-a-dia em CAO no que toca à escolha de atividades a realizar e à ocupação do seu tempo. Foi também registado um desenvolvimento no plano relacional, conseguindo-se desenvolver uma relação terapêutica, que por sua vez permitiu a execução de pequenas improvisações rítmicas em conjunto e com partilha do mesmo instrumento musical pelas duas intervenientes em sessão.

Por outro lado, não só não foi possível chegar ao resultado referido anteriormente do ponto de vista melódico, como não se conseguiu intervir no desenvolvimento de competências verbais.

A intervenção em musicoterapia no âmbito deste estágio demonstrou ser eficaz no desenvolvimento de variadas competências no caso específico da utente em questão. Este

trabalho, que para todos os efeitos foi realizado num curto espaço de tempo, estabelece a constatação de um acordar de certos potenciais nesta utente e em outros utentes em condições semelhantes, podendo mesmo, idealmente, funcionar como o início de um trabalho de mudança gradual e de promoção da autodeterminação por parte dos mesmos.

Estudo de Caso II - O Francisco

Neste subcapítulo será relatada a intervenção de musicoterapia realizada com o utente Francisco, um processo que se baseou na exploração de competências cognitivas e comportamentais.

Descrição do utente

O Francisco é um utente da CERCITOP em idade adulta, com 37 anos, e sem diagnóstico clínico especificado. É utente na instituição em regime interno, passando o dia no CAO do Lourel, a noite numa das unidades residenciais e os fins de semana com o pai, com quem aparenta ter muito boa relação.

Apesar de não ter um diagnóstico clínico definido, o Francisco apresenta comprometimentos óbvios em várias áreas de desenvolvimento. Tem uma estatura muito baixa e dificuldades na locomoção, apesar de caminhar sem recurso a qualquer aparelho. O seu nível de autonomia funcional é bastante baixo, realizando algumas tarefas básicas sozinho, mas sempre a pedido de alguém e com supervisão regular.

Em relação à comunicação, o Francisco apresenta discurso verbal, apesar de não possuir um vocabulário vasto. O conteúdo do seu discurso é pouco superficial, passando sempre pelos mesmos tópicos triviais, e a estrutura com marcadas características repetitivas. Apresenta óbvias limitações na articulação verbal, sendo mesmo difícil pronunciar o seu próprio nome de forma correta.

A sua postura em sala é tranquila e cooperante. O utente realiza todas as tarefas que lhe são propostas, normalmente em silêncio e sem interagir com os colegas. Quando alguém se lhe dirige, reage normalmente de forma simpática e sorridente.

No primeiro contacto entre a estagiária e o Francisco, o utente, que se encontrava a realizar uma atividade de montagem de peças, olhou para a estagiária, demonstrando reparar

na sua presença, perguntou-lhe o seu nome, mas não quis ter contacto com o instrumento, nem se interessou em olhar para o mesmo quando tocado pelos colegas que estavam sentados ao seu lado. Enquanto a estagiária esteve com ele e com os colegas em sala, o Francisco ia alternando momentos de silêncio com momentos repetitivos de pergunta sobre o nome da estagiária. Detetou-se aqui alguma resistência no início da relação, havendo da parte do utente a necessidade de controlar o seu próprio espaço e objetos intermediários da ligação.

O encaminhamento do Francisco para a musicoterapia foi feito por várias razões, sendo uma das principais o facto do utente passar grande parte do seu dia na sala do CAO, sem acesso a atividades externas. Desta forma, considerou-se que a musicoterapia poderia vir a funcionar como uma solução para este problema, intervindo ao mesmo tempo no desenvolvimento de certo tipo de competências.

Avaliação inicial

A avaliação inicial do Francisco foi feita na sua primeira sessão individual de musicoterapia. A grelha de avaliação adotada para este processo foi preenchida com recurso à observação do comportamento do utente durante várias atividades musicais.

No plano pessoal/emocional, o Francisco demonstrou consciência de si próprio e do outro. As suas respostas emocionais são pouco variadas. Ri-se quando o conteúdo é engraçado, mas não é fácil encontrar indicadores de felicidade ou tristeza na sua postura. As respostas ao estímulo musical foram semelhantes às respostas emocionais demonstradas pelo utente em conversa, não sendo possível perceber no Francisco diferenças entre o impacto emocional de sonoridades “felizes” e sonoridades “tristes”.

No plano cognitivo, o Francisco demonstrou comprometimentos significativos. O seu nível de atenção é muito baixo, interrompendo constantemente as atividades com frases repetitivas. Reconhece conceitos básicos do seu dia-a-dia tanto de forma auditiva como de

forma visual. No que diz respeito ao seu desempenho musical, o utente não foi capaz imitar qualquer nota musical ou ritmo simples. Contudo, demonstrou interesse constante na atividade de cariz musical.

No plano relacional, chegou-se à conclusão de que o Francisco tem alguma dificuldade em manter contacto visual com o outro. A sua comunicação tem intencionalidade, mas muito pouco conteúdo. Os temas de conversa do Francisco consistem em falar do almoço, perguntar incessantemente o nome da estagiária e dizer que quer andar na carrinha do pai. No que toca à participação, o Francisco participou, grosso modo, de forma ativa em todas as atividades propostas, não tendo ainda assim qualquer problema em dizer que não quer fazer alguma coisa e em parar.

No plano físico, para além da estatura baixa, demonstrou ter dificuldade em caminhar. Apresenta um padrão de movimentos atípico, em que a cada passo tomba ligeiramente para o lado. Por este motivo, a sua marcha é extremamente lenta. A sua postura sentada é correta, e o seu controlo motor é bastante satisfatório, tanto no plano da motricidade grossa como da motricidade fina.

Finalmente, no plano comportamental, o Francisco demonstrou ser interessado e colaborador nas tarefas propostas. Apresenta uma personalidade assertiva, deixando sempre claro se quer parar ou se quer voltar para a sala. Salienta-se, neste plano físico, a presença recorrente de dois tipos diferentes de estereotipia, a de balançar o corpo para a frente e para trás e a de movimentar os braços dobrados para a frente e para trás, quase como se estivesse a bater as asas.

Plano terapêutico

Tendo em conta os dados e informações do Francisco recolhidos na avaliação e da observação por parte da estagiária, elaborou-se um plano terapêutico específico para a intervenção em musicoterapia.

Do ponto de vista da organização logística, as sessões do utente foram estruturadas de forma individual, bissemanal, e com duração aproximada de 30 minutos. A tabela 4 sistematiza os objetivos e estratégias definidos para a intervenção em musicoterapia com o Francisco.

Tabela 4 - *Objetivos e Estratégias Definidos no Plano Terapêutico do Francisco*

Nível de funcionamento atual	Objetivo a longo prazo	Objetivo a curto prazo
Comprometimento na dicção e pronúncia verbal.	Estimular o desenvolvimento de um discurso verbal o mais correto possível.	Melhorar a pronunciação de palavras básicas utilizadas pelo utente no seu dia-a-dia, nomeadamente o seu próprio nome.
Presença de estereotipias corporais.	Promover a capacidade de autocontrolo no domínio comportamental.	Eliminar o movimento estereotípico do Francisco assim que este começa utilizando como ferramenta a música.
Presença de um discurso repetitivo e de constante interrupção.	Aumentar a capacidade de atenção e concentração na tarefa.	Conseguir que o utente mantenha uma conversa longa sem paragens para perguntas desnecessárias e sem repetições compulsivas.

Processo terapêutico

As sessões de musicoterapia realizadas com o Francisco adotaram uma estrutura livre, ainda que contida por atividades musicais definidas para estabelecer o início e o fim da sessão. O início da sessão foi, regra geral, definido pela "canção do olá", e o fim da sessão foi

definido por uma variação desta mesma canção, substituindo-se a palavra "olá" pela palavra "adeus", não acontecendo, porém, em todas as sessões. As atividades desenvolvidas em sessão consistiram na improvisação instrumental e na criação improvisada de canções, bem como na execução de melodias e canções do cancioneiro tradicional infantil.

A intervenção em musicoterapia começou na segunda sessão, uma vez que a primeira sessão foi ocupada pela realização da avaliação inicial do utente. Nesta sessão, a "canção do olá" foi a principal atividade desenvolvida, sendo cantada em primeiro lugar para o Francisco, e mais tarde para a estagiária, com diferenças de dinâmica, textura e articulação musical. Trata-se de uma canção simples, com letra, registo, harmonia e melodia acessíveis:

"Olá, olá
Olá, olá
Olá, olá,
Francisco…

Olá, Francisco
Olá, Francisco"

O Francisco respondeu muito bem à atividade proposta, demonstrando entusiasmo e interesse em cantar a canção. A letra começou por ser cantada apenas pela estagiária, sendo de seguida, após uma volta à canção inteira, executada pelo utente e pela estagiária, e mais tarde apenas pelo primeiro. A letra ia sendo alterada entre o nome do Francisco e o nome da estagiária, sendo desta forma possível a exploração do discurso verbal do utente em relação ao seu nome, ao nome da estagiária e a outras palavras simples. Constatou-se que, apesar do

Francisco demonstrar dificuldade em pronunciar o seu nome de forma correta, esta foi melhorando ao longo das repetições da canção, ficando ainda assim sempre aquém da pronúncia correta. Não se verificaram dificuldades na pronunciação nem do nome da estagiária nem da palavra "olá" por parte do Francisco. Mantém-se por parte da estagiária a sensação de que o Francisco aprecia e tem interesse na atividade musical.

Apesar desta atividade ter sido aparentemente do agrado do Francisco, a canção foi constantemente interrompida pelo mesmo com perguntas repetitivas externas à sessão, entre as quais "como é que te chamas?" ou "o que é o almoço?". Foi também registada a ocorrência frequente de comportamentos de estereotipia por parte do utente, que eram interrompidos através do redirecionamento da atenção do utente para qualquer coisa por parte da estagiária. Tais comportamentos sugerem alguma ansiedade, por estar num contexto novo e numa relação de proximidade, a fazer algo que geralmente não lhe é pedido. Pelo facto de apresentar algum défice intelectual, o Francisco não consegue processar este desconforto, exteriorizando-o através deste tipo de comportamento.

As sessões seguintes foram semelhantes, do ponto de vista da estrutura e das reações e comportamentos observados no utente. Foram exploradas melodias temáticas relacionadas com a época festiva, pelo facto de ser altura de festejos natalícios, e foram sendo introduzidos os instrumentos musicais, com os quais o Francisco rapidamente se sentiu confortável. Ainda assim, e apesar de tocar nos pequenos instrumentos de percussão quando sugerido pela estagiária que o fizesse, não se observou que este os procurasse sozinho, demonstrando pouca autonomia.

Na décima quinta sessão, sensivelmente a meio da sessão, a estagiária, ainda influenciada pela época natalícia, começou a entoar uma melodia de natal da qual não conhece o nome, a letra ou o autor, ao mesmo tempo que se acompanhava harmonicamente

ao *ukulele*. Neste momento, por algum motivo, o Francisco parou completamente o movimento estereotípico, pegou numa baqueta e começou a acompanhar a melodia no *energy chime*, sem interromper ou parar durante um período de tempo considerável. Esta tarefa foi levada a cabo durante cerca de cinco minutos seguidos, o que se destacou das outras sessões em que nunca tinha sido possível realizar uma tarefa durante mais do que um minuto de seguida. A melodia foi sendo repetida, e quando chegou a um final natural, o utente largou a baqueta e bateu as palmas.

A partir deste momento, o nível de concentração do Francisco aumentou consideravelmente, sendo possível realizar as tarefas durante mais tempo seguido, e isto levou a que o rendimento das sessões aumentasse também, havendo menos paragens e momentos mais longos de performance. A "canção do olá" foi-se tornando cada vez mais bem pronunciada, nomeadamente em relação à dicção do nome do utente, o que sugere o desenvolvimento das competências verbais do utente. As atividades começaram a ser propostas pelo Francisco, que pedia "uma música!", e menos sugeridas pela estagiária. Estas canções eram improvisadas em tempo real, utilizando-se o *ukulele* para a construção de harmonias simples, e cantando-se sobre letras relacionadas com o momento da sessão e com a utilização, sempre que possível, das sílabas que constituem o nome do utente. Esta mudança súbita no comportamento do Francisco foi vista pela estagiária como um momento de transição na relação terapêutica estabelecida entre os dois intervenientes em sessão. Enquanto que anteriormente havia ansiedade, sob a forma de paragens constantes nas atividades musicais, existe agora uma segurança por parte do utente na relação estabelecida, o que lhe vem permitir escolher atividades e concentrar-se nelas de forma mais profunda.

A atividade musical começou a funcionar de forma mais conjunta e partilhada, com mais momentos em conjunto do que momentos individuais, registando-se também um

aumento no contacto visual entre os dois intervenientes em sessão, o que sugere um desenvolvimento no plano relacional. As interrupções com temas externos à sessão, que não desapareceram por completo em nenhuma sessão, foram-se tornando menos ocorrentes, e as atividades mais longas, nunca tendo sido possível, ainda assim, voltar a obter um momento musical de cinco minutos seguidos após a décima quinta sessão. Isto sugere um aumento no desempenho cognitivo do Francisco. Observou-se ainda que na vigésima sexta sessão não houve um único comportamento de estereotipia, e nas sessões seguintes o mesmo era raro e facilmente interrompido com recurso à atividade musical, o que sugere ganhos no domínio comportamental como consequência da intervenção em musicoterapia.

Apresentação e discussão dos resultados obtidos

A intervenção em musicoterapia com o Francisco foi estruturada de acordo com três objetivos terapêuticos específicos. O primeiro objetivo definido foi o de estimular o discurso verbal do utente, nomeadamente no sentido de melhorar a pronúncia de certas palavras importantes no quotidiano do mesmo, como o seu nome próprio. Logo na primeira sessão observou-se que, apesar do Francisco não pronunciar o seu nome de forma correta, ao longo da exploração de uma canção que repetia o seu nome, a pronúncia foi melhorando, não chegando ainda assim nunca a uma pronúncia correta. Isto sugere que possa ter existido no passado um trabalho de terapia da fala com o utente, que por algum motivo regrediu, mas que é possível recuperar. Tal recuperação foi registada, observando-se uma melhoria significativa na dicção do seu nome por parte do utente ao longo do processo interventivo em musicoterapia. Isto vai ao encontro da informação obtida na revisão da literatura, por Buday (1995) e Staples (1968) que reportam ganhos significativos na aprendizagem do discurso verbal por indivíduos com défice intelectual e nomeadamente por Detzner (1997) e Moss (1974) que o fazem em específico no desenvolvimento da pronunciação de palavras.

O segundo objetivo definido para a intervenção com o Francisco foi minimizar a ocorrência de comportamentos estereotípicos. Logo desde a primeira sessão registou-se uma ligação entre a ocorrência deste tipo de comportamento e a atividade musical, conseguindo-se suspendê-lo através do redireccionamento da sua atenção para novas atividades musicais. Com o passar das sessões, houve também uma alteração no que toca à própria ocorrência das estereotipias, que começaram a ocorrer com menos frequência. Tal facto é corroborado pela literatura consultada, em que di Franco (1999) consegue resultados semelhantes aos obtidos com o Francisco. Também Steele e Jorgenson (1971) e Rapp (2004) conseguem, através da música, diminuir o comportamento estereotípico de indivíduos com deficiência intelectual. Porém, fazem-no utilizando como recurso uma abordagem cognitivo-comportamental, que não corresponde à abordagem utilizada nesta intervenção em específico.

O terceiro e último objetivo determinado para a intervenção em musicoterapia com o Francisco foi aumentar a sua capacidade de atenção e concentração na tarefa, diminuindo em específico os momentos compulsivos de interrupção com perguntas repetitivas externas à sessão e, consequentemente, aumentando o tempo útil de atenção e concentração na tarefa. Este objetivo, ao contrário dos dois anteriormente referidos, não foi atingido de forma progressiva, mas sim de forma repentina. O utente, que tinha o hábito de interromper constantemente a atividade musical com perguntas triviais, conseguiu sensivelmente a meio da intervenção estar cerca de cinco minutos em atividade instrumental sem interrupções. Este padrão foi-se mantendo a partir desse momento, registando-se progressivamente cada vez mais momentos de atividade musical ininterrupta. Vários são os autores que referem isto mesmo como resultado da musicoterapia (Ely & Scott, 1994; Goldstein, 1964; McCarthy & Bakaitis, 1976; Wolfgram, 1978).

Para além do desenvolvimento das competências do Francisco nos planos da comunicação, da atenção/concentração, e do comportamento estereotípico, notabilizou-se o facto da atividade musical ter tomado uma estrutura diferente com o desenvolvimento da relação terapêutica, começando a funcionar de forma mais conjunta e partilhada, e menos segmentada no momento do Francisco e no momento da estagiária em separado. A ocorrência de desenvolvimentos no plano relacional como consequência da intervenção em musicoterapia é bastante comum, como se pode constatar no enquadramento teórico do presente relatório. Porém, não foi consultada literatura que relate ganhos especificamente relacionados com o aumento do contacto ocular entre utente e terapeuta.

Conclusões

Após a finalização da intervenção em musicoterapia com o Francisco, é possível afirmar que esta foi aparentemente bem-sucedida, uma vez que todos os três objetivos definidos inicialmente para o utente foram alcançados. O Francisco apresentou, no final da intervenção, melhorias significativas nos planos da atenção/concentração, do comportamento e do discurso verbal, de acordo com o esperado através da informação obtida na literatura consultada e referida no enquadramento teórico.

Foram também registados ganhos no domínio social, nomeadamente no plano afetivo/relacional, que não estavam definidos como objetivos a alcançar na avaliação inicial deste utente em específico, mas que estavam contemplados como possibilidades na revisão da literatura referente à aplicação da musicoterapia no trabalho interventivo com indivíduos com deficiência intelectual.

A musicoterapia vem, neste caso em concreto, funcionar como um novo serviço de intervenção terapêutica que consegue agir no desenvolvimento de competências na população em questão.

Outras Intervenções Terapêuticas

Neste capítulo serão descritas todas as outras intervenções realizadas no âmbito do estágio em musicoterapia para além das duas intervenções referidas no capítulo anterior.

A Marisa

A Marisa é uma utente em idade adulta, com 25 anos de idade, e com diagnóstico de síndrome de anomalias múltiplas, anomalia cromossómica hereditária e epilepsia. Este diagnóstico não permitiu que o seu desenvolvimento decorresse da forma esperada, o que levou a um comprometimento de estruturas físicas e psicológicas e a, de forma geral, um nível de funcionalidade mais baixo do que o esperado para alguém da sua idade. Fisicamente, a Marisa é autónoma em todos os aspetos do seu dia-a-dia, conseguindo comer sozinha, caminhar, sentar-se e levantar-se. Contudo, todos os seus movimentos são executados de forma extremamente lenta. De forma semelhante, a Marisa apresenta um discurso fluente e com sentido (por vezes até com vocabulário elaborado), apesar deste ser mais lento do que o esperado.

A utente encontra-se a frequentar o CAO do Casal da Mata da CERCITOP há quase quatro anos, desde Dezembro de 2014. Encontra-se na instituição em regime externo, passando lá apenas o horário laboral e indo ao fim do dia para casa, onde reside com a sua família. O seu agregado familiar é composto pela sua mãe e padrasto, bem como dois gatos por quem a utente demonstra grande afeto.

Da avaliação inicial realizada, definiram-se para a Marisa três objetivos gerais: (1) estimular a intencionalidade, de forma a tentar diminuir os momentos de letargia na sala do CAO e a fomentar a capacidade de preencher o seu tempo livre com atividades por sua própria iniciativa; (2) aumentar a tolerância à pressão e à novidade; (3) diminuir a ocorrência de conversas externas à sessão durante a mesma.

Recorreu-se a estratégias como a improvisação instrumental, a escrita de canções e a execução de jogos musicais interativos como forma de atingir os objetivos propostos. Entre o início e o fim da intervenção, foram observados progressos em relação aos dois últimos objetivos, com uma utente com mais resiliência e curiosidade em relação a novas atividades e com momentos progressivamente maiores de execução musical em comparação com os momentos de conversa externa à sessão. Em relação ao primeiro objetivo, não foram observados progressos significativos, mantendo-se a postura de apatia na sala do CAO Conclui-se que a intervenção foi parcialmente bem-sucedida, uma vez que nem todos os objetivos propostos foram cumpridos.

A Manuela

A Manuela é uma jovem adulta de 36 anos com diagnóstico clínico de síndrome de West e síndrome de Lennox-Gastaut. Frequenta a CERCITOP desde 2007, durante o dia no CAO e durante a noite no lar residencial. Está institucionalizada durante toda a semana, indo passar os fins-de-semana a casa com a sua família, com quem aparenta ter muito boa relação. O seu agregado familiar é constituído pela sua mãe, padrasto e irmã mais nova.

A utente apresenta um défice intelectual visível através do seu discurso e comportamento, observando-se um desfasamento claro entre a sua idade cronológica e a sua idade mental. Não apresenta problemas aparentes ao nível físico, com um nível de movimentação esperado para um indivíduo em idade adulta. Apesar de ter as funções verbais intactas, o conteúdo do seu discurso é bastante limitado quer em nível de vocabulário quer em qualidade das temáticas abordadas. A utente apresenta um nível de autonomia algo baixo, necessitando de supervisão frequente em relação às atividades que realiza no seu dia-a-dia.

A Manuela foi encaminhada para a musicoterapia pelo facto do trabalho verbal realizado nas sessões de psicologia não ser o mais motivador para a utente, que se recusa

frequentemente a ir às sessões. Rapidamente ficou claro o seu gosto por cantar canções tradicionais infantis, pelo que se estabeleceu um plano terapêutico com foco maioritariamente ocupacional, baseado na aprendizagem de novas canções, em grande parte dos casos canções tradicionais portuguesas. Esta linha de trabalho foi definida no sentido de dar a conhecer à Manuela conteúdos mais apropriados para a sua idade, ao mesmo tempo que se fomentou a aprendizagem e consciencialização cultural e que se promoveu a aquisição de novo vocabulário.

Considera-se que o trabalho realizado no decorrer das sessões foi bem-sucedido. A utente aprendeu sete novas canções, e não só adquiriu vocabulário novo como teve oportunidade de, através da repetição das canções sessão após sessão, corrigir a pronúncia de certas palavras. Estes resultados vão ao encontro dos resultados obtidos por vários autores referidos anteriormente, que apontam no sentido de que a música é uma ferramenta útil no treino verbal. É importante ainda referir que a Manuela teve acesso a uma terapia que, apesar de incluir a componente verbal que aparenta não a encantar, a motivou para atividades de desenvolvimento de competências, o que nos sugere que a música enquanto prática interventiva pode ter especial pertinência em certos tipos de caso em que a utilização da palavra não seja uma estratégia eficaz, ou não seja possível de todo.

O Pedro

O Pedro é um utente de 34 anos que apresenta um diagnóstico de paralisia cerebral com comprometimento intelectual concomitante. Passa a semana na CERCITOP, onde frequenta o CAO durante o horário laboral e o lar residencial durante a noite, e vai regularmente passar o fim-de-semana a casa dos irmãos, uma vez que ambos os seus pais já faleceram. Costuma também passar os meses de verão com a família.

O utente apresenta um grave comprometimento físico relacionado com a paralisia cerebral de que sofre, o que não lhe permite locomover-se de forma autónoma, utilizando para esse efeito uma cadeira de rodas. Está dependente do auxílio de terceiros para grande parte das tarefas do seu dia-a-dia. O seu comprometimento intelectual, apesar de ser claro, não está a um nível tão baixo como o de grande parte dos seus colegas de CAO, sendo possível a exploração verbal de temas como o futebol ou a política, que são do seu interesse. O seu discurso é compreensível, apesar de por vezes ser necessário pedir-lhe que repita o que disse.

A postura do Pedro é algo passiva, estando por vezes até adormecido na sua sala de CAO quando não tem nenhuma tarefa em mãos. Em sessão a sua postura demonstrou-se diferente, com vários momentos de conversa e de exploração dos instrumentos musicais. O tema de conversa em sessão foi sempre, de forma geral, a vida do utente. O Pedro sofre com a sua condição e com o facto de compreender que o resto do mundo vive vidas "normais", enquanto que ele tem de passar os dias numa instituição. Este seu sofrimento, porém, acaba por nunca ser exteriorizado, pelo que se decidiu trabalhar no sentido de fomentar junto do Pedro a capacidade de exprimir as suas emoções, angústias e ansiedades e de refletir sobre como aprender a viver com elas.

Inicialmente, utilizou-se como atividade principal em sessão a improvisação musical. A participação do Pedro consistia unicamente em procurar um instrumento de madeira resistente e bater com ele no metal do *energy chime* de forma constante, produzindo assim um som ensurdecedor. Com o passar das sessões e com o estabelecer de uma relação terapêutica entre o utente e a terapeuta, a postura do Pedro foi-se alterando, com a sonoridade ensurdecedora a dar lugar a uma improvisação conjunta e partilhada mutuamente, ainda que mantendo o seu caráter "forte". A cerca de três quartos das sessões foi introduzida a vertente

verbal, com a improvisação de canções sobre temas escolhidos pelo utente e em grande parte sobre coisas que ele gostaria de poder fazer e não pode. A partir desse momento, o volume sonoro da sua participação diminuiu significativamente e a sua participação ganhou um caráter menos dominante, como que deixando espaço sonoro livre para ser possível pensar e refletir. Introduziu-se também aqui um pequeno momento de partilha entre o utente e a terapeuta sobre o que aconteceu na sessão e sobre as nossas ideias e pensamentos.

Apesar do trabalho não ter produzido resultados "palpáveis", mas sim resultados baseados em especulações e conjeturas sobre aquilo que poderá ter acontecido na mente do utente, considera-se que o objetivo de o ajudar a lidar com os seus problemas e com as suas emoções foi alcançado, o que de certa forma contribui para provar que a musicoterapia pode agir beneficamente no plano do desenvolvimento emocional, contribuindo para um aumento da sua qualidade de vida.

O Ricardo

O Ricardo é um utente de 32 anos diagnosticado com atraso mental, deficiência motora e epilepsia. Encontra-se institucionalizado desde 2008 tanto no CAO, onde passa o dia, como no lar residencial, onde passa a noite e os fins-de-semana. Os pais do Ricardo já faleceram, e o seu cuidador é um irmão com quem mantém muito pouco contacto.

Apesar de ter um diagnóstico de deficiência motora, o Ricardo aparenta ter as competências motoras a um nível satisfatório, o que sugere um bom trabalho reabilitativo ao longo do seu percurso institucional. O utente é autónomo na marcha, bem como em certas tarefas do seu dia-a-dia tais como a alimentação, a utilização da casa-de-banho e o vestir/despir da roupa. Contudo, o comprometimento intelectual que apresenta não lhe permite realizar tarefas mais complexas sem supervisão de um cuidador

No domínio da comunicação, o Ricardo apresenta boa compreensão oral, não conseguindo ainda assim atingir o mesmo nível no que toca à expressão oral. Apesar de, para todos os efeitos, ter algumas competências verbais, escolhe raramente utilizá-las, sendo mais frequente a emissão de sons não verbais. Em CAO, a sua postura é geralmente pouco social, realizando as suas tarefas de forma sozinha e independente dos colegas. É importante referir que o Ricardo é um utente obediente e cumpridor, colaborando por iniciativa própria muitas vezes na arrumação e limpeza da sua sala.

Era de conhecimento público o gosto que o Ricardo tinha por ouvir música, sendo a sua canção preferida "o bicho", de Iran Costa. Logo na primeira sessão, o utente numa questão de poucos minutos começou a desenvolver ritmos complexos e constantes nos instrumentos de percussão, o que levou a que se estabelecesse um plano terapêutico que passou em grande parte do tempo por improvisação instrumental. O principal objetivo proposto foi o de, através da partilha improvisativa entre o utente e a estagiária, desenvolver aspetos tais como a relação, a comunicação verbal e não-verbal e o contacto visual. Foi também sinalizado pela equipa de terapeutas que acompanham o Ricardo que se tem vindo a observar uma perda progressiva de memória, não considerada ainda como significativa, mas que seria pertinente explorar. Existindo um conjunto variado de instrumentos musicais à disposição do utente, utilizou-se isso como forma de potenciar a memória do Ricardo.

Observou-se, ao longo da intervenção, um aumento na comunicação e no contacto visual entre o utente e a terapeuta. Inicialmente, o Ricardo afastava-se fisicamente e, apesar de estar em atividade musical com a terapeuta, olhava sempre para a janela. O espaço físico entre os dois foi diminuindo de sessão para sessão, e o contacto ocular foi aumentando gradualmente. A meio das sessões, foi introduzida a componente verbal, começando pelo refrão da canção favorita do Ricardo, e a partir daí foram registadas algumas intervenções

verbais por parte do utente, a par com expressões faciais de interesse e satisfação. Em relação à questão da memória, observou-se bastante dificuldade por parte do Ricardo em memorizar o nome dos instrumentos de sessão para sessão, com exceção dos nomes mais comuns, como tambor.

Não foram detetadas melhorias no utente no domínio cognitivo, nomeadamente na questão da memorização, ainda que o desenvolvimento desta competência não tenha sido prioritário na intervenção em questão. Neste caso em concreto, a musicoterapia teve efeito positivo especificamente ao nível do desenvolvimento relacional do utente, o que suporta a ideia de que esta intervenção pode ter resultados positivos neste campo em indivíduos com deficiência intelectual ou diagnósticos a ela associados.

A Sara

A Sara é uma jovem adulta de 22 anos de idade com paralisia cerebral e com cromossomopatia (deleção do braço curto do cromossoma 22). Não apresenta mobilidade, deslocando-se através de uma cadeira de rodas, e tem o movimento de um dos seus braços e respetiva mão fisicamente comprometido. Necessita de supervisão em grande parte das atividades do seu quotidiano, havendo certas atividades que não consegue de todo realizar por si só.

A utente entrou para a instituição em questão em Outubro de 2012, com apenas 16 anos, onde frequenta o CAO em horário laboral. É uma utente em regime externo, indo sempre ao fim do dia para casa, onde reside com a sua família. A utente demonstra geralmente um de dois tipos de comportamento na sala do CAO. Se está a realizar alguma tarefa, como por exemplo realizar uma ficha de trabalho, fá-lo ativamente e com interesse. Se não tem nenhuma tarefa em mãos, entra num estado letárgico e apático, chegando por vezes a baixar a cabeça e a fechar os olhos. Cognitivamente, a utente funciona a um nível

consideravelmente baixo. Apresenta capacidade de comunicar verbalmente, e possui até um grau elevado de vocabulário e bastante vontade de conversar com colegas de sala ou com auxiliares e terapeutas. Contudo, o seu raciocínio acaba por não lhe permitir manter uma temática de conversa, uma vez que, em grande parte das vezes, começa a seguir uma linha de diálogo e, a meio da frase, esquece-se do que estava a dizer, faz uma pausa como que a tentar lembrar-se de onde queria chegar, desiste, e inicia uma frase diferente.

Em sessão de musicoterapia demonstrou desde o início bastante interesse pelas atividades, sendo por vezes até ativa demais, mudando de instrumento musical de forma atabalhoada a cada quinze segundos e cantando coisas constantemente diferentes umas das outras sem ordem aparente. O plano terapêutico foi definido com vista a cumprir os seguintes objetivos: (1) explorar a partilha do tempo e espaço com o outro, neste caso o tempo e espaço musicais com a terapeuta; (2) fomentar a capacidade de escolha e de tomada de decisão; (3) aumentar o tempo de concentração na tarefa executada.

A principal atividade levada a cabo nas sessões de musicoterapia com a Sara foi a improvisação musical, com e sem vertente verbal. Com o estabelecer de uma relação terapêutica entre terapeuta e utente e com a exploração de jogos musicais de escolha e exploração a fundo de cada instrumento, observaram-se melhorias progressivas em relação à tomada de decisão e à aceitação dessa decisão. A utente conseguiu estar mais tempo com cada instrumento e conviver em situação de partilha musical com outra pessoa, alterando o comportamento inicial de querer mexer em tudo, não dando espaço ao outro. Estas conquistas vieram ainda influenciar positivamente o comportamento de agitação motora desmedida que a utente apresentava no início da intervenção musicoterapêutica.

Considera-se que os objetivos propostos foram cumpridos. Contudo, esperava-se que o aumento do tempo de concentração da utente nas tarefas em musicoterapia viesse ter algum

impacto positivo na capacidade da utente de concluir o seu raciocínio em conversação fora da sessão, e tal não se verificou. Estes resultados sugerem que, apesar da intervenção em musicoterapia promover o desenvolvimento de competências cognitivas em tempo real na sessão, talvez seja necessário aumentar a sua aplicação longitudinalmente, de forma a potenciar-se este desenvolvimento e, idealmente, a transpor-se a barreira da sessão. É importante referir, tal como se tem vindo a constatar, o papel preponderante da construção de uma relação terapêutica saudável entre a estagiária e a utente para a correta ocorrência de todos estes processos de mudança.

A Rita

A Rita é uma utente com 17 anos de idade diagnosticada com síndrome de Down. Ingressou na CERCITOP no final do ano de 2017, algum tempo depois do início do estágio inerente ao presente relatório, onde foi integrada no CAO do Lourel. A sua institucionalização é feita de modo externo, uma vez que a jovem reside em casa com a sua família.

A jovem apresenta um desempenho cognitivo relativamente baixo. Comunica de forma intencional e verbal, ainda que por vezes não seja muito fácil compreender o que diz. Desloca-se de forma autónoma, e demonstra também um nível de autonomia alto no desempenho das tarefas básicas do seu dia-a-dia, como por exemplo ir à casa de banho ou tomar as refeições.

O encaminhamento da utente para as sessões de musicoterapia foi feito pela instituição, por se tratar de uma pessoa recentemente integrada na instituição e, como tal, não ter ainda previsto o acesso a qualquer tipo de atividade que não a presença na sala de CAO. A Rita começou por demonstrar, nas primeiras semanas de contacto, uma postura simpática, mas reticente, sendo necessário manter um nível alto de adaptabilidade por parte da terapeuta

para lidar com as emoções da jovem perante uma situação nova. Da avaliação inicial, sobressaíram como pontos fracos o desempenho comunicacional, nomeadamente no que toca à verbalização, e o desempenho social, na questão do relacionamento com o outro. Os objetivos estabelecidos foram precisamente estes, o desenvolvimento de uma verbalização mais percetível e de um nível de relação mais profundo com o terapeuta.

De forma geral, a Rita tomou sempre o leme das sessões, com exceção apenas das primeiras sessões, em que ainda não tinha a confiança para "contrariar" as atividades sugeridas pelo terapeuta e sugerir outras mais do seu agrado. Passada esta primeira frase, a utente adotou uma postura recorrente em sessão, que consistia em pegar no *ukulele*, desafinar as suas cordas, pousá-lo no seu corpo de forma vertical, quase como se de um violoncelo se tratasse, virar-se de costas para o terapeuta e cantar do princípio ao fim canções que, mais tarde, se veio a descobrir pertencerem à banda sonora da Pequena Sereia. O som resultante era confuso, com a parte instrumental completamente desafinada, a sua voz cantada de forma ruidosa e uma dicção praticamente impossível de decifrar. Quando o terapeuta tentava estabelecer contacto ocular, levantando-se e indo para o lado para onde a utente estava virada, esta automaticamente virava-se para o lado onde o terapeuta tinha estado inicialmente.

Com o passar das sessões, e com a aplicação de diversas estratégias por parte do terapeuta para conseguir progressivamente ir mantendo algum contacto visual com a Rita, conseguiu-se chegar a esse ponto, bem como anular a desafinação inicial do instrumento musical. Por se tratar de uma utente com quem a intervenção em musicoterapia foi mais curta do que o esperado, não foi possível fazer qualquer tentativa relacionada com o segundo objetivo proposto.

Conclui-se que a intervenção com a Rita foi parcialmente bem-sucedida, conseguindo-se desenvolver competências relacionais entre a mesma e o terapeuta que

poderão vir a beneficiá-la no desenvolvimento de relacionamentos com os seus pares. Mais uma vez se chega à conclusão de que a intervenção musicoterapêutica pode ter um papel importante no desenvolvimento de competências do foro do relacionamento e da socialização em indivíduos com défice intelectual.

Conclusão

Para o estágio de musicoterapia referente ao presente relatório, foram definidos quatro objetivos gerais, sendo os mesmos (1) dar a conhecer a musicoterapia e as suas potencialidades a uma instituição e a profissionais de saúde que, em grande parte, não conhecem esta terapia, (2) promover o desenvolvimento de competências na população presente na instituição de estágio através da música, (3) passar à instituição informação acerca do trabalho realizado e resultados obtidos em musicoterapia para que esta lhe possa dar seguimento através das suas próprias valências, e (4) ganhar experiência e desenvolver competências profissionais no trabalho de campo em musicoterapia.

De forma geral, considera-se que todos os objetivos definidos foram cumpridos. Em relação ao primeiro objetivo, o mesmo foi alcançado através do contacto com terapeutas e funcionários da instituição, incluindo-se a observação esporádica de sessões de musicoterapia por parte dos mesmos. O segundo objetivo foi também cumprido, ainda que por vezes apenas de forma parcial, como foi referido nos dois capítulos anteriores, referentes ao trabalho terapêutico desenvolvido com a amostra selecionada. O terceiro objetivo foi cumprido através não só da informação informal partilhada pelo estagiário com os funcionários da CERCITOP ao longo do período de estágio, como também pela elaboração de um relatório final de intervenção em musicoterapia para cada um dos utentes com quem se interveio, entregue à instituição para arquivo nos processos individuais de cada um.

Por fim, considera-se que o quarto objetivo estabelecido para o estágio foi alcançado. Ao longo dos quase nove meses de estágio, o estagiário pôde explorar a profissão de musicoterapeuta em campo, transferindo para a prática toda a teoria apreendida nas unidades curriculares dos dois anos de frequência do mestrado em musicoterapia. Constatou-se que, tal como referido no enquadramento teórico do presente relatório (Johnels, Johnels & Rademark,

2016), a musicoterapia pode atuar em áreas problemáticas de vários domínios em utentes adultos com défice intelectual, nomeadamente nos domínios social, pessoal, comportamental e cognitivo. Os efeitos da musicoterapia no desenvolvimento de competências físicas ficaram por apurar, não por não existirem, mas sim por não se ter definido este objetivo em específico para nenhum dos utentes. Salienta-se também que, em concordância com Alley (1977), a musicoterapia detém alguma pertinência no trabalho com população pouco verbal ou até mesmo não-verbal, constituindo uma via de comunicação através da linguagem simples e interativa que é a música.

Considera-se que o trabalho em estágio foi bem-sucedido, tanto pela perspetiva da estagiária como pela instituição, que demonstrou interesse em seguir esta linha terapêutica nas suas instalações e se encontra de momento a estudar possibilidades de financiamento para projetos ligados à música e à musicoterapia. Salienta-se o papel preponderante que a relação terapêutica teve no desenvolvimento de todo o trabalho interventivo com qualquer um dos utentes, reconhecendo-a como força motriz para a mudança e para a evolução em musicoterapia.

Reflexão Final

A música é uma ferramenta extremamente poderosa. Em musicoterapia, esta constitui o principal recurso através do qual é possível intervir beneficamente na vida de pessoas, fazendo a diferença a um nível, a meu ver, bastante mais profundo do que aquele que se consegue atingir reconhecendo a música como mera arte performativa.

A experiência de frequência no mestrado em musicoterapia foi bastante enriquecedora e diferente daquilo que eu esperava inicialmente. A minha visão daquilo que a música é e daquilo que a mesma representa era algo completamente diferente antes de iniciar este ciclo de estudos do que agora é, prestes a concluí-lo. Ao longo dos passados dois anos foram feitas várias descobertas, descobertas essas que moldaram, como tudo na vida o faz, a minha personalidade. Através destas descobertas, defini interesses e gostos, que rapidamente foram sendo substituídos por novos interesses e gostos provenientes de novas descobertas. Achei que o meu perfil se adequaria particularmente ao trabalho terapêutico com crianças, e vim a descobrir no trabalho com adultos uma enorme fonte de inspiração. O meu interesse inicial virou-se em especial para o trabalho terapêutico no desenvolvimento de competências físicas e neurológicas, e encontrei na deficiência intelectual uma nova perspetiva, igualmente recompensadora.

A experiência em estágio foi um tanto avassaladora durante as primeiras semanas. Foi o meu primeiro contacto com uma instituição de acolhimento a população com problemáticas relacionadas com a deficiência intelectual, pelo que o receio e o nervosismo imperaram. O auxílio e a entreajuda providenciados pelos profissionais da instituição e também pelos utentes da mesma foram cruciais para que este sentimento de ansiedade fosse desaparecendo, dando lugar a um envolvimento progressivamente instintivo. A todas estas pessoas devo um grande agradecimento.

Trabalhei com oito jovens adultos maravilhosos, com os quais aprendi imenso tanto sobre eles como sobre mim própria. Aprendi que não se deve subestimar ninguém, pois cada ser humano tem as suas potencialidades, independentemente do seu nível de incapacidade. Aprendi com eles, vendo a felicidade com que vivem as suas vidas e a gratidão que demonstram por cada coisa boa que lhes acontece, a ser mais tolerante e a encarar os acontecimentos menos bons da minha vida como exatamente aquilo que eles são, acontecimentos menos bons da minha vida. A estas oito pessoas, que para sempre ficarão na minha memória e que para sempre influenciarão a minha vida, bem como à CERCITOP, deixo aqui o desejo de que vivam a melhor vida possível, e que os nossos caminhos se voltem futuramente a cruzar.

Referências

Agrotou, A. (1988). A case study: Lara. *British Journal of Music Therapy, 2(1)*, 17-23.

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.

Aldridge, D., Gustroff, D., & Neugebauer, L. (1995). A Pilot Study of Music Therapy in the Treatment of Children with Developmental Delay. *Complementary Therapies in Medicine, 3*, 197-205.

Alley, J. M. (1977). Education for the Severely Handicapped: The Role of Music Therapy. *Journal of Music Therapy, 14*, 50-59.

Alvin, J. (1965). *Music Therapy for the Handicapped Child.* London: Oxford University Press.

Alvin, J. (1975). *Music Therapy.* London: Hutchinson.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3 ed.). Washington D.C.: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington D. C.: American Psychiatric Association.

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.

Antonarakis, S. E., Lyle, R., Dermitzakis, E. T., Reymond, A., & Deutch, S. (2004). Chromossome 21 and Down Syndrome: From Genomics to Pathophysiology. *Nature Reviews Genetics, 5*, 725-738.

Arzimanoglou, A., French, J., Blume, W. T., Cross, J. H., Ernst, J. P., Feucht, M., . . . Wheless, J. W. (2009). Lennox-Gastaut syndrome: a consensus approach on diagnosis, assessment, management and trial methodology. *The Lancet Neurology, 8*, 82-93.

Atkinson, C. (2003). The longest goodbye - a case study. *British Journal of Music Therapy, 17(2)*, 90-96.

Barmann, B. C., & Croyle-Barmann, C. (1980). Use of contingent-interrupted music in the treatment of disruptive behavior while riding a bus. *Psychological Reports, 47(1)*, 269-270.

Baumgarten, H. R., & Wheeler, B. L. (2016). The Influence of Music Therapy on Prosocial Behaviors of Adults with Disabilities. *Music & Medicine, 8(3)*, 118-127.

Beall, L. (1985). The making of a special Oliver! *Music Educators Journal, 71(6),* 30-32.

Bellamy, T., & Sontag, E. (1973). Use of group contingent music to increase assembly line production rates of retarded students in a simulated sheltered workshop. *Journal of Music Therapy, 10(3),* 125-136.

Bennis, J. A. (1969). The use of music as a therapy in the special education classroom. *Journal of Music Therapy, 6(1),* 15-18.

Berg, A. T., Berkovic, S. F., Brodie, M. J., Buchhalter, J., Cross, J. H., van Emde Boas, W., . . . Scheffer, I. E. (2010). Revised terminology and concepts for organization of seizures and epilepsies: Report of the ILAE Comission on Classification and Terminology 2005-2009. *Epilepsia, 51,* 676-685.

Bernatzky, G., Presch, M., Anderson, M., & Panksepp, J. (2011). Emotional foundations of music as a non-pharmacological pain management tool in modern medicine. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 35,* 1989-1999.

Berríos, C. (2017). West Syndrome Case of Unknown Cause of Difficult Treatment. *International Journal of Pediatric Health Care & Advancements, 4(4),* 37-40.

Berruti, G., Del Puente, G., Gatt, R., Manarolo, G., & Vecchiato, C. (1993). Description of an Experience in Music Therapy Carried Out by the Department of Psychology in the University of Genoa. Em M. Heal, & T. Wigram, *Music Therapy in Health and Education* (pp. 66-72). London: Jessica Kingsley Publishers.

Bowman, R. M., McLone, D. G., Grant, J. A., Tomita, T., & Ito, J. A. (2001). Spina Bifida Outcome: A 25-Year Prospective. *Pediatric Neurosurgery, 34,* 114-120.

Boxill, E. H. (1981). A continuum of awareness: Music therapy with the developmentally handicapped. *Music Therapy, 1(1),* 17-23.

Boxill, E. H. (1985). *Music Therapy for the Developmentally Disabled.* Michigan: Aspen Systems Corporation.

Bracefield, H., Kirk-Smith, M., Slevin, E., Sutton, J., & Thompson, K. (2000). Music therapy in Northern Ireland. *Journal of Learning Disabilities, 4(1),* 63-76.

Braithwaite, M., & Sigafoos, J. (1998). Effects of social versus musical antecedents on communication responsiveness in five children with developmental disabilities. *Journal of Music Therapy, 35(2),* 88-104.

Brown, C. J., Chen, A. C., & Dworkin, S. F. (1989). Music in the Control of Human Pain. *Music Therapy, 8(1),* 47-60.

Brownell, M. D. (2002). Musically adapted social stories to modify behaviors in students with autism: Four case studies. *Journal of Music Therapy, 39(2),* 117-144.

Bruscia, K. (1987). *Improvisation models of music therapy.* Illinois: Charles C. Thomas Publisher.

Bruscia, K. (1995). The boudaries of music therapy research. Em B. L. Wheeler, *Music therapy research: Quantitative and qualitative perspectives* (pp. 17-28). Phoenixville: Barcelona Publishers.

Bruscia, K. E. (1982). Music in the assessment and treatment of echolalia. *Music Therapy, 2*, 25-41.

Bruscia, K. E. (2014). *Defining Music Therapy.* United States of America: Barcelona Publishers.

Buday, E. M. (1995). The effects of signed and spoken words taught with music on sign and speech imitation by children with autism. *Journal of Music Therapy, 32(3)*, 189-202.

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

Cameron, H. J. (2017). Long term music therapy for people with intellectual disabilities and the National Disability Insurance Scheme (NDIS). *Australian Journal of Music Therapy, 28*, 1-14.

Cardinell, R. L. (1944). *Music in industry.* New York: American Society of Composers, Authors and Publishers.

Caron, J. R., Donnell, N. E., & Friedman, E. (1996). The reduction of bruxism using passive music listening with persons having developmental disabilities. *Canadian Journal of Music Therapy, 3(1)*, 58-73.

Cassity, M. D. (1977). Nontraditional guitar techniques for the educable and trainable mentally retarded residents in music therapy activities. *Journal of Music Therapy, 14(1)*, 39-42.

Chance, A. F. (1987). Musical theatre: Involvement of people with mental handicaps in a commercial production of Joseph and the Amazing Technicolor Dreamcoat. *Mental Handicap, 15(2)*, 74-76.

Cotter, V. W. (1971). Effects of music on performance of manual tasks with retarded adolescent females. *American Journal of Mental Deficiency, 76(2)*, 242-248.

Coyne, N. M., Dwyer, M. L., Kennedy, M., & Petter, N. M. (2000). *The Effects of Systematic Implementation of Music on Behavior and Performance of the Special Needs Student.* Chicago: Saint Xavier University.

Crespel, A., Gélisse, P., Nikanorova, M., Ferlazzo, E., & Genton, P. (2012). Lennox-Gastaut Syndrome. Em M. Bureau, P. Genton, C. Dravet, A. Delgado-Escueta, C. A.

Tassinari, P. Thomas, & P. Wolf, *Epileptic syndromes in Infancy, childhood and adolescence* (pp. 189-216). Montrouge: John Libbey Eurotext.

Crowe, B. J. (1985). Music Therapy and Physical Medicine. *Music Therapy, 5*, 44-51.

Curtis, S. L., & Mercado, C. S. (2004). Community Music Therapy for Citizens with Developmental Disabilities. *Voices: A World Forum for Music Therapy, 4(3).*

DeBedout, J. K., & Worden, M. C. (2006). Motivators for children with severe intellectual disabilities in the self-contained classroom: a movement analysis. *Journal of Music Therapy, 43(2),* 123-135.

Detzner, V. (1997). *Using song to increase the articulation skills in the speech of the profoundly mentally handicapped.* Nova Southeastern University.

di Franco, G. (1999). Music and autism: Vocal improvisation as containment of stereotypies. Em T. Wigram, & J. De Backer, *Clinical Applications of Music Therapy in Developmental Disability, Paediatrics and Neurology* (pp. 93-118). London: Jessica Kingsley Publishers.

Doll, E. A. (1941). The essentials of an inclusive concept of mental deficiency. *American Journal of Mental Deficiency, 46*, 214-219.

Eagle, C. T. (1996). An introductory perspective on music psychology. Em D. Hodges, *Handbook of music psychology* (pp. 1-28). San Antonio: IMR Press.

Edgerton, C. L. (1994). The effect of improvisational music therapy on the communicative behaviors of autistic children. *Journal of Music Therapy, 31(1),* 31-62.

Ely, E., & Scott, K. (1994). integrating clients with an intellectual disability to the community through music therapy. *Australian Journal of Music Therapy, 5*, 7-18.

Emerson, E. (2001). *Challenging behaviour: Analysis and intervention in people with severe intellectual disabilities.* Cambridge: Cambridge University Press.

Engel Jr., J. (2013). *Seazure and Epilepsy.* New York: Oxford University Press.

Etkin, P. (1999). The use of creative improvisation and psychodynamic insights in music therapy with an abused child. Em T. Wigram, & J. De Baker, *Clinical Applications of Music Therapy in Developmental Disability, Paediatrics and Neurology* (pp. 155-165). London: Jessica Kingsley Publishers.

Farnan, L. A. (2007). Music therapy and developmental disabilities: A glance back. *Music Therapy Perspectives, 25(2)*, 80-85.

Fillingham, C. L. (2007). Friendship and Group Work. Em T. Watson, *Music Therapy with Adults with Learning Disabilities* (pp. 71-84). New York: Routledge.

Finnigan, E., & Starr, E. (2010). Increasing social responsiveness in a child with autism. *Autism, 14(4)*, 321-348.

Fisher, R. S., Acevedo, C., Arzimanoglou, A., Bogacz, A., Cross, J. H., Elger, C. E., . . . Wiebe, S. (2014). ILAE Official Report: A practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia, 55(4)*, 475-482.

Frith, U. (1991). *Autism and Asperger Syndrome.* Cambridge: Cambridge University Press.

Gale, C. P. (1989). The question of music therapy with mentally handicapped adults. *British Journal of Music Therapy, 3(2)*, 20-23.

Gibbs, F. A., & Gibbs, E. L. (1952). *Atlas of electroencephalography. Epilepsy* (Vol. 2). Cambridge: Addison-Wesley.

Goldstein, C. (1964). Music and creative arts therapy for an autistic child. *Journal of Music Therapy, 1(4)*, 135-138.

Goodey, C. F. (2006). Behavioural phenotypes in disability research: Historical perspectives. *Journal of Intelectual Disability Research, 50(6)*, 397-402.

Gouk, P. (2000). *Musical Healing in Cultural Contexts.* Aldershot: Ashgate Publishing.

Groeneweg, G., Stan, E. A., Celser, A., MacBeth, L., & Vrbancic, M. I. (1988). The Effect of Background Music on the Vocational Behavior of Mentally Handicapped Adults. *Journal of Music Therapy, 25(3)*, 118-134.

Gunsberg, A. (1988). Improvised musical play: A strategy for fostering social play between developmentally delayed and nondelayed preschool children. *Journal of Music Therapy, 25(4)*, 178-191.

Heal, M., & O'Hara, J. (1993). The music therapy of an anorectic mentally handicapped adult. *British Journal of Medical Psychology, 66*, 33-41.

Herron, C. J. (1970). Some effects of instrumental music training on cerebral palsied children. *Journal of Music Therapy, 7(2)*, 55-58.

Hodges, A. (1981). Jingle bells. *The Nursing Mirror, 153*, 20-23.

Hooper, J. (2001). Overcoming the problems of deinstitutionalization: Using music activities to encourage interactions between four adults with a developmental disability. *Music Therapy Perspectives, 19(2)*, 121-127.

Hooper, J., & Lindsay, B. (1991). Improving the quality of life through music. *Journal of the British Institute of Mental Handicap, 20(1)*, 27-30.

Hooper, J., McManus, A., & McIntyre, A. (2004). Exploring the Link between Music Therapy and Sensory Integration: An Individual Case Study. *British Journal of Music Therapy, 18(1),* 15-23.

Hoskins, C. (1988). Use of music to increase verbal response and improve expressive language abilities of preschool language delayed children. *Journal of Music Therapy, 25(2),* 73-84.

Hultén, M. A., Patel, S. D., Tankimanova, M., Westgren, M., Papadogiannakis, N., Jonsson, A. M., & Iwarsson, E. (2008). On the origin of trisomy 21 Down syndrome. *Molecular Cytogenics, 1:21*. Obtido de https://molecularcytogenetics.biomedcentral.com/articles/10.1186/1755-8166-1-21

Humpal, M. (1991). The effects of an integrated early childhood music program on social interaction among children with handicaps and their typical peers. *Journal of Music Therapy, 28(3),* 161-177.

Ingber, J. (2003). Using MIDI with adults who have developmental disabilities. *Music Therapy Perspectives, 21(1),* 46-50.

James, M. R., Weaver, A. L., Clemens, P. D., & Plaster, G. A. (1985). Influence of Paired Auditory and Vestibular Stimulation on Levels of Motor Skill Development in a Mentally Retarded Population. *Journal of Music Therapy, 22(1),* 22-34.

Jellison, J. A., & Gainer, E. W. (1995). Into the mainstream: A case study of a child's participation in music education and music therapy. *Journal of Music Therapy, 32(4),* 228-247.

Johnels, J. A., Johnels, L., & Rådemark, C. (2016). Fostering high-quality social interaction together with individuals with profound intellectual disability. *Nordic Journal of Music Therapy, 25*, 118-119.

Jones, K. T. (2008). Meiosis in oocytes: predisposition to aneuploidy and its increased incidence with age. *Human Reproduction Update, 14*, 143-158.

Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *The Nervous Child, 2*, 217-250.

Keats, L. (1995). Doug: The rhythm in his world. *Canadian Journal of Music Therapy, 3(1),* 53-69.

Kern, P. (2004). Making friends in music: including children with autism in an interactive play setting. *Music Therapy Today, 5(4),* 1-43.

Kerr, N., Meyerson, L., & Michael, J. (1965). A procedure for shaping vocalizations in a mute child. Em L. P. Ullmann, & L. Krasner, *Case Studies in Behavior Modification* (pp. 366-370). New York: Holt, Rinehart and Winston, Inc.

Kerr, W. A. (1942). Psychological effects of music as reported by 162 defense trainees. *Psychological Record, 5*, 205-212.

Kim, H. J., Kim, H. D., Lee, J. S., Heo, K., Kim, D. S., & Kang, H. C. (2015). Long-term prognosis of patients with Lennox-Gastaut syndrome in recent decades. *Epilepsy Research, 110*, 10-19.

Klin, A. (2006). Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 28*, 3-11.

Klingler, H., & Peter, D. (1963). Techniques in group singing for aphasics. Em E. H. Schneider, *Music therapy 1962* (pp. 108-112). Lawrence: Allen Press.

Knolle, L. (1973). Sioux City's special brass band. *Music Educators Journal, 60(2)*, 47-48.

Kowski, J. (2002). The sound of silence - The use of Analytical Music Therapy tecniques with a nonverbal client. Em J. Eschen, *Analytical Music Therapy* (pp. 85-94). London: Jessica Kingsley Publishers.

Krout, R., Burnham, A., & Moorman, S. (1993). Computer and electronic music applications with students in special education: From program proposal to progress evaluation. *Music Therapy Perspectives, 11(1)*, 28-31.

Lathom, W., Edson, S., & Toombs, M. R. (1965). A coordinated speech therapy and music therapy program. *Journal of Music Therapy, 2(4)*, 118-120.

Lee, J. (2014). A phenomenological study of the interpersonal relationships between five music therapists and adults with profound intellectual and multiple disabilities. *Qualitative Inquiries in Music Therapy, 9*, 42-86.

Lesiuk, T. (2005). The effect of music listening on work performance. *Psychology of Music, 33(2)*, 173-191.

Loven, M. (1957). The value of music therapy for mentally retarded children. Em E. T. Gaston, *Music Therapy 1956* (p. 168). Lawrence: Allen Press.

Lux, A. L. (2013). Latest American and European updates on infantile spasms. *Current Neurology and Neuroscience Reports, 13*, 334-341.

Lux, A. L., & Osborne, J. P. (2004). A proposal for case definitions and outcome measures in studies of infantile spasms and West Syndrome: consensus statement of the west delphi group. *Epilepsia, 45*, 1416-1428.

MacDonald, R. A., O'Donnell, P. J., & Davies, J. B. (1999). An Empirical Investigation into the Effects of Structured Music Workshops for Individuals with Intellectual Disabilities. *Joumal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 12(3)*, 225-240.

Mackay, M. T., Weiss, S. K., Adams-Webber, T., Ashwal, S., Stephens, D., Ballaban-Gill, K., . . . Snead, O. C. (2004). Practice parameter: medical treatment of infantile spasms: report of the American Academy of Neurology and the Child Neurology Society. *Neurology, 62(10)*, 1668-1681.

Macurik, K. M. (1979). An operant device to reinforce correct head position. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 10(3)*, 237-239.

Mahlberg, M. (1973). Music therapy in the treatment of an autistic child. *Journal of Music Therapy, 10(4)*, 189-193.

Mastrangelo, M. (2017). Lennox-Gastaut Syndrome: A State of the Art Review. *Neuropediatrics, 48*, 143-151.

McBain, K. (1982). The Rumpelstiltskin Project: A musical production for volunteers and the developmentally disabled. *Music Therapy Perspectives, 1(1)*, 30-31.

McCarthy, R. E., & Bakaitis, P. (1976). Effects of music therapy on handicapped students: A Title VI-H project. *1976 American Educational Research Association Meeting Session*, (pp. 1-37).

Meadows, T. (1997). Music therapy for children with severe and profound multiple disabilities: A review of literature. *Australian Journal of Music Therapy, 8*, 3-17.

Michael, E. M. (2004). Developmental Vulnerability and Resilience in Extremely Preterm Infants. *Journal of the American Medical Association, 292*, 2399-2401.

Miller, D. M. (1976). Effects of music-listening contingencies on arithmetic performance and music preference of EMR children. *American Journal of Mental Deficiency, 81(4)*, 371-378.

Mitchell, L. E., Adzick, N. S., Melchionne, J., Pasquariello, P. S., Sutton, L. N., & Whitehead, A. S. (2004). Spina bifida. *Lancet, 364*, 1885-1895.

Montello, L., & Coons, E. E. (1998). Effects of Active Versus Passive Group Music Therapy on Preadolescents with Emotional, Learning, and Behavioral Disorders. *Journal of Music Therapy, 35(1)*, 49-67.

Moss, L. (1974). *Study of music as teaching media for improvement of speech of trainable mentally retarded students in inner city schools.* New Haven: Southern Conneticut State College.

Murphy, A. T., & Simons, R. F. (1958). Music therapy for the speech-handicapped. *Elementary School Journal, 59*, 42.

Myles, B. S., & Adreon, D. (2001). *Asperger syndrome and adolescence: Practical solutions for school success.* Lenexa: Autism Asperger Publishing Company.

Nicholls, T. (2002). 'Could I play a different role?': Group music therapy with se- verely learning disabled adolescents. Em A. Davies, & E. Richards, *Music therapy and group work: Sound company* (pp. 231-246). London: Jessica Kingsley Publishers.

Nordoff, P., & Robbins, C. (1971). *Music therapy in special.* St. Louis: Magnamusic-Baton.

Oldfield, A., & Feuerhahn, C. (1986). Using music in mental handicap: 3 - Helping young children with handicaps and providing support for their parents. *Mental Handicap, 14(1),* 10-14.

Oldfield, A., & Parry, C. (1985). Using music in mental handicap: 1 - Overcoming communication difficulties. *Mental Handicap, 13(3),* 117-119.

Orlando, C. A. (1993). *Using Music To Reinforce Basic Money Skills Taught in the TMH Classroom.* Nova Southeastern University: Florida.

Osburn, J. (1998). An overview of social role valorization theory. *The International Social Role Valorization Journal, 1*, 7-12.

Oskoui, M., Coutinho, F., Dykerman, J., Jetté, N., & Pringsheim, T. (2013). An update on the prevalence of cerebral palsy: a systematic review and meta-analysis. *Developmental Medicine & Child Neurology, 55*, 509-519.

Owlia, G., French, R., Ben-Ezra, V., & Silliman, L. M. (1995). Influence of reinforcers in the time-on task performance of adolescents who are profoundly mentally relarded. *Adapted Physical Activity Quarterly, 12*, 275-288.

Paciorkowski, A. R., Thio, L. L., & Dobyns, W. B. (2011). Genetic and biologic classification of infantile spasms. *Pediatric Neurology, 45*, 355-367.

Pasiali, V. (2004). The use of prescriptive therapeutic songs in a home-based environment to promote social skills acquisition by children with autism: Three case studies. *Music Therapy Perspectives, 22(1),* 11-20.

Perry, M. R. (2008). The music in the interaction and the interaction in the music. *Australasian 'Down Under' Inaugural Intensive Interaction Conference.* Brisbane.

Peters, J. S. (1987). *Music Therapy: An introduction.* Illinois: Charles C. Thomas Publisher.

Rainey Perry, M. M. (2003). Relating improvisational music therapy with severely and multiply disabled children to communication development. *Journal of Music Therapy, 40(3),* 227-246.

Rapp, J. T. (2004). Effects of prior access and environmental enrichment on stereotypy. *Behavioral Interventions, 19*, 287-295.

Register, D. (2001). The Effects of an Early Intervention Music Curriculum on Prereading/Writing. *Journal of Music Therapy, 38(3),* 239-248.

Reynolds, W. (1943). Selecting music for the factory. *Personnel, 20*, 95-98.

Richman, J. S. (1976). Background rnusic for repetitive task performance of severely retarded individuals. *American Journal of Mental Deficiency, 81(3),* 251-255.

Rickson, D. (2014). The Relevance of Disability Perspectives in Music Therapy Practice With Children and Young People Who Have Intellectual Disability. *Voices: A World Forum for Music Therapy, 14(3)*. Obtido de https://voices.no/index.php/voices/article/view/784/655

Ritholtz, M. S., & Turry, A. (1994). The journey by train: Creative Music Therapy with a 17-year-old boy. *Music Therapy, 12(2),* 58-87.

Roberts, J. W. (1959). Sound approach to efficiency. *Personnel Journal, 38*, 6-8.

Robertson, I., & Cooper, C. (2011). *Well-being: Productivity and Hapiness at Work.* United Kingdom: Palgrave Macmillan UK.

Rosene, P. E. (1982). Instrumental music... A success opportunity. *Music Educators Journal, 68(8),* 37-39.

Ross, D. M., Ross, S. A., & Kushenbecker, S. L. (1973). Rhythm training for educable mentally retarded children. *Mental Retardation, 11(6),* 20-23.

Sander, J. W., & Shorvon, S. D. (1996). Epidemiology of the epilepsies. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 61*, 433-443.

Sander, J. W., Hart, Y. M., Johnson, A. L., & Shorvon, S. D. (1990). National General Practice Study of Epilepsy: newly diagnosed epileptic seizures in a general population. *The Lancet, 336*, 1267–1271.

Sankar, C., & Mundkur, N. (2005). Cerebral Palsy–Definition, Classification, Etiology and Early Diagnosis. *Indian Journal of Paediatrics, 72*, 865-868.

Shorvon, S. D. (2011). The etiologic classification of epilepsy. *Epilepsia, 52(6),* 1052-1057.

Skewes, K., & Thompson, G. (1998). The use of musical interactions to develop social skills in early intervention. *Australian Journal of Music Therapy, 9*, 35-44.

Smith, W. A. (1961). Effects of industrial music in a work situation requiring complex mental activity. *Psychological Report, 8*, 159-162.

Spitzer, S. (1989). Computers and music therapy: An integrated approach. *Music Therapy Perspectives, 7*, 51-54.

Staples, S. M. (1968). A paired-associates learning task utilizing music as mediator: An exploratory study. *Journal of Music Therapy, 5(2)*, 53-57.

Starr, E., & Zenker, K. (1998). Understanding autism in the context of music therapy: Bridging theory and practice. *Canadian Journal of Music Therapy, 5(1)*, 1-19.

Steele, A. L. (1977). The application of behavioral research techniques to community music therapy. *Journal of Music Therapy, 14(3)*, 102-115.

Steele, A. L., & Jorgenson, H. A. (1971). Music therapy: An effective solution to problems in related disciplines. *Journal of Music Therapy, 8(4)*, 131-145.

Supnet, C., Crow, A., Stutzman, S., & Olson, D. (2016). Music as Medicine. *Critical Care Nurse, 36(2)*, e1-e7.

Swingler, T. (1998). "That Was Me!": Applications of the Soundbeam MIDI Controller as a Key to Creative Communication, Learning, Independence and Joy. *California State University Northridge conference on technology and persons with disabilities*, (pp. 1-8). Los Angeles.

Thomas, E., Egnal, N. S., Van Eeden, F., & Bond, A. (1974). The effects of music therapy on a group of institutionalised mentally retarded boys. *South African Medical Journal, 48*, 1723-1728.

Topper, S., Ober, C., & Das, S. (2011). Exome sequencing and the genetics of intellectual disability. *Clinical Genetics, 80*, 117-126.

Trevathan, E., Murphy, C. C., & Yeargin-Allsopp, M. (1997). Prevalence and descriptive epidemiology of Lennox-Gastaut syndrome among Atlanta children. *Epilepsia, 38(12)*, 1283-1288.

Tyler, H. M. (2002). Working, playing and relating: Issues in group rnusic therapy for children with special needs. Em A. Davies, & E. Richards, *Music therapy and group work: Sound company* (pp. 216-130). London: Jessica Kingsley Publishers.

Wager, K. M. (2000). The effects of music therapy upon an adult male with autism and mental retardation: A four-year case study. *Music Therapy Perspectives, 18(2)*, 131-140.

Walker, E. M., Crawford, F., & Leonard, H. (2014). Community participation: Conversations with parents-carers of young women with Rett syndrome. *Journal of Intellectual and Developmental Disability, 39(3)*, 243-252.

Walker, J. B. (1972). The Use of Music as an Aid in Developing Functional Speech in the Institutionalized Mentally Retarded. *Journal of Music Therapy, 9*, 1-12.

Warwick, A. (1984). The role of music in the treatment and education of the autistic child. *British Journal of Music Therapy, 15(1),* 2-8.

Watson, T. (2007). Community, culture and group work. Em T. Watson, *Music Therapy with Adults with Learning Disabilities* (pp. 85-97). New York: Routledge.

Watson, T. (2007). Valuing people: a new framework. Em T. Watson, *Music Therapy with Adults with Learning Disabilities* (pp. 5-17). East Sussex: Routledge.

Watson, T. (2014). Relationship and communication in music therapy: A Response to North. *Psychology of Music, 42(6),* 800-808.

Watson, T., & Vickers, L. (2002). A music and art therapy group for people with learning disabilities. Em A. Davies, & E. Richards, *Music therapy and group work. Sound company* (pp. 133-146). London: Jessica Kingsley Publishers.

White, W. F., & Allen, W. R. (1966). Psychodynamic effects of music as a psychotherapeutic agent. *Journal of Music Therapy, 3(2),* 69-71.

Wiesel, I., & Bigby, C. (2016). Mainstream, inclusionary and convivial places: locating encounters between people with and without intellectual disabilities. *Geographical Review, 106(2),* 201-214.

Wigram, T. (1988). Music Therapy - Developments in Mental Handicap. *Psychology of Music, 16,* 42-51.

Wigram, T. (2004). *Improvisation: Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, educators and Students.* London: Jessica Kingsley Publishers.

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.

Wilson, T., & Fredericks, B. (1982). Teaching research music program for moderately and severely handicapped children. *Teaching Research, 11(1),* 1-6.

Wimpory, D. C., & Nash, S. (1999). Musical Interaction Therapy: Therapeutic play for children with autism. *Child Language Teaching and Therapy, 15(1),* 17-28.

Wing, L. (1981). Asperger's syndrome: a clinical account. *Psychological Medicine, 11,* 115-129.

Wingert, M. L. (1972). Effects of a music enrichment program in the education of the mentally retarded. *Journal of Music Therapy, 9(1),* 13-22.

Wolfe, D. E. (1980). The effect of automated interrupted music on head posturing of cerebral palsied individuals. *Journal of Music Therapy, 17(4),* 184-206.

Wolfgram, B. J. (1978). Music therapy for retarded adults with psychotic overlay: A day treatment approach. *Journal of Music Therapy, 15(4)*, 199-207.

Wong, L. C., & Paulozzi, L. J. (2001). Survival of infants with spina bifida: a population study. *Paediatric Perinatal Epidemiology, 15*, 374-378.

World Federation of Music Therapy. (2011). *Definition of Music Therapy*. Obtido em Fevereiro de 2018, de http://www.wfmt.info/2011/05/01/announcing-wfmts-new-definition-of-music-therapy/

Zagelbaum, V. N., & Rubino, M. A. (1991). Combining dance-movement, art, and music therapies with a developmentally delayed psychiatric client in a day treatment setting. *The Arts in Psychotherapy, 18(2)*, 139-148.

APÊNDICES

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A - Fichas de Observação: Vanessa

Apêndice B - Fichas de Observação: Francisco

Apêndice C - Grelha de Avaliação Inicial: Vanessa

Apêndice D - Grelha de Avaliação Inicial: Francisco

APÊNDICE A

Fichas de Observação: Vanessa

Ficha de Observação

Nome: Vanessa
Data: 23/11/2017
Sessão: 2

Descrição sumária da sessão:

A Vanessa veio para a primeira sessão de musicoterapia bem-disposta. Quando chegou à sala, esperou que lhe fosse dito o que fazer, e sentou-se quando isto lhe foi pedido. Manteve-se sorridente, a observar todos os instrumentos musicais que estavam expostos em cima da mesa, sem lhes tocar.

Comigo no *ukulele*, foi iniciada uma progressão harmónica simples, em que a Vanessa foi convidada a tocar nos instrumentos musicais, um de cada vez. A utente realizou a tarefa de forma interessada, não tomando ainda assim a iniciativa de fazer nada diferente do pedido, por sua vontade própria.

Foi-lhe pedido que repetisse os nomes dos instrumentos assim que estes lhe eram ditos, ao que a Vanessa não anuiu. Quando lhe é pedido que o faça, a utente olha para mim, mostrando que me ouviu e compreendeu, mas faz pouco esforço por tentar executar a tarefa, talvez por saber que dificilmente o conseguirá fazer.

Temas centrais: Os instrumentos musicais.

Novidades ou mudanças: -

Música produzida: Improvisação musical.

Reações pessoais: Constata-se a informação obtida na avaliação inicial feita com a Vanessa. Para além das dificuldades verbais que a utente apresenta, salienta-se o facto da mesma não fazer nada por si mesma, esperando sempre a ordem do seu cuidador, neste caso específico eu.

A fazer: Definir estratégias específicas para o desenvolvimento de competências dos domínios sinalizados em avaliação.

1

Ficha de Observação

Nome: Vanessa
Data: 12/12/2017
Sessão: 6

Descrição sumária da sessão:

Nesta sessão, a Vanessa, que até aqui não tinha realizado nada que não lhe tivesse sido especificamente pedido, tomou a iniciativa por si própria pela primeira vez em sessão. Enquanto eu estava a tocar e a cantar no *ukulele*, a utente aproximou-se, esticou o braço e começou a tocar nas cordas do *ukulele* em conjunto comigo. A minha resposta instintiva foi a de colocar o instrumento na mesa, entre nós as duas, para que ambas estivéssemos à mesma distância e no mesmo pé de igualdade em relação ao instrumento. Mantivemo-nos as duas durante largos minutos a tocar em conjunto, mantendo contacto visual uma com a outra.

Esta atividade levou a algo semelhante na percussão. Apesar das minhas tentativas, o som resultante foi algo confuso, sem coordenação rítmica entre nós as duas.

Temas centrais: Os instrumentos musicais, a sessão de musicoterapia

Novidades ou mudanças: A Vanessa tomou, pela primeira vez, a iniciativa de iniciar algo por si própria, sem que algo lhe fosse pedido ou imitado.

Música produzida: Improvisação musical.

Reações pessoais: Foi muito recompensador sentir o impacto que a minha intervenção em musicoterapia teve na capacidade da Vanessa de confiar em mim e sentir-se confortável ao ponto de alterar a sua postura.

A fazer: Continuar a exploração da relação terapêutica e, consequentemente, da partilha musical entre terapeuta e utente. Estimular na utente a tomada de iniciativa e a independência.

1

Ficha de Observação

Nome: Vanessa
Data: 19/12/2017
Sessão: 8

Descrição sumária da sessão:

Esta sessão tomou uma estrutura semelhante às sessões anteriores, sempre baseada na improvisação musical com instrumentos musicais. Tal como nas sessões anteriores, em que se salienta a partilha musical entre mim e a Vanessa, esta sessão não foi exceção, muito pelo contrário. A utente tomou mais uma vez a iniciativa de se juntar a mim a tocar *ukulele*, acabando mais tarde por se passar para a improvisação rítmica com os instrumentos de percussão disponíveis.

Apesar de grande parte do trabalho consistir numa imitação da utente sobre aquilo que a estagiária está a fazer, e ser impulsionado pela tomada de iniciativa da última, sentiu-se que nesta improvisação houve pela primeira vez alguma preocupação em ouvir a estagiária e em atuar em sincronia com ela.

Temas centrais: Os instrumentos musicais, a sessão de musicoterapia.

Novidades ou mudanças: Conseguiu-se, pela primeira vez, sentir alguma coerência e sincronia na atividade musical em conjunto entre as duas intervenientes em musicoterapia.

Música produzida: Improvisação musical.

Reações pessoais: É muito interessante ver a forma como a Vanessa tem vindo a progredir em pequenas coisas, que na verdade têm toda a importância para o seu percurso terapêutico. Seria bom medir o impacto da intervenção fora do contexto da sessão, mas tal não é ainda possível.

A fazer: Continuar a exploração da relação terapêutica e, consequentemente, da partilha musical entre terapeuta e utente. Estimular na utente a tomada de iniciativa e a independência.

1

Ficha de Observação

Nome: Vanessa
Data: 16/01/2018
Sessão: 11

Descrição sumária da sessão:

A sessão 11 foi marcada por um acontecimento fora do esperado. No meio da improvisação musical do costume, a Vanessa começou a cantar uma canção, muito baixinho. Não foi possível compreender de que canção se tratava, não só por ela cantar em surdina, mas também de forma bastante desafinada e com palavras ininteligíveis. Ainda assim, compreendeu-se ser importante a minha participação na atividade, pelo que tentei, sem grande sucesso, acompanhar a Vanessa harmonicamente no *ukulele* e com a voz. A utente manteve-se a cantar a sua canção até ao final da sessão.

Tentou-se explorar aquela vertente verbal que até aqui não tinha sido possível com sucesso, na esperança de que, por se tratar de uma música escolhida e trazida por si, a motivação para este trabalho fosse maior. Tal não se verificou, com a Vanessa a manter a postura de desinteresse em colaborar neste tipo de trabalho.

Terminei a sessão com vários elogios à música da Vanessa, ao que ela demonstrou ficar bastante feliz.

Temas centrais: Os instrumentos musicais, a sessão de musicoterapia.

Novidades ou mudanças: Conseguiu-se, pela primeira vez, ouvir discurso verbal por parte da Vanessa, bem como ouvi-la a cantar.

Música produzida: Improvisação musical, a canção da Vanessa.

Reações pessoais: Foi muito interessante ouvir a Vanessa e ver os seus gostos e as suas preferências a submergir, dando o mote para o progresso.

A fazer: Explorar a canção da Vanessa, por se considerar que pode vir a ser uma ferramenta importante para atingir os objetivos propostos inicialmente para a intervenção em musicoterapia.

1

Ficha de Observação

Nome: Vanessa
Data: 12/04/2018
Sessão: 23

Descrição sumária da sessão: A sessão consistiu, como de costume, em improvisação musical livre. A Vanessa continua a cantar, tarefa que vai alternando com momentos de execução instrumental em conjunto comigo. A meio de uma improvisação, a Vanessa, sem que nada lhe fosse pedido e sem ser por imitação, largou o instrumento que tinha em mãos e pegou noutro, emitindo um som do género "posso?". Durante o resto da sessão, manteve esta postura mais independente, tomando a iniciativa de mudar de instrumentos de forma livre.
Temas centrais: Os instrumentos musicais, a sessão de musicoterapia.
Novidades ou mudanças: A Vanessa deu um novo passo no que toca à capacidade de tomar iniciativa por si mesma.
Música produzida: Improvisação musical, canção da Vanessa.
Reações pessoais: O progresso da Vanessa é cada vez mais notório, o que me traz grande satisfação.
A fazer: Continuar com a linha de trabalho seguida até aqui, baseada nos objetivos definidos para a Vanessa na avaliação inicial.

1

Ficha de Observação

Nome: Vanessa
Data: 19/04/2018
Sessão: 25

Descrição sumária da sessão: A sessão 25 foi uma sessão relativamente diferente do habitual. A Vanessa estava a pintar um desenho na sala de CAO, e quando a fui buscar, pegou no desenho, bem como em alguns lápis de cor, e trouxe-os para a sessão. Quando entrou na sala, sentou-se prontamente na sua cadeira, pousou o desenho e os lápis na mesa e começou a pintar. Eu comecei a atividade musical, a tocar e a entoar uma melodia simples, à qual a Vanessa por vezes se juntava. A sessão foi toda assim, com alternância entre momentos de música e momentos de pintura. Por vezes, nos momentos em que se encontrava a pintar, entoava a sua canção, que continua sem ser decifrada.
Temas centrais: A sessão de musicoterapia.
Novidades ou mudanças: A Vanessa deu mais um passo no que toca à sua capacidade de tomar iniciativa, ao trazer da sala de CAO uma pintura que estava a fazer e que não lhe apeteceu abandonar. Fez notar a sua vontade e tomou a liberdade de agir em conformidade.
Música produzida: Improvisação musical, a canção da Vanessa.
Reações pessoais: O progresso da Vanessa é cada vez mais notório, e começa a incluir coisas externas à sessão de musicoterapia.
A fazer: Continuar com a linha de trabalho seguida até aqui, baseada nos objetivos definidos para a Vanessa na avaliação inicial.

1

Ficha de Observação

Nome: Vanessa
Data: 17/05/2018
Sessão: 28

Descrição sumária da sessão:

A sessão adotou uma postura semelhante às sessões iniciais, com improvisação musical do início ao fim da sessão. A Vanessa cantou a sua música, acompanhada por mim, escolheu instrumentos por si só, e improvisou em conjunto comigo, ora em instrumentos diferentes, ora no mesmo instrumento.

No final da sessão, quando a fui levar de volta para a sala de CAO, a Vanessa viu que estava a ser realizada pelas duas monitoras uma atividade de pintura com tintas e pincéis. Sem que nada lhe fosse dito, pegou numa bata que estava pousada numa cadeira, vestiu-a, sentou-se numa cadeira entre as duas monitoras, pegou num pincel e começou a pintar numa folha, em silêncio. Este comportamento foi bastante diferente do habitual, em que a Vanessa normalmente chega à sala e senta-se em silêncio onde houver lugar.

Temas centrais: A sessão de musicoterapia.

Novidades ou mudanças: A Vanessa conseguiu, tanto quanto eu sei, pela primeira vez exportar a aquisição de competências em sessão de musicoterapia para o exterior da sessão, adotando um comportamento de relativa independência na sua sala de CAO.

Música produzida: Improvisação musical, a canção da Vanessa.

Reações pessoais: Foi muito gratificante deparar-me com a situação descrita anteriormente, bem como ver na cara das monitoras da sala de CAO a surpresa e estupefação de ver uma alteração tão acentuada no comportamento da Vanessa.

A fazer: Começar a preparar o final da intervenção em musicoterapia.

1

APÊNDICE B

Fichas de Observação: Francisco

Ficha de Observação

Nome: Francisco
Data: 21/11/2017
Sessão: 2

Descrição sumária da sessão:

A sessão do Francisco foi planeada de acordo com a informação recolhida na avaliação realizada na semana passada. Escolheu-se para a primeira sessão do utente uma atividade inicialmente estruturada, com a interpretação da "canção do olá", em que o utente e a estagiária se apresentam, e mais tarde a derivação desta mesma composição para uma atividade menos estruturada, baseada na improvisação musical. Como forma de fazer a ligação da atividade estruturada para a improvisação, explorou-se a canção com várias dinâmicas, texturas e articulações.

A primeira atividade foi bastante bem-recebida pelo Francisco, que demonstrou uma postura de interesse e entusiasmo. Por se tratar de uma canção em que tanto o nome do Francisco como o meu são repetidos diversas vezes, aproveitei para explorar a questão sinalizada na avaliação das competências verbais, nomeadamente no que toca à pronunciação. Constatei, com algum espanto, que após algum tempo de repetição, o Francisco melhorou a pronunciação do seu nome, não tendo ainda assim chegado a um nível correto de dicção.

O Francisco apresenta algumas estereotipias, nomeadamente um movimento de braços para a frente e para trás, quase como asas, e o balanceamento para a frente e para trás do corpo todo. A indicação que a monitora da sua sala de CAO me deu foi para não deixar o Francisco fazer estes movimentos. Assim que ele os começa, devo dizer para ele parar. Optei por não o fazer, registando que o utente por vezes os consegue parar sozinho quando algo prende a sua atenção.

Outra questão recorrente no Francisco é o comportamento repetitivo, nomeadamente no que toca a perguntar constantemente o meu nome, apesar de o saber. Pergunta e, ao ver que eu não respondo, responde-se a si mesmo "Inês". Estas questões triviais são um comportamento constante no Francisco, que apresentou dificuldade em se manter atento e concentrado em qualquer momento da sessão.

A sessão foi mais curta do que os esperados 45 minutos, uma vez que ao fim de 25/30 minutos o Francisco demonstrou querer acabar a sessão e voltar para a sala.

Temas centrais: O utente, a terapeuta e a sessão de musicoterapia.

Novidades ou mudanças: Constatou-se uma melhoria algo significativa do utente no que toca à pronunciação do seu nome após uma atividade em que este era repetido.

1

Música produzida: "Canção do olá" e improvisação musical sobre esta composição.
Reações pessoais: Fiquei confusa com o facto do Francisco, depois de estimulado durante algum tempo, melhorar significativamente a forma como diz o seu próprio nome.
A fazer: Diminuir a duração da sessão do Francisco para 30 minutos.

2

Ficha de Observação

Nome: Francisco
Data: 06/02/2018
Sessão: 15

Descrição sumária da sessão:

A sessão começou de forma semelhante ás sessões anteriores, com a interpretação da "canção do olá", comigo na voz e no *ukulele* a dar á música uma base harmónica e com o Francisco na voz. Como já tinha acontecido anteriormente, houve uma parte da música em que pedi ao Francisco para cantar um verso sozinho, atividade essa que este conseguiu realizar, ainda que com uma afinação muito pouco correta.

As estereotipias do Francisco continuam presentes, ainda que seja possível pará-las através do direcionamento da sua atenção para a atividade musical. É de mencionar, ainda assim, que a frequência de ocorrência destas tem vindo a diminuir. As interrupções com perguntas alheias à sessão, continuam presentes.

A cerca de 15 minutos do início da sessão, durante um momento improvisativo entre mim e o Francisco, houve um silêncio e eu, não sei muito bem explicar porquê, comecei a entoar uma canção de natal de que apenas conheço a melodia, e a acompanhar-me ao *ukulele* numa base harmónica extremamente simples. O Francisco, por algum motivo que me é completamente alheio, parou com as perguntas e agregou-se à atividade musical, ficando cerca de 5 minutos em performance, sem interrupção. Quando esta atividade chegou a um final natural, o Francisco sorriu e bateu as palmas.

A sessão continuou, com outras atividades improvisativas e de caráter verbal, tendo o Francisco voltado a demonstrar interrupções e comportamentos de estereotipia.

Temas centrais: O utente, a terapeuta e a sessão de musicoterapia.

Novidades ou mudanças: O Francisco conseguiu, pela primeira vez, estar um período significativamente longo de tempo em performance musical, sem interrupções.

Música produzida: "Canção do olá" e improvisação musical.

Reações pessoais: Fiquei positivamente surpreendida por constatar que o Francisco tem a capacidade de aumentar o seu tempo útil de atenção e concentração, e que este resultado é possível através da intervenção em musicoterapia.

1

A fazer: Voltar a explorar a canção de natal em sessões seguintes, tentando perceber se as melhorias observadas nos planos comportamental e cognitivo se relacionam diretamente com esta ou se foi apenas uma coincidência.

2

Ficha de Observação

Nome: Francisco
Data: 08/05/2018
Sessão: 26

Descrição sumária da sessão: A sessão tomou a estrutura que se tem vindo a explorar desde o início da intervenção. Constata-se, tal como tem vindo a ser descrito, alterações positivas nos domínios conceptuais definidos para a intervenção com o Francisco. As atividades foram em grande parte sugeridas pelo Francisco. As melhorias do utente no plano verbal continuam iguais, melhorando em sessão, mas regredindo fora desta. As interrupções com temas alheios à sessão de musicoterapia continuam a existir, apesar da sua frequência ser muito menos ocorrente em comparação com o início da intervenção. O comportamento estereotípico do utente, que tem vindo a diminuir, não aconteceu de todo nesta sessão. Resta observar, nas sessões futuras, se isto se tratou de uma coincidência, se foi impulsionado por outro fator qualquer não musical, ou se representa um progresso em musicoterapia.
Temas centrais: O utente, a terapeuta e a sessão de musicoterapia.
Novidades ou mudanças: O Francisco conseguiu, pela primeira vez, não apresentar comportamento estereotípico ao longo de toda a sessão de musicoterapia.
Música produzida: "Canção do olá" e improvisação musical.
Reações pessoais: Constata-se com agrado e orgulho que o utente tem vindo a conseguir realizar progressos, especialmente se for possível atribuí-los à intervenção em musicoterapia.
A fazer: Continuar a seguir a linha de trabalho explorada.

1

APÊNDICE C

Grelha de Avaliação Inicial: Vanessa

FICHA DE AVALIAÇÃO EM MUSICOTERAPIA

Nome: Vanessa
Idade: 30 anos
Data da avaliação: 14/11/2017
Diagnóstico: Deficiência Congénita Permanente e Anatómica
Informações pertinentes:

Para cada item abaixo, selecionar na escala de frequência a frequência com que o (a) utente demonstra esse tipo de comportamento.

Características Gerais	Escala de Frequência				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Com frequência	Sempre
Comportamentos Observáveis					
É cooperativo					x
É resistivo	x				
É estereotípico	x				
É perseverante					x
É compulsivo	x				
É impulsivo	x				
É ritualístico	x				
É assertivo	x				
É solitário				x	
É hiperativo	x				
É hipoativo			x		
É abusivo	x				
É auto-abusivo	x				

É auto-estimulativo	x				
Notas:					
Problemas Físicos					
Apresenta problemas motores				x	
Apresenta problemas auditivos	x				
Apresenta problemas visuais	x				
Apresenta convulsões	x				
Notas:					
Contacto Visual					
Faz contacto visual naturalmente					x
Faz contacto visual a pedido	-	-	-	-	-
Notas:					
Nível de Atenção					
Mantém-se atento durante longos períodos de tempo				x	
Mantém-se atento durante períodos de tempo médios					x
Mantém-se atento durante períodos de tempo curtos					x
Mantém-se atento esporadicamente	-	-	-	-	-
É facilmente distraível		x			
Não foca a atenção	x				
Responde de acordo com o contexto musical				x	
Notas:					
Maneirismos					
Apresenta expressões faciais idiossincráticas	x				
Apresenta tiques	x				
Faz movimentos com as mãos	x				
Faz movimentos com os dedos	x				

Faz movimentos com os braços	x				
Faz movimentos com a cabeça	x				
Faz sons idiossincráticos	x				
Notas:					
Marcha					
Apresenta marcha regular	x				
Apresenta marcha característica					x
Notas:					
Postura					
Apresenta postura adequada			x		
Apresenta postura desadequada			x		
Apresenta postura idiossincrática	-	-	-	-	-
Notas:					
Domínio Motor					
Motricidade Grossa					
Caminha					x
Corre			x		
Salta		x			
Saltita/Galopa		x			
Balança o torso					x
Balança os braços					x
Estica os braços					x
Vira o corpo					x
Equilibra-se em movimento					x
Equilibra-se parado					x
Bate as palmas					x

Bate os pés					x
Notas:					
Motricidade Fina					
Abre e fecha os dedos					x
Move os dedos separadamente					x
Consegue segurar nos instrumentos musicais				x	
Notas:					
Coordenação Motora					
Consegue agitar os *shakers*					x
Coordena o ritmo das duas mãos				x	
Coordena o ritmo com as baquetas				x	
Notas:					
Domínio da Comunicação					
Comunicação Verbal					
Articula palavras soltas	x				
Articula pequenas expressões	x				
Articula frases completas	x				
Apresenta um discurso contínuo	x				
Apresenta um discurso repetitivo	x				
Apresenta um discurso claro e bem articulado	x				
Apresenta um tom de voz adequado	x				
Apresenta um discurso monocórdico	x				
Apresenta uma velocidade de discurso adequada	x				
Apresenta um discurso audível	X				
Notas:					
Comunicação Não-Verbal					

Vocaliza				x	
Gesticula				x	
Utiliza língua gestual	x				
Notas:					
Domínio Cognitivo					
Compreensão					
Compreende o que lhe é dito					x
Compreende conceitos básicos (cores, números, dias da semana, ...)				x	
Notas:					
Noção corporal					
Identifica as diferentes partes do corpo			x		
Notas:					
Perceção visual					
Reconhece diferentes formas				x	
Reconhece diferentes tamanhos				x	
Reconhece diferentes cores				x	
Reconhece o terapeuta					x
Notas:					
Perceção auditiva					
Reconhece alterações de dinâmica (forte, piano)					x
Reconhece alterações de tempo (rápido, lento)					x
Reconhece alterações de altura (agudo, grave)					x
Reconhece a diferença entre sons de diferentes instrumentos					x
Notas:					
Memória					

Memoriza o nome dos instrumentos musicais	x				
Memoriza melodias e ritmos específicos/canções	x				
Notas:					
Domínio Afetivo					
Expressão Facial					
Alerta					x
Agradável					x
Fixa	x				
Tensa	x				
Hostil	x				
Ansiosa		x			
Deprimida	x				
Notas:					
Respostas Emocionais					
Apresenta respostas emocionais adequadas à situação				x	
Apresente respostas emocionais adequadas ao estímulo musical				x	
Notas:					
Domínio Social					
Consciência					
Reconhece o próprio nome					x
Reconhece os nomes dos outros					x
Notas:					
Interação					
Interage com os cuidadores			x		
Interage com os colegas			x		

Notas:					
Domínio Musical					
Comportamento Musical					
Canta de forma afinada	x				
Segue uma canção até ao fim					x
Escolhe música do seu gosto pessoal	x				
Canta canções com letra	x				
Toma a iniciativa de iniciar atividade musical	x				
Imita padrões rítmicos		x			
Altera a performance de acordo com alterações nas características musicais				x	
Utiliza os instrumentos de forma expressiva	x				
Utiliza diferentes notas musicais de forma intencional	x				
Notas:					

APÊNDICE D

Grelha de Avaliação Inicial: Francisco

FICHA DE AVALIAÇÃO EM MUSICOTERAPIA

Nome: Francisco
Idade: 36 anos
Data da avaliação: 14/11/2017
Diagnóstico: sem diagnóstico definido
Informações pertinentes:

Para cada item abaixo, selecionar na escala de frequência a frequência com que o (a) utente demonstra esse tipo de comportamento.

Características Gerais	Escala de Frequência				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Com frequência	Sempre
Comportamentos Observáveis					
É cooperativo				x	
É resistivo	x				
É estereotípico				x	
É perseverante			x		
É compulsivo				x	
É impulsivo		x			
É ritualístico				x	
É assertivo			x		
É solitário				x	
É hiperativo	x				
É hipoativo	x				
É abusivo	x				
É auto-abusivo	x				

É auto-estimulativo	x				
Notas:					
Problemas Físicos					
Apresenta problemas motores				x	
Apresenta problemas auditivos	x				
Apresenta problemas visuais	x				
Apresenta convulsões	x				
Notas:					
Contacto Visual					
Faz contacto visual naturalmente		x			
Faz contacto visual a pedido				x	
Notas:					
Nível de Atenção					
Mantém-se atento durante longos períodos de tempo	x				
Mantém-se atento durante períodos de tempo médios		x			
Mantém-se atento durante períodos de tempo curtos			x		
Mantém-se atento esporadicamente					x
É facilmente distraível					x
Não foca a atenção					x
Responde de acordo com o contexto musical		x			
Notas:					
Maneirismos					
Apresenta expressões faciais idiossincráticas		x			
Apresenta tiques					x
Faz movimentos com as mãos					x
Faz movimentos com os dedos	x				

Faz movimentos com os braços					x
Faz movimentos com a cabeça	x				
Faz sons idiossincráticos	x				
Notas:					
Marcha					
Apresenta marcha regular	x				
Apresenta marcha característica					x
Notas:					
Postura					
Apresenta postura adequada				x	
Apresenta postura desadequada		x			
Apresenta postura idiossincrática			x		
Notas:					
Domínio Motor					
Motricidade Grossa					
Caminha					x
Corre		x			
Salta		x			
Saltita/Galopa		x			
Balança o torso					x
Balança os braços					x
Estica os braços					x
Vira o corpo					x
Equilibra-se em movimento					x
Equilibra-se parado					x
Bate as palmas					x

Bate os pés					x
Notas:					
Motricidade Fina					
Abre e fecha os dedos					x
Move os dedos separadamente					x
Consegue segurar nos instrumentos musicais					x
Notas:					
Coordenação Motora					
Consegue agitar os *shakers*					x
Coordena o ritmo das duas mãos			x		
Coordena o ritmo com as baquetas			x		
Notas:					
Domínio da Comunicação					
Comunicação Verbal					
Articula palavras soltas					x
Articula pequenas expressões					x
Articula frases completas		x			
Apresenta um discurso contínuo	x				
Apresenta um discurso repetitivo					x
Apresenta um discurso claro e bem articulado	x				
Apresenta um tom de voz adequado	x				
Apresenta um discurso monocórdico	x				
Apresenta uma velocidade de discurso adequada			x		
Apresenta um discurso audível					x
Notas:					
Comunicação Não-Verbal					

Vocaliza					x
Gesticula					x
Utiliza linguagem gestual	x				
Notas:					
Domínio Cognitivo					
Compreensão					
Compreende o que lhe é dito				x	
Compreende conceitos básicos (cores, números, dias da semana, ...)				x	
Notas:					
Noção corporal					
Identifica as diferentes partes do corpo				x	
Notas:					
Perceção visual					
Reconhece diferentes formas				x	
Reconhece diferentes tamanhos				x	
Reconhece diferentes cores				x	
Reconhece o terapeuta					x
Notas:					
Perceção auditiva					
Reconhece alterações de dinâmica (forte, piano)					x
Reconhece alterações de tempo (rápido, lento)					x
Reconhece alterações de altura (agudo, grave)					x
Reconhece a diferença entre sons de diferentes instrumentos					x
Notas:					
Memória					

Memoriza o nome dos instrumentos musicais			x		
Memoriza melodias e ritmos específicos/canções			x		
Notas:					
Domínio Afetivo					
Expressão Facial					
Alerta			x		
Agradável					x
Fixa	x				
Tensa	x				
Hostil	x				
Ansiosa	x				
Deprimida	x				
Notas:					
Respostas Emocionais					
Apresenta respostas emocionais adequadas à situação			x		
Apresente respostas emocionais adequadas ao estímulo musical			x		
Notas:					
Domínio Social					
Consciência					
Reconhece o próprio nome					x
Reconhece os nomes dos outros					x
Notas:					
Interação					
Interage com os cuidadores			x		
Interage com os colegas		x			

Notas:					
Domínio Musical					
Comportamento Musical					
Canta de forma afinada	x				
Segue uma canção até ao fim	x				
Escolhe música do seu gosto pessoal			x		
Canta canções com letra				x	
Toma a iniciativa de iniciar atividade musical			x		
Imita padrões rítmicos		x			
Altera a performance de acordo com alterações nas características musicais			x		
Utiliza os instrumentos de forma expressiva	x				
Utiliza diferentes notas musicais de forma intencional	x				
Notas:					

ANEXOS

LISTA DE ANEXOS

Anexo A - Carta de Informação sobre o Estágio

Anexo B - Declaração de Autorização para Captação de Imagem e Som

ANEXO A

Carta de Informação sobre o Estágio

Lisboa, 28 de Novembro de 2017

Ao Exmº(ª) Sr.(ª) guardião(ã) legal do(a) _____

Caro(a) Senhor(a),

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

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

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

Com os melhores cumprimentos,

Professora Doutora Teresa Leite
Coordenadora Científica
Mestrado em Musicoterapia
Universidade Lusíada de Lisboa

ANEXO B

Declaração de Autorização para Captação de Imagem e Som

DECLARAÇÃO

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

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

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

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

_____ _____
Assinatura Nome Legível