



Universidades Lusíada

Silva, Carolina Alexandra Ramos da, 1994-

Musicoterapia e a pessoa com deficiência em contexto institucional

<http://hdl.handle.net/11067/5209>

Metadados

Data de Publicação	2020
Resumo	<p>A musicoterapia, na área da deficiência, pode ter um papel fulcral, não só por afetar a forma como os indivíduos com deficiência se veem a si próprios, como pode alterar as atitudes das restantes pessoas em relação ao indivíduo com deficiência (Barksdale, 2003). As instituições prestadoras de serviços a indivíduos com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento (DID) estão a passar por uma fase de mudança, ao centrar e repensar os apoios no indivíduo, passando este a ser o ponto central de qualqu...</p> <p>Music therapy in the area of disability can play a central role, not only because it affects the way individuals with disabilities see themselves, but it can change the attitudes of other people to the individual with disabilities (Barksdale, 2003). The institutions providing services to individuals with Intellectual and Developmental Disabilities (DID) are going through a phase of change, by focusing and rethinking the supports on the individual, becoming the focal point of any intervention, wi...</p>
Palavras Chave	Musicoterapia, Deficientes - Assistência em instituições, Musicoterapia - Prática profissional, Associação de Paralisia Cerebral de Odemira (Portugal). Lar Residencial Casa na Paisagem - Ensino e estudo (Estágio)
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T12:20:40Z com informação proveniente do Repositório



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 a pessoa com deficiência em contexto institucional

Realizado por:

Carolina Alexandra Ramos da Silva

Supervisionado por:

Prof.^a Doutora Susana Aurora Gutiérrez Jiménez

Orientado por:

Dr.^a Ana Maria Costa Teresa

Constituição do Júri:

Presidente: Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Supervisora: Prof.^a Doutora Susana Aurora Gutiérrez Jiménez
Arguente: Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer

Dissertação aprovada em: 14 de Fevereiro de 2020

Lisboa

2019



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

I N S T I T U T O D E P S I C O L O G I A E C I Ê N C I A S D A E D U C A Ç Ã O

Mestrado em Musicoterapia

Musicoterapia e a pessoa com deficiência em contexto
institucional

Carolina Alexandra Ramos da Silva

Lisboa

julho 2019



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

I N S T I T U T O D E P S I C O L O G I A E C I Ê N C I A S D A E D U C A Ç ã O

Mestrado em Musicoterapia

Musicoterapia e a pessoa com deficiência em contexto institucional

Carolina Alexandra Ramos da Silva

Lisboa

julho 2019

Carolina Alexandra Ramos da Silva

Musicoterapia e a pessoa com deficiência em contexto institucional

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

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

Orientadora de estágio: Dr.^a Ana Maria Costa Teresa

Lisboa

julho 2019

Ficha Técnica

Autora Carolina Alexandra Ramos da Silva
Supervisora de estágio Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer
Orientadora de estágio Dr.^a Ana Maria Costa Teresa
Título Musicoterapia e a pessoa com deficiência em contexto institucional
Local Lisboa
Ano 2019

Mediateca da Universidade Lusíada - Catalogação na Publicação

SILVA, Carolina Alexandra Ramos da, 1994-

Musicoterapia e a pessoa com deficiência em contexto institucional / Carolina Alexandra Ramos da Silva ; supervisionado por Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer ; orientado por Ana Maria Costa Teresa. - Lisboa : [s.n.], 2019. - Relatório de estágio do Mestrado em Musicoterapia, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

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

II - TERESA, Ana Maria Costa, 1974-

LCSH

1. Musicoterapia
2. Deficientes - Assistência em instituições
3. Musicoterapia - Prática profissional
4. Associação de Paralisia Cerebral de Odemira (Portugal). Lar Residencial Casa na Paisagem - Ensino e estudo (Estágio)
5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
6. Teses - Portugal - Lisboa

LCSH

1. Music Therapy
2. People with disabilities - Institutional care
3. Music therapy - Practice
4. Associação de Paralisia Cerebral de Odemira (Portugal). Lar Residencial Casa na Paisagem - Study and teaching (Internship)
5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
6. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. ML3920.S55 2019

“É sobre cantar e poder escutar mais do que a
própria voz (...)

Não é sobre chegar no topo do mundo e saber que
venceu

É sobre escalar e sentir que o caminho te
fortaleceu

Que a vida é trem-bala, parceiro

E a gente é só passageiro prestes a partir. “

Ana Carolina Vilela da Costa

Agradecimentos

Um muito obrigada é pouco, mas mesmo assim, não quero deixar de agradecer:

À professora Teresa Leite, coordenadora e professora deste mestrado, por toda a dedicação, empenho e trabalho na área da Musicoterapia.

À professora Susana Gutiérrez, orientadora do meu estágio na Universidade Lusíada, pela sua sensibilidade, ânimo e determinação em nos ajudar.

Aos meus colegas do mestrado, que vou sempre lembrar com muito carinho, e que quero manter contacto.

À Associação de Paralisia Cerebral de Odemira, que me ensina todos os dias e que me acolheu de braços abertos para mais uma etapa da minha vida. Um obrigada especial à minha orientadora Ana Teresa, pela disponibilidade e apoio, à direção, colaboradores e clientes, sem eles nada disto teria sido possível.

Aos meus amigos, a família que eu escolhi, que me apoiaram e tiveram sempre uma palavra quando era preciso.

À minha família, pela preocupação, paciência e afeto. Ao Frederico e ao Eurico. À minha Mãe, uma pessoa extraordinária, que me compreende e conhece tão bem, sempre com a palavra certa. Ao meu Pai, que infelizmente apenas assistiu ao início desta caminhada, mas que está e estará sempre comigo.

Ao Filipe Matos, o meu namorado, pela paciência, pela força que me tem dado todos os dias, por acreditar em mim, por ser e permanecer na minha vida.

Resumo

Musicoterapia e a Pessoa com Deficiência em Contexto Institucional

Carolina Alexandra Ramos da Silva

A musicoterapia, na área da deficiência, pode ter um papel fulcral, não só por afetar a forma como os indivíduos com deficiência se veem a si próprios, como pode alterar as atitudes das restantes pessoas em relação ao indivíduo com deficiência (Barksdale, 2003). As instituições prestadoras de serviços a indivíduos com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (DID) estão a passar por uma fase de mudança, ao centrar e repensar os apoios no indivíduo, passando este a ser o ponto central de qualquer intervenção, tendo como objetivo promover a inclusão, a igualdade, o empowerment e o bem-estar (Schalock & Verdugo, 2013). O presente trabalho tem como objetivo descrever o estágio realizado no âmbito do mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, entre outubro de 2018 e junho de 2019 na resposta de Lar Residencial da Associação de Paralisia Cerebral de Odemira (APCO). O Lar Residencial é um alojamento coletivo de utilização temporária ou permanente para pessoas com deficiência. A amostra do estágio é composta por cinco clientes que apenas usufruem desta resposta social. As sessões foram individuais, uma vez por semana, durante aproximadamente 45 minutos. Para a avaliação dos progressos alcançados foram aplicadas duas escalas: IMTAP e Escala de San Martín. Após 6 meses de intervenção é possível concluir que a intervenção musicoterapêutica sortiu melhorias nos clientes, contudo, continuam a ser necessários mais estudos nesta área.

Palavras-chave: Musicoterapia, Deficiência, Institucionalização, Adultos, Qualidade de Vida

Abstract

Music Therapy and the Person with Disabilities in an Institutional Context

Carolina Alexandra Ramos da Silva

Music therapy in the area of disability can play a central role, not only because it affects the way individuals with disabilities see themselves, but it can change the attitudes of other people to the individual with disabilities (Barksdale, 2003). The institutions providing services to individuals with Intellectual and Developmental Disabilities (IDD) are going through a phase of change, by focusing and rethinking the supports on the individual, becoming the focal point of any intervention, with the objective of promoting inclusion, equality, empowerment and well-being (Schalock & Verdugo, 2013). The objective of this report is to describe the internship performed in the Master's Degree in Music Therapy at the Universidade Lusíada de Lisboa between October 2018 and June 2019 in the response of the Residential Home of the Odemira Association of Cerebral Palsy (APCO). The Residential Home is a temporary housing for temporary or permanent use for people with disabilities. The internship sample is composed of five clients who only enjoy this social response. The sessions were individual, once a week, for approximately 45 minutes. Two scales were applied to assess the progress achieved: IMTAP and San Martín Scale. After 6 months of intervention it is possible to conclude that the intervention of music therapy resulted in improvements in clients, however, further studies in this area are still necessary.

Keywords: Music Therapy, Disability, Institutionalization, Adults, Quality of Life

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

- APCO - Associação de Paralisia Cerebral de Odemira
- CAO - Centro de Atividades Ocupacionais
- CRI - Centro de Recurso para a Inclusão
- IMTAP - The Individualized Music Therapy Assessment Profile
- IP - Intervenção Precoce
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- PEA - Perturbação do Espectro do Autismo
- QdV - Qualidade de Vida
- SAD - Serviço de Apoio Domiciliário

Sumário

Introdução	1
Caracterização da Instituição	2
Caracterização da população-alvo	5
Enquadramento Teórico	7
Musicoterapia.....	7
Métodos e Técnicas em Musicoterapia	9
Nordoff-Robbins.	9
Improvisação.....	10
Técnicas Vocais.	11
Composição.....	11
Escuta musical.....	12
Características do Musicoterapeuta	12
Deficiência.....	13
Institucionalização	14
Qualidade de vida.....	15
Autodeterminação	16
Perturbação do Espectro do Autismo.....	17
Ataxia de Friedreich	18
Musicoterapia na Deficiência	19
Objetivos do Estágio	22
Metodologia	23
Participantes.....	23
Instrumentos de Avaliação	24
Procedimentos.....	26
Observação e integração no Lar Residencial.	26

Seleção dos clientes.	26
Avaliação inicial e planeamento das sessões.	27
Fase de intervenção.	27
Setting terapêutico.	27
Técnicas e métodos da musicoterapia	28
Agenda Semanal	29
Outros projetos.	29
Estudos de Caso	30
Estudo de caso 1 – Lu	30
Avaliação inicial.	31
Processo terapêutico.	34
Discussão dos resultados.	35
Conclusão do caso.	36
Estudo de caso 2 - Jo	37
Avaliação inicial.	37
Processo terapêutico.	39
Discussão dos resultados.	40
Conclusão do caso.	41
Outras intervenções Clínicas.	42
Vi.	42
Ca.	43
Tó.	44
Outras Atividades.	45
Apresentações de Musicoterapia no Local de Estágio	45
Formação “Musicoterapia em bebés com NE”	45
Aula de Musicoterapia na FMH.	46

Formação em DIR - Floortime com John Carpentre	46
Dia das Famílias – APCO 2019	47
Conclusões	48
Reflexão final	50
Referências	51
Apêndices	57
Lista de apêndices	58
Apêndice A	59
Apêndice B	61
Apêndice C	63
Apêndice D	65
Apêndice E	68
Apêndice F	70
Apêndice G	72
Apêndice H	74
Apêndice I	77
Apêndice J	79
Apêndice K	84
Apêndice L	86
Anexos	90
Lista de anexos	91
Anexo A	92
Anexo B	94
Anexo C	96

Introdução

Desde a antiguidade que a música é utilizada como forma de promover a saúde e o bem-estar (Barksdale, 2003; Ruud, 1990; Wheeler, 2015; Wigram, Pedersen & Bonde, 2002). Atualmente, a música é reconhecida como uma ferramenta terapêutica que influencia o corpo e a mente (Solanki, Zafar & Rastogi, 2013).

O presente relatório de estágio tem como objetivo descrever o trabalho realizado ao longo de 9 meses na Associação de Paralisia Cerebral de Odemira (APCO), no âmbito do estágio curricular do segundo ano do Mestrado em Musicoterapia. A orientação por parte da Universidade Lusíada ficou a cargo da Professora Doutora Susana Gutiérrez Jiménez e, do local de estágio, da Dr^a Ana Teresa, diretora técnica da APCO.

Para este estágio, foram desenvolvidas sessões individualizadas de musicoterapia, com cinco clientes a usufruir apenas da resposta de Lar Residencial, onde estão a tempo permanente. Apresentam diagnósticos diversos, tendo em comum o facto de serem institucionalizados e terem algum tipo de deficiência, seja ela motora, sensorial e/ou cognitiva.

Ao longo deste relatório será descrita, numa parte inicial, o que é a APCO, quais as suas respostas sociais e população alvo. Em seguida, de forma a compreender e refletir na eficácia da atuação do musicoterapeuta em pessoas com deficiência institucionalizadas, segue-se uma revisão bibliográfica. Para além de contemplar os conceitos de deficiência e institucionalização, aborda também a musicoterapia, os modelos e técnicas utilizadas, assim como as patologias dos estudos de caso apresentados.

A segunda parte deste relatório diz respeito à metodologia, onde serão descritos o processo de intervenção, e, mais detalhadamente, dois estudos de caso. A intervenção decorreu em sessões individuais, ambas com periodicidade semanal, ao longo das quais foram aplicadas técnicas musicoterapêuticas diversas, tendo em conta os objetivos gerais e específicos, traçados e adaptados, a cada intervenção. Os dois estudos de caso identificados foram descritos de forma reflexiva, procurando-se uma fundamentação teórica adequada a cada um deles.

Os resultados desta intervenção foram monitorizados através da aplicação de itens da escala musicoterapêutica IMTAP e da escala de qualidade de vida San Martin.

Caracterização da Instituição

A Associação de Paralisia Cerebral de Odemira (APCO) é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), que nasceu do empenho e motivação de pais e amigos de crianças e jovens com deficiência. Foi inaugurada em outubro de 2001, inicialmente como Sub-núcleo de Odemira da Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral. Em janeiro de 2002, adquiriu autonomia para se tornar no Núcleo Regional do Alentejo Litoral. E foi em abril de 2004, que alcançou a atual denominação e estatuto de associação (APCO, s.d.).

A APCO tem como objetivos a “prevenção, habilitação, participação, inclusão social e apoio à família da pessoa com paralisia cerebral, situações neurológicas afins e outras deficiências. Pretende ainda promover o respeito pelos direitos das pessoas com deficiência e aumentar o nível da qualidade de vida dos(as) seus(suas) clientes, interagindo com as famílias e a comunidade” (Plano de Ação 2019, 2018).

“Promover a inclusão social e a qualidade de vida das pessoas com deficiência, em risco de desenvolvimento e suas famílias, envolvendo-as num processo participativo com base nas suas potencialidades e direitos em interação com a comunidade” é a missão desta instituição, tendo como visão “ser uma entidade de referência numa comunidade inclusiva” (Plano de Ação 2019, 2018).

A Associação iniciou atividade com apenas duas Respostas Sociais, o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) e o Centro de Atividades Ocupacionais (CAO). Ainda em 2004, apresentou como Resposta Social a Intervenção Precoce na Infância (IP). No ano 2009, a APCO foi integrada na Rede Nacional de Centros de Recursos para a Inclusão (CRI). Em dezembro de 2014 abriu a sua mais recente Resposta Social, o Lar Residencial Casa na Paisagem (APCO, s.d.).

Em setembro de 2015, iniciou-se a implementação do projeto GAPRIC (Gabinete de Apoio a Programas Incluídos na Comunidade), que pretende proporcionar uma resposta alternativa à institucionalização de jovens/adultos com deficiência/incapacidade que se encontravam no domicílio sem uma ocupação e que pelas suas características e necessidades não se enquadravam nas respostas já existentes. Este projeto em como principal objetivo apoiar à inclusão na comunidade, através da mobilização dos recursos existentes (empresas, autarquias, estruturas de desporto e cultura e serviços diversos) e do estabelecimento de parcerias que permitam a realização de atividades significativas e estruturantes na comunidade: experiências socioprofissionais em contextos reais de trabalho, voluntariado, atividades desportivas, de lazer e culturais. Pretende-se promover a autonomia, a

autoestima, autodeterminação e, conseqüentemente, a melhoria na qualidade de vida das pessoas apoiadas (APCO, s.d.).

Segundo o Plano de Ação 2019 (2018), a instituição apresenta um total de 50 elementos nos recursos humanos. No que diz respeito aos recursos internos apresenta 43 colaboradores: assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas da fala, psicomotricistas, auxiliares, motoristas, secretárias, entre outros. São parte constituinte ainda 6 elementos em prestação de serviços e uma voluntária. A sede da APCO fica situada na Horta dos Reis Apartado 106, 7630-150, na vila de Odemira, distrito de Beja.

Atualmente, a APCO disponibiliza as cinco Respostas Sociais criadas ao longo do tempo (Plano de Ação 2019, 2018):

Centro de Atividades Ocupacionais. O CAO destina-se a pessoas com deficiência com idade igual ou superior a 16 anos e capacidades que não permitam, temporária ou permanentemente, o exercício de uma atividade produtiva. Tem como objetivo estimular e facilitar o desenvolvimento possível das capacidades remanescentes das pessoas com deficiência grave, facilitar a sua integração social e potenciar o seu encaminhamento, sempre que possível, para programas adequados à integração socioprofissional. Neste momento apoia 25 indivíduos;

Serviço de Apoio Domiciliário. O SAD destina-se a pessoas com deficiência, com apoio familiar insuficiente e que não conseguem assegurar a satisfação das necessidades básicas e/ou atividades de vida diária. Tem como objetivo promover a melhoria de qualidade de vida de cada cliente e sua família, facilitando a autonomia, o equilíbrio e o bem-estar e preservar o ambiente sociofamiliar a fim de evitar situações extremas como a institucionalização. É a resposta que apoia o menor número de indivíduos, apenas 3 clientes;

Intervenção Precoce. A IP é uma Resposta Social com um conjunto de medidas de apoio integrado, centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente do âmbito da educação, da saúde e da ação social. Destina-se a crianças entre os 0 e os 6 anos, com alterações nas funções ou estruturas do corpo que limitam a participação nas atividades típicas para a respetiva idade e contexto social ou com risco grave de atraso de desenvolvimento. Apoia 49 crianças e realiza vigilância a 9 crianças

Centro Recursos para a Inclusão. O CRI é um serviço de apoio aos alunos das escolas do concelho de Odemira, que assume como meta prioritária apoiar a inclusão das crianças e alunos com necessidade de mobilização de medidas adicionais de suporte à aprendizagem e à inclusão, em

parceria com as estruturas da comunidade, no que se prende com o acesso ao ensino, à formação, ao trabalho, ao lazer, à participação social e à vida autónoma, promovendo o máximo potencial de cada indivíduo. Em conformidade com os princípios de inclusão educativa e social e a promoção da igualdade de oportunidades, expressos na Declaração de Salamanca, na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e em acordo com o expresso no Dec. Lei nº 54/2018 de 6 de Julho (após revogação do Dec. Lei nº 3/2008 de 7 de janeiro), os CRI são recursos específicos de apoio à aprendizagem e inclusão existentes na comunidade, acreditados pelo Ministério da Educação, que prestam serviços especializados para o apoio e intensificação da capacidade da escola na promoção do sucesso educativo de todos os alunos. Presta apoio a 56 crianças das escolas do concelho de Odemira;

Lar Residencial. O Lar é um alojamento coletivo de utilização temporária ou permanente de adultos com Paralisia Cerebral, situações neurológicas afins, ou outras deficiências que se encontram impedidas de residir no seu seio familiar. Tem a capacidade e integra para 24 pessoas.

Caracterização da população-alvo

O presente estágio em Musicoterapia decorre na resposta social de Lar Residencial. Esta resposta apresenta capacidade para 24 pessoas e assegura a prestação de vários serviços e atividades, através de um conjunto de técnicos e assistentes. Os serviços disponibilizados por esta Resposta Social são (Regulamento Interno Lar Residencial, 2016):

- Alojamento em quarto individual ou duplo;
- Apoio nos cuidados de higiene pessoal e imagem;
- Alimentação adequada às necessidades dos(as) clientes, respeitando as prescrições médicas;
- Tratamento de roupas;
- Apoio no cumprimento de planos individuais de medicação e no planeamento e acompanhamento regular de consultas médicas e outros cuidados de saúde;
- Apoio psicossocial e terapêutico (Fisioterapia, Terapia da Fala e Psicologia);
- Apoio na aquisição de bens e serviços;
- Apoio no desempenho de atividades da vida diária; em atividades lúdico-recreativas; culturais e desportivas; e em atividades de animação sociocultural.

No Regulamento Interno do Lar da APCO (Regulamento Interno Lar Residencial, 2016) constam as condições de admissão e os critérios de seleção.

As condições de admissão para esta resposta são candidatos(as): com paralisia cerebral, situações neurológicas afins, ou outras deficiências; que frequentem estruturas de ensino, programas de formação profissional ou se encontrem abrangidos(as) por programas ou projetos cujo local não se compatibilize com o da respetiva residência; com idade igual ou superior a 16 anos (podendo haver exceções em pessoas com idades inferiores a 16 anos, em situação de emergência, devidamente justificadas, e esgotados outros encaminhamentos) (Regulamento Interno Lar Residencial, 2016).

No caso de haver mais candidatos do que número de vagas, terá de se recorrer aos critérios de seleção, que são eles: situações de emergência social; ter paralisia cerebral; ser cliente de uma das

outras respostas sociais da instituição; ter residência no concelho de Odemira; grau de necessidade, tendo em conta a gravidade da deficiência e a situação do agregado familiar; pessoas socialmente e economicamente mais desfavorecidas (Regulamento Interno Lar Residencial, 2016).

A admissão/seleção dos candidatos é analisada pelo(a) diretor(a) técnico(a) do Lar com a colaboração da equipa técnica (Regulamento Interno Lar Residencial, 2016).

Neste momento o Lar Residencial dá resposta a 24 indivíduos (7 do sexo feminino e 17 do sexo masculino), entre os 17 e os 59 anos, com diferentes patologias, entre as quais Paralisia Cerebral, Trissomia 21, Autismo, Doença Mental, Ataxia de Friedreich, Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental, entre outras.

Enquadramento Teórico

Em seguida será abordado o conceito de Musicoterapia, como foi evoluindo ao longo da história e como é visto na atualidade. Para além disso, será dado enfoque ao conceito de Deficiência e às patologias dos estudos caso do presente estágio, Perturbação do Espectro e Ataxia de Friedriech. Por fim, será analisado como a Musicoterapia pode intervir nestes diagnósticos.

Musicoterapia

A utilização da música para a promoção da saúde e do bem-estar remonta à antiguidade (Barksdale, 2003; Ruud, 1990; Wheeler, 2015; Wigram, Pedersen & Bonde, 2002).

Atualmente, sabe-se que a música é muito mais do que uma forma de entretenimento. É uma ferramenta terapêutica que influencia o corpo e a mente (Solanki, Zafar & Rastogi, 2013).

Ao longo dos séculos houve uma procura da utilização da música para o tratamento de perturbações mentais. E, na tentativa de levar experiências positivas para os pacientes, músicos profissionais começaram a intervir junto destes pacientes nos hospitais psiquiátricos. Quando os veteranos da Segunda Guerra Mundial encheram os hospitais, com diferentes diagnósticos entre os quais “traumas de guerra”, ficou claro que a atividade musical não poderia ser uma distração, mas sim, um serviço terapêutico (Barksdale, 2003).

Em 1944, a Universidade de Michigan foi a primeira a oferecer musicoterapia no seu plano de estudos. E foi em 1950 que se deu o início da musicoterapia como profissão. A partir daí, o campo da musicoterapia foi sendo desenvolvido, para poder dar resposta às diferentes populações alvo e diferentes faixas etárias, através de pesquisas sobre os efeitos da música no funcionamento cerebral e desenvolvimento cognitivo (Barksdale, 2003; Wheeler, 2015).

A definição de musicoterapia não é unanime, uma vez que para cada pessoa tem um significado diferente. Como tal, muitos terapeutas construíram a sua própria definição (Bruscia, 2007; Ruud, 1990).

Para Bruscia (1998), a musicoterapia é *“um processo sistemático de intervenção em que o terapeuta ajuda o cliente a promover a saúde, usando experiências musicais e as relações que se desenvolvem através deles como forças dinâmicas de mudança”* (Bruscia, 1998, p.20).

A musicoterapia é a especialidade que utiliza a experiência musical em toda a sua dimensão, para melhorar a saúde e a qualidade de vida das pessoas (Federico, 2016). A par disso, ajuda as pessoas a desenvolverem skills, comportamento adaptativo e a ultrapassarem obstáculos das suas vidas (Wheeler, 2015). É uma especialidade orientada para a abertura dos canais de comunicação através do som, da música, do gesto, do movimento, do silêncio, dentro de um grande campo que é a comunicação não-verbal (Benenzon, 1988; Berrocal, 2008). Essencialmente, a musicoterapia é um híbrido transdisciplinar de duas disciplinas: música e terapia (Bruscia, 2007; Federico, 2016).

A música é um meio de comunicação que associa, integra e invoca. Se considerarmos que a doença é um bloqueio, uma rutura ou uma falta de comunicação, a música pode facilitar o restabelecimento da falha de comunicação e contribuir para a saúde do indivíduo (Berrocal, 2008). É utilizada para diferentes objetivos: construção de identidade; relaxamento; lidar com o stress; regular os padrões de sono; obter alívio da dor, redirecionando pensamentos, bloqueando os impulsos da dor ou ajudando a produzir endorfinas que nos dão as sensações de prazer (Ruud, 2008).

Os musicoterapeutas realizam a sua prática profissional nos pressupostos de que a música influencia fatores como as emoções, atenção, concentração, memória e cognição (Ruud, 2008). Segundo, Berrocal (2008), a música afeta o ser humano de uma forma holística, uma vez que possui uma vasta gama de estados de animo e emoções, podendo adaptar-se às necessidades de cada cliente. Para além disso, e como já foi referido anteriormente, é uma ferramenta comunicativa muito forte, que facilita a exteriorização de emoções e a comunicação com as outras pessoas (Berrocal, 2008).

Nos últimos anos, através dos estudos realizados de forma a perceber como o cérebro e o sistema nervoso central processa a música, a musicoterapia tem evoluído. Na atualidade, sabe-se que a música pode afetar a pressão sanguínea, a taxa de respiração, a tensão muscular, e outras respostas do organismo (Wheeler, 2015).

Segundo a teoria da psicologia do self, concebida por Heinz Kohut, assim como necessitamos de oxigénio para respirar, também precisamos de Self-objetos que respondam de forma empática às nossas necessidades psicológicas (Siegel, 2005).

Assim, o Self-objeto é algo que possa manter, apoiar, restaurar ou confirmar o self. Dentro desta teoria da Psicologia do Self, a música pode ser entendida como um Self-objeto, uma vez que representa uma fonte de segurança e continuidade e traz de volta lembranças de momentos e de pessoas importantes da nossa vida. Como outros Self-objetos, a música conforta e dá acesso a

emoções e experiências positivas. Este tipo de experiência relacional em relação a um objeto, pode despertar e manter o “eu” ou dar-nos a sensação de ter um “eu” (Ruud, 2008).

Outro conceito bastante importante a ter em atenção na intervenção em musicoterapia é o princípio de ISO. Segundo Benenzon (1988), “o princípio de ISO é um conceito totalmente dinâmico que exprime a noção da existência de um som, ou conjunto de sons, ou de fenómenos acústicos e de movimentos internos, que caracterizam ou individualizam cada ser humano.” Este ISO é influenciado pela genética e pela vida intrauterina, que posteriormente será enriquecido pela experiência ocorrida no momento do parto e o pelo tempo de vida.

A musicoterapia pode intervir de diferentes formas. Um estudo de Mössler, Assmus, Heldal, Fuchs & Gold (2012), divide as técnicas da musicoterapia em 3 grupos: técnicas de produção (em que utilizam a improvisação); técnicas de reprodução (em que são tocadas ou cantadas músicas pré-compostas, assim como são aprendidas ou praticadas habilidades musicais); e técnicas de receção (o cliente ouve algo gravado ou que é tocado ao vivo).

No entanto outros estudos, dividem as técnicas em dois grandes grupos: técnicas ativas e técnicas recetivas (Carrl, Odell-Miller & Priebe, 2013; Solanki *et al.*, 2013). As técnicas ativas abrangem atividades de improvisação, composição, tocar músicas pré-compostas e didáticas/aulas. Enquanto as técnicas recetivas correspondem à audição ou atividades baseadas em música, como por exemplo análise de letras ou jogos musicais (Carrl *et al.*, 2013).

Métodos e Técnicas em Musicoterapia

O trabalho em Musicoterapia compreende a escolha de métodos e técnicas, de forma a atingir os objetivos estabelecidos (Bruscia, 2014; Federico, 2016).

Existe uma grande variedade de métodos que podem ser abordados. Os musicoterapeutas podem optar por usar exclusivamente um método, métodos diferentes em diferentes estágios da terapia ou uma combinação de métodos em cada sessão (Bruscia, 2014). É importante escolher as ferramentas que melhor se adequam a cada caso e que permitam ao Musicoterapeuta sentir-se mais cómodo e identificado (Federico, 2016).

Nordoff-Robbins. O método Nordoff-Robbins é baseado em trabalhos de Paul Nordoff e Clive Robbins desenvolvidos essencialmente com crianças com comprometimentos neurológicos e físicos.

Utiliza a improvisação musical e a sua análise como principal ferramenta clínica (Chagas & Pedro, 2008).

Tem como princípio que cada pessoa tem uma capacidade inata para responder a experiências musicais (Chagas & Pedro, 2008). Este princípio pode ser explicado através do conceito músico-criança, em que cada indivíduo possui uma musicalidade ou capacidade musical que, quando alcançada a partir do seu interior, permite expressar o Self através da música (Robbins & Robbins, 1991).

Através da musicoterapia, é estabelecida a comunicação com o Self da criança por meio do diálogo musical. Assim, a música permite que a criança tenha um meio para comunicar a sua individualidade, vontade interior, assertividade ou expressão. Nas crianças com deficiência a sua personalidade foi desenvolvida de forma incompleta, devido aos limites que lhe são impostos. Com o processo musicoterapêutico podemos atingir a sua musicalidade inerente, aproximando-nos do músico-criança e, se tudo correr bem, permitir que a criança se desenvolva (Robbins & Robbins, 1991).

Este desenvolvimento é nutrido, encorajado, desafiado e apoiado pelo terapeuta, que aumenta os limites anteriores de funcionamento da criança, formando um novo Self. Para o “músico-criança” funcionar, a criança deve estar receptiva a experienciar-se a si, aos outros e ao mundo. Através dessas experiências, as capacidades recetivas, cognitivas e expressivas são desenvolvidas (Robbins & Robbins, 1991).

Improvisação. A improvisação pode ser uma das técnicas utilizadas em musicoterapia, uma vez que é um meio eficaz de proporcionar experiências relacionais. Muito utilizada através do modelo de Musicoterapia criativa, permite uma maior adaptação à cognição cultural da música dos seus clientes e, assim, uma ligação através da escuta e da reprodução da música (Ruud, 2008).

O indivíduo pode improvisar sozinho ou em um grupo, com recurso a qualquer meio musical dentro de sua capacidade, como: voz, sons corporais, percussão, instrumentos de corda ou sopro, teclado e vários outros (Bruscia, 1998).

Um dos efeitos que uma doença pode causar é o isolamento. Através da improvisação, o musicoterapeuta pode estar sincronizado no tempo com o cliente, criando assim um relacionamento em sintonia mútua, com o início, manutenção e promoção da comunicação musical (Ruud, 2008).

Esta técnica pode ser utilizada com pessoas que não apresentam comunicação verbal, assim como com as que apresentam, no entanto não estão disponíveis devido a dificuldades emocionais. Isto deve-se ao facto da reação à música ser intrínseca à natureza biológica do ser humano (Ruud, 2008).

Os principais objetivos da improvisação são: estabelecer um canal de comunicação não-verbal e uma ponte para a comunicação verbal; desenvolver a capacidade de relacionamento interpessoal; dar sentido à autoexpressão; desenvolver habilidades grupais; explorar os vários aspetos do eu na relação com os outros; desenvolver a criatividade, a liberdade de expressão, a espontaneidade e capacidade lúdica; estimular e desenvolver os sentidos; e desenvolver habilidades perceptivas e cognitivas (Bruscia, 1998).

Técnicas Vocais. Existem alguns elementos fundamentais das técnicas musicais que podem ajudar no trabalho com estereotipias motoras e ou atitudes estereotipadas, ambas relacionadas com o autismo (Wigram & Backer, 1999).

A utilização da voz e da vocalização, juntamente com instrumentos, é encarada como uma abordagem técnica. O uso da voz é aconselhável desde que seja juntamente com o corpo, como um instrumento/objeto, e que depois facilita o contacto corporal. Aí é possível intervir diretamente na estereotipia motora. A voz abre um canal de comunicação para o ritmo e melodia, o que facilita a comunicação sonora com o terapeuta. Esta técnica possibilita: imitar um instrumento e/ou um fragmento vocal, tendo em conta o ritmo, o timbre e a intensidade; produzir variações melódicas, harmónicas (Wigram & Backer, 1999).

Composição. Na composição musical o musicoterapeuta ajuda o cliente a escrever canções, letras ou peças instrumentais. Geralmente o musicoterapeuta assume a responsabilidade dos aspetos mais técnicos e tenta adequar a participação do cliente de acordo com sua capacidade musical (Bruscia, 1998).

Os principais objetivos terapêuticos da composição são: desenvolver habilidades de planeamento e organização; desenvolver habilidades para solucionar problemas de forma criativa; promover a autorresponsabilidade; desenvolver a habilidade de documentar e comunicar experiências internas; promover a exploração de temas terapêuticos através das letras das canções; e desenvolver a habilidade de interagir e sintetizar partes num todo (Bruscia, 1998).

Escuta musical. Esta técnica implica que o cliente ouve música e responde à experiência de diferentes formas: verbalmente, silenciosamente ou outra. A música utilizada pode ser gravada, de improvisação ou ao vivo, execuções ou composições do cliente ou do musicoterapeuta, ou pode-se utilizar gravações comerciais de músicas de diversos estilos. A experiência de ouvir pode evocar os aspetos físicos, emocionais, intelectuais, estéticos ou espirituais da música e as respostas do cliente são moduladas de acordo com o objetivo terapêutico da experiência (Bruscia, 1998).

Os principais objetivos terapêuticos da escuta musical são: promover a receptividade; evocar respostas corporais específicas; estimular ou relaxar; desenvolver habilidades áudiomotoras; evocar estados e experiências afetivas; explorar ideias e pensamentos; facilitar a memória, as reminiscências e as regressões; evocar fantasias e a imaginação; estabelecer uma conexão entre o ouvinte e o grupo comunitário ou sociocultural; e estimular experiências espirituais (Bruscia, 1998).

Características do Musicoterapeuta

Para além dos métodos e técnicas, existem algumas características que o Musicoterapeuta, enquanto terapeuta deve ter em consideração.

Para além do Musicoterapeuta necessitar de “estar lá” para o cliente, não apenas no sentido físico, mas num sentido mais lato, um dos principais aspetos a ter em conta é a empatia. Esta competência representa uma extensão de “estar lá”. É a compressão das necessidades e dos recursos do cliente, por parte do terapeuta (Bruscia, 2014).

Segundo o dicionário empatia é “forma de identificação intelectual ou afetiva de um sujeito com uma pessoa, uma ideia ou uma coisa” (Dicionário Priberam da Língua Portuguesa, s.d.). Por outras palavras é a capacidade de identificar ou entender o que outra pessoa está a vivenciar. A empatia é realizada através do processo de identificação, quando uma pessoa se identifica com a outra e depois imagina o que essa pessoa deve estar a experienciar (Bruscia, 2014).

As pessoas com deficiência apresentam dificuldades em expressar aquilo que sentem e a música é um excelente veículo de expressão das emoções mais internas, e.g. através do canto e composição de canções. Contudo, quando escutam uma música em que o seu interprete expressa os seus sentimentos, ao identificarem-se, também conseguem exprimir sensações. Fazer música compreende experimentar coisas diferentes, decidir o que é melhor, e depois resolver, eventualmente

usando os recursos que são relevantes e disponíveis. Da mesma forma, ouvir música envolve decidir o que ouvir, como ouvir, o que a música significa e outros aspetos (Bruscia, 2014).

A música é considerada um meio privilegiado para a empatia. Quando duas pessoas cantam a mesma música juntas, vivem a mesma melodia, o mesmo ritmo, compartilham o mesmo centro tonal e articulam as mesmas letras. Para que esta experiência resulte, é necessária uma consciência contínua do outro, com esforços de ambas as partes para permanecerem juntos. Para além de unir quem participa de forma ativa na atividade musical, também engloba quem está a ouvir, uma vez que a música não pode ser ignorada ou bloqueada tão facilmente como outro tipo de estímulos (Bruscia, 2014).

Algumas técnicas empáticas encontradas em musicoterapia são: imitar; sincronizar; refletir; incorporar (Bruscia, 2014).

Deficiência

Segundo a OMS (2011) a deficiência é intrínseca à condição humana, podendo ocorrer de forma temporária ou permanente. É um conceito complexo, dinâmico, multidimensional e questionado, que resulta da interação das pessoas com deficiência com as barreiras comportamentais e ambientais que as impedem de ter uma participação de forma igualitária. A definição de deficiência tem vindo no sentido de reforçar que é algo que resulta da interação e não da pessoa em questão.

As pessoas com deficiência são heterogêneas, não se limitando apenas a pessoas em cadeiras de rodas, cegos e surdos (OMS, 2011), apresentando características e necessidades específicas (Desinstitucionalização das Crianças e Jovens com Deficiência, 2010). A deficiência afeta qualquer faixa etária e as mais diferentes condições, desde situações congénitas ou adquiridas (OMS, 2011).

As pessoas com deficiências mais graves costumam enfrentar desvantagens maiores. Por outro lado, a riqueza e o patamar social, podem ajudar a superar as limitações para realizar/restrições para participar em determinadas atividades (OMS, 2011).

Este grupo de pessoas por norma apresentam, para além de limitações funcionais (físicas, sensoriais ou mentais), representações sociais negativas devido às suas limitações, assim como também, barreiras à participação (Formulação de Propostas de Concepção Estratégica das Intervenções Operacionais no Domínio da Inclusão Social, 2005).

Estudos estatísticos apontam que mais de bilhão de pessoas vivem com algum tipo de deficiência, o que representa cerca de 15% da população mundial (com base nas estimativas de 2010 da população global) (OMS, 2011).

Segundo o Censos, 2001, na região do Alentejo residem cerca de 47 986 pessoas com algum tipo de deficiência. Sendo que dessas, 2 259 residem no concelho de Odemira. No Censos, 2011, foram inquiridas as dificuldades da população. Das pessoas entrevistadas na zona do Alentejo, 151 312 manifestaram apresentar pelo menos uma dificuldade. Destas 151 312 pessoas, 9 759 têm 6 dificuldades.

Institucionalização

Em 1961, Goffman introduziu o conceito de instituição total, definindo-o como “um local de residência ou trabalho onde grande número de indivíduos semelhantes entre si, separados de uma sociedade mais ampla, durante um certo período de tempo, enquadram-se numa vida fechada e formalmente administrada”. Defende ainda que a instituição total conduz a um sério risco de perda de individualidade, pois todos os clientes são tratados do mesmo modo, como se todos tivessem vivido as mesmas experiências e se todos partilhassem os mesmos gostos e ideias (Goffman, 1961).

As instituições têm a missão de incluir os clientes na comunidade e favorecer a toda a comunidade a inclusão, contudo, continuam a ser lugares que apresentam regras muito próprias para a sua organização funcional (Desinstitucionalização das Crianças e Jovens com Deficiência, 2010). Um artigo de Vitto & Dudas (2016), refere que nas instituições as rotinas são bastante rígidas para os cuidados dos clientes, havendo um horário a ser cumprido. Para além disso, as atividades diárias são, grande parte das vezes, coletivas. A oferta de atividade é reduzida e a rotina apenas é alterada em função de datas festivas ou eventos.

As pessoas com deficiência encontram-se muitas das vezes nestes espaços, uma vez que dependem de terceiros para a realização de grande parte das suas tarefas e apresentam dificuldades na aquisição de competências exigidas pela sociedade e pelo mercado de trabalho. Para além disso, é neste tipo de local que se encontra condensado o tratamento especializado para estas pessoas (Desinstitucionalização das Crianças e Jovens com Deficiência, 2010).

A institucionalização surge normalmente associada, ou a famílias consideradas disfuncionais, sem capacidade e/ou ferramentas para prestar os cuidados básicos e específicos à criança/jovem com

deficiência, ou pela ausência de apoios a vários níveis e de serviços articulados em rede. O contacto da pessoa institucionalizada com a família alterna entre um contacto semanal ou uma vez por ano (Desinstitucionalização das Crianças e Jovens com Deficiência, 2010).

Atualmente, as instituições prestadoras de serviços a indivíduos com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (DID) estão a passar por uma fase de mudança, ao centrar e repensar os apoios no indivíduo, passando este a ser o ponto central de qualquer intervenção, tendo como objetivo promover a inclusão, a igualdade, o *empowerment* e o bem-estar (Schalock e Verdugo, 2013).

O indivíduo passa a participar de forma ativa na elaboração do seu plano habilitativo, deixando de lado um sistema que se centra nas limitações, para passar a focar na qualidade de vida, nas decisões, nas opiniões e desejos do próprio. Quando isto acontece, há uma priorização dos resultados pessoais e dos apoios centrados na sua individualidade (Verdugo, Navas, Gómez & Schalock, 2012). Para que tal seja possível, são necessárias perspetivas de intervenção baseadas no conhecimento mais atual e eficiente, com evidências científicas, em equipas transdisciplinares e em sinergia (Schalock & Verdugo, 2013).

Qualidade de vida

Uma das formas de aferir os resultados destes apoios é através da avaliação da Qualidade de Vida (QdV). Segundo o WHOQOL Group (1994, p. 28), a QdV poderá ser descrita como “*a percepção do indivíduo relativamente à sua posição na vida, no contexto cultural e no sistema de valores em que vive, e em relação aos seus objetivos, aspirações e interesses*”.

A definição de QdV tem vindo a evoluir, sofrendo várias alterações e passando de um conceito abstrato para um constructo social mensurável.

Rodrigo, Santos & Gomes (2016) refere que a qualidade de vida pode ser avaliada, a nível do microsistema (o sujeito), através de escalas de avaliação, escalas de atitudes e questionários sendo da responsabilidade do avaliador optar pela que melhor responde às necessidades. Contudo, a mensuração da QdV é complexa devido à subjetividade do próprio conceito e das suas especificações culturais e individuais, associada às dificuldades de comunicação dos sujeitos.

Por norma a avaliação da QdV tem sido quase exclusiva a sujeitos com maior funcionalidade, i.e., com capacidades de compreensão e expressão que permitam responder fidedignamente aos instrumentos aplicados. É neste sentido que a participação dos prestadores de cuidados tem sido

utilizada na avaliação da qualidade de vida das pessoas com necessidades permanentes de apoios (Rodrigo, Santos & Gomes, 2016).

Autodeterminação

Os conceitos de autodeterminação e qualidade de vida estão intimamente relacionados. Atualmente há evidências empíricas sobre a importância da autodeterminação para melhorar a QdV.

Na definição de QdV no contexto da deficiência proposta por Schalock (2004 cit in Canha, Simões, Matos & Owens, 2015), a autodeterminação é um dos seus oito principais domínios: bem-estar emocional, relacionamento interpessoal, bem-estar material, o desenvolvimento pessoal, bem-estar físico, a autodeterminação, inclusão social e direitos. Wehmeyer e Schalock (2001) referem ainda que as pessoas autodeterminadas esforçam-se para que as coisas aconteçam, tentando alcançar um determinado objetivo, e ao alcançarem melhoram a sua QdV.

A autodeterminação subentende que o sujeito é o agente causal na própria vida, i.e., mais do que qualquer ação realizada, implica que o indivíduo aja de forma a causar um efeito para alcançar determinado objetivo, ou para causar ou criar uma mudança (Wehmeyer, 2006 cit in Canha, Simões, Matos & Owens, 2015).

Segundo Wehmeyer e Field (2007), um comportamento autodeterminado é caracterizado por compreender quatro características essenciais: o indivíduo age de forma autónoma; os comportamentos são autorregulados; a pessoa inicia e responde aos eventos com *empowerment* psicológico; a pessoa age com perceção de si.

A autodeterminação ocorre sempre num contexto social, em que os fatores individuais e ambientais podem potenciar ou limitar a expressão de um comportamento autodeterminado (Canha, Simões, Matos & Owens, 2015).

No estudo de Canha, Simões, Matos e Owens (2015) com 168 jovens com deficiência, a QdV relacionou-se positiva e significativamente com a autodeterminação. Os jovens com deficiência intelectual apresentaram valores de autodeterminação significativamente mais baixos que os jovens com deficiência física.

Perturbação do Espectro do Autismo

As Perturbações do Espectro do Autismo (PEA) são um síndrome neuro-comportamental, com origem em perturbações do sistema nervoso central, que afeta o normal desenvolvimento da criança. Sendo que os sintomas ocorrem nos primeiros três anos de vida (APA, 2013).

A PEA caracteriza-se por pessoas com deficiências persistentes na comunicação social e na interação social em diversos contextos, e que apresentam padrões restritivos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (APA, 2013; Llinares & Rodríguez, 2014).

Foram também estabelecidos três níveis de severidade, em função das ajudas que o indivíduo necessita: Nível 1 – Requer apoio – mesmo sem suporte no local, os défices na comunicação apresentam uma notável funcionalidade. Apresenta algumas dificuldades em iniciar a interação social. A rigidez do comportamento causa significativas interferências no funcionamento em um ou mais contextos; Nível 2 – Requer apoio substancial – défice evidente na comunicação verbal e não-verbal, contudo, apresenta uma funcionalidade social aparente mesmo com apoio no local. O comportamento é inflexível, dificuldades em lidar com a mudança e em mudar o foco de atenção; Nível 3 - Requer muito apoio substancial – apresenta severos défices de comunicação verbal e não-verbal, causando impedimentos na funcionalidade. Tem um comportamento bastante rígido e dificuldades de concentração (APA, 2013).

Os primeiros sinais de alerta são diferenças ao nível do desenvolvimento típico da criança. É uma criança com menos interesse, parece distante, não responde à voz humana mas é sensível ao som do aspirador, não participa em jogos sociais, fica mais contente quando está sozinho, apresenta dificuldades na comunicação, com limitada resposta à linguagem (inclusive ao próprio nome), demonstra interesses restritos e apegos incomuns, não revela contacto ocular, apresenta falhas na atenção partilhada (e.g. raramente aponta para mostrar algo aos pais), são algumas das preocupações relatadas pelos pais destas crianças (Volkmar & Wiesner, 2019).

Um estudo de revisão bibliográfica revela algumas das características de comportamentos agressivos que podem ocorrer entre as pessoas com PEA. Alguns aspetos centrais da PEA, tais como, a rigidez cognitiva e as habilidades sociais e de comunicação deficitárias, foram associados à agressão (Matson & Adams, 2014).

As pessoas com autismo apresentam três tendências que devem ser identificadas: Repetição – apresentação de uma atitude comportamental originada numa necessidade compulsiva; Rigidez – determinado comportamento é realizado sempre da mesma forma, devido à pouca flexibilidade nas

ações motoras, assim como na forma de pensar; Persistência – determinado comportamento é repetido, devido à dificuldade em quebrar rotinas (Wigram & Backer, 1999).

Para além de todas estas características, existe uma teoria denominada por “Teoria da cegueira da mente do autismo”, que foi proposta por Simon Baron-Cohen, Alan Leslie e Uta Frith, nos anos 80, que nos permite compreender melhor o comportamento atípico destas crianças. Esta teoria consiste na explicação de que a capacidade intuitiva de perceber que as outras pessoas têm mentes não está presente nos indivíduos com autismo. Isto tem origem no cérebro e manifesta-se de diferentes formas, em diferentes idades. Segundo esta teoria, estas crianças não conseguem compreender que as outras pessoas podem ter convicções diferentes das suas. O jogo “faz de conta” envolve perceber que a realidade é diferente da convicção criada no jogo, o que depende da existência de uma teoria da mente, algo que é complicado para estas crianças. À medida que vão ficando mais velhas podem desenvolver estas capacidades, de distinguir a convicção da realidade, no entanto, manifesta-se cerca de cinco anos depois do que acontece na maioria das crianças (Frith & Blakemore, 2009).

Ataxia de Friedreich

Uma ataxia é uma síndrome que se caracteriza por alterações motoras, tais como, descoordenação, dismetria, disdiadococinésias e aumento da base de sustentação na marcha. As ataxias podem classificar-se, segundo a sua etiologia em: neurodegenerativas hereditárias (genéticas); neurodegenerativas não hereditárias (esporádicas); ou não neurodegenerativas (adquiridas) (Awad, Undurraga & Chaná-Cuevas, 2018).

A Ataxia de Friedreich é um tipo de ataxia neurodegenerativa hereditária, autossómica recessiva, mais comum, afetando cerca de um/dois em cada 50 000 caucasianos (Awad, Undurraga & Chaná-Cuevas, 2018; Zhang, Napierala & Napierala, 2019).

A origem desta patologia é conhecida, tendo como causa a redução da expressão da proteína mitocondrial frataxina. Atualmente não há cura, contudo, as pesquisas neste âmbito estão a reunir esforços nessa direção, tentando aumentar os níveis de frataxina ou reduzir o stress oxidativo, através de tratamentos farmacológicos (Zhang, Napierala & Napierala, 2019).

A idade média de aparecimento é de 15 anos, com a maioria dos casos a desenvolverem-se aos 25 anos, contudo, há casos raros de início tardio (entre os 26 e os 40 anos). Quanto mais cedo a doença aparecer maior será a frequência e a gravidade do sintoma. Pelo contrário, os pacientes em

que a patologia se expressa mais tardiamente, terão um fenótipo mais leve e a progressão da doença será mais lenta (Al-Mahdawi *et al.*, 2018).

Os principais sintomas desta patologia são: ataxia progressiva (inicialmente nos membros inferiores e posteriormente nos membros superiores), perda de reflexos tendinosos, dificuldade na articulação das palavras no discurso (disartria), fraqueza, instabilidade da fixação ocular, perda de sensibilidade distal profunda, perda sensorial ao nível da visão e da audição, frequentemente acompanhada por cardiomiopatia hipertrófica, diabetes e anomalias esqueléticas (cifoesciose e deformidades no pé) (Al-Mahdawi *et al.*, 2018; Zeigelboim *et al.*, 2017; Zhang, Napierala & Napierala, 2019).

Um estudo de Zeigelboim *et al.* (2017), com 30 pacientes da Ataxia de Friedreich concluiu que o sintoma com maior prevalência nestes casos é a descoordenação do movimento. Dos participantes no estudo, 46,7% apresentavam disartria, cerca de 27% apresentavam tremor e depressão e aproximadamente 20% revelava sinais de fadiga, ansiedade, dor e dificuldades em mover o pescoço. Também constatou que nas doenças neurodegenerativas, os músculos cocleares anteriores estão comprometidos, com possíveis interferências no mecanismo do reflexo acústico (Zeigelboim *et al.*, 2017).

Musicoterapia na Deficiência

Nos últimos 20 anos aumentaram as investigações na área da musicoterapia com esta população que confirmam os seus benefícios (Barksdale, 2003).

Segundo Boxhill (1985), o processo terapêutico em musicoterapia pode promover melhorias ao nível das habilidades motoras (terapias físicas, ocupacionais e recreativas); habilidades cognitivas (educação especial e terapia de fala); estados afetivos e ajustamento (psicologia); e habilidades sociais (todas as disciplinas). Esta abrangência e interdisciplinaridade da música, faz com que a musicoterapia seja bastante apropriada para as pessoas com deficiência, uma vez que reforça as outras terapias enquanto implementa o seu próprio programa.

Para além desta interdisciplinaridade, a musicoterapia, concretamente em pessoas com deficiência, pode facilitar a expressão criativa em pessoas que não apresentam verbalização ou com perturbações na comunicação; proporcionar experiências gratificantes para o indivíduo, a nível emocional, cognitivo e social; desenvolver a consciência de si mesmo, dos outros e do espaço

envolvente, melhorando o bem-estar e a vida mais independente; reduzir comportamentos desadaptativos (esteriotipias, auto-agressões); aumentar a interação com colegas e outros; melhorar as habilidades motoras finas e grossas; melhorar a percepção auditiva (Barksdale, 2003).

Uma revisão bibliográfica de McFerran, Lee, Steele & Bialocerkowski, 2009, fez a recolha de 65 artigos sobre os efeitos da musicoterapia em pessoas com deficiência, desde leve a severa, em qualquer faixa etária. Foi possível constatar através da mesma, que os objetivos delineados para pessoas com deficiência entre leve e moderada (objetivos comportamentais, sociais e de aprendizagem) são diferentes dos objetivos para pessoas com deficiência severa a profunda (objetivos de comunicação e físicos). Também se verificou que os estudos quantitativos são mais frequentes, assim como a tipologia de estudo caso. As principais conclusões referidas pelos autores, para além das mencionadas, são: a musicoterapia é utilizada em todas as idades, com os diferentes graus de deficiência; os objetivos em musicoterapia são dependentes do nível de deficiência; os métodos ativos são predominantes no trabalho com clientes com deficiência; houve uma tendência positiva para os resultados associados à musicoterapia.

A eficácia da utilização da música como agente terapêutico deve-se a vários aspetos, tais como: é um modo de expressão transcultural; a sua natureza não-verbal permite que funcione como um meio universal de comunicação; tem o poder de conseguir alcançar diretamente a mente e o corpo, qualquer que seja o nível de capacidade intelectual ou condição do indivíduo; estimula os sentidos, evoca sentimentos e emoções, provoca respostas fisiológicas e mentais (Boxhill, 1985).

Relativamente às pessoas com PEA, estas revelam dificuldades significativas na interação social. Isso é constatado, através do processo de fazer música, visto que apresentam limitações em: trocar de vez; imitar; partilhar; antecipar; tocar de forma empática; refletir (Wigram & Backer, 1999).

Apesar de na literatura existirem diferentes práticas e intervenções que de alguma forma visam promover as habilidades sociais, não há evidências que justifiquem a maior eficácia de um tratamento em relação a outro. A música é uma das ferramentas utilizadas para abordar as habilidades sociais em indivíduos com PEA. Pesquisas indicam que as intervenções em musicoterapia podem ter sucesso no desenvolvimento das competências sociais (LaGasse, 2017).

Devido à falta de interesse no outro, normalmente existem dificuldades em responder ou partilhar mudanças no tempo, ritmo, timbre, intensidade e outros elementos musicais (Wigram & Backer, 1999).

Segundo Benenzon (1988), de forma a podermos iniciar a comunicação com o outro ou abrir um canal de comunicação, é necessário imitá-lo. Como por exemplo, quando quisermos comunicar com um bebê é importante balbuciar com ele, que por sua vez, irá começar a tentar imitar o adulto. Com as crianças com PEA acontece o mesmo, sendo importante imitar alguns sons que ela possa reproduzir. Esta imitação não se restringe apenas aos sons produzidos pela boca, mas também aos sons produzidos pelo batimento cardíaco, ruídos intestinais e movimento.

Estudos de neuroimagem permitiram a investigação no campo do processamento e percepção da música no cérebro. Os resultados têm demonstrado que os estímulos musicais ativam vias específicas em várias áreas do cérebro associadas a comportamentos emocionais. Um corpo crescente de evidências também indica que a musicoterapia pode ser útil nos casos clínicos de distúrbios neurológicos. De fato, a musicoterapia pode ser eficaz em pacientes com distúrbios neurodegenerativos e PEA. Infelizmente, ainda há uma escassez de dados científicos rigorosos que apoiam a aplicação clínica da musicoterapia e, portanto, há uma necessidade de confirmar e ampliar as conclusões preliminares sobre a eficácia potencial e real da musicoterapia. (Boso, Poloti, Barale, & Enzo, 2006).

É possível concluir que as pessoas com deficiência apresentam restrições nas suas interações, tanto com outros indivíduos, como com os contextos em que estão envolvidos. Pessoas com esta condição em contexto institucional podem correr o risco de perder a sua individualidade, devido às condições restritas destes espaços. Contudo, atualmente as instituições estão a pensar cada vez mais no indivíduo, estabelecendo atividades que promovam a qualidade de vida e a sua autodeterminação.

A musicoterapia é uma área que se encontra em expansão, com métodos e técnicas próprios, que têm vindo a corroborar a pertinência desta terapia em indivíduos que enfrentam dificuldades na sua expressão, na interação com os outros, na exploração dos espaços e no desenvolvimento/manutenção de capacidades cognitivas.

Objetivos do Estágio

O presente estágio no Lar Residencial da Associação de Paralisia Cerebral de Odemira decorreu entre outubro de 2018 e junho de 2019, com pessoas com deficiência institucionalizadas.

A intervenção em musicoterapia consistiu em sessões individualizadas, com o objetivo de potencializar as competências pessoais, respeitando as características e necessidades de cada indivíduo. Pretendeu-se desenvolver competências no campo da interação, comunicação não-verbal, da expressão de emoções e de autodeterminação.

Os objetivos gerais do presente estágio curricular foram:

- Promover o desenvolvimento pessoal do cliente, através de sessões individuais de musicoterapia;
- Desenvolver e/ou manter as competências cognitivas, promovendo a qualidade de vida e a autodeterminação;
- Facilitar a expressão emocional.

Metodologia

Neste capítulo serão descritas as metodologias utilizadas no estágio, tendo em conta, a amostra, os instrumentos de avaliação, os procedimentos, as técnicas e/ou métodos da musicoterapia e a agenda semanal. Serão também mencionados outros projetos ou atividades levadas a cabo no âmbito do estágio.

Participantes

Na tabela 1 encontram-se representados, de forma sucinta, os dados biográficos dos clientes que participaram nas sessões em musicoterapia no Lar Residencial da APCO. Estes dados foram recolhidos através de informações constantes nos processos individuais dos clientes. Tendo em conta o direito à confidencialidade, não são apresentados os nomes dos clientes, apenas diminutivos.

De um modo geral, foram acompanhados no total cinco clientes, com idades compreendidas entre os 22 e os 59 anos, uma cliente do sexo feminino e quatro do sexo masculino.

Todos os clientes beneficiaram de sessões semanais, com a duração de, aproximadamente, 45 minutos, que foram realizadas na sala multiusos do Lar Residencial.

Tabela 1: Dados biográficos dos clientes selecionados para intervenção em Musicoterapia.

Nome	Sexo	Idade (1/janeiro/2019)	Diagnóstico	Tempo de Permanência no Lar Residencial	Idade de entrada no Lar Residencial
Lu	F	50 anos	Ataxia de Friedreich	4 anos	46 anos
Jo	M	22 anos	Autismo	3 anos	19 anos
Vi	M	59 anos	Traumatismo CraneoEncefálico	1 ano	58 anos
Ca	M	41 anos	Trissomia 21	3 anos	38 anos
Tó	M	48 anos	Multideficiência	3 anos	45 anos

Instrumentos de Avaliação

Para a realização do presente estágio foram aplicados dois instrumentos de avaliação: um instrumento de avaliação no âmbito mais propriamente da musicoterapia *Individualized Music Therapy Assessment Profile* IMTAP (Baxter et al., 2007) e outro acerca da qualidade de vida, *Escala de San Martín* (Verdugo et al., 2014), versão portuguesa (Santos, Rodrigo & Gomes (2016). Para além destes dois instrumentos, foi realizado um levantamento da história sonora musical, através de um guião elaborado pela estagiária (Apêndice A).

O IMTAP é um instrumento de avaliação em musicoterapia desenvolvido por Baxter et al. tendo como principal objetivo avaliar o individuo em dez áreas diferentes, através de atividades musicais conduzidas por musicoterapeutas ou estudantes de musicoterapia. Tem como público-alvo crianças e adolescentes, que podem apresentar diferentes patologias tais como, deficiência múltipla, perturbações na comunicação, autismo, perturbações emocionais, problemas sociais e dificuldades de aprendizagem (Baxter et al., 2007).

Este instrumento permite perceber quais as áreas que precisam de ser mais trabalhadas, através da apresentação de pontuações mais baixas nessas mesmas áreas, e quais as áreas com maior potencial, revelando pontuações mais altas (Baxter et al., 2007).

A avaliação considera 374 competências, distribuídas por dez domínios independentes: musicalidade, comunicação expressiva, comunicação recetiva/perceção auditiva, interação social, motricidade ampla, motricidade fina, motricidade oral, cognição, habilidade emocional e habilidade sensorial. Cada domínio apresenta uma séria de subdomínios. Os domínios são independentes, uma vez que não é obrigatório aplicar a escala completa. O que define a seleção dos domínios e subdomínios que serão avaliados são as etapas precedentes às sessões de avaliação. (Baxter et al., 2007).

Este é um instrumento quantitativo, através de um sistema de pontuação NRIC. N=nunca; R=raramente (abaixo de 50%); I=inconsistente (entre 50 e 79%); C=consistente (80% a 100%). Este sistema pode ser usado de duas formas, estimado ou por pontos. O registo estimado é normalmente utilizado no atendimento clínico, onde os dados são destinados apenas ao planeamento e acompanhamento do tratamento. O registo por pontos envolve a contagem do número de oportunidades dadas (chances) dividido pelo número de vezes em que a habilidade foi demonstrada (sucessos), resultando num registo mais preciso (Baxter et al., 2007).

O processo de avaliação pelo IMTAP processa-se em nove etapas: formulário de admissão; folha de rosto; formulário de contorno da sessão; coleta de dados; cálculo dos scores finais; revisão das habilidades de domínio cruzadas; folha de resumo; metas e objetivos; gráfico dos resultados (Baxter et al., 2007).

A primeira etapa do processo de avaliação pelo IMTAP é o preenchimento do formulário de admissão, no qual recolhem-se os dados do paciente sobre os dez domínios, através de uma entrevista individual com pai/mãe ou responsável. Na segunda etapa, é realizado o preenchimento da folha de rosto, onde ficam resumidos os dados recolhidos no formulário de admissão e indicadas as áreas que serão avaliadas. Em seguida, é preenchido o formulário de contorno da sessão. A quarta etapa, coleta de dados, é o momento da avaliação. A duração da avaliação depende do número de domínios a avaliar. Recomenda-se que as sessões sejam gravadas. A quinta etapa consiste no cálculo dos scores finais, que pode ser estimado ou por pontos. Na sexta etapa é realizada a revisão das habilidades de domínio cruzadas, verificando as habilidades com a sigla “CD” que devem estar registadas da mesma forma. A folha de resumo, é onde consta a avaliação e são apontados os pontos fortes e necessidades. A oitava etapa compreende a identificação de metas e objetivos, identificados na avaliação. A última etapa, permite a representação visual do perfil do cliente através do gráfico dos domínios e subdomínios avaliados (Baxter et al., 2007).

Para o presente estágio, foi preenchido o formulário de admissão, onde é possível verificar à priori as áreas mais e menos fortes do cliente. E, em seguida, foram apenas verificadas as áreas menos fortes, para o estabelecimento de objetivos e elaboração do plano de intervenção.

Para além do IMTAP, foi também aplicada uma escala de qualidade de vida, Escala San Martín, concebida por Verdugo et al. (2014). Esta escala tem como principal objetivo avaliar a qualidade de vida de uma forma multidimensional, tendo por base o modelo de oito dimensões de Schalock e Verdugo (2002/2003), de pessoas com incapacidades significativas, que requerem apoios externos e generalizados, como por exemplo Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (DID). A avaliação é feita por outras pessoas, sem ser o próprio (e.g. profissionais, familiares, guardiões legais). Esta avaliação é feita a partir dos 18 anos ou 16 anos, quando não se encontram no sistema educativo. (Verdugo et al., 2014).

A escala é composta por oito dimensões: autodeterminação, direitos, bem-estar emocional, inclusão social, desenvolvimento pessoal, relações interpessoais, bem-estar material e bem-estar físico. Cada dimensão tem um conjunto de indicadores. No total, a escala avalia 95 itens, organizados

nas oito dimensões mencionadas anteriormente. A escala inclui: um quadro para recolher os dados da pessoa avaliada e dois quadros para recolher dados sobre os informadores; os 95 itens com um formato de resposta de frequência com quatro opções (nunca, algumas vezes, frequentemente e sempre); uma seção aberta para colocar alguma informação pertinente sobre a avaliação; o quadro que resume as pontuações diretas, totais, standard e percentis; e um perfil de qualidade de vida em que se ilustram de forma gráfica os resultados da avaliação (Verdugo et al., 2014).

Desta escala, foram apenas escolhidas as áreas e os respetivos itens que possam ser influenciados pela intervenção musicoterapêutica. Como tal, as áreas selecionadas para aferir mudanças da qualidade de vida aquando a intervenção em Musicoterapia foram: autodeterminação, bem-estar emocional e desenvolvimento pessoal.

Procedimentos

O processo de estágio decorreu em quatro fases distintas: a fase de observação e integração no Lar Residencial; a fase de seleção dos clientes; fase de avaliação inicial e planeamento das sessões e a fase da intervenção.

Observação e integração no Lar Residencial. Numa primeira fase, ao longo do mês de outubro, foi realizado um primeiro contacto com os clientes desta resposta social e uma observação das suas rotinas diárias. Para além disso, foi possível conhecer a equipa técnica e o trabalho desenvolvido. Este período foi também essencial para a recolha de informação clínica sobre os clientes, através de informação constante no processo individual, conversas com a equipa técnica e com os familiares dos clientes, e acerca da instituição, através da leitura do plano de ação de 2019, o plano estratégico 2018-2020, os regulamentos internos das diferentes respostas sociais e pesquisa no site da instituição. Segundo a pesquisa efetuada, nenhum cliente teve uma intervenção em musicoterapia e a instituição nunca dispôs desta resposta de intervenção.

Seleção dos clientes. A escolha dos clientes para a intervenção em musicoterapia foi realizada tendo em conta alguns critérios de seleção. Uma vez que a estagiária desempenha funções como Psicomotricista em outras respostas sociais da instituição (CAO e CRI), foram selecionados, como possíveis beneficiários da intervenção em musicoterapia no âmbito do presente estágio, os clientes que usufruem exclusivamente da resposta social Lar Residencial. Dos 24 clientes que residem neste local, apenas 10 preencheram o primeiro requisito. Em seguida, em reunião de equipa técnica, foram discutidos quais os casos que poderiam usufruir desta intervenção, tendo em conta o gosto

demonstrado pela música, o número de atividades que usufruem e o horário em que as sessões iriam decorrer. Deste modo, foram selecionados 5 clientes, para usufruírem de sessões individuais de musicoterapia. Após a seleção inicial foi estabelecido um primeiro contacto com os clientes e/ou respectivas famílias, onde foram explicados os objetivos do estágio, questionado se tinham intenção de participar e realizados os pedidos de autorização (Anexo 1) para a beneficiar das sessões, assim como para a sua gravação através da câmara de filmar.

Neste momento, foi também elaborada a história sonoro-musical dos clientes, através do preenchimento do guião, com a ajuda dos familiares e o próprio, quando possível.

Avaliação inicial e planeamento das sessões. Uma vez selecionados os clientes que iriam beneficiar de sessões de musicoterapia, foi realizada uma avaliação inicial, através dos instrumentos de avaliação acima mencionados (IMTAP e San Martín). Após a conclusão da avaliação inicial, foram definidos os objetivos terapêuticos e delineado um plano de intervenção.

Fase de intervenção. Esta fase teve início em fevereiro e terminou em junho de 2019, tendo a duração de 6 meses. No entanto, para o presente estágio apenas estão contempladas as sessões entre janeiro e junho. As sessões, todas de cariz individual, realizaram-se semanalmente, com uma duração aproximada de 45 minutos, à sexta-feira entre as 13 e as 18 horas na Sala Multiusos do Lar Residencial.



Imagem 1- Alguns dos instrumentos utilizados nas sessões de Musicoterapia.



Imagem 2 – Disposição dos clientes na sessão.

Setting terapêutico. Foi este o *setting* terapêutico, que compreendeu o espaço físico onde decorrem as sessões, e os materiais utilizados. O espaço físico caracterizou-se por uma sala ampla, com um espelho enorme numa das paredes, e uma grande portada, que dá para um muro com um canteiro de flores. Alguns materiais que já lá estavam presentes: cadeiras, duas mesas pequenas, uma maca, uma televisão, uma Nintendo wii e uma aparelhagem.

Antes das sessões, a sala era preparada pela estagiária, que colocava uma cadeira perto da janela, para a mesma se sentar. O cliente era sempre disposto ao lado da estagiária, ligeiramente de frente. Os instrumentos eram trazidos pela estagiária e postos à disposição, entre os quais: um float tom drum, guitarra, maracas, triangulo, cavaquinho, xilofone, 8 tubos sonoros, uma pandeireta, um pequeno tambor, um guizo e um pau de chuva feito pela estagiária. Para além dos instrumentos, eram levados outros materiais, tais como, uma câmara de filmar com suporte e um portefólio que continha músicas escolhidas pelos clientes.

O tempo de intervenção era muitas vezes condicionado pelos clientes, devido às suas necessidades fisiológicas, alimentares, de higiene e de tolerância à estimulação.

Todas as sessões foram gravadas em formato de vídeo, de modo a registar o máximo de conteúdo produzido na sessão, o que permitiu uma análise mais aprofundada do mesmo. Ao sábado durante a manhã, as sessões eram revistas e planeadas as próximas. Este planeamento era estruturado, contudo, não era inflexível, permitindo propostas do cliente e ajustes do terapeuta consoante as necessidades reveladas na sessão.

No total foram realizadas 22 sessões individuais, às quais os clientes foram assíduos (com exceção a um caso que não participou às primeiras três sessões, por não querer participar).

No final do estágio foi realizada a avaliação final, através da aplicação das mesmas escalas que na avaliação inicial, e comparados os dados, de modo a verificar se ocorreram alterações desde o momento inicial do estágio.

Técnicas e métodos da musicoterapia

As técnicas utilizadas neste estágio foram maioritariamente ativas, contudo, também foram utilizadas técnicas recetivas. As técnicas ativas mais utilizadas foram essencialmente: a improvisação vocal e/ou instrumental livre ou induzida pela musicoterapeuta; a recriação de canções, com a reprodução e interpretação; a construção de canções.

Não houve a escolha de um método específico para levar a cabo neste estágio, mas sim, a escolha de algumas particularidades do Método de Nordoff Robbins e Benezon.

Para além dos métodos e técnicas específicas da musicoterapia, também foram tidas em conta as características que um musicoterapeuta deve apresentar, de forma a potenciar a qualidade de vida das pessoas com quem intervém.

Agenda Semanal

O presente estágio decorreu à sexta-feira à tarde, entre as 13 e as 19 horas, onde foram realizadas as sessões de intervenção direta com os clientes. Ao sábado, entre as 9 e as 14 horas, realizou-se o visionamento das sessões efetuadas e prepararam-se as seguintes. O horário encontra-se no Apêndice B.

Uma vez que a reunião de colaboradores do Lar Residencial ocorre mensalmente, à sexta-feira, das 14 às 16 horas, a estagiária participou em reuniões de equipa e/ou com a orientadora local, em horário acordado entre ambas as partes, fora do horário de estágio.

Outros projetos

Para além das sessões de intervenção direta com os clientes do Lar Residencial da APCO, a estagiária desenvolveu outras atividades.

Planeou e concretizou duas sessões de sensibilização sobre “O que é a Musicoterapia?” para todos os colaboradores de todas as respostas sociais da APCO; lecionou uma aula na Faculdade de Motricidade Humana (Lisboa), com alunos do 3º ano; ajudou na organização e participou no dia das famílias da APCO, em que teve contato com os clientes das diferentes respostas sociais e colaborou com uma atividade musical, de cariz recreativo, para todas as famílias. Todas estas atividades serão explicadas de forma mais detalhada no capítulo “Outras atividades”.

Estudos de Caso

Neste capítulo serão abordados os dois estudos de caso escolhidos para o presente relatório de estágio. O primeiro estudo de caso é a Lu, uma pessoa do sexo feminino com 50 anos diagnosticada com Ataxia de Friedreich. O segundo estudo de caso é o Jo, um indivíduo do sexo masculino, com 22 anos e um diagnóstico de Autismo.

Estudo de caso 1 – Lu

A Lu é uma pessoa do sexo feminino, com 50 anos de idade, que reside no Lar Residencial da APCO.

A seguinte informação foi recolhida juntamente com a equipa técnica e através de consulta de informação constante no processo individual (relatórios médicos e relatórios da equipa técnica).

Natural de uma aldeia perto do Lar, aos 11 anos de idade foi diagnosticada com Ataxia de Friedreich no Hospital de Santa Maria, após um internamento para apendicectomia de urgência. Aos 18 anos esteve num centro de reabilitação para orientação e tratamento, assim como atribuição de cadeira de rodas, pois ficou sem marcha independente.

Tem nistagmo horizontal acentuado (oscilações repetidas e involuntárias rítmicas de um ou ambos os olhos) e usa óculos. A Lu tem tremor cefálico e neste momento não apresenta controlo cervical. Não tem equilíbrio sentada, não se senta sozinha, e não consegue dar ajuda nas transferências. Tem diminuição da força muscular nos membros superiores e nos membros inferiores. As mãos apresentam fraqueza muscular acentuada e os pés apresentam deformidades fixas em equinovaro, mais acentuado à esquerda.

A sua voz é escandida (lenta), e o seu discurso é composto por frases curtas, com disartria e dificuldade no controlo respiratório. Engasga-se com muita facilidade e, como tal, a sua alimentação tem de ser adaptada (comida passada, líquidos com espessante, restrições alimentares). A prótese dentária que possui já não está completamente adequada, no entanto, após a consulta de estomatologia verificou-se que a melhor solução é a colocação de fixador de qualidade, uma vez que dificilmente se encontraria uma prótese ajustada à sua situação. A audição tem vindo a deteriorar-se com o passar dos anos. Há alguns anos utilizou um aparelho auditivo, contudo, nunca se adaptou ao mesmo. Neste momento não utiliza nenhum aparelho.

Começou por frequentar o CAO da APCO, em 2001, contudo, devido à perda gradual das suas capacidades, à dificuldade em permanecer o dia todo na sua cadeira de rodas e a todas as questões relacionadas com o seu transporte (do Lar para o CAO e vice-versa), neste momento passa os dias no Lar Residencial. Antes de viver nesta resposta, residia em São Luís com a mãe, acamada por AVC, com a irmã, cunhado e sobrinhas.

Atualmente, não tem progenitores, mas ainda tem alguns familiares (irmã e sobrinhas), contudo as visitas dos familiares não ocorrem. O único contacto que tem é através de uma rede social, à qual vai uma vez por semana com o apoio de uma técnica da APCO.

Em 2015 foi passado um atestado de multiusos com um nível de incapacidade de 95%. Em 2016, começou-se a verificar que as capacidades da Lu a nível mental, que estavam intactas até à data, estavam a sofrer algumas alterações. Alguns sinais de alerta foram a referência a acontecimentos que não tinham ocorrido e dificuldades ao nível do sono. Neste momento o quadro encontra-se mais estável, com menos episódios de alucinação, associado à toma de medicação. Apesar disso, continua a apresentar muitas insónias.

Este foi um dos casos selecionados para as sessões em Musicoterapia, uma vez que sempre apresentou interesse por músicas, assim como livros e filmes. Para além disso, devido à perda progressiva de capacidades, cada vez são menos as atividades que a cliente consegue e quer participar.

Avaliação inicial. Antes das sessões propriamente ditas, foi estabelecido um primeiro contacto com a cliente, através do conhecimento das suas rotinas e algumas conversas com a mesma e com os profissionais que a acompanham. Em seguida, foi realizado um levantamento da história sonoro-musical em janeiro. A cliente deu algumas respostas breves, não desenvolvendo muito o discurso. Apresentava algum cansaço, contudo, demonstrava intenção de ingressar nas sessões, tendo assinado a autorização para as filmagens.

A avaliação inicial em sessão, só ocorreu a partir de 22 de fevereiro uma vez que a mesma não quis participar nas primeiras 3 sessões. Sempre que era interrogada sobre se queria ir para a sessão, dizia que não. Ficava assim, na sala, em frente da televisão, sem manter grande contacto ocular com a mesma e, passado algum tempo, ia para o seu quarto deitar-se na cama. Contudo, todas as semanas a estagiária perguntava se a Lu queria participar, reforçando que se não gostasse podia regressar à sala ou ir para o quarto. Ao fim de 3 semanas, a Lu demonstrou interesse em ir até à sala Multiusos experimentar uma sessão de Musicoterapia.

O principal objetivo desta primeira sessão era captar a atenção da Lu, para que esta encontrasse algum interesse e motivação para na próxima semana querer regressar à sessão, permitindo iniciar um processo de potencialização das suas dificuldades. Tendo em conta as características mencionadas anteriormente, com base na observação inicial da cliente, e as informações registadas na ficha da História Sonoro-musical, foram tocadas algumas canções mencionadas pela cliente, de modo a estabelecer uma relação terapêutica.

Após a primeira sessão, a Lu revelou agrado e intenção de continuar. Assim, nas duas sessões seguintes, foram desenvolvidas atividades de modo a realizar uma avaliação inicial através da aplicação de itens da escala IMTAP (Apêndice C), de forma informal. A par disso, foi também aplicada pela fisioterapeuta e por uma auxiliar de ação direta, a Escala de Qualidade de Vida de San Martin (Apêndice D).

A Lu demonstrou dificuldades em praticamente todas as áreas avaliadas pela IMTAP. No entanto, devido ao pouco tempo de intervenção e visto que há necessidade de estabelecer prioridades, foi delineado o seguinte plano terapêutico.

Tabela 2- Plano Terapêutico da Lu.

<p align="center">Plano Terapêutico da Lu Idade: 50 anos Diagnóstico: Ataxia de Friedreich Problemas: dificuldades auditivas; discurso pouco perceptível, evidenciando dificuldades na articulação e amplificação da fala</p>		
Objetivos Gerais	Objetivos específicos	Estratégias/técnicas
Promover a comunicação recetiva/percepção auditiva	Demonstrar consciência do som vs. Silêncio	Escuta de canções; Improvisação; Imitar vocalizações
	Virar a cabeça em direção à fonte sonora	
	Dirigir o olhar à fonte sonora	
	Distinguir dois sons diferentes	
	Imitar motivos musicais simples	
Melhorar a comunicação expressiva	Tentar comunicar	Exercícios de turn-taking; Produção de canções; Improvisação livre; Explorar instrumentos musicais
	Comunicar sem frustração	
	Comunicar necessidades e desejos	
	Comunicar ideias e conceitos	
	Comunicar conteúdo emocional ou desenvolvimento de ideia	
Melhorar a comunicação expressiva (vocalizações/verbalizações)	Vocalizar com qualidade tonal clara	Vocalizações; Imitação; Exercícios de turn-taking
	Vocalizar com volume apropriado	
	Vocalizar junto com o terapeuta	
	Vocalizar de forma intencionalmente imitativa	
	Verbalizar de modo inteligível	
	Verbalizar palavras isoladas	
	Verbalizar com a duração de uma frase com duas ou três palavras	

Processo terapêutico. O processo terapêutico da Lu foi evoluindo gradualmente de uma zona menos pessoal, de escuta e recepção de estímulos, para algo mais introspetivo e ativo, na medida em que havia uma maior intencionalidade e reflexão sobre aspetos do seu dia-a-dia.

Este processo pode ser dividido em quatro grandes etapas.

Uma primeira etapa (sessão 1 a 3), de *reconhecimento*, não só do espaço e da estagiária, como também dos seus próprios gostos e vontades. A Lu respondia apenas a questões com “sim” ou “não”, muitas das vezes apenas com a cabeça, não emitindo som. Quando ouvia músicas que gostava e conhecia, movimentava apenas os lábios, ouvindo-se a sua voz muito raramente, num tom baixo e pouco perceptível. Sempre que era proposta uma nova tarefa, como por exemplo tocar com uma maraca, recusava, mas com um sorriso no rosto. Mesmo com insistência da estagiária, ficava apenas a segurar na maraca (Registo de sessão Apêndice F).

Na etapa seguinte (sessão 4 a 9), que podemos designar de *exploração*, em que a Lu começou a explorar as suas capacidades e as aquisições que aos poucos foi conquistando. Para além de cantar as músicas que já sabia, procurava fazer melhor, demonstrando preocupação e vontade em ler as letras das músicas que não sabia tão bem. Explorou instrumentos, especialmente o floor tom drum, e procurava saber mais sobre os mesmos (e.g. “Porque é que a guitarra tem cordas mais finas em baixo e mais grossas em cima?”). Outro fator preponderante nesta fase, foi o início de vocalizações livres, que permitiram a exploração vocal e perceção da sua extensão vocal.

A terceira etapa (sessão 10 a 14) consistiu essencialmente na *expressão*, de emoções e de preocupações mais internas. A Lu na sessão 10, partilhou o porquê de se sentir cansada. Através do floor tom drum, um tambor de pele com alguma altura, foram realizados exercícios de turn taking, com percussão e verbalizações cantadas. E foi no momento destas verbalizações, com este instrumento, que a Lu referiu que o Luís e a Sónia (nomes fictícios) não a deixavam dormir. Esta afirmação é bastante importante no decorrer do processo musicoterapêutico da Lu, uma vez que revela confiança na estagiária para falar nas suas preocupações, que são alucinações. Isto porque o Luís foi um cliente que já esteve no Lar Residencial, mas neste momento já não está. E a Lu acredita que ele permanece e que fala com ela, não a deixando dormir.

E por fim, a quarta etapa (sessão 15 a 19), a *criação*. Foram nas últimas sessões que a Lu começou a verbalizar aspetos que observava ao seu redor e compunha letras, que eram acompanhadas à guitarra pela estagiária, numa tonalidade que fosse confortável para a Lu cantar.

“Já não há flores
O tempo passa, a correr
Parece que ainda ontem
Foi o Natal
E cá estamos nós
Ainda a cantar
Se calhar até podemos fazer
Uma peça no Natal”
Lu – sessão 17

Discussão dos resultados. Ao longo da intervenção com a Lu, foi possível identificar os sinais que caracterizam, e que foram descritos na literatura, acerca da Ataxia de Friedreich: ataxia progressiva, dificuldade na articulação das palavras no discurso, fraqueza, instabilidade da fixação ocular, perda sensorial ao nível da visão e da audição, deformidades nos pés (Al-Mahdawi *et al.*, 2018; Zeigelboim *et al.*, 2017; Zhang, Napierala & Napierala, 2019). Como tal, evidencia-se a importância da pesquisa acerca das patologias com que vamos intervir, no sentido de conhecer e identificar mais rapidamente as áreas fortes e menos fortes do indivíduo que vamos ter à nossa frente. No caso específico da musicoterapia, sinais como dificuldade na articulação das palavras ou a perda sensorial ao nível da visão e da audição, são aspetos que devem ser imediatamente identificados, para um estabelecimento de objetivos adequados e um plano de intervenção realista.

A Lu foi diagnosticada aos 11 anos, o que se verifica abaixo da idade média de aparecimento da doença (15 anos). Este é um aspeto a ter em consideração, dado que quanto mais cedo a doença aparecer maior será a frequência e a gravidade dos sintomas (Al-Mahdawi *et al.*, 2018). Esta informação permite uma melhor compreensão da doença e como ela irá progredir.

Técnicas como a improvisação e a composição de canções foram as mais utilizadas nesta intervenção. A improvisação foi um meio eficaz, como defende Ruud (2008), de proporcionar experiências relacionais, neste caso com a estagiária, o que levou mais facilmente ao estabelecimento de uma relação terapêutica adequada. Através desta técnica, a estagiária esteve sincronizada com a cliente, promovendo a comunicação e a melhoria dos objetivos terapêuticos estabelecidos. No que diz respeito à composição de canções, foram desenvolvidas essencialmente habilidades de planeamento e organização, comunicação de experiências internas e desenvolvimento de habilidades de interação (Bruscia, 1998).

Os resultados alcançados com a intervenção musicoterapêutica com a Lu, corroboram o estudo de Boso, Poloti, Barale, & Enzo (2006), em que afirmam que a musicoterapia pode ser eficaz em pacientes com distúrbios neurodegenerativos. Contudo, como o próprio estudo indica também, são necessárias mais evidências científicas nesta área.

Conclusão do caso. A Lu obteve imensos progressos através da intervenção em musicoterapia. Nos Apêndices C e D podemos constatar os resultados da avaliação inicial e da avaliação final, tanto a nível musicoterapêutico como ao nível da qualidade de vida.

Da avaliação realizada através da aplicação de alguns itens da escala IMTAP, importa ressaltar os progressos realizados: ao *nível da comunicação recetiva*, distingue dois sons diferentes e imita motivos simples musicais de forma inconsistente, o que antes acontecia raramente; ao *nível da comunicação expressiva*, teve melhoria em todos os itens, contudo, destaca-se a comunicação de necessidades e desejos que inicialmente nunca ocorria e ao longo das sessões foi ocorrendo pontualmente, tendo sido dada a cotação de raramente. O mesmo aconteceu com a comunicação de ideias e conceitos e conteúdo emocional ou desenvolvimento de ideias que no final das sessões já acontecia de uma forma inconsistente; ao *nível da comunicação expressiva*, mais concretamente nas *vocalizações e nas verbalizações*, a Lu melhorou o volume das suas vocalizações, vocalizou com a estagiária, as suas verbalizações foram mais inteligíveis e conseguiu fazer, de forma inconsistente, verbalizações de uma frase com duas ou três palavras, o que acontecia raramente.

Segundo a comparação das escalas de qualidade de vida, a Lu não baixou nenhuma área e subiu a cotação em alguns itens, principalmente na área do desenvolvimento pessoal. Isto evidencia que a participação nas sessões de musicoterapia contribuiu para um aumento de novas oportunidades para a Lu aprender novas habilidades, e manter aquelas que já tinha adquirido. Dois dos itens que sofreram uma grande melhoria de nunca para sempre, foram relativos à criação de uma lista de comportamentos e uma ficha pessoal de gostos. Esta melhoria deve-se à equipa técnica, que identificou isto como algo a melhorar, e ao longo deste primeiro semestre criou a lista de comportamentos e a ficha pessoal de gostos, que não existia à data da avaliação inicial.

Estudo de caso 2 - Jo

O Jo é um indivíduo do sexo masculino, com 22 anos de idade, que reside no Lar Residencial da APCO.

Através de consulta de informação constante no processo individual, das reuniões com a equipa técnica e de uma conversa inicial com a mãe, foi possível fazer um resumo anamnésico do Jo. O Jo nasceu de parto normal e tudo indicava ter um desenvolvimento normal. Contudo, em criança teve meningite e desde aí começou a apresentar sinais que não correspondiam a um desenvolvimento típico. Esteve em Odemira até aos 6 anos, altura em que começou a frequentar a Cersiago até aos 19 anos. Há 3 anos voltou para Odemira para residir no Lar Residencial da APCO. Em 2013 foi passado o atestado multiusos com um grau de incapacidade de 100%.

Atualmente o Jo, apresenta um diagnóstico de Perturbação do Espetro do Autismo, nível 3, e diabetes. Devido a este quadro clínico e uma vez que apresentava dificuldades na deglutição correta dos alimentos, beneficia de uma dieta adaptada à sua condição. O Jo encontra-se mais ativo fisicamente, realiza movimentos estereotipados e coloca as mãos, e outros objetos, na boca. Esta necessidade é acompanhada por hipersalivação, que não existia anteriormente.

Recentemente o seu pedopsiquiatra tinha recomendado a frequência de sessões de musicoterapia, devido ao seu interesse por estímulos sonoros, motivo pelo qual foi um dos casos selecionados para as sessões em Musicoterapia.

Avaliação inicial. Antes das sessões propriamente ditas, foi estabelecido um primeiro contacto com o cliente, através do conhecimento das suas rotinas e algumas conversas com a mãe e os profissionais que o acompanham. Em seguida, foi realizado um levantamento da história sonoro-musical em janeiro. Uma vez que o cliente não verbaliza, quem respondeu ao questionário foi a mãe.

A avaliação inicial em sessão, iniciou-se 1 de fevereiro. A estagiária ia buscar o Jo, que por vezes apresentava uma certa relutância em levantar-se do local onde estava. Contudo, quando chegava à sessão sorria e observava atentamente tudo à sua volta. Os instrumentos despertavam-lhe interesse, apenas para os colocar dentro da boca. O seu olhar estava sempre a dispersar, não focando na estagiária nem na fonte sonora.

Ao longo das primeiras sessões, foram desenvolvidas atividades de modo a realizar uma avaliação inicial através da aplicação da escala IMTAP, de forma informal. A par disso, foi também

aplicada pela fisioterapeuta e por uma auxiliar de ação direta, a Escala de Qualidade de Vida de San Martin (Apêndices G e H).

O seguinte plano terapêutico foi delineado tendo em conta, os problemas que foram evidenciados nas sessões iniciais, assim como o escasso tempo para desenvolver o processo terapêutico.

Tabela 3: Plano Terapêutico do Jo.

Plano Terapêutico do Jo Idade: 22 anos Diagnóstico: PEA Problemas: Dificuldades na interação, desinteresse pelo mundo externo, pouca capacidade de expressão gestual, falta de motivação para explorar novos objetos		
Objetivos Gerais	Objetivos específicos	Estratégias/técnicas
Promover a comunicação receptiva/percepção auditiva	Demonstrar consciência do som vs. Silêncio	Escuta de canções; Improvisação; Imitar vocalizações
	Virar a cabeça em direção à fonte sonora	
	Dirigir o olhar à fonte sonora	
	Imitar motivos musicais simples	
Melhorar a comunicação expressiva	Tentar comunicar	Explorar instrumentos musicais, Vocalizações, Improvisação
Melhorar a comunicação expressiva (vocalizações)	Vocalizar com qualidade tonal clara	Exercícios de turn-taking; Improvisação livre; Vocalizações
	Vocalizar com volume apropriado	
	Vocalizar junto com o terapeuta	
	Vocalizar de forma intencionalmente imitativa	
Musicalidade	Ser alertado pela música	Escuta de canções; Improvisação; Imitar vocalizações; Explorar instrumentos musicais
	Manifestar prazer com a música	
	Indicar desejo de tocar/ter contato com instrumentos	
	Tocar instrumento quando apresentado	
	Vocalizar em resposta à música	
	Engajar-se em atividade musical interativa	

	Regular-se com suporte musical	
--	--------------------------------	--

Processo terapêutico. O processo terapêutico do Jo, evoluiu de uma fase mais autocentrada, sem uma grande interação com os objetos do exterior, para uma maior reciprocidade com o context, e pode ser dividido em três fases.

Uma primeira fase (sessão 1 a 5) de *desinteresse*, em que o Jo não estabelecia muito contacto com a estagiária, apresentava agitação motora e não explorava os instrumentos que lhe eram apresentados, jogando-os ao chão. Fazia por vezes algumas vocalizações em que a estagiária respondia e acompanhava com a guitarra. Nestes momentos, o Jo direcionava o olhar, contudo era fugaz, desviando para outros locais da sala.

Algumas estratégias utilizadas nesta fase foram: música inicial “O balão do João”, visto que é uma música que tem o seu nome, ao qual reage, e focava a sua atenção. Apesar desta música não corresponder com a sua idade cronológica, esta era uma das músicas que a mãe referiu que o Jo gostava de ouvir. Isto pode dever-se ao facto da sua idade cronológica não coincidir com a sua idade mental; utilização do cavaquinho, uma vez que é um instrumento que produz um som mais agudo, mais semelhante com as suas vocalizações, e que captava uma maior atenção por parte do cliente; exploração de instrumentos (maracas, floor tom drum, guizos, objetos com guizos) com o intuito de autorregulação e reduzir a frequência de comportamentos como, meter as mãos na boca. Algumas destas estratégias surtiram efeito e continuaram a ser utilizadas ao longo das restantes fases (música inicial e exploração dos instrumentos). As que não resultaram tão bem foram substituídas por outras.

Ao longo da segunda fase (sessão 6 a 10), identificada como *exploração*, o Jo começou a revelar um maior interesse nos instrumentos que eram apresentados, interagindo com os mesmos na tentativa que produzir algum som. Apesar de demonstrar intencionalidade em levar os instrumentos à boca, quando a estagiária exemplificava como os instrumentos podiam produzir som, este imediatamente realizava e sorria com o resultado. A utilização do cavaquinho foi substituída pela utilização da guitarra, uma vez que o Jo ficava mais agitado e perdia o interesse no instrumento. As vocalizações continuaram, mas pouco remetidas para a interação, sendo algo mais autocentrado.

A terceira e última fase (sessão 11 a 23) foi uma fase essencialmente de *relação*. O Jo começou a ter maiores tempos de interação com a estagiária: tocou alguns instrumentos por um maior período de tempo; imitou e respondeu a alguns estímulos musicais realizados (e.g. vocalizações, sons bucais, palmas); revelou iniciativa na interação (e.g. aproximação física e envolvimento na improvisação).

Para além destas aquisições, foram perceptíveis maiores momentos de calma e autorregulação, através da escuta de canções, improvisadas, em tonalidade menor.

Discussão dos resultados. O Jo pode-se classificar como um caso de PEA de nível 3, uma vez que, como é descrito no DSM-V (APA, 2013), requer muito apoio substancial. Apresenta severos défices de comunicação verbal e não-verbal, causando impedimentos na funcionalidade, demonstrando um comportamento bastante rígido e dificuldades de concentração. Esta última parte é fundamental para a compreensão do quadro clínico do Jo e da importância dos pequenos progressos que foram descritos no processo terapêutico. A dificuldade nas alterações das rotinas, a rigidez comportamental e as dificuldades na concentração foram notórias na fase inicial das sessões. Para além destas características, o demonstrar menos interesse, parecer distante, apresentar dificuldades na comunicação e apresentar falhas na atenção partilhada são outros indicadores descritos por Volkmar & Wiesner (2019), que foram manifestados pelo Jo.

Apesar do diagnóstico da PEA ser tão amplo, sabermos quais são as características base conduzem-nos a detetar as fragilidades mais rapidamente e delinear um plano terapêutico e objetivos mais realistas. Neste caso em concreto, ter aspetos na sessão mais estruturados e rotineiros é bastante significativo, uma vez que permitiu ao Jo antecipar o que ia acontecer e dar-lhe uma maior segurança.

A falta de interesse no outro, evidenciou-se nas dificuldades em responder ou partilhar nos diferentes elementos musicais (intensidade, timbre, ritmo), assim como em aspetos de imitação, trocar de vez, tocar de forma empática (Wigram & Backer, 1999).

Contudo, as estratégias que sortiram maior efeito no Jo foram sem dúvida a imitação e a amplificação das respostas, i.e., ser bastante expressiva na interação, tanto a nível vocal, instrumental, como a nível corporal (e.g. muitas expressões faciais, aproximação/afastamento, gestos). Estas estratégias vão de encontro às mencionadas por Benenson (1988). Para conseguirmos iniciar a comunicação com o outro é necessário imitá-lo, sendo importante imitar alguns sons que ela possa reproduzir.

Técnicas como a improvisação, baseada no modelo de Nordoff Robbins (Robbins & Robbins, 1991), que defende que em cada indivíduo há uma capacidade inata de responder à música, as técnicas vocais e a escuta musical, foram bases para iniciar o processo musicoterapêutico com o Jo.

A improvisação permitiu estabelecer um canal de comunicação não-verbal, desenvolver a capacidade de relacionamento interpessoal, dar sentido à autoexpressão, explorar vários aspetos do

eu na relação com os outros, liberdade de expressão, a espontaneidade e desenvolver habilidades perceptivas (Bruscia, 1998).

A utilização da voz também contribuiu bastante para a criação de um canal de comunicação (não-verbal, neste caso em concreto) para o ritmo e melodia (Wigram & Backer, 1999).

A escuta musical possibilitou que o cliente ouvisse a música que estava a ser reproduzida ao vivo e respondesse à experiência de forma corporal, diminuindo as estereotípias, e através de vocalizos. Alguns dos objetivos com esta técnica foram cumpridos, tais como: promover a receptividade, evocar respostas corporais específicas, relaxar e estabelecer uma ligação com o ouvinte, o cliente (Bruscia, 1998).

Conclusão do caso. O Jo teve um percurso ascendente, com grandes aquisições, tanto no âmbito relacional como na exploração do espaço/materiais que o rodeiam. Nos Apêndices F e G podemos constatar os resultados da avaliação inicial e da avaliação final, tanto a nível musicoterapêutico como ao nível da qualidade de vida.

Da avaliação realizada através da aplicação de alguns itens da escala IMTAP, importa ressaltar os progressos realizados: ao *nível da comunicação recetiva*, o Jo dirige o olhar de uma forma inconsistente, o que no início da intervenção acontecia raramente; ao *nível da comunicação expressiva* realiza de uma forma inconsistente vocalizações numa tonalidade clara e com o terapeuta, que acontecia raramente; ao *nível da musicalidade* manifesta prazer com a música de forma consistente e indica raramente desejo em tocar, o que nunca ocorria.

Segundo a comparação das escalas de qualidade de vida, o Jo não baixou nenhuma área e subiu a cotação em alguns itens, na área da Autodeterminação e do Desenvolvimento Pessoal. Estes resultados evidenciam que a participação em sessões de Musicoterapia possa ter contribuído para uma melhoria na qualidade de vida.

Outras intervenções Clínicas

Para além da intervenção musicoterapêutica com a Lu e o Jo, em que os seus processos foram descritos anteriormente em maior pormenor, fizeram também parte da amostra do estágio, outros três clientes do Lar Residencial da APCO: Vi, Ca e Tó.

Vi

O Vi é um sujeito do sexo masculino com 59 anos de idade. Até aos 18 anos viveu na Amadora. Aos 24 anos sofreu um acidente de viação no qual os colegas morreram e ele foi o único sobrevivente. Deste acidente resultou um traumatismo crânio encefálico, que não se sabe ao certo o quanto afetou as suas funções cerebrais, e outras mazelas. Diz frequentemente que o acidente lhe afetou todo o lado direito e que perdeu capacidades olfativas, gustativas e motoras. Repete frequentemente as mesmas informações: descrição do acidente, os seus tempos de infância na Amadora e algumas questões de cultura geral (e.g. quem foi o primeiro rei de Portugal? Qual é o verdadeiro nome do Marco Paulo?), evidenciando dificuldades de memória a curto prazo. Ao nível motor, necessita do apoio de um andarilho fixo para se deslocar.

Desde a altura do acidente que viveu com a mãe, uma vez que se divorciou da sua esposa com quem teve uma filha. Há um ano ingressou no Lar Residencial onde reside até à data e recebe frequentemente visitas das irmãs.

Foi reencaminhado para as sessões de musicoterapia, visto que demonstra um grande gosto por música e rejeita grande parte das atividades que são propostas, sendo o seu passatempo preferido ver televisão e jogar dominó. Os principais problemas identificados foram: dificuldades na memória a curto/médio prazo, expressão de emoções/sentimentos do presente e cumprimento de ritmo.

Identificados os problemas a intervir, foram estabelecidos objetivos terapêuticos ao nível cognitivo, mais especificamente nas áreas de recordação a curto prazo/sequenciamento, e ao nível da musicalidade. Com o decorrer das sessões, o Vi identificou músicas que cantava nas sessões, dentro e fora do espaço da sessão, conseguiu cantar músicas com um ritmo adequado, contudo, não foi capaz de memorizar o nome da estagiária, apenas dizia o nome quando a estagiária cantava “A saia da Carolina”.

É possível concluir que o Vi demonstrou interesse nas sessões. Sempre que a sessão terminada dizia que tinha gostado bastante, revelando intenção de voltar na próxima semana. Recomenda-se a

continuação da frequência de sessões de musicoterapia, uma vez que tem vindo a demonstrar progressos e é algo que manifesta interesse. Penso que uma intervenção em pequeno grupo seria indicada para trabalhar as suas competências de foro mais relacional.

Ca

O Ca, individuo do sexo masculino, tem 41 anos e apresenta um diagnóstico de Trissomia 21. De estatura baixa (cerca de 1 metro e 50 centímetros) é reconhecido pela sua boa disposição e gosto pelo movimento. É natural da freguesia de São Martinho das Amoreiras e ingressou no Lar Residencial há 3 anos. A pessoa de referência é a sua irmã, que faz visitas pontuais.

O Ca desde que entrou no Lar Residencial, apresentou grandes progressos a diferentes níveis. Á data da sua entrada dizia muito poucas palavras, tais como “Chico” e “Chuva”, e imitava sons de animais. Atualmente tem um vocabulário mais alargado, no entanto, não constrói frases. Imita frequentemente o discurso do outro e revela um grande interesse por música.

E foi este o motivo do seu reencaminhamento para as sessões de Musicoterapia. As informações dadas pelos técnicos que o acompanham indicam que o Ca gosta de músicas infantis e músicas tradicionais alentejanas. Na avaliação inicial foram identificados os seguintes problemas: dificuldades na verbalização e alguma relutância a seguir pequenas instruções.

Tendo em conta as dificuldades demonstradas pelo Ca, foram definidos objetivos terapêuticos ao nível da comunicação expressiva e da musicalidade. Ao longo do processo terapêutico foram observados alguns progressos na compreensão e cumprimento de ordens simples tais como, ir buscar determinado instrumento, cantar determinada música e um aumento do repertório musical, uma vez que cantou músicas que não costumava cantar. Algumas auxiliares de ação direta do Lar Residencial referiram que por vezes, quando o Ca ouvia música, dizia “Cauina, la la la la”, associando a música ao nome Carolina.

O Ca gosta muito de andar de bicicleta, sendo um dos seus passatempos. Sempre que era para ir para a sessão, o Ca guardava a bicicleta e deslocava-se a sorrir para a Sala Multiusos. Neste caso em concreto, é claro o seu gosto pela música e o quanto pode ajudar na aquisição/consolidação de diferentes competências. Do que foi observado dentro e fora da sessão, o Ca demonstra prazer na relação com o outro, sendo uma hipótese a intervenção em pequeno grupo. Posto isto, considera-se uma mais-valia a continuação da intervenção em musicoterapia.

Tó

O Tó é um indivíduo do sexo masculino, natural de Bicos (concelho de Odemira), com 48 anos. Apresenta um quadro de multideficiência grave. Encontra-se a maior parte do tempo acamado, com uma grande agitação motora, percorrendo os limites da cama e movimentos das mãos autolesivos (e.g. bater na cara). Apresenta bastantes dificuldades ao nível sensorial, uma vez que não verbaliza e não vê.

Viveu em Bicos com a sua mãe, até há 3 anos, momento em que foi viver para o Lar Residencial. A mãe é uma senhora idosa, um pouco debilitada, mas que todas as semanas vai visitar o filho.

No levantamento da história sonora-musical, a mãe referiu que o Tó nasceu em casa, supostamente saudável, de parto normal. Ainda em bebé, teve convulsões que comprometeram o seu desenvolvimento típico. A música esteve sempre presente no crescimento do Tó, uma vez que o seu pai gostava muito de ouvir rádio e cantava frequentemente. A mãe, com todas as adversidades que iam ocorrendo, perdeu a vontade de cantar.

Os principais problemas identificados no Tó foram ao nível da integração sensorial, uma vez que apresenta muitos comprometimentos nesta área. Como tal, o principal objetivo delineado foi que o Tó tolerasse o estímulo auditivo e demonstrasse interesse no mesmo.

Nas primeiras sessões as músicas eram apenas cantadas, sem recurso a instrumentos, ou apenas tocadas com a guitarra, sem recurso à voz. Foram então experimentadas sonoridades, na tentativa de captar alguma reação por parte do Tó. Numa das últimas sessões, em que as músicas já eram cantadas e tocadas com a guitarra, o Tó esboçou um sorriso e revelava cada vez menos agitação motora, permanecendo mais tranquilo. Numa das supervisões também foi referido que seria interessante levar a mãe a participar nas sessões, no entanto, tal não foi possível uma vez que a senhora partiu o braço, o que diminuiu o seu número de visitas ao filho.

Outras Atividades

No âmbito do estágio, foram realizadas outras atividades relacionadas com a Musicoterapia. Para além das atividades desenvolvidas, também houve uma procura de aumentar o conhecimento através da participação em formações na área da Musicoterapia ou em métodos que podem ser utilizados nas sessões. Em seguida, serão abordadas de forma detalhada as atividades e formações realizadas.

Apresentações de Musicoterapia no Local de Estágio

No âmbito das outras atividades de estágio foram realizadas pela estagiária duas apresentações no local de estágio para os colaboradores das diferentes respostas sociais (CAO, CRI, IP, SAD e Lar Residencial). A primeira apresentação foi realizada no dia 11 de janeiro de 2019 (sexta-feira) e a segunda no dia 29 de janeiro (terça-feira). Ambas as apresentações foram divulgadas através de cartazes (Apêndice I) e contacto direto com os diferentes colaboradores. Estas duas datas foram marcadas de forma a conseguir abranger o maior número de colaboradores. Na primeira sessão participaram 9 colaboradoras e a presidente da APCO, enquanto na segunda participaram 4 colaboradoras, perfazendo um total de 14 participantes.

A duração de cada apresentação foi cerca de 1 hora, composta por duas partes. A primeira parte foi uma exposição teórica sobre a Musicoterapia e a Deficiência, i.e., o que é a musicoterapia e como esta pode atuar na área da deficiência. A segunda parte foi mais prática, onde os participantes tiveram um papel ativo em três atividades distintas (planeamento no Apêndice J).

Após a apresentação foi entregue uma folha de avaliação da ação realizada (Apêndice K). Todos os participantes consideraram a ação boa e foram escritos alguns comentários, tais como “Continuidade”; “2ª sessão sff”; “Muito bom, gostei muito”; “Queremos uma sessão por mês”.

Formação “Musicoterapia em bebés com NE”

No dia 26 de janeiro de 2019 (sábado), a estagiária participou no XII Seminário sobre “Bebes con necesidades especiales y abordaje familiar en musicoterapia”, com o Musicoterapeuta Gabriel

Federico. Esta formação decorreu no MusiAdapta centro de estimulación, em Sevilha, com a duração de 8 horas (certificado no Anexo B).

Nesta formação foi dado ênfase à abordagem centrada na família em casos de bebés com necessidades especiais, em que as sessões são realizadas com a família e não apenas com o bebé. Deste modo, é possível trabalhar o vínculo pais/bebé através da musicoterapia. A música apresenta assim um veículo importante para os pais poderem encontrar e conhecer o seu bebé, focando-se nele no seu todo, e não apenas na sua patologia.

Todos os participantes na formação foram presenteados com o livro “El niño com necesidades especiales – Neurología y Musicoterapia” de Gabriel Federico, que espelha de uma forma mais aprofundada as questões que foram abordadas ao longo do dia.

No final da apresentação teórica foi realizada uma parte prática com recurso a bonecos.

Aula de Musicoterapia na FMH

No dia 11 de março de 2019 foram dinamizadas uma aula teórica (1 hora) e uma aula prática (3 horas) no âmbito da Unidade Curricular Corporeidade e Terapias Expressivas do 3º ano da Licenciatura em Reabilitação Psicomotora, da Faculdade de Motricidade Humana, da Universidade de Lisboa. A aula teórica teve como objetivos explicar aos alunos da licenciatura de Reabilitação Psicomotora o que é a Musicoterapia; quais os modelos pioneiros da Musicoterapia, de uma forma sucinta; quais os aspetos similares e díspares entre a Musicoterapia e a Reabilitação Psicomotora. Na aula prática os alunos experienciaram algumas atividades da Musicoterapia (Plano de Aula no Apêndice L e Declaração em Anexo C).

Formação em DIR - Floortime com John Carpentre

No fim-de-semana de 8 e 9 de junho, decorreu em Lisboa uma formação de DIR-Floortime com o Musicoterapeuta e Terapeuta de Floortime, Jonh Carpentre.

Este modelo é baseado no afeto, defendendo que tudo o que fazemos/aprendemos está ligado ao afeto relacional. O DIR é o que permite avaliar e o Floortime é a prática. O DIR é compreendido por: Desenvolvimento; diferenças-individuais; baseado na Relação. O público-alvo engloba todas as faixas etárias com ou sem diagnóstico, contudo, tem principal foco nas crianças pequenas e no

autismo. Defende uma abordagem de Intervenção Comportamental de Desenvolvimento Naturalista – NDBI, i.e., uma prática apropriada para o desenvolvimento. Tem como principais características: a criança é que lidera; os níveis do brincar e da fala são definidos por comportamentos; os pais são ensinados a usar estratégias numa sequência estruturada; é orientada para resultados e para o contexto social.

Esta formação foi bastante interessante, não só pelo modelo apresentado, a forma como é avaliado e posto em prática, mas também pelo formador ser um Musicoterapeuta. Para além dos estudos que tem publicados na área da Musicoterapia no autismo, forneceu alguns exemplos da sua prática ao longo da formação, através de testemunhos e vídeos, o que enriqueceu bastante a formação.

Dia das Famílias – APCO 2019

No dia 29 de junho de 2019 realizou-se, no Jardim da Fonte Férrea, uma manhã diferente para os clientes acompanhados pela APCO através das diferentes respostas sociais, e suas famílias. Participaram 26 famílias, o que resultou num total de 65 intervenientes.

Jogos tradicionais, pinturas faciais, modelagem de balões, insuflável, fotografias em família, atividade musical e ioga do riso, foram algumas das atividades dinamizadas.

A estagiária colaborou na organização da atividade, como técnica da instituição, e realizou uma pequena atividade musical recreativa para as famílias, não podendo ser considerada musicoterapia.

Foi uma atividade com diversas pessoas de diferentes faixas etárias, com diferentes necessidades, o que tornou difícil um planeamento adequado da atividade. No entanto, foi uma manhã muito bem passada e que permitiu que a estagiária conhecesse e se desse a conhecer a alguns familiares dos clientes com quem realizou o estágio de Musicoterapia.

Conclusões

Este último ano do mestrado e, conseqüentemente de estágio, foi sem dúvida bastante intenso. Não só pela quantidade de trabalho e de informação para gerir, como também pelas aquisições e ganhos pessoais e acadêmicos.

O presente estágio, desenvolvido no Lar Residencial da APCO, teve como objetivos: promover o desenvolvimento pessoal do cliente, através de sessões individuais de musicoterapia; desenvolver e/ou manter as competências cognitivas, promovendo a qualidade de vida e a autodeterminação; facilitar a expressão emocional.

Depois de analisar e refletir a intervenção, caso a caso, é possível concluir que o trabalho desenvolvido foi de encontro aos objetivos delineados no início deste estágio. Isto apenas pode ser confirmado pela avaliação estabelecida, através de itens da escala de avaliação musicoterapêutica IMTAP e da escala de Qualidade de Vida de San Martin. A forma de avaliar os progressos terapêuticos é sem dúvida um dos aspetos mais importantes numa intervenção, uma vez que permite aferir se o trabalho que está a ser desenvolvido está a sortir algum efeito. Uma vez que as sessões tinham uma frequência semanal e a intervenção ocorreu apenas durante 6 meses, os objetivos definidos foram limitados. Este fator de certa forma ajudou a focar no que se pretendia trabalhar, não deixando muita margem para divagar. Contudo, com mais tempo e uma maior frequência, poderiam ter sido trabalhados outros aspetos que também apresentavam alguma relevância.

No entanto, na minha opinião, muito do trabalho alcançado deve-se às características: da equipa técnica, que se mostrou recetiva e disponível para esclarecer qualquer dúvida; das profissionais de ação direta, que passam grande parte do tempo com estes clientes e os conhecem tão bem, fornecendo informações preciosas para a intervenção; dos familiares, aqueles que estão presentes e que disponibilizaram algum do seu tempo para dar a conhecer a sua história; dos clientes, que todas as semanas revelavam desafios diferentes, conduzindo a uma procura de querer saber mais e fazer melhor; e das orientadoras, local e da universidade, que apoiaram este percurso, dando dicas e estratégias de como melhorar o trabalho que estava a ser realizado.

Para além de todos estes fatores, sinto que as características intrínsecas de um musicoterapeuta são cruciais para o estabelecimento da relação terapêutica com o cliente e o alcance dos resultados esperados. O “estar lá” para aquela pessoa que está à nossa frente, com o sentimento de empatia, deixando de lado outras preocupações que possamos ter, é sem dúvida um grande desafio. A cada

sessão, sentimos que evoluímos um pouco mais, mas é algo que precisa ser trabalhado todos os dias. Assim como a capacidade de resiliência para continuar o processo, apesar das dificuldades que vão surgindo.

A música é sem dúvida um excelente veículo de desenvolvimento pessoal e permite que estejamos naquele momento para o outro, eliminando outros fatores que possam destabilizar. Foi notória a forma como cada indivíduo conseguiu através da música expressar sentimentos e emoções, reforçando a capacidade que a música tem de ser um veículo de expressão. E, para além disso, permite que duas pessoas partilhem no mesmo espaço, o mesmo ritmo, a mesma melodia, o mesmo centro tonal, levando a uma sintonia e compreensão do estado do outro inexplicável.

A população alvo deste estágio é realmente muito heterógena, apresentando características e necessidades muito específicas, motivo pelo qual decidiu-se realizar as sessões individualizadas. Outro motivo para esta decisão prendeu-se com o facto de na revisão de literatura se afirmar que os apoios em contexto institucionalizado são por norma coletivos, de modo a abarcar mais clientes, assim como muitas das vezes haver uma despersonalização dos clientes, sendo todos tratados da mesma forma.

Após estes meses de intervenção, e do conhecimento dos clientes do Lar Residencial, poderiam ter sido feitos pequenos grupos para trabalhar algumas questões de socialização e competências interpessoais. Noutros casos torna-se imprescindível o trabalho individualizado.

Contudo, importa ressaltar, que nesta instituição há um cuidado em conhecer cada cliente, disponibilizando apoios individualizados como a equitação terapêutica, hidroterapia, fisioterapia e terapia da fala. Para além disso, todos os clientes participam de forma ativa na construção do seu Plano de Desenvolvimento Individualizado, que tem sempre em conta as preferências e características do sujeito. Há, portanto, uma preocupação com a qualidade de vida dos clientes, proporcionando oportunidades de desenvolver a sua autodeterminação.

Reflexão final

O campo da investigação em musicoterapia tem vindo a crescer, contudo, ainda existe um grande caminho pela frente. Trabalhos como este permitem constatar na prática, o que foi aprendido na teoria, ao longo do primeiro ano do mestrado. O registo das intervenções efetuadas é muito mais do que apontamentos sobre um caso em específico, é a construção e a validação de uma prática que está em crescimento.

Os métodos e técnicas que existem são os alicerces da nossa intervenção, como tal, é imprescindível o conhecimento e o estudo contínuo destas ferramentas. A escolha desses mesmos métodos e técnicas deve sempre ter em atenção o caso que temos à nossa frente, uma vez que cada caso é um caso, e todos os casos são únicos na sua vivência. Não há nenhum manual de instruções que nos diga qual o caminho a seguir. É através de um processo contínuo de autoconhecimento e de conhecimento do outro que temos à nossa frente, que é possível averiguar qual o melhor processo de intervenção.

Na área da deficiência sinto que isso é ainda mais preponderante, uma vez que este tipo de população é muitas vezes subvalorizado, em que as oportunidades de escolha não são tidas em conta, acabando por serem muitas das vezes os outros a pensarem por eles.

Uma das minhas maiores dificuldades ao longo deste percurso foi a incerteza se o que estava a realizar em termos musicais era o mais adequado. Apesar de toda a formação e aprendizagem que tive antes, e durante o primeiro ano do mestrado, sinto que ainda é uma lacuna que pretendo melhorar. Daí procurar formações que me permitam evoluir nesta área.

O facto de não ter uma musicoterapeuta no local de estágio foi uma desvantagem. Apesar do excelente trabalho desenvolvido pela Professora Susana Gutiérrez de supervisão na faculdade, surgiam dúvidas no momento no local necessitavam de resposta.

Estar a trabalhar a tempo inteiro foi outro dos constrangimentos ao longo deste estágio. Conciliar as atividades do trabalho com as exigências do estágio nem sempre foi fácil.

A minha licenciatura em Reabilitação Psicomotora deu-me algum à vontade, no que diz respeito ao conhecimento teórico das patologias, e o facto de trabalhar nesta área há cerca de 4 anos, também possibilitou uma maior facilidade na relação com a população alvo do estágio.

Espero que este tenha sido apenas o início de um longo percurso na área da Musicoterapia.

Referências

- Al-Mahdawi, S., Ging, H., Bayot, A., Cavalcanti, F., Cognata, V., Cavallaro, S., Giunti, P. & Pook, M. (2018). Large Interruptions of GAA Repeat Expansion Mutations in Friedreich Ataxia Are Very Rare. *Frontiers in Cellular Neuroscience*, 12(443), 1-8. doi: 10.3389/fncel.2018.00443.
- APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-V. 5th.ed.* Washington: American Psychiatric Publishing.
- APCO. (s.d.). Retirado a 30 de março de 2019 de <http://www.apco.pt/>.
- Awad, P., Undurraga, F. & Chaná-Cuevas, P. (2018). Características clínicas de 63 pacientes con ataxia. *Rev Med Chile*, 146, 702-707. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000600702>.
- Barksdale, L. (2003). *Music Therapy and Leisure for Persons with Disabilities*. Champaign: Sagamore Publishing.
- Baxter, H., Berghofer, J., MacEwan, L., Nelson, J., Peters, K. & Roberts, P. (2007). *The Individualized Music Therapy Assessment Profile – IMTAP*. Londres: Jessica Kingsley Publishers.
- Benenzon, R. (1988). *Teoría da musicoterapia: contribuição ao conhecimento do contexto não verbal*. São Paulo: Summus. Retirado a 1 de abril de 2019 de <https://books.google.pt/books?id=wuwi-in0CK0C&printsec=frontcover&dq=rolando+benenzon&hl=ptPT&sa=X&ved=0ahUKEwifwePW7r7ThAhUGYUKHTSOAh8Q6AEIKTAA#v=onepage&q=rolando%20benenzon&f=true>.
- Berrocal, J. (2008). *Música y neurociencia: la musicoterapia*. Barcelona: Editorial UOC. Retirado a 1 de abril de 2019 de <https://books.google.pt/books?id=zPrrM9AlvrMC&pg=PA93&dq=musicoterapia&hl=ptPT&sa=X&ved=0ahUKEwjrwu3hha3hAhVGdhoKHUixAAo4ChDoAQhYMAk#v=onepage&q&f=true>.
- Boso, M., Poloti, P., Barale, F. & Enzo, E. (2006). Neurophysiology and neurobiology of the musical experience. *Funct Neurol*, 21(4), 187-91.
- Boxhill, E. (1985). *Music therapy for the developmentally disabled*. Austin: Pro-Ed Publishers.

- Bruscia, K. (1998). *Defining Music Therapy*. Unversy Park: Barcelona Publishers. Bruscia, K. (2007). *Musicoterapia: Métodos y prácticas*. Cidade do México: Editorial Pax México. Retirado a 1 de abril de 2019 de https://books.google.pt/books?id=7In8hGYvIt8C&printsec=frontcover&hl=ptPT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=true.
- Bruscia, K. (2014). *Defining Music Therapy – third edition*. Unversy Park: Barcelona Publishers.
- Canha, L., Simões, C., Matos, M. & Owens, L. (2015). Autodeterminação e qualidade de vida: qual o papel das características individuais?. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*. 6(2), 105-129.
- Carrl, C. Odell-Miller, H. & Priebe, S. (2013). A Systematic Review of Music Therapy Practice and Outcomes with Acute Adult Psychiatric In-Patients. *PLoS ONE*. 8(8), 1-20. doi:10.1371/journal.pone.0070252.
- Censos 2001 Resultados Definitivos - Região Alentejo (2002). Instituto Nacional de Estatística. I. P. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Retirado a 20 de janeiro de 2019 de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=377789&PUBLICACOESmodo=2.
- Censos 2011 Resultados Definitivos - Região Alentejo (2012). Instituto Nacional de Estatística, I. P. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Retirado a 20 de janeiro de 2019 de https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=156654102&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pccensos=61969554.
- Chagas, M. & Pedro, R. (2008). *Musicoterapia: Desafios entre a modernidade e a contemporaneidade- como sofrem os híbridos e como se divertem*. Rio de Janeiro: Mauad editora.
- Desinstitucionalização das Crianças e Jovens com Deficiência (2010). INR. Lisboa: Instituto Nacional para a Reabilitação. Retirado a 4 de abril de 2019 de <http://www.inr.pt/content/1/1054/estudos>.
- Empatia. (s.d.). In *Dicionário Priberam da Língua Portuguesa*. Retirado a 1 de maio de 2019 de <https://dicionario.priberam.org/empatia>.
- Federico, G. (2016). *El niño con necesidades especiales*. Buenos Aires: Kier.

- Formulação de Propostas de Concepção Estratégica das Intervenções Operacionais no Domínio da Inclusão Social (2005). Direcção Geral de Desenvolvimento Regional e o Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Retirado a 20 de janeiro de 2019 de http://www.qren.pt/np4/file/1436/3_Ensino_Superior___2005.pdf.
- Frith, U. & Blakemore, S. (2009). *O cérebro que aprende*. Lisboa: Gradiva.
- Goffman, E. (1961). *Manicómios, prisões e conventos*. São Paulo: Editora Perspetiva. Retirado a 4 de abril de 2019 de <https://app.uff.br/slab/uploads/Manicomios-prisoos-e-conventos.pdf>.
- LaGasse, A. (2017). Social outcomes in children with autism spectrum disorder: a review of music therapy outcomes. *Patient Related Outcome Measures*, 8, 23-32.
- Llinares, M. & Rodríguez, J. (2003). Cresciendo juntos: un acercamiento desde la educación psicomotriz a la personas con espectro autista. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidade y Técnicas Corporales*, 3(2), 11-24.
- Matson, J. & Adams, H. (2014). Characteristics of aggression among persons with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8, 1578-1584. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rasd.2014.08.004>.
- McFerran, K., Lee, J., Steele, M. & Bialocerkowski, A. (2009). A descriptive review of the literature (1990-2006) addressing music therapy with people who have disabilities. *Musica Humana*, 1(1), 45-80.
- Mössler, K., Assmus, J., Heldal, T., Fuchs, K. & Gold, C. (2012). Music therapy techniques as predictors of change in mental health care. *The Arts in Psychotherapy*. 39, 333-341. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2012.05.002>.
- Organização das Nações Unidas. (2011). *Relatório Mundial sobre a Deficiência*. São Paulo: Governo do Estado São Paulo.
- Plano de Ação 2019. (2018). APCO. Odemira. Retirado a 6 de março de 2019 de <http://www.apco.pt/>.
- Regulamento Interno Lar Residencial. (2016). APCO. Odemira.
- Robbins, C. M., & Robbins, C. (1991). Self-communications In Creative Music Therapy. In K. Bruscia, *Case Studies in Music Therapy* (pp. 55-72). Gilsum: Barcelona Publishers.
- Rodrigo, A., Santos, S. & Gomes, F. (2016). A qualidade de vida das pessoas com Dificuldade Intelectual com necessidade de apoios permanentes: a validade de conteúdo da versão Portuguesa

- da Escala de San Martín. *Research and Networks in Health*. 2, 1-9. Retirado a 20 de janeiro de 2019 de https://www.researchgate.net/publication/311958198_A_qualidade_de_vida_das_pessoas_com_Dificuldade_Intelectual_com_necessidade_de_apoios_permanentes_a_validade_de_conteudo_da_versao_Portuguesa_da_Escala_de_San_Martin.
- Ruud, E. (1990). *Caminhos da Musicoterapia*. São Paulo: Summus Editorial.
- Ruud, E. (2008). Music in therapy: Increasing possibilities for action. *Music and Arts in Action*, 1(1), 46-60. Retirado a 15 de março de 2019 de <https://www.researchgate.net/publication/26620888>.
- Santos, S., Rodrigo, A. & Gomes, F. (2016). *Escala San Martín – Versão Portuguesa*. Santander: Fundación Obra San Martín.
- Schalock, R. & Verdugo, M. (2013). The transformation of disabilities organizations. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 51(4), 273–286.
- Siegel, A. (2005). *Heinz Kohut: e a psicología do self*. São Paulo: Casa do Psicólogo. Retirado a 2 de abril de 2019 de: https://books.google.pt/books/about/Heinz_Kohut_E_a_Psicologia_Do_Self.html?id=rYRMSFwyWlYC&printsec=frontcover&source=kp_read_button&redir_esc=y#v=onepage&q&f=true
- Solanki, M., Zafar, M. & Rastogi, R. (2013). Music as a therapy: Role in psychiatry. *Asian Journal of Psychiatry*. 6, 193-199. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2012.12.001>.
- Verdugo, M., Gómez, L., Arias, B., Santamaría, M., Navallas, E., Fernández, S. & Hierro, I. (2014). *Escala San Martín*. Santander: Fundación Obra San Martín.
- Verdugo, M., Navas, P., Gómez, L. & Schalock, R. (2012). The concept of quality of life and its role in enhancing human rights in the field of intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 56(11), 1036-1045.
- Vitto, M. & Dudas, T. (2016). Institucionalização de Pessoas com Paralisia Cerebral: a difícil relação sujeito-outro-linguagem. *Linguística*, 32(1), 9-23. DOI:10.5935/2079-312X.20160001.
- Volkmar, F. & Wiesner, L. (2019). Autismo: guia essencial para a compreensão e tratamento. Porto Alegre: Artmed. Retirado a 4 de abril de 2019 de https://books.google.pt/books?id=detwDwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false.

- Wehmeyer, M. & Field, S. (2007). *Self-determination - Instructional and assessment strategies*. California: Corwin press.
- Wehmeyer, M. & Schalock, R. (2001). Self-determination and quality of life: Implications for special education services and supports. *Focus on Exceptional Children*, 33 (8), 1-1.
- Wheeler, B. (2015). *Music Therapy Handbook*. Nova Iorque: The Guilford Press. Retirado a 1 de abril de 2019 de: <https://books.google.pt/books?id=PVo8BAAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=music+therapy&hl=ptPT&sa=X&ved=0ahUKEwio7PjwhK3hAhUF1eAKHfAbAMc4FBDoAQhbMAY#v=onepage&q&f=true>.
- WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.
- Wigram, T. & Backer, J. (1999). *Clinical Applications of Music Therapy in Developmental Disability, Paediatrics and Neurology*. Londres: Jessica Kingsley Publishers.
- Wigram, T., Pedersen, I. & Bonde, L. (2002). *A Comprehensive Guide to Music Therap: theory, clinical practice, research and training*. Londres: Jessica Kingsley Publishers.
- Zeigelboim, B., Teive, H., Rosa, M., Malisky, J., Fonseca, V., Marques, J. & Liberalesso, P. (2017). The importance of central auditory evaluation in Friedreich's ataxia. *Arq Neuropsiquiatr*, 76(3), 170-176. <http://dx.doi.org/10.1590/0004-282x20180008>.
- Zhang, S., Napierala, M. & Napierala, J. (2019). Therapeutic Prospects for Friedreich's Ataxia. *Trends in Pharmacological Sciences*, 40(4), 229-233. <https://doi.org/10.1016/j.tips.2019.02.001>.

APÊNDICES

LISTA DE APÊNDICES

- Apêndice A** - História Sonoro-musical – exemplo preenchido (Caso Vi)
- Apêndice B** - Horário de Estágio
- Apêndice C** - Aplicação de itens da Escala IMTAP – Caso Lu
- Apêndice D** - Aplicação de itens da Escala San Martín – Caso Lu
- Apêndice E** - Letras elaboradas pela Lu
- Apêndice F** - Exemplo de registo de sessão da Lu
- Apêndice G** - Aplicação de itens da Escala IMTAP – Caso Jo
- Apêndice H** - Aplicação de itens da Escala San Martín – Caso Jo
- Apêndice I** - Cartaz das Apresentações de Musicoterapia no Local de Estágio
- Apêndice J** - Plano de sessão de Apresentação de Musicoterapia
- Apêndice K** - Folha de Avaliação da Apresentação
- Apêndice L** - Plano de Aula na FMH

APÊNDICE A

História Sonoro-musical – exemplo preenchido (Caso Vi)



Estágio Musicoterapia
Carolina Silva

História Sonora Musical

Dados pessoais

Nome: Vi

Idade: 59

Locais onde viveu: Amatiana (até aos 18 anos); acidentada aos 24 anos; Oliveira

Data de Preenchimento: 5/1/2015 Musicoterapeuta: Carolina Silva

Dados do Cliente (caso o próprio não consiga responder, pode ser um familiar ou uma pessoa de referência) Próprio

Teve alguma canção de embalar? Não sabe.

Quais as músicas de que gosta?
Maravilhoso Canção - Mano Paulo
Quatro Cantares: Elvis, Johnny, Jagger, Tina Turner, Frank Sinatra, Fado Brasileiro, Fado. Não se lembra de nenhuma música em concreto.

Costuma ouvir música? Quais?
Ouve o que os colegas gostam.

Quais as músicas que não gosta?
Música rock - Com mais baúto.

A música está associada a momentos da sua vida? (Quais os momentos e quais as músicas)
Música romântica - quando era jovem (nenhuma em específico)

Tem algum instrumento preferido?
Acordeão, guitarra, harmonica, guitarra portuguesa

Algum instrumento que não gosta?



Estágio Musicoterapia
Carolina Silva

Dados acerca da família

Alguém na família tem experiência musical? Ouviam música? Tocavam algum instrumento?
Travão (pai) adora música rock.
Lucrécia (avó) - música romântica.
Ninguém me fez tocar instrumento.

Dados do ambiente sonoro

Quais os sons que predominam no dia-a-dia?
Televsão.

Quais os sons que mais gosta?
Harmonia, brisa nas árvores.

Quais os sons que rejeita?

Observações
A filha apenas o veio ver 2 vezes.
Dificuldades na parte social com os outros colegas.
Dificuldades na memória, fala do acontecimentos muito anexo.

APÊNDICE B
Horário de Estágio

Sexta-feira	Sábado
Preparação da Sala (13:00- 13:30)	Visionamento dos vídeos das sessões Anotações das sessões Preparação de sessões (09:00-14:00)
Lu (13:30-14:30)	Reuniões de equipa e/ou com a orientadora local: outros horários durante a semana
Jo (14:30-15:30)	
Ca (15:30-16:30)	
Vi (16:30-17:20)	
Tó (17:20-18:00)	
Arrumação do material e contacto com o grupo de residentes do Lar (18:00-19:00)	

APÊNDICE C

Aplicação de itens da Escala IMTAP – Caso Lu

Avaliação Inicial e Final da Lu Idade: 50 anos			
Objetivos Gerais	Objetivos específicos	Avaliação Inicial	Avaliação Final
Promover a comunicação receptiva/percepção auditiva	Demonstrar consciência do som vs. Silêncio	I	I
	Virar a cabeça em direção à fonte sonora	I	C
	Dirigir o olhar à fonte sonora	I	C
	Distinguir dois sons diferentes	R	I
	Imitar motivos musicais simples	R	I
Melhorar a comunicação expressiva	Tentar comunicar	R	I
	Comunicar sem frustração	R	I
	Comunicar necessidades e desejos	N	R
	Comunicar ideias e conceitos	N	I
	Comunicar conteúdo emocional ou desenvolvimento de ideia	N	I
Melhorar a comunicação expressiva (vocalizações/verbalizações)	Vocalizar com qualidade tonal clara	R	I
	Vocalizar com volume apropriado	N	I
	Vocalizar junto com o terapeuta	N	I
	Vocalizar de forma intencionalmente imitativa	N	R
	Verbalizar de modo inteligível	R	I
	Verbalizar palavras isoladas	I	C
	Verbalizar com a duração de uma frase com duas ou três palavras	R	I

Legenda 1 - N - Nunca; R - Raramente; I - Inconsistente; C - Consistente

APÊNDICE D

Aplicação de itens da Escala San Martín – Caso Lu

Avaliação Inicial

CHAVE DE RESPOSTA:

"N" = Nunca "A" = Algumas Vezes "F" = Frequentemente "S" = Sempre

AUTO-DETERMINAÇÃO

N A F S

5 São tomadas medidas específicas para que a pessoa possa influenciar o seu envolvimento (i.e., físico, material, social) 1 2 3 4

6 São tomadas medidas específicas que permitam a tomada de decisões pela pessoa 1 2 3 4

7 A pessoa pode negar fazer atividade(s) irrelevante(s) para a sua saúde (i.e., participar em atividade lúdicas, ir para a cama a determinada hora, vestir a roupa que outros escolhem) 1 2 3 4

10 São proporcionados apoios que têm em conta as necessidades, desejos e preferências da pessoa (e.g., as pessoas que prestam apoios, estar sozinho ou em grupo, os lugares que frequenta, tempo, rotinas diárias) 1 2 3 4

12 A pessoa tem um programa diário de atividades adequado às suas preferências 1 2 3 4

Pontuação Bruta do Domínio de AutoDeterminação 40

"N" = Nunca "A" = Algumas Vezes "F" = Frequentemente "S" = Sempre

BEM-ESTAR EMOCIONAL

N A F S

13 Os prestadores de cuidados dispõem de uma lista de comportamentos observáveis que expressam os estados emocionais da pessoa (e.g., mapas, registos, etc.) 1 2 3 4

19 Existe uma ficha pessoal onde consta o que a pessoa gosta, o que a tranquiliza, o que não suporta e como reage face a esse estímulo, que toda a equipa conhece e deve cumprir 1 2 3 4

24 São tomadas medidas específicas para conseguir que o envolvimento da pessoa seja reconhecível e previsível (e.g., espaços, rotinas, prestadores de cuidados, atividades, etc.) 1 2 3 4

Pontuação Bruta do Domínio Bem-Estar Emocional 38

"N" = Nunca "A" = Algumas Vezes "F" = Frequentemente "S" = Sempre

DESENVOLVIMENTO PESSOAL

N A F S

61 A pessoa tem um programa de atividades com coisas que gosta e que contribuem para o seu enriquecimento pessoal 1 2 3 4

62 As atividades que a pessoa realiza permitem a aprendizagem de novas habilidades 1 2 3 4

63 A pessoa aprende/é ensinada atividades/competências que lhe interessam 1 2 3 4

64 A pessoa aprende habilidades/competências que contribuem para a sua independência 1 2 3 4

65 Na instituição são proporcionadas instruções e modelos para a aprendizagem de novas habilidades, por parte da pessoa 1 2 3 4

66 Na instituição, a pessoa tem oportunidade para demonstrar as suas habilidades 1 2 3 4

68 São tomadas medidas específicas para manter as capacidades e habilidades da pessoa 1 2 3 4

69 São tomadas medidas específicas para ensinar novas habilidades à pessoa 1 2 3 4

70 A pessoa é estimulada em diversas áreas (e.g., cognitiva, social, sensorial, emocional, motora) 1 2 3 4

71 A estimulação do desenvolvimento da pessoa respeita os seus ritmos e preferências pessoais (e.g., evitando a sub e sobre-estimulação) 1 2 3 4

72 A pessoa adquire novas habilidades ou experiências/vivências mediante a sua participação em atividades 1 2 3 4

Pontuação Bruta do Domínio de Desenvolvimento Pessoal 29

Avaliação Final

CHAVE DE RESPOSTA:

"N" = Nunca "A" = Algumas Vezes "F" = Frequentemente "S" = Sempre

AUTO-DETERMINAÇÃO N A F S

- 5 São tomadas medidas específicas para que a pessoa possa influenciar o seu envolvimento (i.e., físico, material, social) 1 2 3 4
- 6 São tomadas medidas específicas que permitam a tomada de decisões pela pessoa 1 2 3 4
- 7 A pessoa pode negar fazer atividade(s) irrelevante(s) para a sua saúde (i.e., participar em atividade lúdicas, ir para a cama a determinada hora, vestir a roupa que outros escolhem) 1 2 3 4

- 10 São proporcionados apoios que têm em conta as necessidades, desejos e preferências da pessoa (e.g., as pessoas que prestam apoios, estar sozinho ou em grupo, os lugares que frequenta, tempo, rotinas diárias) 1 2 3 4

- 12 A pessoa tem um programa diário de atividades adequado às suas preferências 1 2 3 4

Pontuação Bruta do Domínio de AutoDeterminação 14

CHAVE DE RESPOSTA:

"N" = Nunca "A" = Algumas Vezes "F" = Frequentemente "S" = Sempre

BEM-ESTAR EMOCIONAL N A F S

- 13 Os prestadores de cuidados dispõem de uma lista de comportamentos observáveis que expressam os estados emocionais da pessoa (e.g., mapas, registos, etc.) 1 2 3 4

- 19 Existe uma ficha pessoal onde consta o que a pessoa gosta, o que a tranquiliza, o que não suporta e como reage face a esse estímulo, que toda a equipa conhece e deve cumprir 1 2 3 4

- 24 São tomadas medidas específicas para conseguir que o envolvimento da pessoa seja reconhecível e previsível (e.g., espaços, rotinas, prestadores de cuidados, atividades, etc.) 1 2 3 4

Pontuação Bruta do Domínio Bem-Estar Emocional 15

CHAVE DE RESPOSTA:

"N" = Nunca "A" = Algumas Vezes "F" = Frequentemente "S" = Sempre

DESENVOLVIMENTO PESSOAL N A F S

- 61 A pessoa tem um programa de atividades com coisas que gosta e que contribuem para o seu enriquecimento pessoal 1 2 3 4
- 62 As atividades que a pessoa realiza permitem a aprendizagem de novas habilidades 1 2 3 4
- 63 A pessoa aprende/é ensinada atividades/competências que lhe interessam 1 2 3 4
- 64 A pessoa aprende habilidades/competências que contribuem para a sua independência 1 2 3 4
- 65 Na instituição são proporcionadas instruções e modelos para a aprendizagem de novas habilidades, por parte da pessoa 1 2 3 4
- 66 Na instituição, a pessoa tem oportunidade para demonstrar as suas habilidades 1 2 3 4

- 68 São tomadas medidas específicas para manter as capacidades e habilidades da pessoa 1 2 3 4

- 69 São tomadas medidas específicas para ensinar novas habilidades à pessoa 1 2 3 4

- 70 A pessoa é estimulada em diversas áreas (e.g., cognitiva, social, sensorial, emocional, motora) 1 2 3 4

- 71 A estimulação do desenvolvimento da pessoa respeita os seus ritmos e preferências pessoais (e.g., evitando a sub e sobre-estimulação) 1 2 3 4

- 72 A pessoa adquire novas habilidades ou experiências/vivências mediante a sua participação em atividades 1 2 3 4

Pontuação Bruta do Domínio de Desenvolvimento Pessoal 20

APÊNDICE E

Exemplo de registo de sessão da Lu



ESTÁGIO EM MUSICOTERAPIA
Carolina Silva

REGISTO DE SESSÃO INDIVIDUAL - MUSICOTERAPIA

NOME DO CLIENTE: Ju

DATA: 22/02/2019 Nº SESSÃO: 1

OBSERVAÇÃO DIRECTA DO CLIENTE: - Estava somnolenta, mas um pouco apática, com movimentos lentificados. Discurso pouco perceptível e curto.
DESCRIÇÃO SUMÁRIA DA SESSÃO: • Pequena conversa inicial • Execução do repertório escolhido pelo cliente - Foca apenas os lábios. Raramente se ouvia a voz. Sempre com um sorriso nos lábios. • Execução de repertório que a cliente pudesse conhecer.
TEMAS CENTRAIS: Estabelecimento de relação terapêutica. Avaliação inicial.
NOVIDADES OU MUDANÇAS: Após 3 semanas a tentativa que participasse nas sessões, a Ju quis ir até à Sala multiusos.
MÚSICA PRODUZIDA (instrumentos, repertório) - Guitanna - Flauta - Passarinho - Avechadinha - Linzeiro - menina está à janela - Gotinha de água
REAÇÕES: - Pouco reativa a coisas novas - Alguns sorrisos mais abertos.
A FAZER... - Dar mais tempo para responder; - Deixar espaços para completar as canções; Tempo - Andamento mais lento. - Improvisação

APÊNDICE F
Letras elaboradas pela Lu

“Está sol, *bueda* sol
As rosas estão murchas
Mas o céu está limpo
É o que salva isto
É o céu, é o ceu estar limpo”
Lu – sessão 18

“A Andreia
Acho que é minha amiga
É uma moça porreira
E gosta de pôr creme à noite

Já o Carlos
Gosta muito de ver filmes
Mesmo que não perceba nada
Tem que ver até ao fim

A Lurdes Mesquita
Também gosta de ver filmes
Mas percebe tudo
E gosta muito de todos

E a Carolina
É uma grande amiga
De nós todos
E gosta muito de música

A APCO
É instituição
Onde acolhe todos
No seu coração”
Lu – sessão 19

APÊNDICE G

Aplicação de itens da Escala IMTAP – Caso Jo

Avaliação Inicial e Final do Jo Idade: 22 anos			
Objetivos Gerais	Objetivos específicos	Avaliação Inicial	Avaliação Final
Promover a comunicação receptiva/percepção auditiva	Demonstrar consciência do som vs. Silêncio	C	C
	Virar a cabeça em direção à fonte sonora	I	I
	Dirigir o olhar à fonte sonora	R	I
	Imitar motivos musicais simples	R	R
Melhorar a comunicação expressiva	Tentar comunicar	I	I
Melhorar a comunicação expressiva (vocalizações)	Vocalizar com qualidade tonal clara	R	I
	Vocalizar com volume apropriado	I	I
	Vocalizar junto com o terapeuta	R	I
	Vocalizar de forma intencionalmente imitativa	R	R
Musicalidade	Ser alertado pela música	I	I
	Manifestar prazer com a música	I	C
	Indicar desejo de tocar/ter contato com instrumentos	N	R
	Tocar instrumento quando apresentado	N	R
	Vocalizar em resposta à música	I	I
	Engajar-se em atividade musical interativa	I	C
	Regular-se com suporte musical	I	C

Legenda 2 - N - Nunca; R - Raramente; I - Inconsistente; C - Consistente

APÊNDICE H

Aplicação de itens da Escala San Martín – Caso Jo

Avaliação Inicial

CHAVE DE RESPOSTA:

"N" = Nunca "A" = Algumas Vezes "F" = Frequentemente "S" = Sempre

AUTO-DETERMINAÇÃO N A F S

- 5 São tomadas medidas específicas para que a pessoa possa influenciar o seu envolvimento (i.e., físico, material, social) 1 2 (3) 4
- 6 São tomadas medidas específicas que permitam a tomada de decisões pela pessoa 1 2 (3) 4
- 7 A pessoa pode negar fazer atividade(s) irrelevante(s) para a sua saúde (i.e., participar em atividade lúdicas, ir para a cama a determinada hora, vestir a roupa que outros escolhem) 1 2 (3) 4
- 10 São proporcionados apoios que têm em conta as necessidades, desejos e preferências da pessoa (e.g., as pessoas que prestam apoios, estar sozinho ou em grupo, os lugares que frequenta, tempo, rotinas diárias) 1 2 3 (4)
- 12 A pessoa tem um programa diário de atividades adequado às suas preferências 1 2 (3) 4

Pontuação Bruta do Domínio de AutoDeterminação 21

CHAVE DE RESPOSTA:

"N" = Nunca "A" = Algumas Vezes "F" = Frequentemente "S" = Sempre

BEM-ESTAR EMOCIONAL N A F S

- 13 Os prestadores de cuidados dispõem de uma lista de comportamentos observáveis que expressam os estados emocionais da pessoa (e.g., mapas, registos, etc.) 1 2 3 (4)
- 19 Existe uma ficha pessoal onde consta o que a pessoa gosta, o que a tranquiliza, o que não suporta e como reage face a esse estímulo, que toda a equipa conhece e deve cumprir 1 2 3 4
- 24 São tomadas medidas específicas para conseguir que o envolvimento da pessoa seja reconhecível e previsível (e.g., espaços, rotinas, prestadores de cuidados, atividades, etc.) 1 2 3 (4)

Pontuação Bruta do Domínio Bem-Estar Emocional 21

CHAVE DE RESPOSTA:

"N" = Nunca "A" = Algumas Vezes "F" = Frequentemente "S" = Sempre

DESENVOLVIMENTO PESSOAL N A F S

- 61 A pessoa tem um programa de atividades com coisas que gosta e que contribuem para o seu enriquecimento pessoal 1 2 (3) 4
- 62 As atividades que a pessoa realiza permitem a aprendizagem de novas habilidades 1 2 (3) 4
- 63 A pessoa aprende/é ensinada atividades/competências que lhe interessam 1 2 (3) 4
- 64 A pessoa aprende habilidades/competências que contribuem para a sua independência 1 2 (3) 4
- 65 Na instituição são proporcionadas instruções e modelos para a aprendizagem de novas habilidades, por parte da pessoa 1 2 (3) 4
- 66 Na instituição, a pessoa tem oportunidade para demonstrar as suas habilidades 1 2 3 (4)
- 68 São tomadas medidas específicas para manter as capacidades e habilidades da pessoa 1 2 (3) 4
- 69 São tomadas medidas específicas para ensinar novas habilidades a pessoa 1 2 (3) 4
- 70 A pessoa é estimulada em diversas áreas (e.g., cognitiva, social, sensorial, emocional, motora) 1 2 3 (4)
- 71 A estimulação do desenvolvimento da pessoa respeita os seus ritmos e preferências pessoais (e.g., evitando a sub e sobre-estimulação) 1 2 (3) 4
- 72 A pessoa adquire novas habilidades ou experiências/vivências mediante a sua participação em atividades 1 2 (3) 4

Pontuação Bruta do Domínio de Desenvolvimento Pessoal 34

Avaliação Final

CHAVE DE RESPOSTA:

"N" = Nunca "A" = Algumas Vezes "F" = Frequentemente "S" = Sempre

AUTO-DETERMINAÇÃO		N	A	F	S
5	São tomadas medidas específicas para que a pessoa possa influenciar o seu envolvimento (i.e. físico, material, social)	1	2	3	4
6	São tomadas medidas específicas que permitam a tomada de decisões pela pessoa	1	2	3	4
7	A pessoa pode negar fazer atividade(s) irrelevante(s) para a sua saúde (i.e., participar em atividade lúdicas, ir para a cama a determinada hora, vestir a roupa que outros escolhem)	1	2	3	4
10	São proporcionados apoios que têm em conta as necessidades, desejos e preferências da pessoa (e.g., as pessoas que prestam apoios, estar sozinho ou em grupo, os lugares que frequenta, rotinas diárias)	1	2	3	4
12	A pessoa tem um programa diário de atividades adequado às suas preferências	1	2	3	4
Pontuação Bruta do Domínio de AutoDeterminação					32

CHAVE DE RESPOSTA:

"N" = Nunca "A" = Algumas Vezes "F" = Frequentemente "S" = Sempre

BEM-ESTAR EMOCIONAL		N	A	F	S
13	Os prestadores de cuidados dispõem de uma lista de comportamentos observáveis que expressam os estados emocionais da pessoa (e.g., mapas, registos, etc.)	1	2	3	4
19	Existe uma ficha pessoal onde consta o que a pessoa gosta, o que a tranquiliza, o que não suporta e como reage face a esse estímulo, que toda a equipa conhece e deve cumprir	1	2	3	4
24	São tomadas medidas específicas para conseguir que o envolvimento da pessoa seja reconhecível e previsível (e.g., espaços, rotinas, prestadores de cuidados, atividades, etc.)	1	2	3	4
Pontuação Bruta do Domínio Bem-Estar Emocional					32

CHAVE DE RESPOSTA:

"N" = Nunca "A" = Algumas Vezes "F" = Frequentemente "S" = Sempre

DESENVOLVIMENTO PESSOAL		N	A	F	S
61	A pessoa tem um programa de atividades com coisas que gosta e que contribuem para o seu enriquecimento pessoal	1	2	3	4
62	As atividades que a pessoa realiza permitem a aprendizagem de novas habilidades	1	2	3	4
63	A pessoa aprende/é ensinada atividades/competências que lhe interessam	1	2	3	4
64	A pessoa aprende habilidades/competências que contribuem para a sua independência	1	2	3	4
65	Na instituição são proporcionadas instruções e modelos para a aprendizagem de novas habilidades, por parte da pessoa	1	2	3	4
66	Na instituição, a pessoa tem oportunidade para demonstrar as suas habilidades	1	2	3	4
68	São tomadas medidas específicas para manter as capacidades e habilidades da pessoa	1	2	3	4
69	São tomadas medidas específicas para ensinar novas habilidades à pessoa	1	2	3	4
70	A pessoa é estimulada em diversas áreas (e.g., cognitiva, social, sensorial, emocional, motora)	1	2	3	4
71	A estimulação do desenvolvimento da pessoa respeita os seus ritmos e preferências pessoais (e.g., evitando a sub e sobre-estimulação)	1	2	3	4
72	A pessoa adquire novas habilidades ou experiências/vivências mediante a sua participação em atividades	1	2	3	4
Pontuação Bruta do Domínio de Desenvolvimento Pessoal					33

APÊNDICE I

Cartaz das Apresentações de Musicoterapia no Local de Estágio

11 JAN
2019
17 H

Sala Multiusos
Lar Residencial
APCO
Duração
1 h 30 m

WORKSHOP
MUSICOTERAPIA



Quer saber o que é
a Musicoterapia?



**Inscreeva-se já
na Secretaria!!**

Estagiária Carolina Silva



APÊNDICE J

Plano de sessão de Apresentação de Musicoterapia

APRESENTAÇÃO MUSICOTERAPIA

DATA (11 janeiro de 2019)

Duração aproximadamente 1 hora 30 minutos

Porque a música? Na pré-história, a música produzida pelos homens e mulheres de então, era essencialmente uma forma de comunicar, uma expressão da comunidade para consigo e com outros seres humanos. O que se percebe ainda hoje nas sessões de musicoterapia para distintos clientes com diversas patologias inibidoras da comunicação (Oliveira & Gomes, 2014).

A música ativa praticamente todas as regiões cerebrais:

- **Corpo caloso** – faz a ligação entre os dois hemisférios cerebrais, ambos envolvidos na perceção da música;
- **Cortéx Somatossensorial** – Responsável pela perceção tátil quando se dança ou se toca um instrumento;
- **Córtex auditivo** – responsável pela entrada do som no cérebro, pela perceção e pela análise dos sons;
- **Hipocampo** – onde ficam armazenadas as memórias da música e do seu contexto;
- **Córtex visual** – processa a informação visual, como a leitura de pautas ou a observação do próprio movimento ou de um espetáculo;
- **Cerebelo** - controla o movimento coordenado, como a dança, e proporciona uma reação emocional à música;
- **Amígdala** - possibilita uma reação emocional à música;
- **Núcleo Accumbens** – assegura uma reação emocional à música;
- **Cortéx motor** – controla os movimentos do ato de tocar um instrumento.

Definição de MT: "A utilização da música e dos seus elementos enquanto intervenção profissional nos campos médico, educativo e quotidiano com indivíduos, grupos, famílias e comunidades, com o objetivo de potenciar a qualidade de vida e melhorar a sua saúde física, social, relacional, emocional, intelectual e espiritual." (WFMT, 2011)

Pioneiros (Slides da Prof Teresa)

Paul Nordoff e Clive Robbins (anos 50/70) – Criadores do Modelo “Musicoterapia Criativa”, muito conhecido como Modelo “Nordoff Robbins”. Nordoff era músico e compositor, enquanto o seu colega Robbins era professor de educação especial. A população alvo eram crianças com deficiência, problemas de aprendizagem e patologias do desenvolvimento. Método essencialmente baseado no conceito de Improvisação Clínica, ou seja, o uso da música criada espontaneamente ao serviço de objetivos terapêuticos.

Vídeo: <https://www.youtube.com/watch?v=iOiWn08vZw0> (2 minutos) – exemplo de uma sessão de Nordoff Robbins

Segundo este modelo “Todo o ser humano tem uma capacidade inata de responder ao som e à Música.” Acrescenta ainda que “Para todas as pessoas, independentemente do grau de deficiência ou capacidade intelectual, a Música constitui um veículo de desenvolvimento pessoal e, mais tarde, de criatividade e atualização pessoal”.

Vídeo: <https://www.youtube.com/watch?v=DSbp0Ffqym8> (2 minutos) - exemplo de uma sessão de Nordoff Robbins nos dias de hoje

Os musicoterapeutas usam este modelo muitas vezes com pessoas com deficiências profundas, dando ênfase no desenvolvimento da comunicação e das relações através da música (Stephenson, 2006).

Juliette Alvin (anos 50/80) – (MT de improvisação livre) é um modelo de psicoterapia através da música, utilizando a improvisação livre e uma reflexão acerca da mesma.

Mary Priestley (anos 70) – (MT analítica) é discípula da Juliette Alvin e criou um modelo de musicoterapia na vertente psicoterapêutica. A improvisação era verbalmente sugerida.

Psicoterapia através da música, provocando um aumento da autoconsciência.

Rolando Benezon (anos 60/70)– O Modelo Benenzon pode aplicar-se na área do desenvolvimento global, no tratamento de problemas de natureza emocional, na gravidez e no pós-parto, na Geriatria, nas doenças prolongadas, nas doenças terminais e na prevenção primária. Defende que o “ritmo é a nossa forma de ligação mais fundamental”. O princípio de ISO.

Como pode atuar a musicoterapia?

Há estudos que dividem as técnicas em dois grandes grupos: técnicas ativas e técnicas recetivas (Carrl et al., 2013; Solanki et al., 2013). As técnicas ativas abrangem atividades de improvisação, composição, tocar músicas pré-compostas e didáticas/aulas. Enquanto as técnicas recetivas correspondem à audição ou atividades baseadas em música, como por exemplo análise de letras ou jogos musicais (Carrl et al., 2013).

Objetivos estabelecidos em sessões de Musicoterapia com indivíduos com deficiência (Meadows, 1997):

- Criação de um ambiente previsível e responsivo;
- Desenvolver a capacidade de “self” – (autoconceito) – em que o individuo constrói uma relação com os instrumentos musicais, com a música e com o terapeuta;
- Estabelecer ou restabelecer relações interpessoais;
- Desenvolver skills – (desenvolvimento de competências específicas) – ex. contacto visual ao tocar um instrumento ou usando um swich dentro de uma atividade de música;

- Diminuir comportamentos patológicos;
- Desenvolver consciência e sensibilidade para a música.

Ao usar a música com fins terapêuticos é possível verificar:

- efeitos ao nível psicobiológico em pessoas que são muitas vezes inacessíveis;
- o estabelecimento, a manutenção e o aumento da relação cliente-terapeuta, apenas verificado quando é utilizada música;
- maior facilidade na expressão de emoções em pessoas que não apresentam comunicação verbal ou apresentam défices nesta área;
- a criação de oportunidades para experiências sociais positivas, que de outra forma poderiam não existir;
- o desenvolvimento de consciência de si mesmo, dos outros e do envolvimento, que potencia o funcionamento do indivíduo em diferentes níveis, o que aumenta o bem estar.

(Boxill, 1985)

Enquanto as pessoas com deficiência severa a profunda respondem de forma mais positiva a sessões individuais de musicoterapia (trabalho um para um), indivíduos com deficiência moderada a ligeira beneficiam mais de sessões em grupo.

(Ramey, 2011)

Prática da MT (Slides Prof Teresa).

- Requer um plano terapêutico – onde é preciso conhecer o passado do indivíduo, avaliar e delinear objetivos realistas
- Música como elemento central – a música é a ferramenta utilizada para trabalhar os objetivos que pretendemos alcançar, sem prescindir da...
- Relação terapêutica.

Duração até agora: 15 a 20 minutos

Parte Prática

1. Como te sentes hoje? (10 minutos)

Cada um terá de pensar numa palavra que resuma o dia de hoje até ao momento e escrevem no papel. Terão de musicalizar essa palavra e os restantes membros do grupo tentarão adivinhar. Não podem ser usadas palavras, apenas sons: dos instrumentos, através do corpo ou da voz.

Foi fácil perceber o que o outro quis dizer através do som?

2. A minha canção (15 minutos)

Cada um dos elementos do grupo escolhe uma música que espelhe a sua pessoa ou a sua infância. “Se eu fosse uma música eu seria ou se a minha infância fosse uma música qual seria...” e escreve num pedaço de papel. As músicas serão tocadas e o grupo tentará descobrir qual a música que corresponde a cada pessoa. Só no final será revelada a que pessoa corresponde cada música.

3. Nós na música

Depois de escolher um instrumento, cada um procura um lugar em que se sinta confortável na sala. Podem ficar em pé ou sentados. Em seguida, vão explorar esse instrumento, todos ao mesmo tempo.

Reflexão atividade 2: Gostaram de tocar o instrumento escolhido? O que sentiram quando estavam todos a tocar ao mesmo tempo?

4. Atividade de relaxamento

Em roda, virados de costas uns para os outros, vão fechar os olhos, e respirar fundo. Através do corpo e da voz, irão produzir sons tentando ir de encontro ao grupo.

Passado o tempo da atividade (caso o som não pare) tocar em cada um para terminar.

O que acharam das atividades? Acham que é preciso saber cantar ou tocar um instrumento para participar em sessões de Musicoterapia?

Todos temos o nosso ISO – conjunto de energias formadas por sons, movimentos e silêncios, que caracteriza e diferencia cada indivíduo na sua originalidade (Benenson, 2011).

APÊNDICE K

Folha de Avaliação da Apresentação



AValiação DA FORMAÇÃO/AÇÃO

FORMAÇÃO/AÇÃO: Workshop Musicoterapia

I. AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO/AÇÃO PELO(A) FORMANDO(A):

1 Insuficiente	2 Suficiente	3 Bom		
1. AVALIAÇÃO DOS CONTEÚDOS TRANSMITIDOS		1	2	3
1.1. Os conteúdos transmitidos correspondem ao que esperava.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
1.2. Utilidade dos conteúdos/temas para a sua prática profissional.		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3. Eficácia dos conteúdos/temas para a sua prática profissional.		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4. Aplicabilidade dos conteúdos/temas para a sua prática profissional.		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5. Objetivos da formação/ação.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. AVALIAÇÃO DO(A) FORMADOR(A)				
2.1. Conteúdos apresentados com clareza.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2. Metodologia utilizada.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. AVALIAÇÃO DAS INSTALAÇÕES/ EQUIPAMENTOS				
3.1. Instalações onde decorreu a formação/ação.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.2. Equipamentos utilizados na formação/ação.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

4. SUGESTÕES/ COMENTÁRIOS:

MUITO BOM!
Por Favor fazer mais 2ª sessão!

AValiação GLOBAL DA FORMAÇÃO: INSUFICIENTE SUFICIENTE BOM

DATA: 11/01/19

APÊNDICE L
Plano de Aula na FMH

APRESENTAÇÃO MUSICOTERAPIA FMH

DATA (11 de março de 2019)

Duração aproximadamente 4 horas

Aula teórica – 1 hora

Apresentação do Percurso Académico

O que é a Musicoterapia?

Quais os modelos pioneiros da Musicoterapia?

Quais as diferenças/semelhanças da Musicoterapia com a Reabilitação Psicomotora?

Aula Prática – 3 horas

Número de participantes: cerca de 50 alunos + 3 professoras

Material necessário: instrumentos (guitarra, cavaquinho, 2 pandeiretas, 2 castanholas, 2 maracas, 2 tambores, 2 guizos, 2 triângulos, 1 pau de chuva artesanal); papeis; canetas; fios de lã de 4 cores;

Atividade 1 – Formação de Grupos e Apresentação Musical

- À medida que cada aluno chega ao ginásio, é-lhe entregue um fio de lã. Todos os fios de lã têm o mesmo comprimento;
- Os participantes vão-se juntar em grupos, mediante a cor do fio de lã que têm. O que vai resultar em 4 grupos aleatórios.
- Cada participante vai ter de se apresentar ao grupo relativamente aos seus gostos musicais. O tempo que tem para se apresentar é o tempo que demora a enrolar o fio de lã num dedo.

Reflexão: toda a gente demorou o mesmo tempo? Já conheciam os gostos dos outros participantes? Houve algo que vos surpreendeu?

Atividade 2 – Atividades para Crianças (Padeiro e Cuco)

- É ensinada aos participantes a música e coreografia da música “Todo o dia o padeiro faz o pão”. Primeiro é feita de forma individual e, em seguida, será feita a pares. No final, é pedido que o ritmo da música seja acelerado;
- Em seguida, é ensinada uma outra música “Era uma vez um cuco que não gostava de couves”.

Reflexão: A primeira atividade relacionava a música a uma coreografia. Este é um caso explícito em como a musicoterapia e a psicomotricidade podem estar relacionadas, e como uma atividade pode ser complexificada. Na segunda atividade, da música do cuco, é perceptível como pode ser trabalhada a memorização através da música. Através desta atividade também podem ser

trabalhados aspetos relacionados com a leitura e escrita, assim como a exploração das diferentes personagens que entram na música. No caso de crianças que não saibam ler, pode sempre ser dado um auxiliar de memória da música através de imagens.

Atividade 3 – Construção de canções

- É pedido que se voltem a juntar nos grupos iniciais;
- Cada elemento de cada grupo terá de dizer uma frase de uma música de que gostem da sua adolescência;
- Em seguida, terão de construir uma música, juntando as frases que cada um escreveu, com uma melodia que pode ser criada ou de uma música que já conheçam;
- No final, será apresentada a música ao grande grupo, tendo ao dispor os diferentes instrumentos.

Reflexão: foi difícil escolher uma frase de uma música? Juntar todas as frases para compor uma música foi fácil? Alguma coisa que queiram partilhar que tenham sentido no decorrer do processo musical?

Atividade 4 – Sentimentos e música

- É dado um papel e uma caneta a cada participante;
- São distribuídos instrumentos por cada grupo;
- Cada participante terá de escrever uma palavra, um adjetivo ou um verbo, sobre como foi até ao momento a sessão, sem mostrar a ninguém;
- Em seguida terão de exprimir essa palavra, recorrendo aos instrumentos/corpo/voz e os restantes elementos do grupo terão de adivinhar.

Reflexão: o que sentiram ao ter de exprimir o que tinham escrito de uma forma musical? A linguagem corporal também ajudou? Os restantes elementos conseguiram adivinhar?

Atividade 5 – Telefone estragado musical

- É feita uma roda com todos os participantes;
- Um dos participantes canta uma música ao ouvido do elemento que está à sua esquerda e assim sucessivamente;
- Quando chegar à última pessoa da roda, terá de cantar em voz alta aquilo que lhe foi cantado ao ouvido.

Reflexão: Esta atividade é um exemplo de uma atividade que pode ser musical, mas que também pode ser corporal. De uma forma mais psicomotora pode ser passado algo motor de pessoa em pessoa.

Atividade 6 – Relaxamento

- Espalhados pelo espaço, cada elemento terá de fechar os olhos e cantarolar uma melodia, sem letra, apenas uma melodia;
- Em seguida, a dinamizadora irá juntar os participantes em pares;
- Depois de algum tempo, é solicitado que deitem no chão. Respirem fundo e sintam os batimentos cardíacos;
- Quando já tiverem sentido o batimento cardíaco, terão de bater com a mão no chão ou no corpo ao ritmo do coração do seu coração;
- Após algum tempo, é pedido para pararem e apenas respirarem fundo. Tudo fica em silêncio;
- No final, é pedido para espreguiçar e sentar calmamente.

Reflexão: O que sentiram quando estavam a cantarolar sozinhos? E quando foram juntos em pares? Alterou alguma coisa? Sentiram que o vosso batimento cardíaco manteve-se igual? O silêncio no final, que sensações provocou?

ANEXOS

LISTA DE ANEXOS

- Anexo A** - Declaração de Autorização
- Anexo B** - Certificado de participação no XII Seminário sobre “Bebes con necesidades especiales y abordaje familiar en musicoterapia”
- Anexo C** - Declaração FMH

ANEXO A
Declaração de Autorização

DECLARAÇÃO

Eu, _____, guardião(o) legal do xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, declaro para os devidos efeitos que autorizo a que sejam feitos registros 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(A) Guardiã(o) Legal,

Assinatura

Nome Legível

ANEXO B

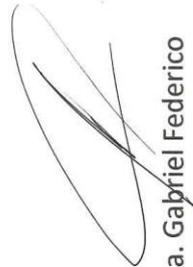
Certificado de participação no XII Seminário sobre “Bebes con necesidades especiales y
abordaje familiar en musicoterapia”



El Centro de Estimulación y Musicoterapia "MusiAdapta" certifica que:

Don/Doña CAROLINA SILVA con DNI: 14545900 ha participado del XII Seminario sobre "Bebes con necesidades especiales y abordaje familiar en musicoterapia" *, impartido por el Musicoterapeuta Gabriel Federico, con una duración total de 8 horas.

Y para que así conste, firmo en Sevilla, el día 26 de enero 2019.


Mta. Gabriel Federico


CAMINO
CENTRO ARGENTINO
DE MUSICOTERAPIA
E INVESTIGACION EN
NEURODESARROLLO
Y OBSTETRICIA


MusiAdapta
centro de
estimulación
CIF: B 90282146
Calle Oslo, 12
41219, Sevilla
centrodestimulacion@gmail.com



Mta. Gabriela Rodríguez Gil



*La participación en este seminario no te habilita para ser musicoterapeuta

ANEXO C
Declaração FMH



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos declara-se que a Psicomotricista Carolina Silva apresentou uma conferência e dinamizou uma aula teórica prática dedicada à temática Musicoterapia e Psicomotricidade (total de 4 horas) no âmbito da Unidade Curricular de Corporeidade e Terapias Expressivas do 3º ano da Licenciatura em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa, que teve lugar na Faculdade de Motricidade Humana no dia 11 de março de 2019.

Cruz Quebrada, 11 de março de 2019

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Celeste Simões', written over a horizontal line.

Celeste Simões

Professora Auxiliar com Agregação na FMH/UL

Faculdade de Motricidade Humana • Estrada da Costa • 1499 - 002 Cruz Quebrada • Lisboa • Portugal
Tel.: 351 21 414 91 00 • FAX: 351 21 415 12 48 • E-mail: fmh@fmh.ulisboa.pt