



Universidades Lusíada

Ding, Ulf Herbert, 1963-

Musicoterapia na escola pública : o aspeto da inclusão

<http://hdl.handle.net/11067/5881>

Metadados

Data de Publicação

2020

Resumo

A musicoterapia, nos últimos anos, tem vindo a conquistar lugar no que diz respeito à aplicação de terapias dirigidas a alunos com perturbações do desenvolvimento e em consequência com necessidades educativas especiais na escola pública. O público alvo, crianças e adolescentes, respondem com facilidade e positivamente às propostas musicais, que lhes proporcionam experiências num ambiente lúdico. A musicoterapia pode ser por isso, também um elemento importante a aplicar em atividades de inclusão ...

Music Therapy has gained relevance in recent years in terms of application of therapies aimed at students with developmental disturbance and in consequence with special educational needs in public schools. The target audience, children and adolescents, respond easily and positively to the musical proposals, which provide them with experiences in a ludic environment. Therefore, music therapy can also be an important element to be applied to student inclusion activities in the respective classes w...

Palavras Chave

Crianças com paralisia cerebral, Crianças com distúrbio de défice de atenção, Educação especial, Musicoterapia para crianças, Musicoterapia - Prática profissional, Agrupamento de Escolas de Montemor-o-Novo (Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)

Tipo

masterThesis

Revisão de Pares

yes

Coleções

[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-11-15T01:19:33Z 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 na escola pública:
o aspeto da inclusão**

Realizado por:
Ulf Herbert Ding

Supervisionado por:
Prof.^a Doutora Susana Aurora Gutiérrez Jiménez

Orientado por:
Dr.^a Elisabete da Conceição Murteira de Jesus

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: 1 abril 2021

Lisboa

2020



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 na escola pública:
o aspeto da inclusão**

Ulf Herbert Ding

Lisboa

junho 2020



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 na escola pública:
o aspeto da inclusão**

Ulf Herbert Ding

Lisboa

junho 2020

Ulf Herbert Ding

Musicoterapia na escola pública: o aspeto da inclusão

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

Supervisora de estágio: Prof.^a Doutora Susana Aurora Gutiérrez Jiménez

Orientadora de estágio: Dr.^a Elisabete da Conceição Murteira de Jesus

Lisboa

junho 2020

Ficha Técnica

Autor	Ulf Herbert Ding
Supervisora de estágio	Prof. ^a Doutora Susana Aurora Gutiérrez Jiménez
Orientadora de estágio	Dr. ^a Elisabete da Conceição Murteira de Jesus
Título	Musicoterapia na escola pública: o aspeto da inclusão
Local	Lisboa
Ano	2020

Mediateca da Universidade Lusíada - Catalogação na Publicação

DING, Ulf Herbert, 1963-

Musicoterapia na escola pública : o aspeto da inclusão / Ulf Herbert Ding ; supervisionado por Susana Aurora Gutiérrez Jiménez ; orientado por Elisabete da Conceição Murteira de Jesus. - Lisboa : [s.n.], 2020. - Relatório de estágio do Mestrado em Musicoterapia, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - GUTIÉRREZ JIMÉNEZ, Susana Aurora, 1971-

II - JESUS, Elisabete da Conceição Murteira de, 1977-

LCSH

1. Crianças com paralisia cerebral
2. Crianças com distúrbio de défice de atenção
3. Educação especial
4. Musicoterapia para crianças
5. Musicoterapia - Prática profissional
6. Agrupamento de Escolas de Montemor-o-Novo (Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
7. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
8. Teses - Portugal - Lisboa

1. Cerebral palsied children
2. Attention-deficit-disordered children
3. Special education
4. Music therapy for children
5. Music therapy - Practice
6. Agrupamento de Escolas de Montemor-o-Novo (Portugal) - Study and teaching (Internship)
7. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
8. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. ML3920.D56 2020

“ Nada Brahma ” (Sânscrito)
O Mundo é Som

Agradecimentos

A música sempre fez parte da minha vida. Como tal, cheguei a um ponto, que me faz todo o sentido a aplicação da música para quem mais precisa dela, dando oportunidades de desenvolvimento individual, ou simplesmente algum conforto para melhorar a qualidade da sua vida. Muitas pessoas estiveram envolvidas nesta viagem, quando decidi lançar-me nesta “aventura”, o mestrado em musicoterapia, tendo já uma vida “cheia” em outras áreas. Obrigado a todos.

Quero agradecer aos meus pais e aos três irmãos pelo apoio e às minhas filhas, Júlia e Sofia pelo amor.

Quero agradecer às professoras do curso, que ajudaram ao longo do primeiro ano, criar os fundamentos para o meu desenvolvimento no entendimento da musicoterapia.

Obrigado às professoras Teresa Leite e Susana Jiménez pelo acompanhamento e supervisão do meu percurso e do meu trabalho.

Obrigado aos meus colegas do curso pelas dúvidas, questões, trocas e pelas experiências musicais partilhadas.

Agradeço ao Agrupamento de Montemor-o-Novo, à equipa multidisciplinar do Centro de Apoio a Aprendizagem, à Elisabete Jesus, orientadora no local, aos alunos, que sem eles não teria sido possível este trabalho e aos pais que depositaram em mim a confiança de poder ajudar aos seus filhos.

“ DANKE AN ALLE VON HERZEN “

OBRIGADO À TODOS DO CORAÇÃO

Resumo

A musicoterapia, nos últimos anos, tem vindo a conquistar lugar no que diz respeito à aplicação de terapias dirigidas a alunos com perturbações do desenvolvimento e em consequência com necessidades educativas especiais na escola pública. O público alvo, crianças e adolescentes, respondem com facilidade e positivamente às propostas musicais, que lhes proporcionam experiências num ambiente lúdico. A musicoterapia pode ser por isso, também um elemento importante a aplicar em atividades de inclusão de alunos nas respetivas turmas onde estão integrados. Este relatório descreve a intervenção de musicoterapia no agrupamento de escolas de Montemor-o-Novo no âmbito do estágio curricular do mestrado em musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa. O estágio decorreu entre setembro de 2018 e junho de 2019. As intervenções foram feitas em sessões de grupo, sessões individuais e sessões com turmas completas. Das sessões individuais descritas salientam-se dois estudos de caso, uma aluna de 12 anos com Paralisia Cerebral e um aluno de 11 anos, diagnosticado de Hiperatividade e Défice de Atenção. Os resultados, analisados qualitativamente através da observação direta, registos das sessões e da aplicação de escalas de avaliação, foram positivos e vão ao encontro das informações obtidas na revisão da literatura. A musicoterapia, no contexto escolar, revelou-se como uma ferramenta importante e relevante no apoio aos alunos com necessidades educativas especiais e da sua inclusão.

Palavras chaves: **Musicoterapia, Escola Pública, Inclusão, Paralisia Cerebral, Hiperatividade**

Abstract

Music Therapy has gained relevance in recent years in terms of application of therapies aimed at students with developmental disturbance and in consequence with special educational needs in public schools. The target audience, children and adolescents, respond easily and positively to the musical proposals, which provide them with experiences in a ludic environment. Therefore, music therapy can also be an important element to be applied to student inclusion activities in the respective classes where they are integrated. This report describes the music therapy intervention that took part at the group of schools in Montemor-o-Novo, as part of the curricular traineeship of the master's degree in music therapy for the Lusíada University of Lisbon. The traineeship took place between September 2018 and June 2019. The interventions were made in group sessions, individual sessions and sessions with complete classes. From the individual sessions described, two case studies stand out, a 12-year-old pupil with Cerebral Palsy and an 11-year-old pupil diagnosed with Hyperactivity and Attention Deficit. The results, analyzed qualitatively through direct observation, records of the sessions and the application of evaluation scales, were positive and are in line with the information obtained in the literature review. Music Therapy, in school context, has proved to be an important and relevant tool in supporting students with special educational needs and their inclusion.

Key words: Music Therapy, Public Schools, Inclusion, Cerebral Palsy, Hyperactivity

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização dos Participantes	40
Tabela 2 - Agenda Semanal	46
Tabela 3 - Plano Terapêutico da Jery	49
Tabela 4 - Plano Terapêutico do Alery.....	60

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

- AEMN - Agrupamento de Escolas de Montemor-o-Novo
- APA - American Psychological Association
- CAA - Centro de Apoio a Aprendizagem
- CERCIMOR - Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos com Incapacidade,
de Montemor-o-Novo
- DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- IMCAP-ND - Individual Music Centered Assesment Profile for Neurodevelopmental
Disorders
- MCPS - Escala de Avaliação Musical-Cognitiva/Perceptiva
- MD - Multideficiência
- MEARS - Escala de Avaliação Musical-Emocional
- MRS - Escala de Avaliação da Capacidade de Resposta Musical
- NEE - Necessidades Educativas Especiais
- NJCLD - National Joint Committee for Learning Disability
- NRJEI - Novo Regime Jurídico da Educação Inclusiva
- PC - Paralisia Cerebral
- PEA - Perturbação do Espectro do Autismo
- PEI - Plano de Educação Individualizado
- PHDA - Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção
- PIT - Plano Individual de Transição

- TPD - Teste de Percepção de Diferências
- UNESCO - The United Nations Educational, Scientific and Cultural Organisation
- WFMT - World Federation of Music Therapy
- WISC - Wechsler Intelligence Scale for Childrens

Sumário

Agradecimentos	V
Resumo	VII
Abstract.....	IX
Lista de Tabelas	XI
Introdução.....	1
Descrição da Instituição.....	3
Missão Geral.....	3
Centro de Apoio à Aprendizagem.....	4
População Alvo.....	5
Enquadramento teórico.....	6
Necessidades Educativas Especiais.....	6
Escola Inclusiva.....	9
Musicoterapia na Escola Pública.....	13
Musicoterapia como elemento da Inclusão	16
Musicoterapia na Educação Especial.....	18
Técnicas de Musicoterapia aplicadas em alunos com NEE.....	20
Perturbações do Neurodesenvolvimento	25
Multideficiência e Paralisia Cerebral.....	26
Musicoterapia e Paralisia Cerebral	30
Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção	31
Musicoterapia e PHDA.....	35
Objetivos do Estágio na Instituição	37
Metodologia.....	37
Procedimentos	38
Fase de observação e avaliação inicial	38
Participantes.....	39
Instrumentos de avaliação.....	41
Fase de intervenção.....	42
Conclusão e avaliação final	43
Estrutura das sessões	44
Agenda semanal.....	46
Estudo de caso I – Jery	47
Caraterização da utente e avaliação inicial	47
Plano Terapêutico	49

Fase de Intervenção	50
Estudo de caso II – Alery.....	58
Caraterização do utente e avaliação inicial.....	58
Plano Terapêutico	60
Fase de Intervenção	61
Outras Intervensões	69
Sessões de grupo.....	69
Migy.....	70
Rody.....	71
Antry.....	72
Amy.....	73
Trigy e Ruby.....	74
Sessões com turmas	77
Conclusões.....	80
Reflexão Final.....	83
Referências	85
Anexos	i
Anexo A	ii
Anexo B.....	iv
Anexo C	vi
Anexo E	xi
Anexo F	xiv

Introdução

Este relatório tem como objetivo descrever e documentar a intervenção de musicoterapia, das suas técnicas e dos seus fundamentos teóricos, desenvolvido no âmbito do estágio curricular do Mestrado em Musicoterapia. O estágio foi realizado no Agrupamento de Escolas de Montemor-o-Novo (AEMN) entre Setembro de 2018 e Junho de 2019. O AEMN integra o Centro de Apoio à Aprendizagem (CAA) que é constituído por vários profissionais da área da educação especial e da saúde. No CAA estão inseridos e acompanhados 16 alunos com idades compreendidas entre os 7 e os 19 anos. Todos apresentam Necessidades Educativas Especiais (NEE) e perturbações no âmbito do neurodesenvolvimento e da multideficiência, com limitações cognitivas, de motricidade e consequentemente problemas específicos de desenvolvimento intelectual, emocional e social.

Neste estágio foram alvo de intervenção os 16 alunos, divididos em dois grupos. Foram ainda alvo de sessões individuais oito destes alunos, indicados pela equipa multidisciplinar. As experiências de dois destes alunos serão descritas mais detalhadamente, estudos de caso, focados na Paralisia Cerebral (PC) e Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA). Foram realizados também sessões com as turmas nas quais estão inseridos os alunos destes estudos de caso, para explorar o aspeto da inclusão, promovido pelo Ministério de Educação através dos Decretos de Lei nº 54 e nº 55, publicados em 6 de julho de 2018.

O objetivo principal deste estágio foi a intervenção de musicoterapia em alunos com NEE tendo em conta as necessidades específicas de cada aluno, desenvolvendo os planos terapêuticos a partir dos Planos de Educação Individualizados (PEI), em consulta e colaboração com os outros profissionais (terapeutas) do CAA. Através da musicoterapia

pretendemos promover a aquisição de competências ao nível da concentração, do autocontrole, das capacidades motoras, da comunicação verbal e não verbal nas relações e competências sociais, trabalhando assim o autoconceito, a autoeficácia e autoestima, contribuindo para um maior/melhor processo de ensino de aprendizagem e conseqüente sucesso escolar. Outro objetivo foi propor a musicoterapia como resposta eficaz, e por isso válida, nas terapias aplicadas no auxílio de alunos com NEE na Escola Pública, e ainda como ferramenta no trabalho de inclusão. Um dos desafios pessoais foi a criação da relação terapêutica com os alunos, tendo em vista a variedade de realidades pessoais de cada um.

Foram feitas avaliações dos alunos no início do estágio, elaborados planos terapêuticos individuais, realizadas filmagens (com autorização dos pais, Anexo E) e registos em papel das sessões em grupo e das sessões individuais, análise dos dados e reflexões finais. Na discussão dos resultados podemos encontrar evidências de que as diversas técnicas de musicoterapia se aplicam e se adaptam facilmente às mais diversas condições, idades e realidades dos alunos com NEE, sendo que a música é bem aceite pelas crianças e pelos adolescentes. Seria importante integrar a musicoterapia nas escolas públicas e privadas, como alternativa de apoio a todos os agentes educativos e profissionais de terapias convencionais, como a fisioterapia, a terapia da fala e a terapia ocupacional. A musicoterapia é, não só uma ferramenta de trabalho estruturante na multideficiência para alunos com NEE, como também é introdutória de elementos de exploração cognitiva e expressiva que reforçam todo o processo terapêutico e pedagógico.

Descrição da Instituição

O Concelho de Montemor-o-Novo tem 17.437 habitantes (2011) e é um dos maiores municípios do país em termos de extensão, com uma área de 1.232,10 km², subdividido em sete freguesias: Cabrela, Ciborro, Cortiçadas de Lavre e Lavre, Foros de Vale de Figueira, Santiago do Escoural, São Cristóvão, União de Freguesias de Nossa Senhora da Vila e União de Freguesias de Nossa Senhora do Bispo e Silveiras.

O Agrupamento de Escolas de Montemor-o-Novo (AEMN) é constituído por quinze escolas. A Escola Secundária, a EB 2,3 São João de Deus, doze escolas básicas, EB 1 nas Freguesias do Concelho, o Centro Escolar do Ensino Básico e um Jardim de Infância, que integram Educação e Ensino do pré-escolar ao ensino secundário. O Agrupamento de Escolas de Montemor-o-Novo apresenta uma oferta formativa diversificada, a qual procura responder às necessidades do seu público-alvo.

Missão Geral

A missão do Agrupamento de Escolas é a promoção de uma educação de qualidade para a formação plena do cidadão, garantindo a igualdade de oportunidades no acesso, na frequência e no respetivo sucesso em geral. Os valores a transmitir são a igualdade de oportunidades, o respeito pela cidadania, a qualidade e diversidade, a diversidade e qualidade de respostas às necessidades dos alunos, a justiça, a transparência, a inovação, a excelência e o empreendedorismo. A visão do Agrupamento traduz-se na criação de uma escola eficaz do ponto de vista educacional e organizacional, centrada nas seguintes dimensões: aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver em sociedade e aprender a conhecer (www.aemn.pt).

Centro de Apoio à Aprendizagem

O Centro de Apoio à Aprendizagem (CAA) é parte integrante do Agrupamento, um departamento focado na educação especial e apoio educativo; é uma unidade estruturada para crianças e jovens com deficiência ou multideficiência em regime não residencial. Todos estes alunos apresentam Necessidades Educativas Especiais (NEE). A equipa multidisciplinar é constituída por professores de educação especial, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais e vários auxiliares. O professor de ensino musical é formado em Educação Especial e promove, desde 2014 em sessões de grupo “música específica” para alunos integrados no CAA.

População Alvo

O universo de alunos, cerca de 1850, que frequentam as diversas instituições de ensino tuteladas pelo Agrupamento é muito diversificado. Cerca de 600 alunos frequentam os Jardins de Infância e o 1º ciclo nas várias Escolas Básicas do Concelho. Na EB 2,3 São João de Deus em Montemor-o-Novo funciona o 2º ciclo, do 5º ano ao 8º ano, com cerca de 650 alunos. Na proximidade da EB 2,3 encontra-se também o edifício da Escola Secundária (do 9º ao 12º ano) e as instalações desportivas, onde estudam à volta de 600 alunos, distribuídos por dois cursos profissionais.

Os alunos com NEE são acompanhados pela equipa multidisciplinar do CAA. Auxílio exterior é assegurado por profissionais da Cercimor (Cooperativa para a Educação, Reabilitação, Capacitação e Inclusão de Montemor-o-Novo, CRL) e pela Associação 29 de Abril para a multideficiência. Existe um grupo de 16 alunos sinalizados e referenciados no Plano Educativo Individualizado (PEI) para as medidas de “música específica”. Estão divididos em dois grupos, tendo cada grupo duas horas de música por semana. Trata-se de um grupo muito heterogéneo, tanto ao nível das idades como também das patologias. É constituído por alunos desde os 7 anos até aos 19 anos de idade, com as mais diversas problemáticas, como Défice Cognitivo, Défice Emocional, Dificuldades de Comportamento, PHDA, Trissomia 21, Paralisia Cerebral, Síndrome de Sanfilippo A, Síndrome WEST e Hidraencefalia. As sessões em grupo são administradas pelo professor de música e o estagiário integrou-se logo no início do estágio nestas sessões. Foram escolhidos pela Equipa Multidisciplinar e pelo estagiário, 8 alunos para a aplicação de sessões individuais de musicoterapia com duração de 45 minutos, uma vez por semana.

Enquadramento teórico

Neste capítulo vamos abordar o conceito da inclusão de alunos com NEE na escola pública, vamos enquadrar o conhecimento teórico e científico sobre os NEE e o papel da musicoterapia na intervenção com alunos com NEE na escola pública e na inclusão deles.

Necessidades Educativas Especiais

Em 1978 foi elaborado pelo Committee of Enquiry into the Education of Handicapped Children and Young People no Reino Unido o Warnock Report. Baseia-se num estudo científico realizado entre 1974 a 1978 por Helen Mary Warnock, sobre o processo educativo das crianças e jovens com deficiência física e mental na Inglaterra. Um objetivo principal era o abandono do paradigma médico e a classificação de deficiência, substituído pela adoção de um paradigma educativo, falando em dificuldades de desenvolvimento e identificando Necessidades Educativas Especiais (NEE). Os alunos com NEE apresentam condições especiais que requerem a intervenção de serviços de educação especial, de forma a facilitar o seu desenvolvimento pessoal e social e com isso o seu percurso escolar. O mesmo relatório define crianças com NEE como crianças que não sendo parcialmente deficientes ou não possuindo deficiência ou perturbações de carácter permanente, mas que necessitam, no entanto, de apoio ao nível da educação especial durante a sua vida escolar (Warnock, 1978).

A Declaração de Salamanca (UNESCO, 1994) abriu o caminho para que alunos com NEE sejam integrados no ensino regular, defendendo que todos os alunos devem aprender juntos, independentemente das dificuldades que apresentam.

“Neste conceito, terão de incluir-se crianças com deficiências ou sobredotados, crianças da rua ou crianças que trabalham, crianças de populações remotas ou nómadas,

crianças de minorias linguísticas, étnicas ou culturais e crianças de áreas ou grupos desfavorecidos ou marginais” (p.4).

Recentemente, vários autores defendem esta perspetiva:

Armstrong e Barton (2003) defendem que o conceito de NEE propõe que as dificuldades escolares das crianças sejam analisadas sob critérios educativos, tendo em conta as dificuldades escolares manifestadas e que a maioria dos alunos que apresentam NEE tem insucesso nas aprendizagens básicas de escrita e de leitura. Muito deles tem perturbações, mais ou menos graves, a nível intelectual, afetivo ou do comportamento de origens diversas. Os autores salientam que a educação especial tem como principal objetivo a identificação precoce das NEE de cada criança e é definida como o conjunto de processos utilizados para responder a essas mesmas necessidades educativas.

Consideramos alunos com NEE aqueles que apresentam determinadas condições específicas, permanentes ou temporárias e que necessitam de um conjunto de recursos educativos particulares, durante todo ou parte do seu percurso escolar, de forma a facilitar o seu desenvolvimento académico, pessoal e sócio emocional (Correia, 2008; Armstrong & Barton, 2003).

Segundo Correia (2008), existe uma NEE quando um problema de ordem física, sensorial, intelectual, emocional ou social afeta a aprendizagem ao ponto de ser necessário acionar medidas especiais de apoio ao currículo ou condições de aprendizagem especialmente adaptadas para que o aluno possa receber uma educação apropriada.

Segundo o autor existem NEE permanentes e temporárias:

1. NEE permanentes: Exigem adaptações generalizadas do currículo, adaptando-o às características específicas do aluno. As adaptações mantêm-se durante grande parte ou todo o percurso escolar do aluno.
2. NEE temporárias: Exigem modificação parcial do currículo escolar, adaptando-o às características específicas do aluno num determinado momento do seu desenvolvimento.

De acordo com Correia (2008) os NEE podem ser divididas em várias categorias específicas: intelectuais, processológicas, emocionais/comportamentais, motoras e sensoriais. É importante para os profissionais que lidam com estas crianças de perceber como se expressam as diversas maneiras dos NEE. Ao nível intelectual envolve problemas no funcionamento cognitivo, problemas de aprendizagem em geral e problemas na aquisição de competências sociais e comportamento adequado. NEE de nível processológicas apresentam problemas de aprendizagem, relacionados com a percepção, integração e processamento de informação e a sua comunicação. Ao nível emocional os problemas baseiam-se na autorregulação emocional e nos problemas comportamentais que põem em causa todo o processo de aprendizagem e sucesso escolar dos alunos. Problemas motoras, normalmente devidos a lesões congénitas ou adquiridas ao nível do sistema nervoso manifestam-se em mobilidade reduzida, problemas de motricidade e coordenação e muitas vezes também problemas de fala. NEE originados por problemas sensoriais englobam p.ex. cegos e surdos.

As origens destas condições específicas, que causam as NEE, podem ser variadas. Pode ser uma deficiência mental ou multideficiência causado por lesão ou doença num momento muito cedo da infância. Podem ser problemas de desenvolvimento intelectual ou emocional com as mais variadas razões, físicas, psicológicas, sociais ou culturais, ou

podem ser outras causas como p.ex. Perturbação do Espectro do Autismo, Asperger ou Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção.

Todas estas problemáticas ou patologias encontram-se no grupo de alunos com NEE integrados no grupo do CAA, confirmando assim ou que a respetiva literatura descreve e abrindo a reflexão sobre a intervenção musicoterapêutica neste contexto de auxiliar no trabalho de acompanhamento terapêutico de alunos com NEE na escola pública.

Escola Inclusiva

A inclusão é o novo paradigma da escola no século XXI, mas a forma de olhar para crianças com diferenças de desenvolvimento sofreu grandes alterações ao longo da história. Assim, segundo Silva (2009), na idade média, diferenças físicas ou mentais eram associadas ao diabo, aos atos de feitiçaria e bruxaria e conseqüentemente julgados e executados penas severas. Nos séculos XVII e XVIII pessoas com deficiência eram internados em orfanatos e prisões junto com delinquentes e assim completamente excluídas da sociedade. Somente durante o século XIX surgiu a ideia de institucionalizar estas pessoas através da criação de asilos e institutos, isolados, porque pensava-se que eles apresentariam um perigo para a sociedade e com o único foco de dar assistência à deficiência.

No início do século XX acontece uma grande mudança na maneira de olhar e lidar com pessoas com deficiência. A criação do Instituto Médico-Pedagógico da Casa Pia de Lisboa em 1916 tem como objetivo a observação e o ensino de crianças com perturbações mentais e lança assim as bases para a educação especial. É reconhecido, pela primeira vez, o direito das crianças com deficiência à educação especializada e à reabilitação, apesar de acontecer ainda sob as condições de separação e segregação:

“os alunos com Necessidades Educativas Especializadas (NEE) não podiam ser eficazmente ensinados na sala de aula do ensino regular, devendo, por isso, ser colocados em locais apropriados para receberem ensino diferenciado” (Ferreira, 2007, p.20).

Com o fim da segunda guerra mundial surgem a Carta Internacional dos Direitos do Humanos (Genève, 1948), e a carta sobre os Direitos da Criança (proclamada por resolução da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1959). Ambas as iniciativas foram decisivas para uma mudança geral na filosofia da educação especial e, em consequência, para a origem da fase da integração (Silva, 2009).

Assim foi criado o mecanismo que permitiu que os alunos com NEE tivessem as mesmas oportunidades de aprendizagem que os considerados “normais”. Simultaneamente, esta Carta viria a fomentar estudos científicos, estratégias e modelos inovadores para a melhoria do sistema educativo.

A expressão “inclusão” foi usada pela primeira vez na Declaração de Salamanca (1994) para indicar uma nova perspetiva de intervenção junto às crianças, principalmente as crianças com NEE, estabelecendo que todos os alunos devem aprender em conjunto independente das suas diferenças:

“as escolas devem reconhecer e satisfazer as necessidades diversas dos seus alunos, adaptando-se aos vários estilos e ritmos de aprendizagem, de modo a garantir um bom nível de educação para todos, através de currículos adequados, de uma boa organização escolar, de estratégias pedagógicas, de utilização de recursos e de uma cooperação com as várias comunidades. É preciso, portanto, um conjunto de apoios e serviços para satisfazer as necessidades especiais dentro da escola.” (UNESCO, 1994, p. 15)

Com estas mudanças a nível internacional, também em Portugal acontecem reformas no sistema educativo e segundo Leitão (2006), houve uma evolução na área da educação especial, possibilitando que alunos com NEE integrassem as escolas regulares. Os decretos foram estabelecendo os métodos de implementação deste processo inclusivo, no entanto, as práticas educativas especiais para a verdadeira inclusão dependem de várias dinâmicas. Os professores formados em Educação Especial devem apresentar uma maior receptividade face às diferenças cognitivas e sociais dos alunos com NEE e devem possuir uma maior capacidade de promover e melhorar as relações interpessoais entre todos os alunos. O currículo base de formação de professores para a Educação Especial inseriu, entretanto, estas temáticas para melhor servirem estes objetivos. Segundo Vieira & Pereira (2010), o conceito de normalização na inclusão instaurou-se a partir da premissa que todos os alunos deveriam ter igualdade de oportunidades, sendo alunos da mesma idade, do mesmo local e que pertencem ao mesmo grupo sociocultural.

Em 2018 as normas para a educação especial sofrem novamente alterações com a aprovação do Decreto-Lei n.º 54/2018 de 6 de Julho, o Novo Regime Jurídico da Educação Inclusiva (NRJEI). reforça os valores da inclusão:

“(...) estabelece como uma das prioridades da ação governativa a aposta numa escola inclusiva onde todos e cada um dos alunos, independentemente da sua situação pessoal e social, encontram respostas que lhes possibilitam a aquisição de um nível de educação e formação facilitadoras da sua plena inclusão social. Esta prioridade política vem concretizar o direito de cada aluno a uma educação inclusiva que responda às suas potencialidades, expectativas e necessidades no âmbito de um projeto educativo comum e plural que

proporcione a todos a participação e o sentido de pertença em efetivas condições de equidade, contribuindo assim, decisivamente, para maiores níveis de coesão social.”

Com a nova legislação da inclusão em vigor, o departamento de Educação Especial transforma-se no Centro de Apoio à Aprendizagem (CAA) e está a enfrentar novos desafios de como organizar o trabalho de apoio aos alunos com dificuldades no desenvolvimento. Os CAA têm como finalidades, em colaboração com outros serviços da escola: “a) Apoiar a inclusão das crianças e jovens no grupo/turma e nas rotinas e atividades da escola, designadamente através da diversificação de estratégias de acesso ao currículo; b) Promover e apoiar o acesso à formação, ao ensino superior e à integração na vida pós-escolar; c) Promover e apoiar o acesso ao lazer, à participação social e à vida autónoma” (art.º 13º. DL nº54/2018).

Neste contexto, prevê-se um conjunto de medidas de suporte à aprendizagem nomeadamente - **medidas universais**, correspondem às respostas educativas que a escola tem disponíveis para todos os alunos para promover a participação e a melhoria de aprendizagens, como a diferenciação pedagógica, a acomodação e o enriquecimento curriculares, a promoção do comportamento pró-social e a intervenção com foco académico ou comportamental em pequenos grupos (art.º 8º.); - **medidas seletivas**, quando as necessidades não são supridas pelas medidas universais e tornam-se relevantes percursos curriculares diferenciados, adaptações curriculares não significativas, apoios psicopedagógicos, antecipação e reforço das aprendizagens e apoio tutorial (art.º 9.); - **medidas adicionais**, visam colmatar dificuldades acentuadas e persistentes aos níveis da comunicação e interação, cognição ou aprendizagem que exijam recursos especializados de apoio à aprendizagem. Concretizam-se na frequência do ano de

escolaridade por disciplinas, nas adaptações curriculares significativas, num plano individual de transição, no desenvolvimento de metodologias e estratégias de ensino estruturado e no desenvolvimento de competências de autonomia pessoal e social (art.º 10.).

Nesta perspetiva o processo de identificação dos alunos com NEE é feito nos primeiros anos de escolaridade pelos psicólogos da escola e médicos, psicólogos e psiquiatras externos. É estabelecido pela Equipa Multidisciplinar, um Programa Educativo Individual (PEI), onde são revistas anualmente as medidas de apoio e terapia, assim como são documentados as alterações e os progressos da intervenção/avaliação, ou seja, “redefinem -se, a partir de uma visão holística, as atribuições das equipas multidisciplinares na condução do processo de identificação das medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão.” (Decreto-Lei n.º 54/2018 de 6 de Julho)

Musicoterapia na Escola Pública

Segundo a World Federation of Music Therapy, a definição mais recente da musicoterapia é:

“Music therapy is the professional use of music and its elements as an intervention in medical, educational, and everyday environments with individuals, groups, families, or communities who seek to optimize their quality of life and improve their physical, social, communicative, emotional, intellectual, and spiritual health and wellbeing. Research, practice, education, and clinical training in music therapy are based on

professional standards according to cultural, social, and political contexts.” (WFMT, 2011)¹

Na área da educação, a musicoterapia insere-se na escola pública e privada de ensino regular e em programas de educação especial. Tem como objetivos estimular o desenvolvimento cognitivo, motor, social e emocional das crianças e adolescentes, de forma a melhorar as capacidades de aprendizagem. Assim, as sessões de musicoterapia deverão incidir no desenvolvimento individual de cada criança indo, no entanto, ao encontro dos objetivos gerais da comunidade escolar (Cunha & Volpi, 2008).

A musicoterapia, na educação, para além de potenciar a plasticidade cognitiva, pode ainda contribuir para melhorar o nível de concentração, promover o relaxamento podendo diminuir o cansaço, e ainda potenciar motivação intrínseca para os participantes se envolverem mais nas tarefas inerentes ao processo de ensino-aprendizagem. Desta forma, podemos dizer que atividades dinamizadas com música ficam gravadas com maior profundidade na memória, permitindo à criança, através da experiência, positiva e criativa, ultrapassar dificuldades emocionais, cognitivas, físicas e sociais (Bañol, 1993).

Segundo Gfeller (1999) a musicoterapia no contexto educativo pode atuar em quatro categorias terapêuticas:

1. Como apoio às tarefas académicas através de estimulação cognitiva;
2. No comportamento, como reforço positivo;

¹ “A musicoterapia é o uso profissional da música e dos seus elementos como intervenção em contextos médicos, educativos e sociais, com indivíduos, grupos, famílias e comunidades, que procuram melhorar o seu bem-estar físico, social, comunicativo, emocional, intelectual, espiritual e a sua qualidade de vida. A investigação, a prática, a educação e a formação clínica em musicoterapia são baseadas em critérios profissionais estruturados conforme os contextos políticos, sociais e culturais.” (WFMT, 2011)

3. No apoio sócio emocional através da expressão livre de sentimentos e em contexto de grupo praticando comportamentos sociais;
4. Como apoio à educação musical, onde o musicoterapeuta pode fornecer métodos para assegurar a participação bem-sucedida do aluno com dificuldades no ambiente musical.

Adeodato (2007) afirma também que as experiências musicais, com crianças em idade escolar, podem contribuir para a melhoria da sua capacidade de aprendizagem em geral, sendo os benefícios resultantes das terapias musicais uma maior concentração, desenvolvimento de funções cognitivas e criativas, expressão de sentimentos e desenvolvimento da relação afetiva e social.

No meio escolar os objetivos da intervenção terapêutica concernem aos objetivos gerais da escola, relativos ao desenvolvimento da capacidade de aprendizagem e da motivação para desenvolver as atividades educacionais. O facto de poder existir uma expectativa específica, por parte da comunidade educativa, pode representar uma dificuldade para o musicoterapeuta neste contexto e processo, uma vez que toda a comunidade escolar está preparada para trabalhar com metas e objetivos concretos (que devem ser atingidos num determinado período de tempo) e que conferem normalmente mais importância às competências cognitivas, expressas nas notas, do que às competências emocionais e relacionais da criança, onde cada uma tem ritmos e códigos próprios. (Adeodato, 2007)

Os agentes educativos estão confrontados cada vez mais com situações e perturbações no dia-a-dia escolar, relacionados com comportamentos inadequados como a violência verbal e física. Neste sentido, a musicoterapia permite ao aluno trabalhar as suas competências cognitivas, afetivas, relacionais e conseqüentemente sociais e pode

aumentar a sensação de segurança e autoestima, diminuindo os comportamentos de agressividade. (Adeodato, 2007)

A vivência musical pode estimular e ajudar o aluno a enfrentar e gerir a sua realidade e dinâmica de autonomia/dependência, facilitando a construção simbólica de um ser humano mais preparado e completo, com mecanismos adaptativos para alcançar e manter uma maior qualidade funcional ao longo do ciclo de vida. Assim parece possível afirmar que a musicoterapia é uma boa ferramenta quando se fala num público-alvo como crianças e adolescentes, pois estes vêem-na como uma atividade lúdica através da qual, geralmente têm experiências positivas (Cunha & Volpi, 2008)..

Musicoterapia como elemento da Inclusão

As atividades musicais favorecem a inclusão de crianças portadoras de necessidades especiais. Pelo seu caráter lúdico e de livre expressão, não apresentam pressões nem cobranças de resultados, são uma forma de aliviar e relaxar a criança, auxiliando na desinibição, contribuindo para o autoconceito, envolvimento social, despertando noções de respeito e consideração pelo outro e abrindo espaço para outras aprendizagens (Bruscia, 2000).

O aspeto lúdico da música é essencial para a integração, uma vez que através da apropriação e do envolvimento dos integrantes do grupo com os elementos musicais – ritmo, altura, duração, intensidade, timbre, andamento, etc. – ocorrem constantes resinificações das relações interpessoais. (Fregtman, 1989).

Num contexto educacional marcado por isolamento e individualismo, devem ser proporcionados canais de expressividade e comunicação variados. Neste sentido, a inserção da musicoterapia nos espaços escolares torna-se relevante, uma vez que a música

pode tornar-se um objeto intermediário, possibilitando o restabelecimento da capacidade de comunicação do indivíduo, e esta pode ocorrer por meios que não são necessariamente verbais, ou seja, é um estímulo sensorial holístico. (Fregtman, 1989, apud Adeodato, 2007)

A inclusão não significa simplesmente colocar os alunos com NEE na sala de aula com os outros alunos, mas sim, é um processo complexo, que exige um acompanhamento contínuo incluindo planificação, sistematização e avaliação regular dos alunos. Com a introdução da ideologia de inclusão nas instituições do ensino verifica-se um aumento da participação de todas as crianças e adolescentes, independentemente do seu grau patológico (Clough & Corbett, 2000).

Com esta tendência parece ser necessário adaptar a capacidade de resposta por parte dos profissionais do ensino regular, da educação especial e dos profissionais de saúde, entre eles o musicoterapeuta, devido ao grande número de problemas e perturbações que podem coexistir na mesma sala de aula.

Segundo Gfeller (1999), o musicoterapeuta adota vários tipos de funções: ensino de educação musical a crianças e adolescentes com e sem patologias na mesma turma; ensino de educação musical a turmas não inclusivas, cujas necessidades educativas dos alunos não são atendidas no ensino regular; fornecimento de serviços musicoterapêuticos a crianças cujo PEI indique necessidade de intervenção musicoterapêutica; e consulta com outros professores acerca da adaptação do ensino musical ou uso da música para reforçar outros conceitos dentro da sala de aula.

Musicoterapia na Educação Especial

Na educação especial, as experiências musicais são utilizadas como objetivos que permitem o progresso do funcionamento psicológico do estudante. Áreas como a atenção, a concentração, a motivação, a competência social, como o controle de impulsos e em consequência a consciência da autoestima e da autoexpressão são as metas para a mudança e o desenvolvimento. Os comportamentos musicais refletem as mudanças ao nível das funções psicológicas subjacentes (Pelliteri, 2000).

Os objetivos principais da intervenção através da musicoterapia são: a estimulação física e psicológica, a melhoria da consciência preceptiva, da expressão emocional, das capacidades individuais e do comportamento social. Como métodos podem ser referidos três:

1. Orientação comportamental;
2. Musicoterapia psicodinâmica;
3. Abordagem humanista.

A primeira refere-se à modificação ou extinção de comportamentos através da utilização da música como meio, estímulo e reforço. A segunda parte a técnicas onde a música como tratamento visa reabilitar crianças com desordens mentais e emocionais. A terceira parte explora a relação entre a música, o terapeuta e a criança, como meio de desenvolver potencialidades expressivas e competências comunicativas, sociais e relacionais (Wigram, 2004).

A música desde sempre teve um papel importante na sociedade em geral e foi trazida atempadamente para a educação especial, depois dos seus benefícios terem sido validados. Assim, a utilização da música com o seu carácter lúdico demonstrou ser útil

para o desenvolvimento de diversas aprendizagens. Relativamente às pessoas com NEE, a musicoterapia concentra-se em trabalhar as necessidades não-musicais, ou seja, as necessidades físicas, sensoriais, emocionais, cognitivas e sociais. A partir das distintas experiências musicoterapêuticas, tendo em vista os objetivos psico-educativos de cada caso, pretende-se melhorar todas as competências referidas (Riccardi, 2005).

Através da utilização de diferentes meios, como o movimento, a recriação musical ou a improvisação vocal ou instrumental é possível identificar potencialidades e limitações da criança na comunicação verbal e não-verbal, na perceção sensoriomotora, na coordenação psicomotora, no controlo motor grosso e fino e na sua capacidade de atenção, motivação e comportamento (Davis, Gfeller & Thaut, 1999).

A musicoterapia também constitui uma ferramenta valiosa na avaliação da pessoa com NEE, seja por perturbações no neurodesenvolvimento ou por multideficiência. A música é neste sentido um instrumento de diagnóstico para avaliar o desenvolvimento da criança e para compreender melhor as suas funcionalidades através da análise das suas atitudes e respostas musicais (Boxill, 1985; Ruud, 1990).

Assim parece possível afirmar que para alunos com NEE, a musicoterapia traz benefícios no sentido que torna possível a mudança ao nível da psique e consequentemente alterações de capacidades cognitivas e de competências sociais (Pelliteri, 2000).

Desta forma a musicoterapia tem-se vindo a desenvolver bastante no que diz respeito à intervenção com crianças com diversas desordens e patologias tais como, perturbações do espectro do autismo, atraso global do desenvolvimento, perturbações do comportamento, défice de atenção, hiperatividade, entre outros (Wigram & Pedersen, 2002).

Técnicas de Musicoterapia aplicadas em alunos com NEE

A música e a sua aplicação terapêutica permitem aos alunos com NEE formas diferentes de aprendizagem de conteúdos curriculares. Descobrir novas formas de comunicação e de expressão, desenvolver a capacidade de organização do espaço e do tempo, promover o inter-relacionamento e a socialização e promover a organização e a estruturação do pensamento (Riccardi, 2005).

No trabalho com crianças e adolescentes com NEE, a musicoterapia em sessões individuais pode ser a opção mais indicada, porque permite ao terapeuta de focar-se mais nas necessidades específicas do cliente, sendo a música improvisada a técnica mais adequada neste contexto (Nordoff & Robbins, 1983).

Bruscia (2000) descreve que essa experiência musical pode acontecer em quatro campos diferentes:

1. **a improvisação**, na qual o aluno faz a sua própria música, criado no momento, e, não obrigatoriamente seguindo regras específicas. Pode ser cantando ou tocando, criando melodia, harmonia ou ritmo;
2. **a composição**, na qual o terapeuta apoia o cliente a escrever canções, ou outro tipo de composição instrumental;
3. **a recriação**, na qual o cliente reproduz canções ou músicas já existentes, seja através da voz ou de um instrumento;
4. e **a experiência recetiva** na qual o cliente escuta juntamente com o terapeuta música e pode responder à experiência verbalmente ou em silêncio, ou noutra modalidade

As técnicas de musicoterapia dirigidas a alunos com NEE são muito variadas, no entanto considera-se que a improvisação e os seus aspetos particulares de interação entre o terapeuta e o utente são uma das técnicas mais adequadas. A improvisação em musicoterapia pode gerar uma relação emocional profunda entre o terapeuta e o utente (Pavlicevic, 2000).

Wheeler (2012) reforça esta ideia, que os vários modelos da musicoterapia aplicam a improvisação como uma das atividades principais, considerando que é o melhor caminho para interagir com o utente, criando música, dando sentido à expressão e sendo assim o melhor recurso para entender os sentimentos mais profundos.

Diversas técnicas de improvisação já desenvolvidas nos modelos pioneiros por Paul Nordoff & Clive Robbins, Mary Priestley, Juliette Alvin ou Kenneth Bruscia foram levadas e desenvolvidas até aos nossos tempos por musicoterapeutas de referência como Tony Wigram, Diane Austin ou Robin Rio, entre outros, adaptando-se às necessidades específicas dos utentes e às especializações dos terapeutas. Nesta sequência, as técnicas de improvisação mais usadas são:

Espelhamento, imitação e copiar é uma técnica que promove a empatia e a sincronização com o utente, procurando o intercâmbio de respostas musicais congruentes de modo que o aluno sinta uma participação ativa e bem-sucedida, expressando-se musicalmente e corporalmente. Na prática, o musicoterapeuta vai ao encontro do utente reproduzindo exatamente o que este faz musicalmente e corporalmente. Esta imitação e cópia reproduzem a resposta do cliente. Espelhamento, copiar e imitar devem ser realizados com precaução e sensibilidade pois podem ser técnicas confrontadoras, mas ao mesmo tempo servem para tornar o utente consciente do que fez e confirmam assim a sua produção musical (Wigram, 2004).

Ajustamento é uma forma de improvisação que permite ao utente, que a experiência da sua produção musical se ajuste ao desempenho musical do terapeuta, não excluindo, no entanto, a existência de identidades musicais diferenciadas e separadas (Wigram, 2004)

Improvisação empática e reflexo é um método que exige respostas por parte do terapeuta mais conscientes e conectados com o estado emocional do utente. A improvisação empática foi utilizada por Juliette Alvin no início das sessões tentando de forma empática complementar e descrever o estado emocional do cliente segundo o que ela captava na sua postura corporal, no seu olhar ou expressão facial com o objetivo, não de manipular, mas sim, de apoiar o estado emocional do mesmo (Bruscia, 2000). Na técnica do reflexo, a música do terapeuta pode ser bem diferente da música do cliente com a finalidade de compreender e refletir a disposição do mesmo. A empatia continua a acontecer se houver congruência e humor na expressão emocional e musical, apesar de existir uma separação enquanto seres individuais (Wigram, 2004).

Enraizar, amparar e conter são três técnicas extremamente importantes quando se lida com utentes, onde a maneira de tocar é muito aleatória. Criando uma música, em termos de pulsação, ou estrutura harmónica estável oferece ao cliente uma âncora forte e são elementos indicados para este efeito. O enraizamento rítmico oferece em primeiro lugar ao cliente uma base forte para a improvisação, não havendo necessidade de um compasso determinado, mas sendo importante manter um padrão rítmico estável sobre o qual o utente se possa exprimir livremente, tendo ao mesmo tempo limites. No enraizamento tonal é estabelecido um ostinato, um baixo tonal que vai favorecer uma música mais dominante nos aspetos de harmonia ou melodia enquanto o utente vai improvisando. Usa-se geralmente progressões harmónicas simples com o 1º grau, o 4º e

o 5º grau. Quando se consegue estabelecer este enraizamento rítmico ou tonal ou até uma combinação dos dois cria-se facilmente um ambiente seguro, no qual o utente se sente bem. Na técnica do amparar e conter providencia-se um enraizamento rítmico ou tonal com a finalidade de estruturar a improvisação do cliente, as vezes caótica ou sem direção. Bruscia (2000) afirma que se encontra um “fundo musical” mais alargado e que esta técnica contém os sentimentos do cliente ao entrar em ressonância com o terapeuta durante a improvisação. Wigram (2004) reforça, que conter implica um processo no qual a música caótica do cliente necessita de ser acolhido numa música, igualmente forte e bem estruturada por parte do terapeuta com a finalidade de providenciar um ambiente musical congruente e lógico na mesma.

Amparo (Holding) vocal é uma técnica atribuída a Diane Austin. É um método de improvisação vocal, utilizando dois acordes em combinação com a voz do terapeuta, criando assim um ambiente musical consistente para facilitar o canto improvisado. Este método pode ser utilizado em combinação com o espelhamento (Austin, 2008).

Dialogar é um processo no qual o cliente e o terapeuta comunicam através de jogos musicais. No diálogo à vez a tarefa também é de esperar pela sua vez, dando tempo e espaço ao outro para se expressar, enquanto no diálogo livre existe uma estrutura mais livre e flutuante que permite um diálogo permanente em simultâneo ou em continuidade (Wigram, 2004).

Toning é o uso de vogais sustentadas com a finalidade de restaurar o equilíbrio do corpo, fazendo-o ressoar em zonas específicas, assim libertando bloqueios e aliviando stress e tensões físicas e emocionais (Austin, 2008).

Chanting significa vocalizar melodias pequenas e simples, improvisadas no momento com o propósito de exprimir algo com significado para o utente, criando assim

um ambiente de confiança e união, uma técnica que pode ser aplicado também em trabalho de grupo (Austin, 2008).

Perturbações do Neurodesenvolvimento

Neste capítulo serão abordadas duas perturbações do neurodesenvolvimento, a Paralisia Cerebral (PC) no contexto da multideficiência e a Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA). Será feito uma abordagem sobre as intervenções de musicoterapia adequadas para lidar com este tipo de utentes.

As perturbações do neurodesenvolvimento são um conjunto de alterações no desenvolvimento da criança que causam prejuízos no funcionamento pessoal em níveis distintos, pessoal, social ou académico. Têm um carácter bastante heterogéneo e variam desde limitações na aprendizagem até situações mais graves com perda de funções intelectuais ou sociais (APA, 2015).

Manifestam-se nas crianças numa idade precoce e mantêm-se ao longo do tempo, podendo, no entanto, sofrer alterações no distanciamento nas etapas de desenvolvimento à idade comparativamente com crianças sem problemas de neurodesenvolvimento. Além disso é frequente a presença de dois ou mais diagnósticos na mesma criança, ou que torna importante que o diagnóstico seja feito cedo para que se possa estabelecer um plano de intervenção adequado à criança (Marta, 2014).

As perturbações do neurodesenvolvimento são divididos em perturbações gerais e específicos. Nas perturbações gerais estão afetadas todas as áreas de desenvolvimento da criança, apesar que existam gravidades distintas, nestas perturbações gerais estão incluídas as perturbações do desenvolvimento intelectual e a perturbação do espectro do autismo. As perturbações específicas são as mais frequentes. Estão afetadas áreas específicas como da linguagem, da cognição non-verbal, do desenvolvimento da aprendizagem como dislexia, disgrafia e discalculia ou do desenvolvimento da coordenação motora. Nas perturbações específicas também estão incluídas a perturbação

de hiperatividade e défice de atenção e a perturbação desafiante de oposição e de conduta (Matos, 2009).

O cérebro da criança com perturbações de desenvolvimento teve um desenvolvimento diferente, devido à problemas já na fase de gestação ou na fase pós-natal, pode ser visto como uma construção de partes intactas e lesadas, interligadas, e por isso favorecendo mais umas portas de entrada do que outras. Com o tempo, com as aprendizagens e experiências da criança estas portas e a complexidade do funcionamento do cérebro tornam-se mais específicas e modulares (Karmiloff-Smith, 2009).

Multideficiência e Paralisia Cerebral

Algumas crianças e jovens apresentam limitações graves em diferentes áreas do desenvolvimento ou funcionamento, como é o caso da criança com multideficiência (MD). Orelove e Sobsey (2000) definem pessoas com multideficiência como “...indivíduos com limitações acentuadas no domínio cognitivo, associados a limitações no domínio motor ou no domínio sensorial (visão ou audição) e que requerem apoio permanente e cuidados de saúde específicos.” (Orelove e Sobsey, 2000, apud Saramago et al. 2004, p. 29)

As crianças com MD podem apresentar características muito diferentes, decorrentes de três fatores determinantes: a combinação e gravidade das suas limitações, a idade em que surgiram e as experiências vivenciadas. Existem, no entanto, algumas características que são comuns: o facto de apresentarem acentuadas limitações ao nível das funções do corpo, nomeadamente, nas funções mentais; nas funções da comunicação e da linguagem, que afetam a compreensão e a produção de mensagens orais, a interação verbal com os parceiros, a conversação e o acesso à informação; e ao nível das funções

motoras, no que concerne a mobilidade, como o andar, o deslocar-se, o mudar a posição do corpo, o movimentar objetos e ainda a motricidade fina (Nunes & Amaral, 2008).

No universo das multideficiências encontramos a Encefalopatia Crônica Não-Progressiva, também conhecida como Paralisia Cerebral. É uma doença do neurodesenvolvimento, comum com uma frequência mundial de 2,5 por 1.000 partos (Dogde, 2011).

A maioria dos casos de Paralisia Cerebral (85–90%) é congénita. A origem perinatal é mais frequente na prematuridade que no termo (49% versus 35%), e o risco do dano neurológico está relacionado inversamente com a idade gestacional e com o peso fetal na época do parto. Mesmo os fetos prematuros considerados saudáveis pertencem ao grupo de risco para lesão cerebral. Um quarto de todos os casos de paralisia cerebral ocorre antes de 34 semanas de gravidez. Devido à sua associação com parto pré-termo, as gestações múltiplas também contribuem para um risco maior de paralisia cerebral, que aumenta 8 vezes na gravidez dupla e 47 vezes na gestação tripla (Himpens, Van den Broeck, Oostra & Vanhaesebrouck (2008).

Os fatores que provocam uma lesão cerebral precoce e não evolutiva são diversos e podem localizar-se no tempo, consoante o tipo de lesão durante a gestação (pré-natais), durante o parto (péri-natais) ou após o nascimento (pós-natais).

Jiménez (1997) apresenta os seguintes fatores para ocorrência da Paralisia Cerebral:

1. **Fatores pré-natais:** hipoxia (falta de oxigénio) ou anoxia (ausência de oxigénio), infeções intrauterinas, rubéola / sífilis /toxoplasmose, intoxicações

por agentes tóxicos, medicamentos, exposição a radiações, diabetes, incompatibilidade sanguínea, tensão alta.

2. **Fatores péri-natais:** separação da placenta ou placenta prévia, prematuridade, hemorragia intraventricular, hipoxia ou anoxia, traumatismos mecânicos do parto, parto demorado.
3. **Fatores pós-natais:** icterícia do recém-nascido devido a incompatibilidade sanguínea, traumatismos cranianos, lesões expansivas: tumores, hematomas, problemas metabólicos, acidentes cardiovasculares, meningite, encefalite, traumatismo cranioencefálicos, ingestão de substâncias tóxicas.

Apresenta carácter permanente e não progressivo e pode ser reconhecida em fases precoces da vida. Caracteriza-se por disfunção motora e/ou postural, mas pode ter vários problemas secundários associados, como falta de visão e/ou da fala, convulsões e perturbação do desenvolvimento intelectual. Podem manifestar-se também problemas como a ingestão de alimentos e o controlo da bexiga e do intestino, salivação excessiva, problemas de respiração, problemas da pele e problemas de aprendizagem. Por exemplo, a disartria associada à paralisia cerebral pode resultar em problemas de inteligibilidade no discurso. É por isso muito importante existir uma abordagem multidisciplinar no diagnóstico e nos tratamentos clínicos (Boardman, Bernal, & Hollins, 2014; Dogde, 2011; Gerenser & Forman, 2007; Guy & Neve, 2005).

Distinguem-se quatro tipos de PC: o tipo espástico, o tipo atetósico, o tipo ataxia e o tipo misto (Levitt, 2001)

1. O tipo **espástico** resulta de uma lesão no sistema nervoso piramidal e caracteriza-se por hipertonia permanente dos músculos e rigidez nos

movimentos. Estes doentes sofrem de perda dos movimentos voluntários, contração exagerada dos músculos em extensão, ocorrência de espasmos musculares e observa-se um esforço excessivo para realizar movimentos. A hipertonocidade pode provocar posturas incorretas que, embora com caráter mutável, podem evoluir no tempo até se converterem em deformidades fixas (Jiménez, 1997).

2. No tipo **atetósico**, a lesão ocorreu no sistema extrapiramidal. É caracterizado por movimentos lentos, incontroláveis e imprevisíveis, que tendem cessar durante o repouso ou sono, mas podem aumentar nos momentos de excitação. A alteração do tônus muscular oscila entre o excesso de tônus (hipertonia) e baixa/ausência de tônus (hipotonia). Estes indivíduos, por norma, apresentam níveis de inteligência normais, no entanto têm problemas de produção e entendimento da linguagem.
3. O tipo **ataxia** é devido a uma lesão no cerebelo e caracteriza-se por perturbações no equilíbrio, descoordenação motora tanto ao nível da motricidade grossa e fina como em tremores nos movimentos intencionais.
4. Algumas crianças podem apresentar sintomas de dois tipos de PC, o tipo **misto**, sendo o mais comum a combinação entre o tipo espástico e atetósico. Normalmente estas crianças apresentam limitações intelectuais graves.

Uma possível medicação visa aliviar os sintomas através de anticonvulsivantes para prevenir ou reduzir a frequência de crises ou da toxina botulínica ou relaxantes musculares para diminuir a espasticidade e o excesso de salivação.

Musicoterapia e Paralisia Cerebral

Rett & Seidler (1996) afirmam que para crianças com lesões cerebrais, muitas vezes, a música é o único acesso aberto para provocar uma reação, oferecendo estímulos musicais e não verbais que promovam o raciocínio da criança.

Assim a musicoterapia no tratamento de crianças com PC pode ajuda-lhes na organização de espaço e tempo, na sua expressão emocional e no controle da sua motricidade. Os aspetos lúdicos e o prazer que a música proporciona favorece o equilíbrio emocional, o desenvolvimento e a integração social, aumentando por outro lado a capacidade de manter a atenção (Andrade, 1998).

Wigram, Pedersen & Bonde (2002) reforçam esta ideia que a música, enquanto ferramenta de expressão e sendo uma linguagem em si, para uma pessoa com paralisia cerebral pode ser um dos poucos meios de comunicação.

As técnicas de musicoterapia aplicadas no acompanhamento de crianças e adolescentes com PC mais indicadas iniciam com improvisação empática, p. ex. espelhamento com o objetivo de criar relação e um ambiente de confiança. A técnica de estruturação, p. ex. o enraizamento rítmico tem como objetivo a provocação e integração de reações espontâneas. Enquanto técnicas de provocação, como reflexo ou dialogar podem reforçar a vontade de participação e a expressão de emoções. Jogos musicais vocais podem auxiliar na aquisição de habilidades de comunicação e no treino fonético. A harmonia pode ser desenvolvida usando sons simples em simultâneo (Kantor & Dzidová, 2016).

Jogos rítmico, a prática de rimas e atividades vocais em combinação com palavras ou frases, postas em estruturas harmónicas e/ou melódicas são outras técnicas possíveis (Thaut, 2005).

Podemos diferenciar várias áreas de finalidade terapêutica, a intervenção na área sensorial para estimular os sentidos (visão, audição e tato), na área corporal para promover a consciência corporal e competências motoras grossas e finas, na área comunicativa com o objetivo de treinar competências de comunicação através de estruturação musical e na área social, usando o “fazer música” para exercitar comportamentos adequados e pragmáticos e para respeitar normas sociais (Wigram, 2004).

Assim, a musicoterapia pode trabalhar os mesmos objetivos como outras terapias convencionais, na melhoria da articulação e linguagem (terapia da fala), na consciência corporal e na motricidade grossa (fisioterapia), na área sensorial e motricidade fina (terapia ocupacional), na formação de conceitos e competências sociais (educação) e no autoconhecimento e controlo de impulsos (psicoterapia). As mudanças no comportamento musical são relevantes no sentido que refletem mudanças á nível pessoal (Pelliteri, 2000).

Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) é catalogado no DSM-V sob o código 314.01. Considerado um problema de desenvolvimento muito estudado, mas, no entanto, ainda muito controverso por ter variadas expressões na personalidade e por se refletir em vários contextos da vida como na família, na escola e instituições de saúde. Trata-se de uma síndrome detetado com cada vez mais frequência na nossa sociedade, estimado em afetar 5% da população mundial em idade escolar (Polanczyk, Willcutt, Salum, Kieling & Rohde, 2014).

É mais comum entre crianças e adolescentes do sexo masculino do que do sexo feminino (3:1), atinge as crianças frequentemente por volta dos sete anos de idade, mas os sintomas podem estender-se até à vida adulta. É um comportamento que se manifesta, tanto em casa como na escola, caracterizado essencialmente por atividade motora excessiva, falta de atenção e impulsividade, mas também por problemas associados como o funcionamento emocional e social, o transtorno desafiador de oposição, conduta inadequada e ansiedade (Faraone, 2015).

Em crianças com PHDA também existe um risco aumentado de lesões físicas não intencionais, devido a comportamentos agressivos e de oposição desafiante, que pode ser uma das causas de mortalidade aumentada nesta faixa etária da população (Dalsgaard, Østergaard, Leckman, Mortensen & Pedersen, 2015).

Na prática distingue-se o Défice de Atenção com ou sem Hiperatividade através dos subtipos hiperativo, desatento e misto. A agitação motora pode ser um resultado da incapacidade da criança se focar. O problema principal está na dificuldade de seleção dos estímulos relevantes para manter a atenção orientada durante um determinado período tempo (Lobo Antunes, 2009).

Os estudos apontam a PHDA como sendo uma alteração neurobiológica de origem genética. Uma pessoa com PHDA influencia o ambiente em que vive, geralmente de modo negativo. Dentro da família é o responsável por situações embaraçosas; na escola é inicialmente bem aceite por ser agitado e brincalhão. No entanto, também é competitivo e não sabe partilhar, por isso, frequentemente vai perdendo as suas amizades. Algumas das consequências das citadas características é a baixa tolerância à frustração e a tendência ao isolamento, o que faz das crianças com PHDA seres humanos com baixa autoestima (Phelan, 2005).

Assim tanto o sintoma do Défice de Atenção como também a Hiperatividade causa nas crianças normalmente problemas no contexto escolar. O aluno não apresenta capacidade de concentração durante um período prolongado, sendo desta forma excluído de algumas tarefas de aprendizagem e processamento de conteúdos, trabalhos minuciosos, estudos em grupo ou outras atividades que exijam capacidade de foco. A impulsividade pode ser interpretada como incapacidade de inibir comportamentos em forma de respostas imediatas quase sempre imprecisas.

No entanto, é esta agitação da criança que em outros contextos se manifesta como criatividade inventiva, a criar jogos, brincadeiras ou sugestões originais para problemas (Silva, 2003).

Crianças com PHDA podem revelar um alto índice de inteligência, criatividade e potencial que procura forma e espaço para se desenvolver. O diagnóstico e tratamento para este distúrbio de desenvolvimento devem ser feitos por uma equipa multidisciplinar que envolve a família, a escola, psicólogos, médicos e terapeutas. A questão mais frequente neste âmbito, centra-se essencialmente na procura da metodologia mais eficaz e mais correta/adequada. Atualmente, acredita-se que uma intervenção multimodal obtém melhores resultados e mais duradouros (Melo, 2004).

Apesar de haver muita controversa relativamente às causas neurológicas para esta deficiência é evidente que existem alterações a nível do desenvolvimento do cérebro, nomeadamente nas partes dos Lobos Frontais, do Corpo Caloso, dos Gânglios da Base e do Cerebelo. Existem também problemas com neurotransmissores como a Dopamina, a Serotonina e a Noradrenalina (Lobo Antunes, 2009).

As causas da existência destas alterações podem estar ligadas a lesões cerebrais, alterações bioquímicas, consumo de substâncias durante o período de gestação, fatores

hereditários, causas alimentares, sobredosagem vitamínica, desequilíbrio no sistema vestibular, estilo educativo parental e organização familiar e até demasiada televisão (Lopes, 2003).

Existem tratamentos farmacológicos que podem melhorar os sintomas de falta de atenção, da hiperatividade e da impulsividade e podem assim melhorar a funcionalidade das crianças com PHDA (Verkuijl, Perkins & Fazel, 2015).

Estes fármacos distinguem-se entre medicação estimulante e não estimulante. Estudos sugerem que a medicação com estimulantes como o Metilfenidato (Ritalina), ou derivados de anfetaminas tem efeitos melhores e mais imediatos. O metilfenidato é um medicamento de 1ª linha. É um psicostimulante que aumenta a atividade do sistema nervoso central através da inibição na recaptção dos neurotransmissores Noradrenalina e Dopamina. No tratamento com estimulantes a crianças com PHDA podem ser observadas a diminuição da impulsividade e um aumento da concentração no desempenhar de tarefas. Estudos controlados e aleatórios também sugerem que este tipo de medicação diminui o risco de dependência de drogas ilícitas (Konstenius, Jayaram-Lindström, Guterstam, Beck, Philips, & Franck, 2014)

Ao mesmo tempo podem aparecer efeitos secundários como insociabilidade, alterações a nível dos afetos, perda de peso e tiques, raramente pode existir um comportamento psicótico com manias e alucinações. Também podem surgir reações ao nível do coração e da pressão arterial (Cortese, Holtmann, Banaschewski, Buitelaar, Coghill, Danckaerts, et al. & European ADHD Guidelines Group 2013).

No tratamento não estimulante, considerado de 2ª linha com a Atomoxetina (Strattera, p.ex.) os efeitos terapêuticos podem demorar entre 2 a 4 semanas para se tornarem evidentes. A Atomoxetina inibe o transportador pré-sináptico de Noradrenalina

impedindo a recaptação de Noradrenalina em todo o cérebro. Esta medicação demonstrou ser menos eficaz que a medicação estimulante. No entanto, pode ser administrado em casos de efeitos secundários incómodos da medicação estimulante, em casos onde a medicação estimulante não foi eficaz ou em combinação para aumentar a eficácia.

Numa revisão sistemática e de meta-análise com mais de 9.000 casos (Ruiz-Goikoetxea, Cortese, Aznarez-Sanado, Magallón, Zallo, Elkin, et al., 2018) sobre a relação entre PHDA e o risco aumentado de lesões físicas não- intencionais, os autores afirmam que a medicação, sobretudo com Metilfenidato diminui claramente o risco de as mesmas acontecerem.

Atualmente combina-se o uso de medicação com terapias comportamentais, artes-terapias e a musicoterapia. Uma vez que o aluno com PHDA possui amplas capacidades criativas e espontâneas, características estas valiosas para o meio artístico, parece oportuno desenvolver e apostar em vivências musicais relacionadas com a intervenção musicoterapêutica.

Musicoterapia e PHDA

“Terapeuticamente a música ultrapassa o papel de entretenimento, de enriquecimento cultural, (...) para servir de suporte a técnicas particulares de psicoterapia (...)” (Verdeau-Paillés, Boris, Delli Ponti, 1995)

As atividades de musicoterapia, pelo seu carácter lúdico e de expressão livre, não criam pressões sobre as crianças com PHDA. Além disso são uma forma de aliviar, relaxar e promover o seu desenvolvimento e bem-estar geral. A gestão relacional terapeuta-utente pretende também despertar a noção de respeito pelo outro, favorecendo a comunicação e a cooperação. A musicoterapia oferece um novo universo de linguagens e aquisições

específicas, por exemplo, noção de matemática/cálculo, sentido rítmico e novos símbolos, que ajudam na organização do pensamento, abrindo espaço para novas aprendizagens (Pelliteri, 2000).

A música é um estímulo forte, ligado às emoções, ao prazer e ao sistema cerebral de recompensa. O estímulo musical é sentido como compensador pelo ouvinte. Estudos demonstraram uma relação entre a emoção e os circuitos de recompensa no nosso cérebro durante a escuta musical (Blood & Zatorre, 2001).

Jackson (2003) afirma num estudo, que os métodos e técnicas mais utilizados em crianças com PHDA são o método Nordoff & Robbins, a improvisação, a música e o movimento, cantar em grupo e a improvisação vocal. Referidas foram também atividades como a escrita de canções, atividades musicais para o desenvolvimento da fala e de competências motoras e treino de atenção musical. A escuta de música demonstrou também efeitos de redução de hiperatividade.

Parece-nos possível afirmar que a aplicação de técnicas de musicoterapia, no acompanhamento de crianças com PHDA, apoia o desenvolvimento de capacidades cognitivas, comunicativas e de competências relacionais, permitindo que a criança possa alcançar mais autoconfiança, autoestima e assim uma melhor qualidade de vida.

Objetivos do Estágio na Instituição

O objetivo geral deste estágio foi propor a musicoterapia, como resposta ou co-terapia, em parceria com as terapias convencionais no contexto escolar na intervenção terapêutica, trabalhando com crianças e adolescentes com problemas de desenvolvimento, reforçando o reconhecimento e a valorização da musicoterapia no acompanhamento destes alunos com Necessidades Educativas Especiais.

Estas experiências foram partilhadas nas supervisões, que decorreram ao longo do ano letivo, no sentido de monitorar as estratégias e resultados das intervenções.

Um objetivo, referido no título deste trabalho, foi o aspeto da inclusão, abrindo em primeiro lugar caminho para a aceitação por parte da direção do Agrupamento, do corpo docente e da equipa multidisciplinar para a aplicação de técnicas de musicoterapia em contexto de turma, favorecendo a inclusão na sua vivência espontânea na comunidade educativa.

Os objetivos específicos deste estágio, no que diz respeito aos alunos selecionados para intervenções de musicoterapia foram: estimular a comunicação (verbal e não verbal); estimular a expressão corporal, vocal e sonora; estimular a motricidade; estimular a coordenação motora grossa e fina; trabalhar o controle da respiração; estimular a imaginação e criatividade; desenvolver a capacidade de atenção e concentração; trabalhar e melhorar a memória; treinar e melhorar o controle emocional e comportamental; melhorar a autoestima e a autoeficácia; adquirir e melhorar competências sociais e promover um melhor relacionamento consigo próprio, com o outro e com o mundo que os rodeia e criar contextos para práticas de inclusão.

Metodologia

Procedimentos

No início do estágio, em Setembro de 2018 foram realizadas várias reuniões com a Diretora do Agrupamento, a Coordenadora do Departamento da EE, a Coordenadora do CAA e a Psicóloga da Escola, sendo a Orientadora do Estágio no local. Foram alinhadas estratégias para a realização do Estágio em Musicoterapia, integrado nas atividades do CAA, a fim de definir participantes e horários. Logo no início de Outubro começaram as sessões em grupo de Musicoterapia para os alunos de NEE, administrados pelo Professor de EE e acompanhados pelo Estagiário. Foram aplicadas avaliações no fim das sessões em conjunto e planificado a próxima sessão. Estas sessões tiveram lugar na sala de Educação Musical na Escola EB 2,3 às 2^a e 5^a feiras, com a duração de 90 minutos. Os dois grupos foram compostos por 16 alunos, sinalizados pelo CAA para esta atividade. Foram utilizadas técnicas de escuta musical, seguidas de análise verbal, reconstrução de músicas ouvidas, execução de canções com instrumentário variado e, seguindo o modelo Nordoff & Robbins, improvisação livre e guiada.

Fase de observação e avaliação inicial

Estas sessões possibilitaram uma observação e avaliação inicial dos alunos no sentido de os propor para as sessões individuais de Musicoterapia. Em Outubro foi agendada uma reunião com a equipa do CAA, para este efeito, e em conjunto foram seleccionados 8 alunos.

Após consulta dos PEI e comunicação com os respetivos Professores de EE foi elaborado pelo estagiário, um plano de intervenção para estes alunos. Este plano foi apresentado à equipa do CAA no início de Novembro. Foram realizadas também reuniões com os Encarregados de Educação para serem informados da intenção deste estágio,

autorizarem as sessões individuais, fornecerem informações complementares sobre os educandos e darem as respetivas autorizações de registo das sessões em formato som e imagem.

Depois de completos estes procedimentos, as sessões individuais tiveram início em Dezembro na Escola EB 2,3 e na Escola Básica nº 5, distribuídas por 4 dias semanais com a duração de 45 minutos cada. Foram realizadas avaliações iniciais, diagnóstico, e desenvolvidos os planos terapêuticos. As sessões foram registadas em papel, som e imagem.

Participantes

Ao longo do estágio foram alvo de intervenção 16 alunos em sessões de grupo e 8 destes alunos, também em sessões individuais. Trata-se de um grupo muito heterogéneo, com os diagnósticos descritos na tabela 1. É constituído por alunos desde os 7 aos 19 anos de idade, sendo 7 do sexo feminino e 9 do sexo masculino. Na tabela 1 encontram-se descritas as características da amostra. Os nomes dos alunos foram alterados de modo a preservar a identidade e privacidade dos mesmos. Evidenciados estão os dois alunos dos estudos de caso.

Tabela 1

Caracterização dos Participantes

Nome	Sexo	Idade	Diagnóstico	Ano de escolaridade
Ruby	masculino	8 anos	Multideficiente, Charcot M.T., von Willebrand, San Filippo A	2º
Trigy	masculino	7 anos	Multideficiente, Hidraencefalia	2º
Rody	masculino	10 anos	Défice cognitivo	4º
Migy	masculino	8 anos	Trissomia 21	4º
Alery	masculino	11 anos	PHDA	5º
Mary	feminino	10 anos	Défice cognitivo	5º
Jery	feminino	12 anos	PC , hemiparesia direita	7º
Antry	masculino	15 anos	PEA	8º
Frany	masculino	10 anos	Trissomia 21	8º
Cary	feminino	14 anos	Défice cognitivo	8º
Mady	feminino	14 anos	Défice cognitivo	8º
Tigy	masculino	15 anos	Défice cognitive e motor	8º
Clay	feminino	18 anos	Síndrome WEST	9º
Amy	feminino	15 anos	Défice cognitivo	10º
Ley	masculino	17 anos	Síndrome Asperger	11º
Bey	feminino	19 anos	Défice cognitivo	12º

Instrumentos de avaliação

A música é um veículo sensorial diversificado e por isso uma ferramenta valiosa para avaliar o nível de desenvolvimento das pessoas, ou compreender melhor as suas funcionalidades através da análise das suas respostas musicais (Ruud, 1990).

No contexto escolar onde foi desenvolvido este estágio, já decorrem há cerca de 7 anos aulas de música como ferramenta facilitadora e potenciadora das competências dos alunos para atenuar as dificuldades de aprendizagem em alunos com e sem NEE, não tendo estas, no entanto, um registo sistematizado com carácter científico. A parceria com o professor responsável destas ações permitiu/facilitou, para além de um trabalho multidisciplinar, o estabelecimento de uma mais rápida relação com os participantes das dinâmicas de grupo. No que concerne aos estudos de caso os instrumentos de avaliação (iniciais – diagnóstico e finais- comparativo) pretenderam cumprir os critérios específicos da abordagem da musicoterapia como ciência.

No início do estágio foi feita uma avaliação geral sobre o perfil musical dos alunos escolhidos para sessões individuais, utilizando uma escala de avaliação musicoterapêutica, cedido pela musicoterapeuta da Associação de Paralisia Cerebral de Évora e adaptado pelo estagiário. (Anexo C). A mesma foi utilizada no fim do estágio para registar as alterações/progressos dos alunos.

Foram feitas duas avaliações formais aos alunos escolhidos para estudo de caso, uma no início das sessões individuais e uma no fim das mesmas, utilizando uma escala, desenvolvido pelo estagiário e inspirado nas escalas de avaliação de John A. Carpenter (2013), integradas no *The Individual Music-Centered Assesment Profile for Neurodevelopmental Disorders* (IMCAP-ND). Estas escalas ainda não foram validadas em Portugal, mas esta validação está em processo e dada a atualidade das mesmas e os

métodos de cotação bastante diferenciados, pareceu interessante usar parâmetros da avaliação musical-emocional, musical-cognitiva/percetiva e da capacidade de resposta musical. (MEARS), (MCPS) e (MRS). (Anexo D)

Fase de intervenção

Ao longo das sessões de musicoterapia em grupo os alunos foram incentivados a terem um papel ativo no processo de criação musical, utilizando sobretudo a técnica da improvisação parcialmente livre, mas também guiada, procurando momentos de espelhamento e de imitação. Foi uma tarefa importante a de encontrar técnicas que incluíssem as crianças mais incapacitadas, de modo a garantir o que as sessões fossem uma experiência bem-sucedida. No contexto de haver o professor de música e o estagiário a conduzir as sessões, as condições adequaram-se aos requisitos do modelo Nordoff & Robbins no sentido de um dos monitores poder criar e manter uma estrutura e sonoridade organizada, enquanto o outro interveniente está livre de circular e procurar a interação musical direta com os alunos.

Pavlicevic e Wood (2005) defendem que as crianças necessitam de uma estrutura clara para se relacionarem. Neste sentido foram realizados jogos musicais como “o mestre da orquestra”, em qual, alternadamente, um dos alunos organizava os outros alunos em termos de instrumentário, lugar e momento de intervenção e sonoridades. Com esta interação procurou-se suportar e melhorar as competências criativas e expressivas das crianças e ainda as suas competências de relação interpessoal. Outros momentos importantes nas sessões em grupo foram a escuta de músicas, escolhidas pelos alunos, com a participação destes, tanto no acompanhamento da música com a própria voz como com movimentos corporais. No fim destas escutas, foi promovida uma análise pessoal

das músicas, procurando uma consciencialização dos alunos sobre a letra/mensagem, ritmo e ambiente sonoro. Estes momentos também foram importantes para treinar a autorregulação dos alunos.

Para as sessões individuais foi desenvolvido um plano terapêutico para cada um dos intervencionados. Tendo em conta as necessidades individuais, a estrutura das sessões e as técnicas de musicoterapia aplicadas variaram de aluno para aluno, como é abordado nos estudos de caso e nas outras intervenções.

Conclusão e avaliação final

Em Junho, com o fim do ano letivo ficaram concluídas as sessões de intervenção musicoterapêutica. Foram aplicados novamente os instrumentos de avaliação das sessões individuais para poder comparar e documentar os resultados (Anexo C), avaliando se os objetivos propostos foram, e até que ponto, atingidos. Através dos registos e filmagens foram avaliados qualitativamente os progressos dos alunos. Para os alunos dos estudos de caso foram aplicados os respetivos instrumentos de avaliação para poder avaliar e interpretar as alterações/progressos atingidos (Anexo D). Foi importante também o “feedback” dos professores e encarregados de educação, transmitidos diretamente ao estagiário ou pela psicóloga/orientadora no local.

Recursos materiais

As sessões em grupo e as sessões individuais dos alunos integrados na escola EB 2,3 tiveram lugar na sala de educação musical da mesma escola. Esta sala está equipada com um teclado digital, uma guitarra acústica, uma coluna amplificada, um microfone para a voz e instrumentos do instrumentário Orff como xilofones, marimbas, metalofones, tambores, pandeiretas, reco-reco, claves, sinos, etc. Um piano acústico, um acordeão, uma

“shruti-box”, um microfone e uma loop-station foram cedidos pelo estagiário. Também existe na sala um computador e uma aparelhagem de som para a audição de músicas em conjunto.

Na escola básica nº 5, as sessões individuais foram ministradas na sala de ginásio e numa sala de apoio a atividades extracurriculares. A escola básica também possui vários instrumentos Orff. Uma guitarra, um acordeão e taças terapêuticas Peter Hess® foram levados pelo estagiário. Para os registos em som e imagem foram utilizados uma handycam, um telemóvel e um computador portátil.

Estrutura das sessões

As sessões em grupo seguiram o conceito de Nordoff & Robbins no sentido em que um dos orientadores, ou o professor de música e educação especializada, ou o estagiário começaram com uma base musical estável, convidando a seguir os alunos a escolherem instrumentos e juntarem-se à improvisação em grupo. Por norma, um dos orientadores movia-se pela sala para interagir com os participantes com o objetivo de criar relação e de apoiar e reforçar a expressão e participação musical.

A seguir à improvisação livre foram propostas várias atividades como jogos musicais, recorrendo á improvisação guiada e aplicando técnicas como a imitação e o espelhamento, recriação de músicas, normalmente canções conhecidas, ou a escuta de músicas, seguido por um diálogo verbal, falando das letras ou impressões e emoções sentidos pelos alunos. Um dos objetivos foi sempre de incluir todos os alunos, conforme as suas capacidades, nas atividades musicais, dando enfoque à coragem e “naturalidade” de se expor e expressar livremente frente aos outros.

As sessões individuais foram planeadas semanalmente conforme os objetivos do plano terapêutico. Respeitando as necessidades dos alunos, foi necessário ter flexibilidade nas sessões sendo possível serem adequados espontaneamente, reconhecendo e respeitando a “forma diária” do aluno e as possibilidades que assim se propuseram para aquele momento. As técnicas utilizadas variaram muito, adaptando-se às condicionantes das patologias, das capacidades e objetivos terapêuticos de cada caso. Esta parte será especificada na descrição dos dois estudos de caso e nas outras intervenções.

Tabela 2

Agenda semanal

Sessões de Grupo			
Grupo 1			
Dia	Hora	Nome	Local
2ª-feira	14h45-16h15	Jery	EB 2,3
		Alery	
		Antry	
		Frany	
		Amy	
		Rody	
		Ruby	
		Trigy	
Grupo 2			
5ª-feira	8h30-10h00	Cary	EB 2,3
		Tigy	
		Mady	
		Leony	
		Migy	
		Caty	
		Cly	
		Bey	
Sessões individuais			
2ª- feira	14h00-14h45	Migy	Nº 5
4ª-feira	14h45-15h30	Antry	EB 2,3
4ª-feira	15h30-16h15	Amy	EB 2,3
5ª-feira	11h00-11h45	Trigy	Nº 5
5ª-feira	11h45-12h00	Ruby	Nº 5
6ª-feira	12h00-12h45	Rody	Nº 5
6ª-feira	13h00-13h45	Jery	EB 2,3
6ª-feira	14h15-14h45	Reunião semanal	EB 2,3
6ª-feira	15h30-16h15	Alery	EB 2,3

Estudo de caso I – Jery

Caraterização da utente e avaliação inicial

A Jery é uma jovem de 12 anos, natural de Montemor-o-Novo que frequentou no ano escolar de 2018/19 a turma do 7º ano na escola EB 2,3 nesta cidade. Segundo o processo de avaliação que consta no PEI a Jery foi diagnosticada com Paralisia Cerebral com Hemiparesia direita espástica ao ano e seis meses de idade, o que lhe provoca limitações relacionadas com a força gerada pela contração dos músculos e grupos musculares em repouso do lado direito do corpo. Ela apresenta dificuldades graves ao nível motor, padrão espástico e curvado com marcha assimétrica e aparente claudicação dos membros superiores direitos, reação de endireitar o corpo, alterações no equilíbrio e ausência de reações de extensão protetiva à direita. Ela tem movimentos manuais rígidos com espasmos e lentificação, o que lhe dificulta toda a destreza relacionada com a motricidade fina.

Na avaliação psicológica, a Jery fica aquém do esperado para a sua idade, apresenta atrasos e alterações em todas as escalas do desenvolvimento, a nível cognitivo, pessoal-social, na linguagem, na concentração e motivação, para a realização de tarefas e no raciocínio prático. Apresenta lentificação do pensamento e tem dificuldades de evocar nomes dos objetos do seu quotidiano. Alterações da forma do palato comprometem a posição correta da língua pelas quais ela não consegue encerrar bem os lábios. No âmbito da articulação verbal verificam-se alterações de estruturas e tonicidade, comprometendo uma boa perceção da fala.

A Jery tem uma boa estrutura familiar que apoia e contem nas atividades da vida diária e na articulação escolar. Na escola está integrada no CAA na unidade de multideficiência, está inserida numa turma reduzida e com currículo específico

individualizado. Ela está acompanhada por uma professora da educação especial e uma assistente para as atividades, refeições e cuidados básicos. A Jery beneficia de apoio de profissionais da saúde como, terapeuta da fala, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e psicóloga. Frequenta a natação adaptada e o clube de informática. Desde 2015 assiste também às sessões de música específica para o grupo de alunos de educação especial, monitorizados pelo professor de música.

Foi neste contexto que o estagiário teve o primeiro contato com a aluna e conseguiu elaborar uma avaliação inicial através da observação e de um questionário de avaliação musicoterapêutica, cedido pela musicoterapeuta da Associação de Paralisia Cerebral de Évora (Anexo C). Já nas primeiras sessões foram óbvias as limitações ao nível motor e cognitivo, mas também eram bem visíveis a alegria e o entusiasmo que a música provocava na Jery. Ela tem um instrumento preferido que é a guitarra, que devido a Hemisparesia direita toca de forma adaptada, segurando o braço da guitarra com a mão direita e friccionando as cordas com a mão esquerda. Não consegue pressionar as cordas com a mão direita no sentido de criar acordes ou algo intencional.

No que diz respeito a sua participação ativa no grupo observou-se pouca capacidade de resposta intencional devido substancialmente a incapacidade de movimentação fácil, mas também devido a atrasos em relação a interatividade com o outro através de uma comunicação musical. Observou-se que a Jery precisa de muito reforço e animação para se integrar no grupo de modo a participar nas atividades comuns. Através destas observações o estagiário conseguiu determinar três problemas principais nos quais se baseia o plano terapêutico que foi elaborado em Dezembro, após a aceitação da Jery para sessões individuais de musicoterapia pelos seus pais e pela equipa multidisciplinar.

Plano terapêutico

Tabela 3

Plano Terapêutico da Jery

Problema nº 1: Dificuldades motoras do lado direito		
Objetivo: Aumentar a motricidade do lado direito		
Sub-objetivos:		
Ser capaz de manipular instrumentos musicais com a mão direita.	Treinar a coordenação olho/mão e das duas mãos.	Transformar a experiência musical em movimento corporal.
Problema nº 2: Dificuldades de interação com pares		
Objetivo: Melhorar a capacidade de interação musical com o terapeuta		
Sub-objetivos:		
Conseguir criar um discurso musical a dois.	Aumentar a capacidade de resposta musical intencional.	Fazer jogos musicais como imitação ou espelhamento, dirigidos pela utente.
Problema nº 3: Dificuldades na utilização da voz / entoação		
Objetivo: Aumentar à vontade e capacidade de usar a voz na produção musical		
Sub-objetivos:		
Imitar sons musicais com a voz.	Conseguir entoar vocais relacionados com a produção musical.	Conseguir cantar linhas musicais simples junto com o terapeuta.

Fase de Intervenção

Foram realizadas 21 sessões individuais entre Dezembro '18 e Junho '19. Como já descrito aconteceu o primeiro contato, as primeiras observações e a avaliação inicial num contexto grupal, onde a Jery, devido às suas limitações e a composição do grupo, não teve muito espaço de expressão ou evolução do seu “self musical”. Consequentemente procurou-se nas primeiras sessões individuais compreender melhor a atividade/perfil musical e o significado da música para a utente, através da observação e aplicação das escalas MEARS, MCPS e MRS, (Anexo D).

Outro foco nestas sessões iniciais foi o da criação de relação entre a Jery e o estagiário, no sentido de promover e facilitar a relação terapêutica através da música para alcançar uma relação positiva com base na expressão e na comunicação musical (Wigram, Pedersen & Bonde, 2002).

A zona de conforto da Jery era a guitarra, o instrumento preferido dela, adotando a mesma escolha nas sessões de grupo. Ela tem uma guitarra própria, que leva consigo quando pode e é frequentemente usada também em atividades no Centro de Apoio à Aprendizagem (CAA). Ela usa a guitarra de uma maneira bastante estereotipada, sentada numa cadeira, com uma postura corporal curvada, segurando o braço do instrumento com a mão direita, por norma sem pressionar as cordas e friccionando com muita força com a mão esquerda. Esta maneira de tocar parece refletir por um lado a agitação/satisfação da Jery ao participar numa atividade que ela gosta e onde se pode expressar, mas possivelmente também uma certa frustração de reconhecer os seus limites motores.

O estagiário alterou a afinação da guitarra no sentido de se ouvir o acorde de Mí7 (Mí-Sí-Sol#-Ré-Sí-Mí) quando ela friccionasse as cordas. Como forma de amparar, o

estagiário sentou-se ao piano e tocou uma cadência simples de V – I (Mí7-Lá). Inicialmente a Jery tocou aleatoriamente, aparentemente sem ligação ao “som base” proposto. O estagiário usou a técnica do espelhamento para provocar a atenção da aluna para figuras rítmicas. Ela demonstrou ter sentido rítmico e começou a reagir às propostas, procurando contato visual e com uma expressão facial de alegria.

Nas próximas sessões o estagiário optou por introduzir também outros instrumentos musicais e também a voz. O estagiário propôs começar pela família dos instrumentos de percussão, tentando assim provocar também uma reação na postura corporal ao manusear os instrumentos. Com a sensibilidade rítmica da Jery foi fácil entrar num diálogo musical, ao mesmo tempo observando as dificuldades motoras dela em segurar e tocar os respetivos instrumentos.

Na primeira sessão depois das férias de Natal foi importante retomar a cumplicidade musical com a Jery na zona de conforto dela, usando o seu instrumento de segurança. O estagiário optou nesta sessão de “acompanhar” o discurso proposto pela aluna na guitarra com instrumentos de percussão. Criando uma letra improvisada a dar as “boas vindas” à Jery. Numa espécie de “refrão” a Jery entrou, mesmo sendo tímido, com a voz. Devido às alterações das cavidades bocais e as imensas dificuldades que lhe provoca em produzir sons vocais minimamente definidas, foi um aspeto muito positivo. Notou-se também dificuldades na respiração

O estagiário tinha colocado um piano acústico na sala da musicoterapia. A Jery revelou que o piano era (fora da guitarra) o instrumento favorito dela, mas que nunca tinha visto um piano ao vivo. Cheia de curiosidade e entusiasmo, ela explorou nesta sessão as sonoridades e timbres do piano, o que proporcionou ao estagiário novas

oportunidades de trabalho no âmbito dos objetivos da motricidade e do discurso musical a dois.

Numa próxima sessão o estagiário propôs um jogo musical que consistiu em exprimir diversas emoções, como alegria, medo, espanto, raiva e outros com sons vocais. Notou-se a insegurança e timidez da aluna em produzir som com a sua própria voz. Depois de alguma hesitação, a Jery libertou-se e entrou no jogo. Notou-se novamente alguma dificuldade na respiração, sobretudo em notas mais longas. O estagiário chamou a atenção á respiração profunda, propôs que cada um pusesse a sua mão em cima do ventre para sentir o movimento de encher (inspirar) e esvaziar (expirar). Seguidamente o estagiário entrou com a entoação de um vocal prolongado, convidando a aluna a juntar-se. Lembrou que os diversos vocais se podem ligar às emoções, expressas por estes vocais, como por exemplo o “aaaahh” como expressão de espanto ou surpresa, ou o “iiiiii” como expressão de rejeição.

Numa fase já mais avançada de intervenções musicoterapêuticas (Maio/Junho), o estagiário conseguiu juntar vários aspetos trabalhados dentro das sessões. Trabalhou-se o aspeto da expressão musical e da afirmação e autonomização do *self* na utilização da guitarra, onde a Jery também já utilizava cordas soltas para criar pequenas linhas melódicas, ou no piano, que com a sua extensão de tons e timbres proporcionou à aluna uma exploração mais facilitada. Ao mesmo tempo trabalhava os aspetos motores de motricidade fina, a utilização reforçada do lado direito do corpo, e a coordenação mão/olho e entre as mãos. Foi conseguido o objetivo de utilização dos dois braços e mãos.

Na 18ª sessão das sessões de musicoterapia aconteceu algo bastante importante na avaliação do progresso da Jery. O estagiário e a aluna juntos ao piano. Era notável o “à vontade” na relação da Jery com o estagiário, que propus o jogo dos animais nas teclas,

nas quais diversos animais criam sons e ambientes diferentes conforme a sua característica e personalidade, como o elefante, o sapo, a aranha ou o ratinho. O contato próximo, sentado lado a lado frente ao piano ajudou na motivação da aluna. Um aspeto, novamente, era o treino da motricidade, tanto no envolvimento do braço e da mão direita, como a motricidade fina com os movimentos distintos dos vários animais. Nesta sessão a Jery “esqueceu” os problemas do braço direito, tocando com as duas mãos.

Outra observação do progresso era o aumento da iniciativa própria e autonomia da Jery, no qual o estagiário observou, que a Jery conseguiu revelar algo do seu *insight* através da interpretação musical dos diversos animais e do seu conceito sobre eles, estando assim ligado o mundo interior dela com a sua expressão musical. No fim da sessão construiu-se ainda um jogo rítmico de espelhamento com as mãos, no qual a Jery apresentou uma responsividade e controle muscular e auditivo/rítmico bastante evoluído. Também assumiu várias vezes a iniciativa de propor figuras rítmicas que o terapeuta respondeu. No final da 20ª sessão foram aplicadas novamente as escalas de avaliação MEARS, MCPS e MRS (Anexo D).

Resultados e Discussão

As sessões individuais com a Jery decorreram em geral de forma calma e construtiva. O interesse da aluna pela música facilitou ao estagiário o desempenho das propostas musicais com finalidades terapêuticas. Os resultados aqui descritos resultam da observação clínica do estagiário, dos registos das sessões em papel e imagens e da análise e interpretação das escalas de avaliação aplicadas. Os objetivos propostos no plano terapêutico foram alcançados, não na sua totalidade, mas parcialmente. Importa salientar, que apesar do progresso notável e do crescimento individual da Jery durante as sessões de musicoterapia, no que diz respeito à responsividade e predisposição para a imitação e

colaboração musical, existiram sessões nas quais a Jery se mostrou pouco disponível para as dinâmicas em conjunto. O estagiário suspeita, que este facto se deve também à medicação ministrada à Jery, sobretudo o uso de anticonvulsivantes e relaxantes musculares, que por vezes provocaram na utente uma grande fadiga, que tornou mais difícil o decorrer construtivo das sessões.

Numa fase inicial, o estagiário procurou estabelecer e promover a relação e um ambiente seguro e de confiança, no qual a Jery se pudesse sentir à vontade para participar nas atividades em conjunto, sendo uma das funções primárias da musicoterapia com crianças com multideficiência a utilização da música como forma de estimular o contacto e a interação entre utente e terapeuta (Wigram, Pedersen & Bonde, 2002). Como referido anteriormente, foi estabelecido o objetivo de melhorar a interação da utente com pares, observando este problema em contexto de sessões de musicoterapia em grupo. Nas sessões individuais não se confirmou esta problemática, devido à disponibilidade da Jery em participar e interagir com o estagiário. A tarefa principal nesta fase inicial foi, portanto, a de motivar a aluna a utilizar outros instrumentos musicais para além da guitarra, que não fossem da sua zona de conforto, com o objetivo de alargar os meios possíveis de instrumentário para a expressão musical e para provocar a necessidade de explorar os instrumentos com ambos os lados do corpo. Contou-se não só com as qualidades sonoras distintas, mas também com o efeito visual positivo que a utilização de determinados instrumentos oferece, como defendem Pavlicevic e Wood (2005).

A utilização de instrumentos de ritmo como o bombo, os bongós e a pandeireta, permitiram um trabalho musical direcionado usando as técnicas do espelhamento e da improvisação livre, nos quais o estagiário começava a propor pequenas figuras rítmicas que a aluna repetia, criando assim um diálogo musical inicial. A seguir trocavam os papéis

e foi a aluna a propor e o estagiário a espelhar. A Jery demonstrou algum sentido rítmico o que facilitou a promoção da improvisação ritmicamente, conseguindo criar algum discurso musical coerente, proporcionando à aluna um momento de sucesso na sua expressividade. Relativamente ao objetivo do treino da motricidade do lado direito do corpo, trabalhou-se neste contexto sobretudo o manuseamento dos instrumentos, segurando-os com a mão direita e tocando os ritmos com a mão esquerda e a seguir tentando alternar as mãos.

Com a introdução da marimba, o estagiário tencionava dar um passo à frente no sentido de criar a necessidade de usar ambas as mãos para tocar “corretamente” o instrumento. A Jery demonstrou uma boa coordenação olho/mão esquerda e, obviamente, grandes limitações com a mão direita em manobrar a bazueta de forma a acertar na lamina pretendida na marimba. Notou-se o esforço que isto provocava na aluna, mas ao mesmo tempo foi possível observar a vontade e a alegria da Jery em participar neste tipo de jogos “musicais”. Ao longo das sessões notou-se um ligeiro melhoramento na capacidade motora de tocar intencionalmente com as duas mãos na marimba, sendo neste sentido a musicoterapia um complemento a fisioterapia (Pelliteri, 2000).

Foi nas experiências com o piano acústico que, no entanto, se revelaram os mais notáveis progressos na motricidade grossa e fina da Jery. Tanto na improvisação livre, explorando figuras simples e repetidas, como no jogo dos animais com os diversos movimentos exigidos a Jery desenvolveu ao longo das sessões mais capacidades de expressão musical através de um domínio maior dos movimentos necessários para a criação de sonoridades diferentes no piano. Ainda mais notável foi o facto, que apesar das limitações motoras, as mesmas não constituíram uma barreira para a expressão musical do “insight” da Jery, pois percebeu-se o mundo interior dela a descrever musicalmente as

diversas características dos animais. Ao mesmo tempo demonstrou-se a partilha do mesmo instrumento como aspeto enriquecedor na atenção e interação, no contacto ocular e físico, e assim no fortalecimento da relação entre terapeuta e utente (Watson 2007).

A utilização da voz nas sessões representou tanto para a aluna como para o estagiário um grande desafio. As alterações da forma do palato da Jery comprometem de facto a criação de sons vocais definidos. Em consequência desta dificuldade a Jery já se tornou um pouco “preguiçosa” na utilização da voz, “conformando-se” também com o facto de possuir uma comunicação verbal reduzida. Por isso a aluna era pouco responsiva o que representava um desafio para o estagiário, mas com as propostas bastante simplificadas da utilização da voz foi possível constatar alguns progressos. Não só a nível de melhor controle de respiração e em consequência de maior domínio sobre notas contínuas, mas também no controle da formação de vocais e consoantes, sendo a musicoterapia utilizado como complemento a terapia da fala como defendem Kantor & Dzidová (2016).

Apesar das dificuldades acima descritos, a avaliação das sessões com uso da voz e absolutamente positiva, porque constatou-se uma mudança na expressão oral da Jery, quando ela tomou consciência da capacidade de se exprimir com a voz. Esta conquista contribuiu certamente para um crescimento da autoestima e confiança dela relativamente à capacidade de comunicação e assim com a interligação com o outro, seja na música ou em qualquer outro contexto (Wigram 2004).

De modo geral pode se constatar que as sessões individuais de musicoterapia com a Jery tiveram um impacto positivo no desenvolvimento dela durante o ano letivo. Interpretando e analisando os dados dos questionários aplicados no início e no fim das sessões o estagiário verificou alterações positivas nos parâmetros da atenção musical, da

adaptação e da inter-relação (MEARS), na avaliação musical-cognitiva (MCPS) e na resposta musical (MRS) (Anexo D).

Como referido anteriormente, esta evolução da Jery também se verificou nas sessões de grupo, onde ela já conseguiu de entregar-se ao trabalho musical com mais capacidades e consequentemente com mais interação com os pares, consolidando desta maneira as relações dela com os outros membros do grupo. A experiência de auto sucesso nas sessões, o alargamento de utilização de instrumentos e em consequência o aumento de sensações emocionais e da capacidade de os exprimir e partilhar com outros levaram a Jery a um novo patamar de autoconfiança, permitindo assim um desenvolvimento no seu mundo interior e nas suas capacidades de inter-relação. Neste sentido podemos afirmar o que defendem os autores Ruud (1990), Robbins & Robbins (1991) e Wigram, Pedersen & Bonde (2002), que a música contribui para o desenvolvimento da iniciativa, da espontaneidade, da autoexpressão e em consequência para a autoestima e autoeficácia dos utentes ajudando assim a conquista da sua própria individualidade.

Estudo de caso II – Alery

Caraterização do utente e avaliação inicial

O Alery é uma criança de 11 anos, natural de Montemor-o-Novo que frequentou, no ano escolar de 2018/19, a turma do 5º ano na escola EB 2,3 desta cidade. Já no ano escolar 2015/2016, quando ele frequentava o 3º ano do 1º ciclo, foi sinalizado pela Professora Titular e foi feita uma avaliação psicotécnica com recurso ao Teste de Perceção de Diferenças (TPD) à atenção/concentração, testes de inteligência geral e não-verbal (Fator G de Cattell, Toni 2 e WISC III) e a Escala de Connors para pais e professores. Os resultados obtidos indicaram a necessidade da elaboração de um Programa Educativo Individual (PEI) para o aluno. O Alery foi diagnosticado com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), é acompanhado na Pedopsiquiatria do Hospital de Évora e toma medicação (Ritalina) como apoio para a concentração e controle de impulsos.

Os problemas do Alery demonstram-se em primeiro lugar num défice cognitivo que se traduz nas funções intelectuais gerais, necessárias para compreender e integrar construtivamente estímulos exteriores. Em concreto, ele apresenta dificuldades ao nível da atenção e concentração para tarefas durante um período necessário, ao nível da memória, no registo e armazenamento de informação e da sua recuperação quando necessário. De modo geral tem problemas com a tomada de decisões, no pensamento abstrato e no planeamento e execução de planos, apresentando inflexibilidade mental. O Alery usufrui de apoio pedagógico personalizado em matemática, pois tem dificuldades no cálculo e problemas relacionados com a determinação, aproximação e manipulação de símbolos e processos matemáticos. O mesmo apoio aplica-se a língua portuguesa,

porque ele apresenta problemas de vocabulário e tem dificuldade em comunicar pensamentos e ideias através do recurso a um vocabulário variado.

Pode concluir-se que o Alery possui uma capacidade de aprendizagem inferior à média, associado a uma evidente dificuldade em focar a atenção, agravando-se com um grau elevado de ansiedade quando implica situações de limite de tempo ou exposição frente ao professor ou a turma.

O Alery já sofreu uma tragédia familiar, uma doença grave que levou ao falecimento do seu irmão mais velho e um afastamento temporal da mãe, que representou para o Alery um tempo muito difícil. Atualmente, o Alery vive em contexto familiar com os pais e outro irmão mais velho. É um contexto familiar de nível cultural baixo, com pouco interesse e apoio para assuntos escolares e poucos estímulos para atividades nos tempos livres. Todos estes aspetos comprometem o sucesso escolar do aluno.

Em termos de comportamentos e relacionamento com pares o Alery apresenta dois lados. Por um lado, tem facilidade em criar relações com amigos e protege os mais pequenos, por outro lado, apresenta atitudes tempestuosas e conflituosas com colegas e também com adultos. Em contexto de grupo o Alery mostra uma inquietação permanente.

No ano escolar de 2018/19, o Alery esteve integrado no CAA com o acompanhamento de uma professora de educação especial, teve semanalmente apoio psicológico pela psicóloga da escola, esteve inserido numa turma com número reduzido de alunos, teve apoio pedagógico personalizado em matemática e português e frequentou as aulas de música específica em grupo. Foi neste contexto que o estagiário teve o primeiro contacto com o aluno e conseguiu fazer as primeiras observações do Alery num contexto musical em grupo. A proposta de sessões individuais para o Alery foi uma iniciativa do estagiário em meados de Novembro e foi unanimemente aprovada pela

equipa multidisciplinar e autorizada pelos encarregados de educação (Anexo E). Em seguimento, foi elaborado pelo estagiário, o seguinte plano terapêutico.

Plano terapêutico

Tabela 4

Plano Terapêutico do Alerly

Problema nº 1: Dificuldades na atenção/concentração		
Objetivo: Aumentar a atenção e a capacidade de concentração		
Sub-objetivos:		
Ser capaz de acertar num ritmo ou melodia, proposto pelo estagiário.	Treinar a atenção e coordenação entre olhos e mãos.	Promover o interesse/gosto pela música, promovendo assim a atenção e concentração durante as sessões.
Problema nº 2: Dificuldades de memória		
Objetivo: Aumentar a capacidade de memória		
Sub-objetivos:		
Conseguir memorizar uma sequência rítmica ou melódica.	Conseguir memorizar uma letra musical.	Conseguir tocar em conjunto com o terapeuta uma música simples, criada em sessão.
Problema nº 3: Dificuldades de iniciativa e de autoconfiança/autoestima		
Objetivo: Aumentar a iniciativa própria e assim a autoconfiança/autoestima		
Sub-objetivos:		
Conseguir escolher os instrumentos musicais para as sessões e propor um ambiente musical.	Ser capaz de expressar-se através da improvisação musical.	Promover o interesse e a capacidade para a criação musical.

Fase de Intervenção

Quando começaram as sessões individuais, o Alery deixou de frequentar as sessões em grupo. Esta decisão foi tomada pela equipa multidisciplinar em conjunto com o encarregado de educação devido à dificuldade na gestão de horários. Realizaram-se com o aluno 18 sessões individuais entre Dezembro de 2018 e Junho de 2019.

Nas primeiras duas sessões o estagiário convidou o Alery a improvisar livremente, deixando-lhe a escolha dos seus próprios instrumentos como também os do estagiário. Ele escolheu para si próprio os bongós, mas não quis (ou não conseguiu) tomar essa decisão para o estagiário, dizendo: *“ah, não, não, escolhe o Professor.”* O estagiário escolheu o bombo e começou com um ritmo simples em 4/4 (mínima/mínima/duas colcheias/mínima). O Alery entrou logo e com alguma impulsividade, tentando imitar a figura rítmica, mas trocou muitas vezes a sequência. O estagiário propôs-lhe inventar as suas próprias figuras, tarefa que ele fez com bastante entusiasmo e que deu para entender, que ele possuía uma certa compreensão (intuitiva) do ritmo, mas que tinha dificuldades em reproduzir e repetir seguramente uma figura rítmica, criada por ele ou proposta pelo estagiário. Também na passagem por outros instrumentos, como a marimba, o xilo- e metalofone, a guitarra e o teclado notou-se alguma insegurança da parte do aluno em como manobrar os instrumentos e como tirar aproveitamento sonoro deles

Na segunda sessões de experimentação dos instrumentos foram aplicadas as escalas MEARS, MCPS e MRS, (Anexo D).

Apesar do Alery não ter apresentado conspicuidade no comportamento nas sessões em grupo, o estagiário quis desenvolver um ambiente confortável e uma relação de confiança entre o utente e o terapeuta (Wigram, Pedersen & Bonde, 2002). Por isso planeou a primeira sessão em Janeiro no sentido de conhecer um pouco melhor os gostos

musicais do aluno (Heiderscheit & Madson, 2015), proporcionando uma sessão de escuta musical com o computador e as colunas, disponíveis na sala das sessões. As escolhas do Alery foram para a música Rap e Hip-Hop português, nomeadamente Piruka, Valas e o Buraca Som-Sistema. O estagiário “respondeu” com músicas do mesmo ambiente musical, mas mais antigas como Da Weasel, Boss AC ou Sam the Kid. O Alery parecia bastante atento e interessado, especialmente nos vídeos, mas também nas letras. Na tentativa de acompanhar com as vozes as letras das músicas escolhidas criou-se um ambiente de risos, leve e positivo para a relação aluno – estagiário.

Nas próximas sessões o estagiário intencionou e planificou trabalhar, em paralelo, na atenção e na concentração, mas também na autonomia e na iniciativa do Alery através da improvisação guiada, proporcionando por um lado uma estrutura segura, com o objetivo de conter, deixando do outro lado espaço e liberdade para procurar a sua expressão musical no momento (Wigram 2004). O Alery tocou o metalofone, o estagiário ao piano iniciou uma estrutura simples (I-IV-V) em Dó maior e convidou o utente a improvisar. O Alery começou um pouco tímido, mas no decorrer da sessão “soltou-se” bastante e conseguiu envolver-se e criar linhas “coerentes”. No final da sessão ele comentou, com uma expressão feliz, que tinha gostado muita da “nossa” música.

Na sessão seguinte o estagiário decidiu voltar ao mesmo “*setting*”, com a diferença de convidar o utente para também tocar o piano, trocando os “papeis” com o estagiário. O Alery quis saber, qual era a parte do piano e o estagiário explicou a estrutura e marcou com autocolantes o Dó, o Fá e o Sol. Demonstrou-se uma tarefa difícil para o aluno assumir e controlar a organização musical. Notou-se o esforço de concentração do aluno e várias vezes ele quis desistir da tarefa. O estagiário sentou-se também ao piano e assim “treinaram” em simultâneo a figura musical pretendida. Deste modo, olhando para

as teclas marcadas e tendo o exemplo do estagiário, o Alerly conseguiu de forma melhor executar o seu papel de “acompanhador”, o que lhe proporcionou um momento de sucesso. Notou-se bem a sua satisfação através da sua expressão facial. A seguir trocaram-se as posições e o estagiário assumiu de novo o acompanhamento, convidando desta vez o aluno de improvisar ao piano. O Alerly estava muito tímido e inseguro em como manobrar a “multidão” das teclas e distraiu-se da tarefa.

Refletindo sobre estas sessões, o estagiário entendeu as dificuldades de organização do aluno frente às tarefas de música guiada, mas ao mesmo tempo percebeu o interesse e a grande vontade do Alerly em se exprimir através da música. O estagiário anotou também, que aparentemente, a fisicalidade do metalofone (ou da marimba) eram facilitadores para essa expressão musical, comparando com a atitude retida ao piano. No entanto serviram as sessões conjuntas ao piano para criar uma proximidade física e um fortalecimento da relação (Watson 2007) e, em consequência para uma aderência maior do aluno às sessões de musicoterapia.

Na próxima sessão o trabalho centrou-se na exploração rítmica e corporal de uma música conhecida pelo Alerly, o “We Will Rock You” dos Queen. O estagiário tentou desta maneira introduzir os elementos de movimento e utilização da voz no processo terapêutico do aluno (Jackson 2003). O estagiário começou, sem nenhuma explicação, a bater duas vezes com o pé, seguidos por uma batida de palma. O Alerly reagiu instantaneamente a tentar imitar a figura rítmica e o movimento corporal, confundindo inicialmente o que era a figura do pé com a das mãos, conseguindo acertar após alguns instantes. O estagiário convidou o utente para cantar a música. Como o Alerly não conhecia a letra, ambos cantaram simples sílabas para “imitar” a divisão rítmica do verso para depois entrar com as palavras “*We will, we will rock you*” no refrão. A coordenação

dos vários elementos, o movimento corporal com o ritmo e a utilização da voz foi o grande desafio nesta sessão e o Alery estava mesmo empenhado para conseguir.

Refletindo sobre esta sessão, o estagiário percebeu que o Alery, apesar de ser muito tímido com a voz, estava disposto a inserir também um trabalho vocal nas sessões de musicoterapia. Por isso, a última fase de sessões, depois da Páscoa, foi planeada pelo estagiário no sentido de trabalhar a iniciativa, a autonomia, e também a memória do aluno através da produção musical e vocal (Robbins&Robbins 1991, Bruscia 2000).

Neste sentido o estagiário quis saber da parte do Alery quais as músicas infantis que ele se lembrava e ele respondeu: *O Balão do João; Os Patinhos; Atirei o pau ao gato; Joana, come a papa; Indo eu...e Na Quinta do Ti Manel*. Nesta sessão tocaram-se as músicas referidas, acompanhadas por “gargalhadas” do Alery, que achou “desadequado” cantar estas músicas infantis.

Pareceu interessante trabalhar a música do “Ti Manel” nas próximas sessões pelo aspeto da memorização da sequência dos animais que aparecem e dos sons que eles emitem. O Alery não estava muito disponível para participar nesta tarefa, pois achava pouco interessante reproduzir esta música infantil. O estagiário propôs então uma transformação da música, recorrendo à uma figura rítmica já trabalhada (Bum-Tscha, Bum-Bum-Tscha). Gravou-se esta figura na Loop-Station com os sons de ritmo do teclado e o estagiário começou a cantar a música como se fosse um Rap, brincando tanto com a linha I-A-I-A-O e com os sons dos animais. De repente estava conquistada a atenção do aluno e ele quis participar na criação musical. O estagiário ligou um microfone para reforçar ainda mais a sensação de uma atuação musical-artística e sentou-se ao piano, assegurando a estrutura harmónica. O Alery ficou muito entusiasmado com a tarefa, mas demonstrou alguma dificuldade em lembrar se qual era a sequência dos animais. Mas não

desanimou e na próxima sessão quis logo voltar a esta música, lembrou-se da melodia, inventada por ele e conseguiu desenvolver este trabalho. Ao repetir esta tarefa notou-se nele uma melhoria da memória e aos poucos, com algum apoio do estagiário conseguiu cumprir a tarefa. Pareceu evidente, que através do ritmo em conjunto com a voz, se tornou mais fácil aceder e trabalhar aspetos neurológicos, neste caso a memória do utente (Thaut 2005).

Estas sessões com a Loop-Station, que incentivaram o entusiasmo e as respostas positivas por parte do aluno, encorajaram o estagiário na última fase de sessões, entre Maio e Junho, em aprofundar este trabalho de criação musical e desafiou o Alery a inventar uma música, sabendo, que o *Songwriting* pode ser uma técnica adequada para diminuir a Hiperatividade e aumentar o controle de impulsos (Baker & Wigram, 2005). Ele gostou muito da ideia, mas, obviamente não sabia como elaborar um “plano de composição”. O estagiário introduziu uma aula de “teoria musical”, explicando os elementos musicais de ritmo, harmonia, melodia e ambiente musical, acompanhado por exercícios práticos e escuta musical. Foi resultado destas escutas musicais, que o Alery revelou cada vez mais do seu “Iso”, que incluía de um lado a batida forte do Hip-Hop e, do outro lado um ambiente musical mais suave com harmonias “românticas” e timbres agradáveis. O objetivo terapêutico era de levar o aluno a desenvolver um plano de uma música, expressando o seu “Iso” e assim adquirindo capacidade de elaboração de planos na organização da sua vida quotidiana e no fim, da sua individualidade (Bruscia, 2000).

O Alery conseguiu gravar um ritmo com vários instrumentos disponíveis no sintetizador, gravou umas harmonias aleatórias e pediu ajuda ao “professor”/estagiário na elaboração e gravação de uma linha melódica. Na escuta desta base musical o Alery ficou visivelmente emocionado e feliz com o resultado e com a evolução da “sua” música. O

estagiário desafiou o utente a inventar uma letra para a música e o Alery, após uma certa hesitação, aceitou o desafio e disse, que ia pensar nisso em casa.

Esta sessão, infelizmente, acabou por ser a última sessão de Musicoterapia para o Alery, pois ele ficou doente com gripe no início de Junho e não voltou mais à escola nesse ano escolar. Deste modo também foi impossível a apresentação da música na festa do final do ano e a aplicação final das escalas de avaliação. Assim sendo, os resultados e a discussão dos mesmos baseiam-se nos registos em papel e vídeo do estagiário e nas conversas com a psicóloga supervisora, com os professores e os pais.

Resultados e Discussão

As sessões de Musicoterapia com o Alery aconteceram por norma num ambiente alegre, calmo, construtivo e de confiança. Houveram sessões singulares, nas quais o estagiário notou uma responsividade menor do aluno e conseguiu apurar através da psicóloga que se tratava de um período de adaptação a uma alteração à dosagem de medicação, nomeadamente Ritalina, receitada pelo psiquiatra do hospital de Évora que acompanha o aluno ao nível clínico.

A disponibilidade e acessibilidade do aluno para todos os assuntos relacionados com a música e o seu interesse pelos instrumentos musicais facilitaram todo o processo de intervenção musicoterapêutica. Um fator fundamental para os resultados obtidos foi a facilidade de relacionamento entre o aluno e o estagiário, que aconteceu desde das primeiras sessões de forma natural. Nas sessões de escuta musical e de reprodução de músicas criou-se uma proximidade, na qual o aluno se sentia confortável e tinha a segurança, que através do interesse musical comum existia uma boa base para uma relação com o estagiário. Isto pode comprovar o que defendem os Musicoterapeutas

Wigram, Pedersen & Bonde (2002), que a qualidade da relação entre utente e terapeuta é uma condição fundamental para um trabalho de sucesso.

O Alery demonstrou desde do início das sessões uma grande vontade em se exprimir através da música. As dificuldades de falta de concentração e focagem eram evidentes, por isso, o estagiário planificou nesta fase de sessões uma mistura de improvisação guiada e livre. A opção pela marimba com um manuseamento fácil permitiu ao aluno exprimir-se com alguma liberdade e ao mesmo tempo perceber, que existem regras a seguir na música que fazem com que a música resulte melhor. Este entendimento deve-se à sensibilidade musical do aluno, que muitas vezes conseguiu avaliar e comentar as suas intervenções musicais. Foi esta ambição musical do utente, que facilitou certamente todo o processo terapêutico. A utilização de símbolos visuais como os autocolantes coloridos na marimba e no piano apresentaram inicialmente um grande desafio para o aluno, mas deram ao mesmo tempo uma segurança em se mover num espaço musical (controle visual) e conseguir produzir algo musical coerente e interessante (controle auditivo). Nesta fase o Alery conquistou mais liberdade na expressão do seu self musical, deixando a aleatória para trás e procurando cumprir com o quadro de uma estrutura musical, expressando assim a sua individualidade (Pelliteri, 2000).

As intervenções à base de treinos e improvisações rítmicas, aplicando também técnicas como as de enraizar, amparar e conter ou o espelhamento foram pensadas como continuação da aprendizagem de estruturas organizadas na música e resultaram na aquisição de uma organização mental melhor, que permitiu ao aluno conseguir cumprir as tarefas propostas e assim criar momentos de sucesso que apoiaram a sua autoestima. Assim podemos afirmar, que a estruturação e organização existentes na música apoiam a

criação de estruturas mentais, que ajudam ao utente a lidar melhor com as tarefas da sua vida quotidiana (Bruscia 2000).

Nas sessões com a utilização da voz, não se conseguiu atingir todos os objetivos estabelecidos no plano terapêutico, devido a resistência do aluno. No entanto, houveram progressos relativamente às capacidades da memória e à aderência e ao interesse pela produção musical. A adaptação do ambiente musical conforme os gostos musicais do aluno facilitou o trabalho com fins terapêuticos e conseguiu-se verificar, que a música pode ser uma ajuda para processos neurológicos, nomeadamente a melhoria da memória (Thaut, 2005).

As alterações mais profundas no estar e na “performance” do Alery durante as sessões de musicoterapia notaram-se na fase final, portanto, na fase de produção musical, tendo procurado o estagiário reforçar a autonomia e em consequência a autoestima e autoconfiança do aluno. Os progressos na capacidade do planeamento e da organização mental ficaram mais evidentes no decorrer destas sessões e resultaram num trabalho bastante produtivo. Todos estes aspetos reforçam as ideias de que a Musicoterapia no trabalho com crianças com PHDA aumentam as capacidades cognitivas e expressivas das mesmas (Robbins & Robbins, 1991), auxilia na aquisição de capacidades de organização mental e de autonomia (Bruscia, 2000) e beneficia através de sentimentos de sucesso e de autoeficácia na música a autoestima e autoconfiança noutros aspetos da vida (Wigram 2004).

O Alery conseguiu concluir com aproveitamento o ano escolar e transitou para o 6º ano. No “feedback” por parte dos professores, da psicóloga e dos pais foi referido que as sessões de musicoterapia certamente contribuíram para este sucesso e que eram notáveis as alterações no comportamento e nas atitudes em geral na escola e em casa.

Outras Intervenções

Sessões de grupo

O primeiro contato com os alunos, utentes do CAA e direcionados para intervenção de musicoterapia foi nas sessões de grupo de música específica, dirigidas pelo professor de música e de educação especial. O estagiário integrou-se no grupo, sendo inicialmente o “assistente” do professor, mas ao longo das primeiras sessões estabeleceu-se uma relação profissional entre o estagiário e o professor, aplicando técnicas de Nordoff & Robbins, ou seja, a interação entre dois monitores, um deles assegurando uma improvisação, enquanto o outro interveniente está livre para interagir diretamente com os alunos. Foram importantes também as reflexões depois das sessões, analisando em conjunto as atitudes, reações dos alunos e as dinâmicas do grupo.

A turma de alunos para a musicoterapia foi constituída por 16 alunos de idades e problemáticas bem distintas. As idades variaram entre os 7 e os 19 anos e os diagnósticos eram tão diversos como défice cognitivo ou comportamental, Trissomia 21, PEA, PHDA, Síndrome WEST, PC, Hidraencefalia, Doença Charcot Marie Tooth, von Willebrand e Síndrome San Filippo A.

A turma ficou dividida em dois grupos de respetivamente 7 e 9 alunos e as sessões decorreram às 2ª feiras e às 5ª feiras com a duração de 90 minutos na sala de música, equipado com vários instrumentos, como teclados, guitarra, instrumentário Orff e instrumentos de percussão. Foram realizadas na totalidade 30 sessões por grupo ao longo do ano letivo. As atividades musicais propostas e as estruturas das sessões eram muito variadas. Por norma começaram com uma improvisação guiada, em qual se estabeleceu um ritmo simples e uma base harmónica com dois ou três acordes.

Os instrumentos foram escolhidos pelos alunos e foram atribuídas tarefas musicais pelo professor e pelo estagiário. Assim ficaram uns alunos na secção rítmica, enquanto outros alunos constituíram a base harmónica com instrumentos como a marimba, o xilofone ou o teclado. Uma vez, que o som do grupo se conseguiu estabelecer, ficou aberto espaço para a improvisação, normalmente assistido e acompanhado por um dos monitores mais próximo do aluno a intervir. Esta atividade foi recorrente nas sessões e bem aceite pelos alunos e, assim sendo foi introduzido o jogo do “Mestre de Orquestra” em qual o Mestre atribuía os instrumentos e as tarefas musicais aos músicos e dava os sinais de entrada e saída. Em cada sessão foi escolhido um outro aluno como Mestre, havendo assim uma rotatividade. Esta atividade, com o objetivo terapêutico de atribuir responsabilidades aos alunos e assim contribuir para a sua autoestima e autoconfiança e de criar dinâmicas de grupo, contribuindo para a aquisição de competências relacionais revelaram de forma clara as diferenças nas personalidades dos utentes e foram uma oportunidade para treinar comportamentos em grupo.

Era evidente, que devido às idades diferentes e das limitações motoras, cognitivas e comportamentais tão distintas, as participações dos alunos nas sessões e o aproveitamento das mesmas eram também dissemelhantes. É óbvio, que uma adolescente de 16 anos com um défice cognitivo ligeiro tenha outras capacidades de participação de que um menino multideficiente com 7 anos. Neste sentido, os mais velhos e mais capacitados “dominaram” de certa maneira as sessões através da sua participação ativa, enquanto os alunos mais novos e os com deficiências mais profundas, mantiveram-se num papel mais passivo.

No que diz respeito ao desenvolvimento dentro do grupo dos mais ativos, foram notáveis em primeiro lugar os progressos na área do respeito do outro e na melhoria de

comportamentos dentro do grupo. A inter-relação não verbal através da música facilitou ao grupo de instalar um comportamento adequado e construtivo para o decorrer das sessões de musicoterapia (Ruud, 2010).

As sessões de grupo representaram o primeiro contacto do estagiário com os alunos direcionados para a musicoterapia e indicaram uma boa oportunidade para fazer uma observação inicial individual e um estudo das dinâmicas de grupo ao longo do estágio. Foi um desafio interessante de desenvolver práticas de musicoterapia adequadas para um grupo tão heterogéneo. Foram enriquecedoras as análises das sessões junto com o professor de educação especial. O fato, já acima descrito, de que alguns alunos não terem tido possibilidade de participar ativamente nas sessões de grupo pesou na escolha do estagiário em conjunto com a equipa multidisciplinar da seleção dos alunos, propostos para sessões individuais.

Migy

O Migy, aluno de 8 anos de idade, frequentava o 4º ano no Centro Escolar da cidade e tem o diagnóstico de Trissomia 21. Ele apresenta grandes atrasos nas áreas de autonomia e de socialização, da cognição e comunicação e também no que diz respeito ao desenvolvimento da motricidade. A sua articulação era comprometida e cerrada devido a problemas da motricidade oro-facial e de uma hipotonia ligeira da língua, tornando o discurso dele pouco perceptível. O Migy beneficia de medidas adicionais através do CAA como terapia ocupacional, terapia de fala e fisioterapia e tem um currículo escolar adaptado. Ele é um rapaz muito simpático, carente de proximidade física (como é bastante comum em crianças com Trissomia 21) e gosta muito da música. Nas sessões de grupo, o estagiário reparou logo nos movimentos estereotipados do Migy enquanto ele ouvia ou tocava música e também se notou bem a expressão feliz na cara.

Em Dezembro de 2019 começaram as sessões individuais com o Migy e até ao final do ano letivo, ele participou em 15 sessões. Devido às observações em grupo, das informações obtidas no PEI do aluno e através de conversas com a professora de educação especial, o estagiário desenvolveu o plano terapêutico no sentido de apoiar através de atividades musicais o treino da motricidade e da fala, sendo assim a musicoterapia também uma terapia em colaboração com as outras terapias aplicadas. O Migy aderiu com muita facilidade às propostas do estagiário, que passaram por improvisações, sobretudo rítmicos, recorrendo ao instrumentário Orff, como o xilofone ou a pandeireta e por cantar as canções preferidas dele como “*O Balão do João*” ou “*Todos os patinhos*”.

As sessões de musicoterapia com o Migy correram de forma calma e construtiva. Consta-se que em termos de motricidade foi possível notar progressos, sobretudo no domínio da manipulação das baguetas do xilofone e no manuseamento da pandeireta. A oportunidade de liberdade de expressão nas sessões e a técnica do espelhamento nos exercícios rítmicos ajudaram o aluno de conquistar competências de controle rítmico. Relativamente aos progressos na fala, os progressos ficaram aquém do esperado, considerando, que para obter resultados mais significativos neste domínio seria necessário continuar com as intervenções musicoterapêuticas durante mais tempo.

Rody

O Rody, aluno de 10 anos e frequentava o 4º ano de escolaridade no Centro Escolar de Montemor-o-Novo. A família dele tinha mudado há pouco tempo para esta cidade e o Rody ainda estava em fase de adaptação com as novas circunstâncias. Ele tinha um défice cognitivo, que atingiram as áreas da fala, do cálculo e da memória, tinha comportamentos desadequados e agressivos e, em geral uma grande falta de motivação,

comprometendo assim o seu sucesso escolar. O Rody participou em 17 sessões individuais.

Para as sessões de musicoterapia não foi nada difícil motivar o Rody, pois ele adorava a música e talvez pelo facto de ser de nacionalidade brasileira, tinha um talento inato para o ritmo. Ele estava sempre cheio de energia e por isso, as sessões integraram regularmente exercícios que juntaram o movimento à música. Foi importante ter uma estrutura clara e firme nas sessões com o objetivo de proporcionar um espaço de livre expressão, mas com regras e limites bem definidos. O Rody, por norma, aceitou bem as regras definidas pelo estagiário.

As técnicas de musicoterapia aplicadas no caso do Rody foram sobretudo improvisações rítmicas, muitas vezes usando o espelhamento, trocando os papéis de pergunta – resposta, mas também exercícios rítmicos guiados para treinar a memória de sequências. Como apoio à terapia da fala foram introduzidos exercícios com a voz entoando sílabas e melodias de palavras difíceis para ele, que deram resultados muito positivos e quase imediatos, graças a sua motivação e seu empenho. Os “*feedbacks*” da professora de educação especial, da diretora de turma e da mãe, relativamente a alterações no seu comportamento foram positivos.

Antry

O Antry, aluno de 15 anos, frequentava o 8º ano de escolaridade e tinha o diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo. Ele vivia num mundo musical muito próprio, favorecendo músicas de jogos de computador e de filmes de animação com ambientes sombrios e violentos. Tinha as letras, muitas vezes em inglês, todas decoradas e tinha ideias, as vezes fantasiosas, sobre as histórias e significados. Já na observação do

aluno em grupo, o terapeuta tinha reparado na maneira caótica e aleatória do Antry de tocar, seguindo a sua preferência, ou na marimba, ou no piano.

Nas sessões individuais, que foram ao longo do ano 15 intervenções, o estagiário tentou criar ambientes, nos quais o aluno pudesse exprimir livremente o seu mundo interior através da expressão musical. A criação de relação com este aluno demonstrou-se ser mais difícil e demorou mais tempo do que nos outros casos, certamente devido às peculiaridades do Autismo no que diz respeito a capacidade relacional, circunstância, que representou um desafio para o estagiário. Neste caso, por exemplo, notou-se claramente o carácter invasivo que a imitação musical e o entrar em ressonância possam representar, quando o aluno se sinta desconfortável com essa proximidade.

As intervenções de musicoterapia com o Antry foram caracterizadas por um processo lento de aproximação e pelas tentativas do terapeuta de criar um espaço, onde o aluno, de um lado se sentia seguro para poder expressar os seus *insights* e, do outro lado protegido para não se perder na vastidão da música e dos sons. O estagiário optou nesse sentido muitas vezes pela técnica do amparar, conter e enraizar, mas era sobretudo importante uma grande flexibilidade para poder responder adequadamente à “forma diária” do aluno.

Amy

A Amy, jovem de 15 anos, frequentava o 10º ano de escolaridade e estava nas medidas de apoio a aprendizagem e de musicoterapia por possuir um défice cognitivo. Ao longo do percurso escolar dela tem tido dificuldades de aprendizagem e apresenta em consequência um desenvolvimento cognitivo e pessoal, que fica aquém do esperado para a idade dela. Tem beneficiado de um acompanhamento especializado pela professora de educação especial e pela terapeuta ocupacional. A Amy é uma aluna muito meiga e gosta

muito de crianças. Com ela já completou os 15 anos de idade, ela está inserida num Plano Individual de Transição (PIT) e está integrada como “Auxiliar de Jardim de Infância” no Centro Escolar da cidade. A Amy participou em 12 sessões individuais.

Nas observações iniciais em grupo ficou visível, que a Amy, sendo uma das alunas mais velhas e menos limitada pela sua problemática, era um dos “leaders” no grupo, apesar de ser bastante tímida e pouco à vontade com as tarefas musicais propostas. Ela gostava de música, mas dizia que não era um dos seus hobbies preferidos. Foi em sessões de improvisações rítmicas, onde ela tinha mais facilidade de se soltar e de revelar um pouco do seu mundo interior. Outras sessões importantes de relatar foram as de escuta musical com conversa posterior. O ambiente musical preferido dela era a música romântica portuguesa e brasileira, ou que revelou mais uma vez o lado meigo dela.

Como a aluna não apresentava dificuldades específicas e agudas, o objetivo terapêutico centrava-se em primeiro lugar no fortalecimento da autoestima e da autoconfiança da aluna, dando sempre importância e reforço positivo às intervenções musicais ou verbais dela e apoiando musicalmente todos os momentos em quais a Amy conseguiu soltar- e abrir-se, revelando a sua personalidade e identificando a sua própria individualidade na sua expressão musical.

Trigy e Ruby

O Trigy e o Ruby, respetivamente com as idades de sete e oito anos, são dois alunos do CAA com multideficiência profunda. Eles frequentam o 2º ano no Centro Escolar e têm um currículo individualizado, sendo acompanhados durante o horário escolar por uma professora de educação especial e uma auxiliar, usufruindo de algumas atividades extracurriculares.

O estagiário propôs estes dois alunos para sessões individuais, para técnicas de musicoterapia recetiva. Ambos os alunos têm limitações motoras severas, por isso, ou estão em posição deitada, ou precisam do apoio de uma cadeira de rodas. Não falam e o Ruby tem falta de controle sobre os impulsos musculares e tem de usar um capacete de proteção, enquanto o Trigy apresenta espasmos musculares acentuados nas mãos e nos pés. Após consulta com os professores e as mães dos dois alunos, o estagiário percebeu que ambos têm audição, apesar de não poderem comunicar. A mãe do Trigy contou ao estagiário que ele desde pequeno estava a reagir aos estímulos quando estava a ouvir música clássica. Por motivos logísticos e por pedido da professora juntaram-se os dois alunos para uma sessão em conjunto.

Dado as circunstâncias dos alunos o estagiário definiu como objetivo terapêutico proporcionar-lhes nas sessões individuais momentos de relaxamento e de bem-estar com a música, planificando as sessões com escuta musical de estilos diferentes de música e de musicoterapia vibro-acústica. O estagiário, formado em Massagem de Som pelo Instituto Peter Hess, Alemanha e certificado com pontuação máxima pela Universidade Steinbeiss em Berlim (Anexo F) introduziu em consequência intervenções com taças terapêuticas Peter Hess®.

Foram utilizadas as três taças principais, a taça da bacia com uma frequência fundamental de cerca de 100hz e uma faixa de harmónicos até aos 1000hz, a taça universal com frequência fundamental de 150hz e harmónicos até aos 2500hz e a taça do coração que vibra entre os 250hz e os 1500hz. Foram aplicadas as técnicas básicas de uma massagem de som Método Peter Hess®, adaptando as sequências às condicionantes da deficiência profunda dos utentes.

Tony Wigram (1996) refere na sua tese de Doutoramento que vibrações entre 100 – 150hz têm efeitos positivos no que diz respeito ao relaxamento muscular, também em casos de espasmos ou de paralisia cerebral. Estudos científicos mais recentes relatam, que a maior sensibilidade para o sentido da vibração se situa entre os 150 – 300hz e que estas vibrações têm como efeito uma redução da atividade do Simpático, provocando um relaxamento do sistema neuromuscular, do sistema cardiovascular, da respiração e do sistema nervoso central (Ross, 2010). As taças utilizadas na massagem de som vibram nesta faixa de frequências e são por isso indicados para o trabalho de relaxamento.

As sessões com o Ruby e com o Trigy decorreram de forma calma, iniciando com a escuta de música com estilos tão diversos como Clássica, Jazz, Músicas do Mundo ou Música Tradicional Portuguesa, e seguido por intervenções vibro-acústicas. As reações dos utentes foram positivas, sobretudo do Trigy, que chegou a adormecer durante o tratamento com as taças. Ainda mais importantes para a avaliação dos resultados do processo terapêutico eram os comentários da mãe e do fisioterapeuta do Trigy, que constataram nele um profundo relaxamento muscular depois das sessões vibro-acústicas, que permitiu por exemplo de calçar os sapatos do Trigy sem haver tensão nos pés. O trabalho com estes utentes foi muito gratificante para o estagiário, tendo a consciência que este tipo de intervenções lhes proporcionou um aproveitamento objetivo e mensurável de musicoterapia.

Sessões com turmas

As sessões com turmas completas tinham como propósito promover a musicoterapia numa atividade de inclusão dos utentes das sessões individuais com as suas turmas regulares. Foram efetuadas quatro sessões com as turmas do Migy e do Rody (4ºD e 4ºE), com a turma do Alery (5ºG) e com a turma da Jery (7ºA). O objetivo terapêutico

definido pelo estagiário era de criar dinâmicas de grupo, relacionadas com atividades musicais, que pudessem impulsionar o relacionamento do utente com os seus pares através da música.

A estrutura das sessões era semelhante, começando em criar uma roda com os alunos e introduzindo figuras simples de “*body-percussion*”. Desta maneira, gerado um som de grupo, a tarefa era, que cada aluno se apresentasse, entrando no centro da roda e dizendo o seu nome e algumas palavras ao seu respeito, suportado pelo som rítmico do grupo. A seguir havia um momento de improvisação, em qual o estagiário convidou os participantes de entrar no centro, acrescentando uma figura rítmica improvisada ao som do grupo. Outro exercício proposto foi a criação de um som vocal em grupo. Para isso o estagiário pediu à turma de se manter em roda, fechar os olhos e de cantar uma nota, ouvindo a nota da pessoa ao lado. Foi impressionante de ouvir como o grupo se estava a afinar e conseguiu criar uma harmonia consonante e agradável. Nas reações dos alunos, o estagiário percebeu, que esta experiência da ressonância criou emoções fortes em alguns dos participantes.

Já na preparação destas sessões, o estagiário tinha consultado os diretores de turma, qual seria uma canção conhecida por todos os alunos e propus a execução desta música, dividindo a turma em dois grupos, secção rítmica e secção melódica. Enquanto uns criaram o ritmo da música, os outros cantaram a canção e criou-se um sentimento de união no grupo.

Estas sessões com as turmas foram bem aceitas pelos alunos e os professores afirmaram frente ao estagiário, que este tipo de atividades devia acontecer com mais frequência e que, de facto era uma atividade positiva para fortalecer o sentimento grupal e treinar competências de comportamento e de relacionamento com os pares. Assim

parece possível afirmar, que a musicoterapia pode ser uma ferramenta válida e relevante para promover atividades de inclusão na escola pública.

Conclusões

O estágio realizado no Agrupamento de Escolas de Montemor-o-Novo teve como principal objetivo a proposta da musicoterapia como mais uma resposta terapêutica na equipa multidisciplinar do Centro de Apoio a Aprendizagem, para responder junto com a terapia ocupacional, a terapia da fala ou a fisioterapia aos alunos com Necessidades de Educação Especial inseridos na escola pública. A musicoterapia pode abrir espaços de expressão livres com a liberdade de descobrir novos mundos cognitivos e emocionais, sem regras muito severas ou medo de punições, experiências, que podem servir para experimentar maneiras diferentes, não-verbais de relacionamento com o outro ou em grupo.

As intervenções de musicoterapia com os alunos destacados tiveram como objetivo aumentar através de atividades musicais a autorregulação, a autoestima e autoconfiança para contribuir para um processo de desenvolvimento de capacidades que irão auxiliar um melhoramento de resultados e rendimentos escolares e de competências sociais, possibilitando deste modo o sucesso escolar (Bruscia, 2000).

Considerou-se a criação de uma relação terapêutica construtiva e de confiança com os alunos como essencial e fundamental para a obtenção de resultados positivos. A maneira de estar com o outro e a relação terapêutica são tão importantes nestes intercâmbios musicais, nestas trocas de comunicação não-verbal, que revelam o *insight* através da expressão musical instantânea (Pelliteri, 2000; Wigram, 2004) e que podem ajudar a avivar o *self musical* e assim aumentar o autoconhecimento (Robbins&Robbins 1991).

Devido às necessidades particulares dos alunos, foram desenvolvidos planos terapêuticos individualizados, tendo objetivos específicos comuns para trabalhar nas

áreas da atenção e da motivação, da concentração e da memória (Wigram et al, 2002; Thaut, 2005; Adeodato, 2007), no treino e no desenvolvimento de capacidades motoras (Pelliteri, 2000), no melhoramento da fala e da fonética (Kantor & Dzidová, 2016) e na aquisição de competências comportamentais (Pelliteri, 2000).

As técnicas de musicoterapia aplicadas, como a improvisação livre ou guiada, treinos rítmicos, o uso da voz, a reprodução de canções, a composição musical, a escuta musical e técnicas vibro acústicas demonstraram ser adequadas no trabalho com alunos com NEE como referem os autores (Riccardi, 2005; Wigram & Pedersen, 2002; Pelliteri, 2000; Jackson, 2003; Bruscia, 2000; Baker & Wigram, 2005; Wigram, 1996; Ross, 2010).

As atividades para promover a inclusão dos alunos nas suas respetivas turmas representaram uma experiência positiva e promissora, no sentido de que a musicoterapia pode ser uma ferramenta válida para auxiliar a criação de uma relação “normalizada” dos alunos com NEE com os seus pares e abrir assim um caminho para uma normalização da vida social, aumentando a qualidade de vida dos mesmos.

Os resultados obtidos ao longo do estágio foram positivos, apesar de que não foram alcançados na sua totalidade. Na análise dos dados das escalas de avaliação constatou-se um melhoramento ligeiro na maior parte dos parâmetros avaliados. O estagiário está convencido, que com um prolongamento do trabalho terapêutico se possam atingir mais objetivos. O *feedback* da equipa multidisciplinar, nomeadamente dos professores de educação especial, dos diretores de turma, dos terapeutas das outras disciplinas e da psicóloga, orientadora do estágio foram, no entanto, unanimemente positivas e foi transmitido ao estagiário, que se notaram melhorias evidentes nas áreas da atenção e concentração, na motricidade, na comunicação, regulação emocional e no comportamento dos alunos intervencionados. O mesmo foi transmitido pelos pais dos

alunos, que confirmaram melhorias das crianças também na vida familiar e que expressaram a esperança de que estas atividades de musicoterapia pudessem continuar no ano letivo seguinte. Sendo a família e a vida quotidiana, junto com a vida escolar, os protagonistas mais importantes para a avaliação de melhoria da qualidade de vida dos alunos, estes *feedbacks* foram elementares para a autoavaliação do estagiário.

Em consequência, o impacto do estágio de musicoterapia na instituição foi avaliado de forma muito positiva pelos responsáveis do Agrupamento e da equipa multidisciplinar, reforçando que as propostas de musicoterapia tiveram um efeito positivo nos alunos que beneficiaram das intervenções e que seria uma aposta importante a de integrar um musicoterapeuta permanente na equipa de terapeutas, lamentando ao mesmo tempo, que não haviam condições económicas para tal.

Reflexão Final

O estágio, descrito neste relatório, decorreu entre Setembro de 2018 e Junho de 2019 no Agrupamento de Escolas de Montemor-o-Novo. Foram nove meses, ricos em experiências novas e novos relacionamentos, tanto com os alunos, como com os profissionais de saúde com quem se estabeleceu uma colaboração construtiva e fértil no sentido ter existido uma boa dinâmica de trabalho contínuo com objetivos terapêuticos partilhados dentro de toda a equipa multidisciplinar.

Foi muito gratificante para mim a maneira como fui recebido e aceite pela comunidade escolar, começando pela Diretora do Agrupamento, como também pela Diretora do Departamento da Educação Especial, pela Equipa Multidisciplinar inserida no Centro de Apoio a Aprendizagem e pelos pais e alunos da escola. O facto de já ser conhecido como professor de música na cidade seguramente facilitou esta aceitação e abriu portas para desenvolver as atividades de musicoterapia neste contexto.

Existiram vários desafios pessoais, uns de natureza mais pragmáticos, como o investimento e gestão de tempo, ou do *setting* das sessões em termos de instrumentos e salas para as intervenções. Outros de natureza psicológica, como o facto de ter sido um grupo grande de alunos direcionados para a musicoterapia e o facto, acima descrito, de ter sido um grupo tão heterogéneo relativamente às deficiências e outras problemáticas do desenvolvimento.

As sessões individuais representaram outro desafio pessoal, no sentido da necessidade/oportunidade de criar relação terapêutica com oito alunos tão diferentes. É evidente, que toda a preparação necessária e fundamental adquirida durante as aulas do primeiro ano do curso de mestrado e as supervisões com o intercâmbio com a professora e com @s coleg@s durante o estágio contribuíram para conseguir lidar de uma forma

mais eficiente com os problemas e dúvidas que surgiram no decorrer do estágio. Estou grato pela oportunidade de crescimento que este estágio me proporcionou, tendo podido aplicar e verificar conhecimento teórico na sua aplicação prática.

A grande recompensa deste investimento foi o reconhecimento do trabalho por parte dos profissionais de saúde, como também por parte dos pais, em como as intervenções de musicoterapia contribuíram para uma melhoria das competências e comportamentos dos alunos, reconhecendo assim, que a musicoterapia é, de facto, uma resposta válida e relevante para o acompanhamento de crianças e adolescentes com necessidades especiais.

Abriam-se assim perspectivas de futuro trabalho como musicoterapeuta nas escolas e outras instituições que trabalham com deficientes como a Cercimor ou a Associação 29 de Abril desta cidade.

Referências

- Adeodato, A. (2007). *A Musicoterapia nos Espaços Escolares: Contribuições no Processo de Inclusão Educacional*.
<https://pt.scribd.com/document/258470690/A-Musicoterapia-Nos-Espacos-Escolares-Ademir-Adeodato>
- Ainscow, M., & Ferreira, W. (2003). Compreendendo a educação inclusiva: Algumas reflexões sobre experiências internacionais. In D. Rodrigues (Org.), *Perspectivas sobre a inclusão. Da educação à sociedade* (pp. 103-116). Porto Editora.
- American Psychiatric Association (2015). *Perturbações do Neurodesenvolvimento*. In Guia de referência rápida para critérios de diagnóstico (5ª ed.) (pp. 17 - 31). Climepsi.
- Andrade, M., (1998). *Textos de Musicoterapia*. Associação Portuguesa de Musicoterapia.
- Armstrong, F., & Barton, L. (2003). Besoins éducatifs particuliers et «inclusive education». In B. Belmont & A. Vérillon, *Diversité et handicap à l'école. Quelles pratiques éducatives pour tous?* Institut National de Recherche Pédagogique
- Antunes, N. L. (2009). *Mal-entendidos. Da hiperactividade à síndrome de Asperger, da dislexia às perturbações do sono. As respostas que procura* (3ª ed.). Verso da Kapa.
- Austin, D. (2008). *The Theory and Practise of Vocal Psychotherapy*. Jessica Kingsley Publishers.

- Baker, F., & Wigram, T. (2005). *Songwriting, Methods, Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinic, Educators and Students*. Jessica Kingsley Publishers.
- Bañol, F. S. (1993). *Biomúsica*. Editora Icone.
- Blood, A., & Zatorre, R. (2001). Intensely pleasurable responses to music correlate with activity in brain regions implicated in reward and emotion. *Proceedings of the National Science Academy of the U.S.A.*, 98(20), 11818-11823.
- Boardman, L., Bernal, J., & Hollins, S. (2014). Communicating with people with intellectual disabilities: a guide for general psychiatrists. *Advances in Psychiatric treatment*, 20, 27-36.
- Boxill, E. H. (1985). *Music Therapy for the Developmentally Disabled*. Aspen Publishers.
- Bruscia, K. E. (2000). *Definindo Musicoterapia* (2ª ed.). Enelivors.
- Capellini, S. A. et al. (2007). *Dificuldades de Aprendizagem: manual de orientação para professores e informativo para familiares*. Fundepe Editora.
- Carrera, G. (2009). *Dificuldades de Aprendizagem. Detecção e estratégias de ajuda prática*. Grupo Cultural.
- Clough, P., & Corbett, J. (2000) *Theories of Inclusive Education*. Paul Chapman Publishing Ltd
- Correia, L. M. (1991). *Dificuldades de aprendizagem: contributos para a clarificação e unificação de conceitos*. Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Correia, L. M. (2003). *Inclusão e necessidades educativas especiais: um guia para educadores e professores*. Porto Editora.

- Correia, L. M. (2007). Para uma definição portuguesa de dificuldades de aprendizagem específicas. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 13(7), 155-172.
- Correia, L.M. (2008). *Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas Classes Regulares*. Porto: Porto Editora.
- Cortese, S., Holtmann, M., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Coghill, D., Danckaerts, M., Dittmann, R.W., Graham, J., Taylor, E., Sergeant, J., & European ADHD Guidelines Group (2013). Practitioner review: current best practice in the management of adverse events during treatment with ADHD medications in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and allied disciplines*, 54(3), 227-246.
- Cunha, R. & Volpi, S. (2008). A prática da musicoterapia em diferentes áreas de atuação. *Revista Científica/FAP, Curitiba*, 3, 85-97.
- Dalsgaard, S., Østergaard, S.D., Leckman, J.F., Mortensen, P.B., Pedersen, M.G. (2015). Mortality in children, adolescents, and adults with attention deficit hyperactivity disorder: a nationwide cohort study. *The Lancet*, 385 (9983), 2190-2196. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61684-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61684-6).
- Davis, W. B., Gfeller, K. E., & Thaut, M. H. (1999). *An introduction to music therapy: Theory and practice* (2nd ed.). Mc Graw-hill.
- Declaração dos Direitos da Criança
- Proclamada pela Resolução da Assembleia Geral das Nações Unidas n.º 1386 (XIV), de 20 de Novembro de 1959. Obtido em:
- https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/ECidadania/Docs_referencia/declaracao_universal_direitos_crianca.pdf

- Decreto-Lei n.º 54/2018 de 6 de Julho. Diário da República, 1.ª série, N.º 129.
- Dogde, N. N. (2011) Medical Management of Cerebral Palsy. In D.R. Patel et al. (eds.), *Neurodevelopmental Disabilities: Clinical Care for Children and Young Adults* (pp. 227-247). Springer.
- Faraone, S.V. (2015). Attention deficit hyperactivity disorder and premature death. *The Lancet*, 385 (9983), 2132–2133. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61822-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61822-5).
- Ferreira, M. S. (2007). *Educação Regular, Educação Especial*. Edições Afrontamento.
- Fonseca, V. da. (1995). *Introdução às Dificuldades de Aprendizagem*. Artmed
- Fregtman, C. D. (1989). *Corpo, música e terapia*. Cultrix.
- Gfeller, K. E. (1999). Music therapy in the schools. In Davis, W.B., Thaut, M.H. & Gfeller, K.E. (eds.), *An introduction to music therapy: theory and practice*. McGraw-Hill.
- Gimenez, M., Gonçalves, P. & Amorim, S. (2011). Musicoterapia e a Educação Inclusiva. *Revista Brasileira de Musicoterapia*, 13 (11), 144-162.
- Guy, J., & Neve, A. (2005). *Music Therapy & Cerebral Palsy Fact Sheet*. Obtido de http://www.themusictherapycenter.com/wp-content/uploads/2016/11/mtcca_cerebralpalsy.pdf
- Heiderscheit, A., & Madson, A. (2015). Use of the Iso Principle as a Central Method in Mood Management: A Music Psychotherapy Clinical Case Study. *Music Therapy Perspectives*, 33(1), 45-52.
- Himpens, E., Van den Broeck, C., Oostra, A. & Vanhaesebrouck, P. (2008). Prevalence, type, distribution, and severity of cerebral palsy in relation to

- gestational age: a meta-analytic review. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 50(5), 334-340.
- Jackson, N. A. (2003). A survey of music therapy methods and their role in the treatment of early elementary school children with ADHD. *Journal of Music Therapy*, 40 (4), 302-323.
- Jiménez, R., (1997). *Necessidades Educativas Especiais*. Dinalivro.
- Kantor, J., & Dzidová, L. (2016). Speech Production, Music Therapy and Cerebral Palsy. *Forum Pedagogiczne*, 2 (2), 275-288.
http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.ojs-doi-10_21697_fp_2016_2_43.
- Konstenius, M., Jayaram-Lindström, N., Guterstam, J., Beck, O., Philips, B., & Franck, J. (2014). Methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder and drug relapse in criminal offenders with substance dependence: a 24-week randomized placebo-controlled trial. *Addiction*, 109, 440-449.
- Leitão, F. R. (2006). *Aprendizagem cooperativa e inclusão*. Edição do autor.
- Lopes, J. (2003). *A Hiperactividade*. Editora Quarteto.
- National Joint Committee on Learning Disabilities. (2011). Implications for Policy Regarding Research and Practice: A Report by the National Joint Committee on Learning Disabilities March 2011. *Learning Disability Quarterly*, 34 (4), 237-241.
- Leite, S. H. (2011). Da exclusão à inclusão passando pela segregação e pela integração. O papel da escola e do mediador Sócio- Pedagógico. Atas do XI Congresso da Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação (pp. 237-250). Instituto Politécnico da Guarda.

- Levitt, S., (2001), *O tratamento da paralisia cerebral e do retardo motor*. Editora Manole.
- Marta, R. (2014). Perturbações do neurodesenvolvimento. Retirado de Passo a Passo - Centro de Desenvolvimento:
<http://www.passoapasso.pt/wpcontent/uploads/2014/08/perturbacoes-do-neurodesenvolvimento-raquel-marta2.pdf>.
- Matos, P. P. (2009). Perturbações do desenvolvimento infantil - conceitos gerais. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 25(6), 669-676.
- Moreira, D., M. (2013). O Musicoterapeuta como assessor para a inclusão: estudo de acompanhamento de uma docente de música do 3º ciclo, para práticas inclusivas. Obtido em <https://recipp.ipp.pt/>.
- Nordoff, P., & Robbins, C. (1983). *Music Therapy in Special Education*. Barcelona Publishers.
- Nunes, C. (2001). Aprendizagem activa na criança com multideficiência - guia para educadores. Ministério da Educação, Núcleo de Orientação Educativa e Educação Especial.
- Nunes, C., & Amaral, I. (2008). Educação, multideficiência e ensino regular: um processo de mudança de atitude. *Diversidade: Multideficiência, Multidesafios*, 6 (20), 4-9.
- Orelove, F., & Sobsey, , D. (2000). *Educating Children with Multiple Disabilities: a Transdisciplinary Approach*. Paul Brookes Publishing Co.
- Pavlicevic, M. (2000). Improvisation in Music Therapy: Human Communication in Sound. *Journal of Music Therapy*, 37(4), 269-285.

- Pavlicevic, M., & Wood, V. (2005). *Music Therapy in Children's Hospices: Jessie's Fund in Action*. Jessica Kingsley Publishers.
- Pelliteri, J. (2000). Music Therapy in the Special Education Setting. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 11(3&4), 379-391.
- Phelan, T. W. (2005). *TDAH, Sintomas, diagnósticos e tratamento*. 1ª ed. São Paulo: Ed. M. Brooks
- Polanczyk, G.V., Willcutt, E.G., Salum, G.A., Kieling, C., Rohde, L.A. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology*, 43 (2), 434–442. <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyt261>.
- Rett, A., Seidler, H. (1996). *A criança com lesão cerebral. Problemas médicos, educativos e sociais*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Riccardi, P. S. (2005). Intervención musical em el alumnado com necesidades educativas especiales: delimitaciones conceptuales desde la pedagogia musical y la musicoterapia. *Tavira*, 20, 123-130.
- Robbins, C. M., & Robbins, C. (1991). Self-communications In Creative Music Therapy. In K. Bruscia (ed.), *Case Studies in Music Therapy* (pp. 55-72). Barcelona Publishers.
- Ross, U., (2010) Klangarbeit aus neuropsychologischer Sicht, *Peter-Hess-Klangmethoden im Kontext von Forschung und Wissenschaft*. S.70-87 Peter Hess, Christina M.Koller (Hrsg), Verlag Peter Hess
- Ruiz-Goikoetxea, M., Cortese, S., Aznarez-Sanado, M., Magallón, S., Zallo, N.A., Elkin, L.O., Castro-Manglano, P., Soutullo, C. & Arrondo, G. (2018). Risk of unintentional injuries in children and adolescents with ADHD and the impact

of ADHD medications: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience e Biobehavioral Reviews* 84, 63-71.

<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.11.007>

Ruud, E. (1990). *Caminhos da Musicoterapia*. Grupo Editorial Summus.

Ruud, E. (2010). *Music therapy: A Perspective from the Humanities*. Barcelona Publishers.

Sanches, I., & Teodoro, A. (2006). Da integração à inclusão escolar: Cruzando perspectivas e conceitos. *Revista Lusófina de Educação*, 8, 63-83.

Santos, T. (2010). Diversity and acceptance: views of children and youngsters.

Comunicação apresentada no ISEC2010 – Inclusive and Supportive Education Congress Promoting Diversity and Inclusive Practice, Belfast. Obtido em

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/1061/1/Diversity%20and%20Acceptance.pdf>.

Saramago, A. R., Gonçalves, A., Nunes, C., Duarte, F., & Amaral, I. (2004). Avaliação e intervenção em multideficiência. Centro de Recursos para a Multideficiência. Ministério da Educação.

Silva, M. (2009). Da exclusão à inclusão: Práticas e concepções. *Revista Lusófona de Educação*, 13, 135-153.

Sousa, A., (2003). *Educação pela arte e artes na educação*. Instituto Piaget.

Thaut, M. H. (2005). *Rhythm, Music and the Brain*: Taylor and Francis Group.

Verdeau-Paillés, J., Boris L. P., Delli Ponti, M. (1995). *La "Troisième Oreille" et la Pensée Musicale*. Fuzeau.

- Verkuijl, N., Perkins, M., & Fazel, M. (2015). Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder. *BMJ*, 350: h2168.
- Vieira, F., & Pereira, M. (2010). "*Se houvera quem me ensinara...*": A educação de *Pessoas com deficiência Mental*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Watson, T. (2007). *Music Therapy with Adults with Learning Disabilities*. Routledge.
- Wigram, T., Pedersen, I. N., & Bonde, L. O. (2002). *A Comprehensive Guide to Music Therapy*. Jessica Kingsley Publishers.
- Wigram, T., (1996). The effects of vibroacoustic therapy on clinical and non-clinical population (Doctoral thesis, London University, London, United Kingdom).
Obtido em <http://vibroacoustics.org/FrequencyInfo/ResearchArticles/Wigram.Vat.Thesis.pdf>.
- Wigram, T. (2004). *Improvisation, Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. Jessica Kingsley Publishers.
- Wheeler, B. L. (2012). Developments in Music Therapy Practice: Case Study Perspectives (book review). *Journal of Music Therapy*, 49 (3), 365-369.

Anexos

Anexo A

REGISTO DE SESSÃO DE GRUPO - MT

IDENTIFICAÇÃO DO GRUPO: _____

DATA: _____ TERAPEUTA: _____

PRESENTES:

FALTARAM:

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DA SESSÃO:

TEMAS CENTRAIS:

OBSERVAÇÕES ESPECÍFICAS (aspectos individuais ou processo de grupo)

MÚSICA PRODUZIDA (actividade, instrumentos, repertório)

NOVIDADES OU MUDANÇAS:
REACÇÕES PESSOAIS:
A FAZER...

Anexo B

REGISTO DE SESSÃO INDIVIDUAL - MT

NOME DO UTENTE: _____

DATA: _____ TERAPEUTA: _____

OBSERVAÇÃO DIRECTA DO UTENTE:

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DA SESSÃO:

TEMAS CENTRAIS:

NOVIDADES OU MUDANÇAS:

MÚSICA PRODUZIDA (instrumentos, repertório)

REACÇÕES PESSOAIS:

A FAZER...

Anexo C

Nome					
Idade					
Ano de escolaridade					
Diagnóstico					
Data:					
1. Perfil de escuta sonora	Muito Desenvolvida	Desenvolvida	Normal	Pouco Desenvolvida	Nada Desenvolvida
Consciência aos sons externos					
Consciência dos sons próprios					
Escuta rítmica					
Escuta melódica					
Escuta harmónica					
Escuta sons e ruídos do ambiente					
Escuta sons e ruídos da naturaliza					
Reacção ante canções conhecidas					
Reacção ante canções desconhecidas					
2. Perfil de manipulação Sonora	Muito Desenvolvida	Desenvolvida	Normal	Pouco Desenvolvida	Nada Desenvolvida
Sons vocais					
Sons corporais					
Sons de objectos					
Sons instrumentais					
3. Perfil de domínio instrumental	Muito Desenvolvida	Desenvolvida	Normal	Pouco Desenvolvida	Nada Desenvolvida
Seleção de instrumentos					
Tipo de relação com o instrumento					
Habilidades de reproduzir sons					
Implicação corporal					
4. Perfil de manipulação sonora	Muito Desenvolvida	Desenvolvida	Normal	Pouco Desenvolvida	Nada Desenvolvida

Exploração de sons					
Produção de sons					
Improvisação rítmica					
Improvisação melódica					
5. Perfil de resposta musical	Muito Desenvolvida	Desenvolvida	Normal	Pouco Desenvolvida	Nada Desenvolvida
Corporal					
Expressão emocional					
Capacidade de associação					
Capacidade de identificação					
Capacidades de socialização					
Capacidade de prazer					
6. Perfil de comunicação sonora	Muito Desenvolvida	Desenvolvida	Normal	Pouco Desenvolvida	Nada Desenvolvida
Imitação sonora					
Imitação melódica					
Desenvolvimento rítmico					
Desenvolvimento melódico					
7. Perfil de capacidades musicais	Muito Desenvolvida	Desenvolvida	Normal	Pouco Desenvolvida	Nada Desenvolvida
Pulsação rítmica					
Tempo					
Rítmo					
Melodia					
Dinâmica					
Timbre					
Registo					
Textura					
Memoria musical					
8. Área cognitiva e senso-perceptiva	Muito Desenvolvida	Desenvolvida	Normal	Pouco Desenvolvida	Nada Desenvolvida
Capacidade de atenção					
Capacidade de concentração					

Memoria a curto prazo					
Memoria a longo prazo					
Capacidade para relacionar e associar					
Capacidade para desenvolver tarefas organizadas					
Capacidade para processamento sequencial					
Capacidade para generalizar					
Pensamento simbólico					
Pensamento abstrato					
Desenvolvimento auditivo					
Desenvolvimento visual					
Desenvolvimento táctil					
9. Área motora	Muito Desenvolvida	Desenvolvida	Normal	Pouco Desenvolvida	Nada Desenvolvida
Consciência de equilíbrio					
Coordenação geral					
Motricidade grossa					
Coordenação fina					
Motricidade fina					
Capacidade para manipulação de objetos					
Relação tensão-relaxão					
10. Área sócio-afetiva e comunicação	Muito Desenvolvida	Desenvolvida	Normal	Pouco Desenvolvida	Nada Desenvolvida
Capacidade de expressão emocional					
Consciência de expressão emocional					
Habilidades para a interação social					
Habilidades de comunicação verbal					
Esterotipias verbais					
Capacidades de comunicação não-verbal					
Capacidade para escutar					
Capacidade para responder					
Capacidade de imitação					
Capacidade improvisação					

Anexo D

Avaliação Musical – Emocional (MEARS)

Utente:

Data:

1. Atenção musical			
	Frequência	Apoio	Meios
Focaliza			
Mantém			
Compartilha			
Realiza mudanças			
Total/média			
2. Afeto musical			
	Frequência	Apoio	Meios
Facial			
Prosódia			
Corpo			
Movimento			
Total/média			
3. Adaptação ao jogo musical			
	Frequência	Apoio	Meios
Junta-se			
Ajusta			
Realiza revezamento			
Interrompe			
Total/média			
4. Engajamento musical			
	Frequência	Apoio	Meios
Imita			
Sincroniza			
Antecipa			
Finaliza			
Total/média			

5. Inter-relação musical			
	Frequência	Apoio	Meios
Inicia			
Modifica			
Diferencia			
Assimila			
Conecta			
Interpõe			
Completa			
Lidera/segue			
Total/média			

Avaliação Musical-Cognitiva/Perceptiva (MCPS)

Utente:

Data:

	Rítmo	Melodia	Dinâmica	Fraseado	Timbre	Total/média
Reage						
Focaliza						
Lembra						
Segue						
Inicia						

Avaliação da Capacidade de Resposta Musical (MRS)

Utente:

Data:

	Variação do tempo			Variação da dinâmica			Variação das alturas			Ataque		
	lenta	média	rápida	lenta	média	rápida	lenta	média	rápida	lenta	média	rápida
Preferência												
Eficiência perceptual												
Autoregulação												

Anexo E



DECLARAÇÃO

Eu, _____, pai / mãe /
guardião legal / encarregado (a) de educação do(a)
_____ (riscar se for o próprio), declaro para os
devidos efeitos que autorizo a que sejam aplicados ao meu educando sessões individuais de
intervenção em Musicoterapia. Estas sessões terão lugar na Escola EB 2,3 e na Escola Básica
nº 5 e serão aplicados uma vez por semana.

_____, ____ de _____ de _____

(local)(dia)(mês)(ano)

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

—



DECLARAÇÃO

Eu, _____, pai / mãe /
guardião legal / encarregado (a) de educação do(a)
_____ (riscar se for o próprio), declaro para os
devidos efeitos que autorizo a que sejam feitos registos em gravação video/audio 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, as quais serão destruídas após o fim do estágio curricular e da
respetiva apresentação do relatório. Mais se acrescenta que obtive respostas suficientemente
esclarecedoras, por parte dos técnicos responsáveis, para as questões por mim colocadas
acerca deste projecto.

Declaro ainda que autorizo o acesso ao PEI – Program educativo individual - do meu
educando por parte do estagiário.

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

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



DECLARAÇÃO

Eu, _____, pai / mãe /
guardião legal / encarregado (a) de educação do(a)
_____ (riscar se for o próprio), declaro para os
devidos efeitos que autorizo a que o meu educando participa numa sessão de Musicoterapia
em turma e que seja feito um registo em vídeo dessa sessão. As filmagens serão utilizadas
única e exclusivamente para efeitos de supervisão e formação do estagiário Ulf Ding no
âmbito do mestrado em Musicoterapia na Universidade Lusíada. Estes dados serão mantidos
na mais absoluta confidencialidade entre o estagiário e o grupo de supervisão. Os dados serão
destruídos após o fim do estágio curricular e da respetiva apresentação de relatório.

Mais se acrescenta que obtive respostas suficientemente esclarecedoras, por parte dos
técnicos responsáveis, para as questões por mim colocadas acerca deste projeto.

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

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

University Certificate

Ulf Herbert Ding

has based on the valid study and examination regulation SPO ZLG KLM
successfully completed the academic course

Sound Massage Practitioner

with a total workload of 304 hours and the following modules:

Peter Hess Sound Massage I, Peter Hess Sound Massage II, Peter Hess Sound Massage III
Peter Hess Sound Massage IV, Individual Sound Massage, Sound Massage Transfer

Ulf Herbert Ding

fulfilled all requirements
obtained 10 Credit Points

and is qualified to hold the title

Certified Sound Massage Practitioner (SHB)

Berlin, 20.05.2019


On behalf of the executive committee
of the

Steinbeis University Berlin


Ralf Hoyer M.A.
Director

Steinbeis-Transfer-Institute
Health Competence &
Health-Education





Worldwide professional association of Peter Hess® Sound Massage Practitioners since 1999 and member of the umbrella organization for free counseling and health promoting occupations.

Certificate

PETER HESS®-Sound Massage

Ulf Ding

has successfully completed the basic training in Peter Hess®-Sound Massage and may use the professional title „Peter Hess®-Sound Massage Practitioner“

The total training included 304 hours (seminar days (s), study of scripts and specialist literature (SL), transfer as an application in practice (TR), including the three educational sound massages

Contents of Training

- Information about singing bowls and the development of sound massage.
The meaning of sound in Eastern and Western cultures
- Use of the various instruments: singing bowls, gongs, and cymbals
- Effective sound elements for the individual and safe support of clients
- Basic knowledge of sound massage and sound work on different energetic levels.
Body, Aura and Chakra
- Fundamental principles underlining the effects of sound on body, mind, and soul
- Professional and ethical guidelines.
- Mindfulness as an appreciative principle
- The limits of sound massage in the context of individual professional competence and the legal implications thereof
- Supervised case studies.



Mein Berufsverband
ist Mitglied
im Dachverband
für freie beratende
und Gesundheits-
fördernde Berufe

On successful completion of the training, participants are qualified to give competent and responsible sound massage to aid relaxation. This certificate does not entitle the holder to give professional training in Peter Hess®-Sound Massage.

The training complies with the guidelines of the Free Health Professions Germany (Freie Gesundheitsberufe)

Bruchhausen-Vilsen,
Germany 29.06.2018

Dipl.-Ing. Peter Hess - Director, Peter Hess® Institute (PHI)
1st Chairman European Association Sound-Massage-Therapy

Europäischer Fachverband Klang-Massage-Therapie e.V. Ortheide 29 · D- 27305 Bruchhausen-Vilsen
www.fachverband-klang.de