



Universidades Lusíada

Martins, Bernardo Miguel Ferreira, 1999-

Musicoterapia na Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra

<http://hdl.handle.net/11067/6774>

Metadados

Data de Publicação	2022
Resumo	<p>O presente relatório constitui o trabalho clínico realizado no âmbito do estágio curricular do Mestrado em Musicoterapia na Universidade Lusíada de Lisboa. O estágio decorreu na Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra -APCC, tendo sido realizado de novembro de 2021 a junho de 2022 perfazendo 8 meses de estágio. A população alvo selecionada são jovens adultos normalmente com Défice Intelectual e/ou com Paralisia Cerebral, com diferentes comprometimentos a nível relacional, cognitivo, comunic...</p> <p>This report constitutes the clinical work carried out within the Music Therapy Master's curricular internship at the Lusíada University of Lisbon. The internship took place at Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra -APCC, for 8 months from November 2021 to June 2022. The main target of the study were young adults with Intellectual Deficit and / or Cerebral Palsy and their respective problems such as relational, cognitive, communicative and emotional issues. Based on a humanistic approach,...</p>
Palavras Chave	Pessoas com paralisia cerebral, Pessoas com deficiência, Musicoterapia - Prática profissional, Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra (Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T12:20:36Z com informação proveniente do Repositório



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

Musicoterapia na Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra

Realizado por:
Bernardo Miguel Ferreira Martins

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

Orientado por:
Dr. Paulo Jorge Ramos Jacob

Constituição do Júri:

Presidente: Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Supervisora: Prof.^a Doutora Susana Aurora Gutiérrez Jiménez
Arguente: Prof.^a Doutora Ana Rita Laureano Maia

Dissertação aprovada em: 27 de janeiro de 2023

Lisboa

2022



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 Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra

Bernardo Miguel Ferreira Martins

Lisboa

Julho 2022



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 Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra

Bernardo Miguel Ferreira Martins

Lisboa

Julho 2022

Bernardo Miguel Ferreira Martins

Musicoterapia na Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra

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

Orientador de estágio: Dr. Paulo Jorge Ramos Jacob

Lisboa

Julho 2022

FICHA TÉCNICA

Autor Bernardo Miguel Ferreira Martins
Supervisora de estágio Prof.^a Doutora Susana Aurora Gutiérrez Jiménez
Orientador de estágio Dr. Paulo Jorge Ramos Jacob
Título Musicoterapia na Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra
Local Lisboa
Ano 2022

MEDIATECA DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

MARTINS, Bernardo Miguel Ferreira, 1999-

Musicoterapia na Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra / Bernardo Miguel Ferreira Martins ; supervisionado por Susana Aurora Gutiérrez Jiménez ; orientado por Paulo Jorge Ramos Jacob. - Lisboa : [s.n.], 2022. - Relatório de estágio do Mestrado em Musicoterapia, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - GUTIÉRREZ JIMÉNEZ, Susana Aurora, 1971-

II - JACOB, Paulo Jorge Ramos Jacob, 1977-

LCSH

1. Pessoas com paralisia cerebral
2. Pessoas com deficiência
3. Musicoterapia - Prática profissional
4. Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra (Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
6. Teses - Portugal - Lisboa

1. Cerebral palsy
2. People with disabilities
3. Music therapy - Practice
4. Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra (Portugal) - Study and teaching (Internship)
5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
6. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. ML3920.M37 2022

Agradecimentos

Quero primeiramente agradecer a Supervisora do Estágio Prof.^a Doutora Susana Aurora Gutiérrez Jiménez, por me ter acompanhado no desenrolar do estágio e ter proporcionado orientações e feedback, o que me motivou muito como estagiário durante toda a escrita do relatório de estágio e na realização das intervenções.

Segundamente agradecer ao Orientador Dr. Paulo Jorge Ramos Jacob por me proporcionar a possibilidade de estagiar na APCC bem como a orientação que me deu, também agradecer o tempo que me disponibilizou nas reuniões realizadas, e em especial o da sua hora de almoço, que das quais prescindiu várias vezes para me orientar.

À Clara, por acreditar sempre em mim e me dar forças e apoio, ler múltiplas vezes o meu relatório e ainda me ouvir a falar constantemente do estágio durante a realização do mesmo.

De uma forma geral aos meus amigos que de forma direta ou indireta contribuíram para a realização de um ciclo de estudos, mais especificamente a minha amiga Ana Pessoa, a qual durante o mestrado sempre recorri quando precisei de uma segunda opinião sobre tudo o que envolveu estudar musicoterapia. Agradecer também a Ana Oliveira por contribuir bastante na revisão final do documento.

Também agradecer à Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra por me receber e possibilitar a realização do meu estágio curricular na Quinta da Conraria o que me enriqueceu bastante como estudante e como pessoa.

Por fim agradecer aos meus pais por criarem as condições que me possibilitaram a realização de um mestrado à minha escolha.

Resumo

O presente relatório constitui o trabalho clínico realizado no âmbito do estágio curricular do Mestrado em Musicoterapia na Universidade Lusíada de Lisboa. O estágio decorreu na Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra -APCC, tendo sido realizado de novembro de 2021 a junho de 2022 perfazendo 8 meses de estágio.

A população alvo selecionada são jovens adultos normalmente com Défice Intelectual e/ou com Paralisia Cerebral, com diferentes comprometimentos a nível relacional, cognitivo, comunicativo e emocional. Com base numa abordagem humanista, as intervenções terapêuticas realizadas tiveram como base a técnica de improvisação, através da qual procurou-se produzir mudanças ao nível das competências sociais e da gestão de comportamentos. De forma detalhada são apresentados dois estudos de caso em musicoterapia com dois dos utentes atribuídos durante o estágio, no formato de estudo de caso. Ao longo dos sete meses de estágio foram realizadas sessões individuais de carácter semanal, com um total de treze utentes, dos 19 aos 44 anos de idade. Com o intuito de proceder com uma avaliação confiável foram utilizadas as escalas; Individual Music-Centered Assessment Profile for Neurodevelopmental Disorders (IMCAP-ND), adaptação da escala Category System for Music Therapy (Kamuthe) e a escala de Qualidade de vida WHOQOL-BREF. A avaliação realizou-se de forma qualitativa, através de observação direta e preenchimento de uma grelha com as escalas mencionadas, o que permitiu avaliar os comportamentos dos indivíduos.

Os resultados alcançados apresentam evoluções significativas nos domínios avaliados, deste modo sendo possível afirmar que a musicoterapia exerce efeitos benéficos no processo de desenvolvimento de adultos, com Défice Intelectual e/ou com Paralisia Cerebral,

Palavras-chave: Musicoterapia, Adultos, Improvisação, Deficiência Intelectual e Paralisia Cerebral.

Abstract

This report constitutes the clinical work carried out within the Music Therapy Master's curricular internship at the Lusíada University of Lisbon.

The internship took place at Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra -APCC, for 8 months from November 2021 to June 2022.

The main target of the study were young adults with Intellectual Deficit and / or Cerebral Palsy and their respective problems such as relational, cognitive, communicative and emotional issues. Based on a humanistic approach, the therapeutic interventions carried out were based on the improvisation technique, where behaviour and social changes were tracked. Two music therapy study reports are presented in detail, featuring each given subject.

During the seven months, individual weekly sessions were held, with a total of thirteen subjects aged 19 to 44.

In order to proceed with the most reliable Assessments, the following standards were applied; Individual Music-Centred Assessment Profile for Neurodevelopmental Disorders (IMCAP-ND), an adaptation of the Category System for Music Therapy (Kamuthestandard) and the WHOQOL – BREF Quality of Life standard.

This evaluation was carried out in a qualitative way, through direct observation resulting in submission of different behaviours directly into a grid following the mentioned standards.

The results achieved demonstrate significant developments in the fields to be evaluated, thus being possible to affirm that music therapy exerts beneficial effects in the development process of this demographic.

Keywords: Music Therapy, Adults, Improvisation, Intellectual Disability and Cerebral Palsy.

Lista de Tabelas

Tabela 1 <i>Descrição da amostra</i>	42
Tabela 2 <i>Horário do Estagiário de novembro 2021 até Maio 2022</i>	44
Tabela 3 <i>Plano terapêutico do Armando</i>	54
Tabela 4 <i>Plano terapêutico do Henrique</i>	64

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

- APA - Agência portuguesa do ambiente
- APCC - Associação de Paralisia Cerebral Coimbra
- CACI - Centro de Atividades de Capacitação para a Inclusão
- IMCAP_ND - The Individual Music-Centered Assessment Profile for Neurodesenvolvimental Disorders
- ISO - Identidade Sonora
- KAMUTHE - Kategorien System Musik Therapie
- OMS - Organização Mundial da Saúde
- PC - Paralisia Cerebral
- TEA - Transtorno do Espectro do Autismo
- URDP - Unidade de Reabilitação de Profundos

Sumário

Agradecimentos	V
Resumo	VII
Abstract.....	IX
Lista de Tabelas	XI
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos.....	XIII
Sumário.....	XV
Introdução	1
Caracterização da Instituição	3
Caracterização da População Alvo	7
Políticas da Pandemia Covid-19	8
Enquadramento Teórico.....	11
Musicoterapia.....	11
Modelos e Técnicas de Intervenção.....	12
Modelo Nordoff-Robbins.	14
Modelo Benenzon.....	15
O Conceito de Pessoa com Deficiência.....	17
Défice Intelectual	18
Musicoterapia no Défice Intelectual.....	19
Paralisia Cerebral	20
Musicoterapia na Paralisia Cerebral	23
Saúde Mental.....	24
A Musicoterapia na Saúde Mental.....	25
Perturbação do Espectro do Autismo em Adultos	28
Musicoterapia em Indivíduos com Perturbação do Espectro do Autismo.....	30
X- Linked intellectual disability.....	33
A Avaliação na Musicoterapia	34
Escala IMCAP-ND	35
Escala Kamuthe	36
Escala de Qualidade de vida WHOQOL – BREF	37
Objetivos Gerais do Estágio.....	39
Metodologias.....	41
Amostra	41
Procedimentos e Metodologias	42
Fase de Observação e Integração	44
Fase da recolha de dados.....	45

Fase da avaliação Inicial	46
Fase da Avaliação Intermédia	46
Fase da Avaliação Final	47
Recursos	49
Estudos de Caso	51
Estudo caso nº 1 Armando B.....	51
Avaliação Inicial.....	52
Plano de intervenção terapêutica	53
Fase de Intervenção Terapêutica	54
Fase 1- Interação e exploração	55
Fase 2 - Progressão no tempo de permanência nas atividades	56
Avaliação Intermédia.....	57
Fase 3- Transferências funcionais	58
Avaliação Final.....	59
Conclusão do Caso	59
Estudo Caso nº 2 – Henrique, B	60
Avaliação Inicial.....	61
Plano de intervenção terapêutica	63
Fase de Intervenção Terapêutica	64
Fase 1- Interação e exploração	65
Fase 2, fase da incorporação e comunicação	66
Avaliação Final.....	67
Outras intervenções.....	69
Jorge A.	69
Fernando F.....	70
Joel C.....	72
Sérgio M.....	73
António J.	75
Raul S.	77
Carlos G.....	78
Discussão	81
Conclusão.....	83
Reflexão pessoal	87
Referencias.....	91
Apêndices.....	99
Lista de Apêndices.....	101
Apêndice A.....	103

Apêndice B.....	107
Apêndice C.....	111
Apêndice D.....	115
Apêndice E.....	119
Apêndice F.....	123

Introdução

O relatório que se segue tem o intuito de documentar o estágio profissional que decorreu no âmbito do estágio curricular do Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa na Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra-APCC. APCC é uma instituição sem fins lucrativos, e que tem como intuito apresentar resposta às necessidades de pessoas com deficiência e suas famílias, com objetivo de contribuir com respostas às necessidades destes indivíduos e famílias.

O estágio curricular na APCC começou a 29 de outubro e terminou no dia 7 de junho de 2022, com indivíduos portadores de diferentes patologias, mas mais especificamente com o distúrbio do neurodesenvolvimento, défice intelectual e/ou paralisia cerebral. O interesse em fazer este estágio surgiu devido à curiosidade e conhecimento reduzido do estagiário sobre perturbações do neurodesenvolvimento.

A musicoterapia é uma intervenção clínica, que utiliza a música e os seus elementos como ferramenta, com o intuito de alcançar objetivos terapêuticos não musicais, ou seja, nas sessões, através da ferramenta música aborda-se problemáticas não-musicais exteriores as sessões.

Neste estágio realizou-se intervenção terapêutica a nível individual. Um certo número de planos terapêuticos foram formulados com a ajuda do musicoterapeuta da instituição e em consonância com as informações obtidas através da equipa interdisciplinar da associação.

Ao longo do presente relatório realizar-se-á uma descrição da instituição, da população com a qual foi realizado o estágio e da descrição do processo que foi o estágio curricular. A partir dessa população será exposto um enquadramento conceptual sobre a mesma e sobre a musicoterapia, e serão também expostas algumas estratégias e objetivos de intervenção musicoterapêutica.

Caracterização da Instituição

A APCC, Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra, é uma instituição sem fins lucrativos fundada em 1975 por um grupo de pais, amigos e técnicos com o intuito de apresentar uma resposta às necessidades de pessoas com paralisia cerebral e suas famílias, com vista a contribuir com respostas às necessidades de indivíduos com paralisia cerebral (APCC, 2021).

A associação tem como finalidades principais a prestação de serviços e de iniciativas de promoção do bem-estar e qualidade de vida da pessoa com deficiência, especialmente cidadãos com paralisia cerebral, e suas famílias. Tem ainda como objetivos, criar e desenvolver serviços e unidades de reabilitação, habilitação, formação e integração, criar e desenvolver serviços e unidades direcionadas para a pessoa com necessidades complexas de reabilitação e integração; criar e desenvolver serviços de apoio à família da pessoa com deficiência; promover a atualização e especialização de recursos humanos em reabilitação; estabelecer parcerias nacionais e transnacionais para a promoção e divulgação dos direitos da pessoa com deficiência; promover a filiação de entidades em associações congéneres nacionais e internacionais; sensibilizar a comunidade para a problemática da pessoa com deficiência ou incapacidade; envolver a comunidade na problemática da prevenção da paralisia cerebral.

Ao longo dos anos foram criados vários núcleos na associação, nomeadamente: CRPCC – Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral de Coimbra criado em 1977; a Quinta da Conraria criada em 1983; o CACI– Centro de Atividades de Capacitação para a Inclusão, o CAARRPD - Centro de Atendimento, Acompanhamento e Reabilitação Social para Pessoas com Deficiência e Incapacidade, o Lar de Apoio e o Lar Residencial. Com o intuito de dar resposta às diferentes necessidades que surgem ao longo do tempo, a associação dispõe de vários serviços e atividades de apoio nos seguintes âmbitos: re(ha)bilitação; creche; pré-

escolar; centro de atividades de tempos livres; centro de atividades ocupacionais; lares residenciais; formação profissional; atividades de transição para a vida adulta e ativa; serviço de apoio domiciliário; transporte de pessoas com deficiência; educação; cultura; desporto e recreação; serviços inclusivos; desenvolvimento de modelos de qualidade de vida; formação para pais; técnicos; comunidade educativa; saúde e ação social; promoção da autodeterminação da pessoa com deficiência e incapacidade; atividades agropecuárias; prestação de serviços à comunidade e outros compatíveis com os objetivos da associação.

A Quinta da Conraria é uma secção da APCC, um espaço destinado a utentes da associação que na sua maioria são adultos, que se localiza na freguesia de Ceira, no concelho de Coimbra e é o local onde se desenvolve o estágio, o qual dispõe de:

1. Receção;
2. Secretaria;
3. Cozinha/Cantina – Espaço destinado às refeições e ao atelier de cozinha;
4. Ginásio – Espaço destinado às sessões de fisioterapia;
7. Sala Odisseias – Espaço destinado à estimulação sensorial, localizado na Sala RDP1;
8. Instalações sanitárias equipadas com WC e Duche;
9. Gabinetes – Espaço para vários dos profissionais da Instituição, nomeadamente, psicólogos, terapeutas da fala entre outros;
10. Oficina – Onde são realizadas atividades do CACI (centro de atividades de capacitação para a inclusão);
11. Vacaria- Onde são realizadas atividades do CACI;
12. Estábulo- Onde são realizadas atividades do CACI ;
13. Campo de Futebol;
14. Parque Infantil e Jardim;

15. Sala URDP1- Sala destinada aos utentes da Unidade de Reabilitação de Profundos;
16. Sala URDP2 – Sala destinada aos utentes da Unidade de Reabilitação de Profundos, caracterizada pela execução de trabalhos de expressão criativa e multimédia;
17. Sala de Informática – Sala destinada a execução de artes plásticas e design gráfico;
18. Sala Almalaguês- Sala destinada a execução de atividades de tecelagem;
19. Sala do CACII- Sala destinada a alguns dos utentes do centro de atividades de capacitação para a inclusão, onde se realizam trabalhos manuais, como por exemplo a recriação de quadros e desenhos;
20. Sala do CACI2- Sala destinada a alguns dos utentes do centro de atividades de capacitação para a inclusão, onde realizam trabalhos manuais, atividades plásticas, seleção de peças, entre outros;
21. Sala de Musicoterapia- Destinada a sessões de musicoterapia, e ensaios musicais de alguns dos grupos musicais da instituição: Ligados às Máquinas e 5ªPunkada;
22. Sala 40- Destinada a consultas de psicologia com os familiares dos utentes e realização de sessões de Musicoterapia;
23. Sala do Redondo- Destinada a utentes de uma das residenciais, sala na qual é realizado o ateliê de cozinha, atividades de expressão dramática e música;
24. Sala de Teatro- Sala destinada a execução de atividades de expressão dramática.
25. Casa do Redondo- Unidade residencial destinada aos utentes da sala do Redondo.
26. Armazém
27. Capela- Espaço atualmente utilizado para ensaios do grupo de Bombos da associação.
28. Enfermaria- Espaço destinado a primeiros socorros, testagem e auxílio.

A Quinta da Conraria dispõe também de um departamento musical, ao qual estão associados alguns projetos, nomeadamente a banda “5ª PUNKADA”, o grupo musical “Ligados às Máquinas” e um grupo de bombos “SEMP’ A BOMBAR”.

Os 5.ª PUNKADA são um Grupo Rock da APCC que comemora o seu 29º aniversário em 2022. A banda é constituída por 5 elementos, nos quais dois dos seus elementos são pessoas com deficiência intelectual e outros dois com paralisia cerebral. A banda já percorreu todo o país e até vários outros países da Europa, no ano de 2021 lançaram o seu primeiro disco, "Somos Punks ou Não?".

O grupo “SEMP’A BOMBAR”, é um grupo de percussão da APCC. Tem 4 anos de existência e é gerido pelo colaborador Tiago Silva. O grupo conta com algumas apresentações essencialmente na região Centro. Os instrumentos utilizados pelo grupo são bombos tradicionais de Silvares.

A “orquestra” Ligados às Máquinas surgiu em 2012, é gerida pelo musicoterapeuta Paulo Jacob e o que caracteriza a produção sonora do grupo é a utilização de vários samples. Os constituintes do grupo são pessoas com paralisia cerebral ou doenças degenerativas, que muitas vezes apresentam uma série de movimentos involuntários.

Caracterização da População Alvo

Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra está dividida em vários núcleos, o CACI com um total de 144 utentes e CAARPD com 60 utentes. APCC tem ainda o Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral(CRPC), o lar José Mendes Barros e várias unidades residenciais. A Quinta da Conraria tem na sua vasta maioria indivíduos de idade adulta. Para além da paralisia cerebral uma parte desta população são indivíduos com multideficiência, alguns em cuidados profundos. Na associação ademais à paralisia cerebral há também casos com distúrbios do neurodesenvolvimento como o transtorno do espectro do autismo, trissomia 21 e epilepsia, transtorno neurobiológico como a síndrome de Asperger, doença autoimune (esclerose múltipla), doenças cromossômicas, nomeadamente síndrome do X frágil e síndrome de Edwards e casos de indivíduos com traumatismo crânioencefálico (TCE).

De acordo com o Regulamento Interno disponibilizado pela instituição ao estagiário, a admissão dos clientes sucede-se com base numa avaliação, a qual é realizada através de uma Ficha de Inscrição na qual é necessária a entrega de uma cópia dos seguintes documentos: 1) Documento de identificação / Cartão do cidadão do cliente, do familiar/significativo ou representante legal, quando necessário;

- Cartão de contribuinte do cliente, do familiar/significativo ou representante legal, quando necessário;

- Cartão de beneficiário da segurança social do cliente, do familiar/significativo ou representante legal, quando necessário;

- Cartão de utente dos serviços de saúde ou de subsistemas a que o cliente pertença;

- Relatório médico, com a verificação e a comprovação da situação de deficiência;

- Certidão multiusos;

- Boletim de vacinas;

- Relatório médico comprovativo da situação clínica do cliente.

O período de candidatura decorre de forma contínua em qualquer dia útil, durante o horário de funcionamento (9:30h – 12:30H e 14.00h -17:30h), no entanto, se for um caso de admissão urgente, pode ser dispensada a apresentação da candidatura.

No mesmo documento são ainda contemplados os requisitos de admissão, com base na atribuição de uma pontuação, conforme os critérios de priorização que se seguem:

- Ausência de retaguarda familiar (25%);
- Pessoa/agregado familiar economicamente desfavorecido (desde que tal não comprometa a sustentabilidade da resposta social) (20%);
- Frequência de protocolo/Resposta social (17,5%);
- Retaguarda com atividade profissional (17,5%);
- Idade do candidato (10%);
- Proximidade à residência (10%).

Políticas da Pandemia Covid-19

A Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra apresenta medidas de precaução próprias para evitar a propagação do vírus (covid-19), pois, os utentes da instituição a priori são pessoas mais vulneráveis que caso contraíam o vírus podem ser gravemente prejudicadas a nível da sua saúde. Como tal, seguidamente serão descritas algumas das normas que se considerou relevante apresentar.

De acordo com o plano de contingência em vigor no momento da realização do estágio as normas a seguir em caso de contactos próximos de infetados foram as seguintes: realização de monitorização ativa pela autoridade de saúde local durante o período de 14 dias desde a última exposição; auto monitorização diária dos sintomas da COVID-19, incluindo febre, tosse ou dificuldade em respirar; restringir o contacto social ao indispensável; evitar

viajar; estar contactável para monitorização ativa durante os 14 dias desde a data da última exposição.

No caso de “baixo risco de exposição”, deve realizar-se a auto monitorização diária dos sintomas da COVID-19, incluindo febre, tosse ou dificuldade em respirar; ter acompanhamento da situação pelo médico do trabalho.

É de salientar que a auto monitorização diária, feita pelo utente (família) /trabalhador, visa a avaliação da febre (medir a temperatura corporal duas vezes por dia, registar o valor e a hora de medição) e a verificação de tosse ou dificuldade em respirar. Se se verificarem sintomas da COVID-19 e o trabalhador estiver na instituição, devem-se iniciar os “Procedimentos num Caso Suspeito”; se nenhum sintoma surgir nos 14 dias decorrentes da última exposição, a situação fica encerrada para COVID-19 e posteriormente aos 14 dias o indivíduo pode voltar (APCC, 2020).

Enquadramento Teórico

Atendendo a população alvo e às suas características, considera-se pertinente redigir uma revisão literária centrada na população do estágio, sendo a revisão literária centralizada essencialmente na Paralisia Cerebral(PC), Défice Intelectual(DI) e na aplicação da Musicoterapia em ambas as populações. No entanto, são também abordadas outras patologias que se considerou relevante mencionar devido ao facto do estagiário se ter deparado com utentes com essas patologias. Deste modo foi também abordado a Perturbação do espectro do Autismo(PEA) e a X- Linked intellectual disability que é uma deficiência intelectual ligada à mutação do cromossoma X.

Musicoterapia

A música é regularmente associada à palavra “arte” e mais raramente associada à palavra “ciência”, no entanto, ambas as palavras estão intrinsecamente ligadas à música. Ciência e arte caracterizam grande parte do que nós somos como seres humanos.

"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" (World Federation of Music Therapy, 2011)

A música dispõe da capacidade de unir e de comunicar sentimentos e simultaneamente criar uma ligação mesmo quando as palavras são um bloqueio ou uma impossibilidade. Primeiramente, a terapia estabelece uma relação entre o terapeuta e o paciente que permite, por meio da escuta, regular e transformar o cliente. Segundo Ruud

(1990) na musicoterapia, a música é o meio de tratamento através do qual o cliente se expressa para que essa transformação possa acontecer.

De acordo com Even Ruud em 1993 (citado por Staballeta 2003, p. 79) a música cumpre quatro funções primárias na musicoterapia contemporânea:

- É utilizada como um estímulo que pode melhorar o desenvolvimento motor e o desenvolvimento cognitivo. (Foco do modelo comportamental e da teoria da aprendizagem);
- Favorece expressão de sentimentos; caracterizada por ser uma linguagem não verbal, a mesma é frequentemente considerada como uma linguagem emocional, capaz de conectar com ideias profundas e reprimidas (foco psicanalítico e psicodinâmico);
- Estimular do pensamento e da reflexão sobre as situações da vida de uma pessoa; pode ajudar atingir uma autorrealização pessoal (foco humanista-existencial);
- Meio e forma de comunicação que estimula habilidades socio comunicativas e a interação (foco comunicacional).

Modelos e Técnicas de Intervenção

Segundo Benezon (2011) a musicoterapia é designada como uma especialidade terapêutica que é fundamentada cientificamente, o que consequentemente permite a utilização de metodologias e técnicas de trabalho que são promotoras do desenvolvimento do indivíduo.

As metodologias e técnicas que se utilizam em musicoterapia têm por base modelos pré-definidos, modelos estes que podem ser divididos em dois tipos: os modelos ativos e os modelos recetivos. A caracterização de uma técnica como ativa dá-se quando o musicoterapeuta e o cliente se envolvem no processo da criação musical, desta forma operando através de técnicas de improvisação instrumental/voz, ou através da criação de canções, ou utilizando canções que já são existentes (Bruscia, 2016).

Já a caracterização de técnicas recetivas dá-se quando o musicoterapeuta coloca ou toca música para o utente, consoante as necessidades do mesmo, sendo utilizado, predominantemente, em indivíduos que apresentem várias dificuldades a nível motor (Vaillancourt, 2009).

Seguidamente, serão abordados modelos e técnicas, os quais se idealiza utilizar como base nas intervenções do estágio.

As técnicas que se utilizaram ao longo das sessões de musicoterapia, variam tendo por base os utentes e o *setting* (individual ou grupal). O tipo de intervenção e os objetivos propostos para cada caso, individual ou grupal, também variam de acordo com os dados que foram recolhidos e da identificação das suas necessidades, características e funcionalidades dos participantes. Durante as sessões, as técnicas utilizadas foram maioritariamente técnicas de musicoterapia ativa, tais como, o uso da improvisação musical livre e dirigida que, segundo Wigram (2002) correspondem a técnicas que promovem a liberdade de expressão, relação e interação entre o terapeuta e o indivíduo.

Wigram (2004), designa a improvisação em alguns tipos de abordagens, a imitação direta da proposta do cliente e os jogos musicais de pergunta e resposta. A imitação direta da proposta do cliente, é caracterizada pela procura de empatia, entre os participantes e, *a posteriori*, o terapeuta torna-se um “espelho”, um reflexo do cliente, com o intuito de criar um meio no qual este se reveja; já os jogos musicais de pergunta resposta, surgem com o intuito de promover o contacto, o diálogo e estimular novas respostas por parte do cliente.

Outras técnicas de improvisação que estão a ser utilizadas em *setting* individual são o *holding*, copiar, corresponder, espelhar e o *grounding*, que segundo Wigram (2005) e Bruscia (2016) servem o propósito de criar um ambiente estável e de partilha para o utente, no qual o mesmo possa encarar a sessão como uma âncora para avaliar o stress, a tensão emocional e física.

Modelo Nordoff-Robbins.

O Modelo Nordoff-Robbins (NRMT) surgiu no final da década de 50, e os seus autores são Paul Nordoff e Clive Robbins. NRMT é uma das abordagens com base na improvisação mais praticadas internacionalmente (Nordoff, & Robbins, 2007). Este modelo é caracterizado por ser influenciado pelo filósofo Rudolf Steiner que tinha orientações da psicologia humanista. Nordoff e Robbins defendiam que todo o indivíduo apresentava motivação em direção ao seu crescimento e ao desenvolvimento de autonomia, autodeterminação e das suas potencialidades (Kirkland, 2013).

O modelo original tem por base uma sessão individual que dispõe de dois terapeutas e um indivíduo, na qual um dos terapeutas deve improvisar ao piano, com o intuito de criar um ambiente de carácter sonoro que promova a participação do utente na experiência musical terapêutica, enquanto o outro terapeuta presta auxílio ao utente com o intuito que o utente forneça respostas musicais, de acordo com os objetivos que são previamente estabelecidos. O segundo terapeuta pode intervir, normalmente utilizando a voz ou instrumentos musicais (maioritariamente instrumentos de percussão). O musicoterapeuta deve também ser capaz de estabelecer uma relação de cumplicidade com o indivíduo para que se inicie um processo de envolvimento significativo, com a criação de um contexto terapêutico que permite ao indivíduo vivenciar a produção musical num ambiente de total aceitação por parte do terapeuta. (Nordoff e Robbins 2007)

O modelo de Nordoff-Robbins é diversas vezes mencionado como o modelo da “musicoterapia criativa” porque o mesmo permite ao indivíduo experiências musicais distintas, com o objetivo de proporcionar o seu desenvolvimento, nomeadamente do seu potencial criativo, da comunicação e da estimulação de diferentes emoções e sentimentos (Wigram, Pedersen, & Bonde, 2002).

Como tal, o modelo tem por base a improvisação entre o terapeuta e o cliente,

onde a música que é produzida pelo indivíduo é vista como um espelho do seu estado mental. A função do terapeuta é encorajar o indivíduo na participação da criação musical e contribuir para a promoção do desenvolvimento das suas habilidades verbais, sociais e físicas (Nordoff, & Robbins, 2007). Nordoff e Robbins levaram um conceito bastante relevante para a musicoterapia, a ideia do músico-criança. O ser músico-criança pode ser definido como a musicalidade individual existente em cada um de nós, a qual existe independentemente do nível de comprometimento que um indivíduo pode apresentar nas diferentes áreas.

De acordo com Aigen, (2014) o modelo NRMT coloca os musicoterapeutas em primeiro lugar como músicos, pois quanto mais rica a experiência musical proporcionada aos clientes, mais benéfico se transforma a experiência clínica. Não existe uma dicotomia entre o benefício clínico e musical. Uma postura centrada na música pode ser vista como um benefício, pois normalmente facilita a criação de uma relação terapêutica única baseada numa experiência compartilhada da música. O encontro terapêutico para o músico é algo que pode transcender as barreiras entre terapeutas e clientes, pode ser capaz de estabelecer um relacionamento com o indivíduo onde normalmente não era possível. Podemos ter como exemplo o caso de uma criança com autismo, ou um adulto com esquizofrenia.

Algo característico desta abordagem é também a aceitação dos sintomas da perturbação, com o intuito de os integrar na estrutura sonoro-musical no decorrer da improvisação. O musicoterapeuta deve apresentar uma postura de apoio e auxílio na criação sonora e musical (Wheeler, 2015).

Modelo Benenzon

Rolando Benenzon no final dos anos 60 criou o Modelo de Benenzon, o qual se fundamenta com base nos princípios psicodinâmicos de Freud, Winnicott entre outros autores. Este modelo é caracterizado por ser um modelo psicoterapêutico não-verbal que tem como umas das suas principais características a utilização das expressões corporais sonoras

não musicais, nomeadamente a improvisação, com o intuito de estabelecer ou desenvolver uma ligação/vínculo entre o terapeuta e o cliente. Este vínculo é essencial pois permitirá a abertura de novos canais de comunicação, o crescimento a nível pessoal através do desenvolvimento do autoconceito, e conseqüentemente o aumento da qualidade de vida do utente (Benenzon, 2011).

A identidade sonora individual (ISO) é outro ponto essencial deste modelo, segundo Chagas e Pedro (2008). O ISO é caracterizado como um conjunto de energias acústicas, de carácter sonoro e de movimento que fazem parte de cada indivíduo. É assim formado por toda a herança e vivência sonora, desde o período de gestação à experiência sonora que se vai vivenciando e adquirindo após o nascimento. O ISO é caracterizado por ser algo que nos torna distintos uns dos outros, que varia de acordo com as diferentes experiências do nosso contexto vivencial, podendo assim, ser dividido por diferentes componentes que se interligam entre si, nomeadamente: universal, gestáltico, grupal, cultural, entre outros. O ISO universal, encontra-se no nosso inconsciente e é “herdado”, o ISO gestáltico localiza-se no inconsciente sonoro, e é referente ao período da concepção do indivíduo, por último o ISO cultural é originado no período do nascimento, pelas energias sonoro-musicais que são transmitidas culturalmente. (Chagas, & Pedro, 2008).

O modelo em questão é centrado na música e interação sonora de uma forma predominantemente não verbal, algo distinto de muitos outros modelos da Musicoterapia. Se for realizado um paralelo entre o “Modelos Benenzon” e “outros modelos” de improvisação na musicoterapia, podem ser observadas algumas semelhanças e diferenças. A semelhança mais evidente está na consideração atribuída ao musical e à interação sonora como uma forma de renovar constricções no funcionamento humano. Na sua essência, o modelo Benenzon incide na reorganização de cada indivíduo, ou seja, no desenvolvimento individual do ser. Oferece a possibilidade de desenvolvimento através da interação não verbal no

contexto musical e sonoro, o que resulta num maior nível de integração. O respeito pela diversidade e pelas emoções durante o processo de criação, que é algo compartilhado musicalmente de forma não verbal, torna os momentos de criação musical essenciais para este modelo (Wagner, 2007, p. 3).

O Conceito de Pessoa com Deficiência

De acordo com a OMS (2011, pp 28-30) a deficiência é intrínseca à condição humana, pois quase todas as pessoas em algum momento das suas vidas apresentam uma deficiência temporária ou permanente. A Deficiência é um conceito complexo, dinâmico, multidimensional e questionado que resulta da interação das pessoas com a deficiência, nomeadamente com as suas barreiras ambientais e comportamentais que diversas vezes as impedem de ter uma participação de forma igualitária. O contexto/ambiente de qualquer pessoa tem um enorme impacto sobre as suas experiências e na extensão da deficiência. Ambientes que são inacessíveis criam deficiência, pois geram barreiras à participação e à inclusão.

A definição de eficiência tem vindo a ser moldada com o sentido de reforçar que é algo resultante da interação e não da pessoa em questão. As pessoas com deficiência são igualmente heterogéneas, não se limitam apenas às suas condições. A deficiência atinge qualquer faixa etária e as mais variadas/complexas condições, sejam congénitas ou posteriormente adquiridas. As pessoas com deficiências mais acentuadas normalmente enfrentam dificuldades maiores (OMS, 2011).

Estes indivíduos normalmente apresentam, para além de limitações funcionais físicas, mentais ou sensoriais, uma representação social negativa devido às suas limitações, assim como também, barreiras à sua participação. Estudos estatísticos apontam que existem, aproximadamente, um bilhão de pessoas que vivem com algum tipo de deficiência, o que corresponde a cerca de 15% da população mundial (OMS, 2011). Com base nos Censos de

2001 em Portugal mais de 600 mil pessoas apresentavam alguma deficiência, nos censos de 2011 e 2021 este dado deixou de ser recolhido.

Défice Intelectual

De acordo com DSM-5 (2013), volume 5 do manual de diagnóstico e estatística de transtornos, a denominação défice intelectual surge como uma situação que se enquadra no grupo dos distúrbios do neurodesenvolvimento, contendo não só o défice cognitivo, mas o défice funcional também.

Segundo o DSM-5, o défice intelectual inclui défices funcionais, nomeadamente: défices adaptativos e intelectuais, nos domínios conceptual, prático e social.

O DI tem início durante o período do desenvolvimento, o seu diagnóstico exige a presença cumulativa de défices em funções intelectuais, que têm de ser comprovados por testes de inteligência standardizados ou uma avaliação clínica; défices em funções adaptativas que, sem apoio continuado, limitam o funcionamento numa ou mais atividades diárias, em múltiplos ambientes. O DI apresenta quatro níveis de gravidade: leve, moderada, grave e profunda. Enquanto no DSM-IV os níveis estipulados, têm por base os valores de QI, no DSM-5 os níveis são definidos com base no funcionamento adaptativo. A Causa da DI é na maioria dos casos desconhecida, no entanto, conhece-se alguns fatores que concorrem para a etiologia desta condição, nomeadamente: alterações no desenvolvimento embrionário em 30% dos casos; fatores ambientais, tais como a exposição a teratogênicos durante a vida uterina (o mais frequente é o álcool) de 15% a 20%; problemas na gravidez, como infeções, intoxicação e danos físicos durante o parto 10%; fatores hereditários em 5% dos casos; condições médicas adquiridas na infância em 5%.

Há também uma correlação entre quanto mais profundo é o atraso no desenvolvimento e a probabilidade de se encontrar a etiologia. Quanto mais profundo o atraso maior é a probabilidade de se encontrar a etiologia e mais provável é o surgimento de

dificuldades aos níveis neurológico, neuromuscular, visual, auditivo, cardiovascular e outros (Oliveira *et al.*, 2012).

No que diz respeito à vida destes indivíduos, os autores Kalgotra e Warwal (2017) defendem que os problemas de comportamento tendem a ser mais prevalentes em indivíduos com deficiência do que em indivíduos sem deficiência. É de grande dificuldade diagnosticar e tratar comportamentos ou condições psicológicas ao mesmo tempo que a deficiência intelectual se torna mais forte.

Dykens (2000) sugeriu que adolescentes e crianças com deficiências têm um risco significativamente maior de transtornos psiquiátricos em comparação com seus pares sem deficiência intelectual. Em termo de comparação, estima-se que a incidência de distúrbios comportamentais seja várias vezes maior (5 a 7 vezes) em pessoas com deficiência intelectual (Emerson, 2003; Bouras *et al.*, 2004)

Musicoterapia no Défice Intelectual.

De acordo com os autores García & Belmonte (2019) a musicoterapia é uma modalidade de intervenção terapêutica frequentemente utilizada em populações com incapacidade intelectual. Os resultados da intervenção musicoterapêutica pressupõem uma melhoria na qualidade de vida dos utentes, sendo que hoje em dia a musicoterapia é considerada como um indicador positivo da sua prática nesta população.

Segundo Schalock e Verdugo (2002) a musicoterapia tem a capacidade de influenciar o bem-estar emocional, relações interpessoais, desenvolvimento pessoal, bem-estar físico, autodeterminação e inclusão social. Já os autores Kalgotra e Warwal (2017) defendem que a musicoterapia com indivíduos portadores de deficiência intelectual moderada causa mudanças significativas a nível do comportamento, desta forma podendo condicionar positivamente certas estereotipias, comportamentos de carácter rebelde, automutilação e a hiperatividade.

De acordo com os autores Kalgotra e Warwal (2017) num artigo sobre os efeitos da intervenção musical em distúrbios de comportamento nas crianças com deficiência intelectual, os autores concluíram que:

Psicólogos e pesquisadores do desenvolvimento e clínicos corroboram que o fato de que o envolvimento com a música em qualquer forma (escuta, instrumental, etc.) deve tornar-se uma parte obrigatória da rotina diária. A música melhora o humor, e estas crianças beneficiam com a música ritmada e otimista, na qual podem cantar e tocar instrumentos. Ela proporciona uma experiência relaxante, positiva e pode também aliviar estresse e ansiedade, reduzindo a tensão muscular e diminuindo a frequência cardíaca. Assim a intervenção musical pode fazer parte do tratamento dos aspetos psicossociais e fisiológicos da deficiência intelectual (Kalgotra e Warwal, 2017, p. 15).

Paralisia Cerebral

A Paralisia Cerebral (PC) é caracterizada por ser resultado de uma ou várias lesões, que afetam a área motora do cérebro, a qual afeta diretamente a movimentação do corpo humano, conseqüentemente a sua coordenação e postura. A “paralisia” surge devido à debilidade muscular e dificuldade na movimentação, já o “cerebral” é referente ao cérebro o qual foi afetado nas áreas motoras, desta forma prejudicando a capacidade do cérebro de controlar o movimento do corpo humano e a postura, o que se deve a uma musculatura débil e com muito pouco controlo (Guy & Neve, 2005).

Segundo Leite e Prado (2004) a Paralisia Cerebral reúne um grupo de lesões permanentes do sistema nervoso central sem carácter progressivo, que normalmente ocorrem durante o desenvolvimento fetal, antes, durante ou após o nascimento, ou até mesmo na infância.

Não obstante do facto da paralisia cerebral ser uma condição não progressiva, há certas condições secundárias que podem vir associadas, tais como a espasticidade muscular

que pode desenvolver-se ao longo do tempo, melhorar ou piorar. Consoante as áreas do cérebro afetadas, podem surgir outras condições, tais como: movimentação involuntária de secções do corpo humano, perturbação na mobilidade, nomeadamente no andar, dificuldade em engolir e problemas ao nível da comunicação (fala), sensação ou perceções anormais, falta de visão ou audição, convulsões e a perturbação do desenvolvimento intelectual também pode ocorrer. Outros dos problemas que podem surgir incluem dificuldades na alimentação, controle do intestino, problemas respiratórios muitas vezes devido a dificuldades posturais, distúrbios da pele devido à pressão de feridas e dificuldades ao nível da aprendizagem (Guy & Neve, 2005).

Segundo Sankar e Mundkur (2005) em cerca de 75% dos casos verifica-se que a paralisia cerebral contribuiu para o surgimento de outras condições, nas quais algumas destas são estatisticamente relevantes, nomeadamente: défice intelectual (60%), problemas visuais e motilidade ocular (28%;) e deficiência auditiva (12%). A deficiência auditiva ocorre em aproximadamente 12% das crianças com PC e é mais comum de ocorrer se a etiologia da PC estiver relacionada ao muito baixo peso ao nascer.

A PC pode ser dividida em cinco tipos, de acordo com a lesão do cérebro ou a área que foi afetada: espástica, atóide, atáxico, hipotónico e Misto (Ferreira, & Smith, 2013).

Espástica é caracterizada como uma lesão que ocorre no córtex cerebral, a qual resulta num aumento do tónus muscular. Esta lesão ocorre na maioria dos casos de PC (numa média de 75%). Atóide, caracterizada pelo facto dos indivíduos apresentarem movimentos involuntários, instáveis e com pouca amplitude. Atáxico, caracterizada por ser uma lesão que afeta o cerebelo/vias cerebelares que resultam em dificuldades a nível de equilíbrio e na falha de assertividade. Hipotónico, caracterizado por ser uma lesão localizada no neurónio do nervo inferior que resulta numa incapacidade ao nível da Locomoção, o indivíduo não consegue ficar em pé, esta lesão encontra-se presente em 15% dos casos de PC. Considera-se,

misto, quando o indivíduo apresenta mais de uma das lesões anteriormente mencionadas. Ocorre em 1% dos casos de PC.

Segundo Ferreira e Smith (2013) se se tiver como base o número de membros afetados e o nível do comprometimento cerebral apresentado, a PC pode ser pautada, de acordo com o seu comprometimento: Tetraparesia, é caracterizada por os membros superiores e inferiores estão comprometidos. Diparesia, é caracterizada por os membros inferiores estarem mais comprometidos que os superiores. Hemiparesia, é caracterizada por só um dos lados do corpo estar afetado. Monoparesia, é caracterizada por só um membro de todo o corpo se encontrar afetado. No decorrer da observação clínica é também relevante considerar a amplitude, especificidade e caracterização da paralisia cerebral, bem como a intensidade do distúrbio a nível motor.

De acordo com Leite, & Prado, (2004) a paralisia cerebral pode ser caracterizada através de seis tipos topográficos, consoante o comprometimento motor apresentado pelo indivíduo: hemiplegia, hemiplegia bilateral, diplegia, discinesia, ataxia e formas mistas.

-Hemiplegia, é caracterizada pelo membro superior e o inferior se encontrarem, simultaneamente, comprometidos. É possível a ocorrência de outras hemi-hipoestésias ou hemianopsias. Hemiplegia é designada como o comprometimento mais comum;

-Hemiplegia bilareral (tetra ou quadriplegia), identificada como uma forma mais severa de perturbação (presente entre 9% a 43% dos casos). É caracterizada por ocorrência de lesões no sistema piramidal e observa-se, no indivíduo, uma grave tetraparesia-espástica, podendo estar associada a deficiência mental, epilepsia e microcefalia;

-Diplegia, mais comumente encontrada em crianças com prematuridade (presente em cerca de 10% a 30% dos casos). Observa-se um comprometimento nos membros inferiores;

-Discinesia, é caracterizada por ser a forma de paralisia cerebral mais rara, a qual se manifesta através de movimentos involuntários;

-Ataxia, caracterizada por ser uma forma muito rara, pode ser traduzida em hipotonia (diminuição do tônus muscular e da força, o que causa moleza e flacidez). Observam-se alterações no equilíbrio, na marcha e tremor;

-Formas Mistas, junção de um ou mais dos tipos topográficos de paralisia segundo o comprometimento motor, descritos anteriormente. (Leite, & Prado, 2004).

Assim a Paralisia Cerebral é uma designação geral, a qual inclui diversos tipos nosológicos, aos quais cada indivíduo apresentam quadros que são muito distintos. De acordo com a revista de Educação Especial e Reabilitação (1989), não são nítidas as formas de classificação, pois sucede-se que em vários casos encontra-se na mesma pessoa mais de um tipo de Paralisia Cerebral, ou seja, é comum observar frequentemente casos de forma mista, com dois tipos de Paralisia Cerebral. Tendo em conta a junção dos fatores decisivos na autonomia do indivíduo, nomeadamente: o local da lesão e os défices motores associados, a paralisia cerebral pode ser classificada em 3 graus: 1º Grau, designado de Severo, o qual engloba indivíduos com PC que apresentam uma imensa dificuldade na realização dos movimentos, a existência de autonomia é praticamente nula. 2º Grau, designado de Moderado, o qual engloba indivíduos com PC que necessitam de ajuda nas alterações de movimentos. 3º Grau, designado de Leve, o qual engloba indivíduos com PC que apresenta uma autonomia considerável apesar de ainda necessitar de ajuda em movimentos de coordenação e equilíbrio.

Musicoterapia na Paralisia Cerebral

Por a Paralisia Cerebral ser uma condição etimologicamente pré, peri ou pós-natal, condiciona desde o início, a vida destas pessoas, conseqüentemente influencia também o ambiente familiar, pois, quando nasce uma criança com uma deficiência, os pais têm que enfrentar o diagnóstico da criança e realizar ajustes nos cuidados necessários que vão surgir e nas suas expectativas. Não só as famílias, mas mesmo estes indivíduos desde crianças estão

mais suscetíveis a momentos de tensão e stress (Rentinck, 2006). Estes fatores, traduzem-se em informação que o musicoterapeuta adquire, no entanto, todas as pessoas são únicas e o seu contexto varia de caso para caso. O nível de comprometimento físico, os seus traços psicológicos e o seu contexto familiar, são tudo variantes que divergem de paciente para paciente. Quando a musicoterapia se dirige a uma população com necessidades especiais educativas são necessárias adaptações específicas de recursos.

Nas sessões de Musicoterapia os pacientes querem cantar, tocar instrumentos e criar melodias, no entanto, apresentam dificuldades que fazem com que muitas vezes não consigam. A sua condição não o permite, no entanto, o musicoterapeuta tem a tarefa de ajudar e encontrar uma forma de o tornar possível. O mesmo se aplica na prática da musicoterapia no trabalho com populações com paralisia cerebral, devido aos problemas motores e afins, a adaptação ao indivíduo é muito relevante, aprender metodologias de trabalho que nos permita conhecer acerca das patologias e das suas características, físicas, psíquicas e emocionais de cada paciente (Federico, 2003, 2011).

Ao nível físico (motor) a adaptação de instrumentos musicais surge como uma alteração eficaz para incentivar e motivar a participação instrumental, no entanto devem ser bem selecionados e adaptados para facilitar o seu uso em cada caso (Sabbatella, 2003). Tocar instrumentos musicais é um exercício que resulta na exercitação dos músculos, o que está diretamente conectado a motricidade fina e grossa dos membros superiores. Tocar diferentes instrumentos musicais pode contribuir para o desenvolvimento de um variado leque de movimentos, o desenvolvimento da coordenação, aumentos na funcionalidade respiratória, movimento proximal e distal e contrações musculares, (Federico, 2003).

Saúde Mental

De acordo com os autores Rehm & Shield (2019), mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo foram afetadas por transtornos de saúde mental ou por dependências no ano de

2016, ou seja cerca de 16% da população mundial. No entanto nem toda a população que tem este diagnóstico obtém ou procura obter tratamento, segundo um artigo publicado por Asher (2017) no ano de 2014. À volta de 43 milhões pessoas (adultos) que residem nos Estados Unidos da América possuíam um diagnóstico de transtorno de saúde mental, ou seja, 18% da população adulta do país, no entanto só 13% dos 43 milhões é que receberam tratamento.

Já em Portugal, com base num Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (Almeida & Xavier, 2013), é possível concluir que os transtornos de saúde mental afetam mais de 1/5 da população portuguesa, que corresponde aproximadamente 22,9%, dos quais 4% da população apresenta transtornos de saúde mental graves, 11,6% com doença mental num nível moderado e 7,3% num nível ligeiro.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2019), existem diversos transtornos mentais diferentes, os quais são geralmente caracterizados por uma combinação de emoções, pensamentos, comportamentos, perceções e reações. Os transtornos mentais incluem: depressão, transtorno bipolar, esquizofrenia e outras psicoses, demência e transtornos do desenvolvimento, incluindo a perturbação do espectro do autismo. Atualmente já existem tratamentos eficazes para os transtornos mentais e formas de amenizar o sofrimento causado pelos mesmos. O acesso a cuidados de saúde e serviços sociais capazes de fornecer tratamento e apoio social é fundamental para o auxílio dos indivíduos com transtornos de saúde mental. Entre os diversos tipos mencionados, seguidamente são descritos, com mais pormenor, os que se mostraram relevantes estudar tendo em conta a análise da população-alvo. Como tal, será abordada seguidamente à Musicoterapia na Saúde Mental a Perturbação do Espectro do Autismo.

A Musicoterapia na Saúde Mental

A intervenção da Musicoterapia na doença mental surge com o intuito de desenvolver competências a nível emocional e da relação, abordando questões que são difíceis de traduzir

por palavras. Por isso, são trabalhados os processos sociais e psíquicos, através da utilização de uma interação não verbal que é a música, a qual, funciona como um meio de comunicação, de expressão e de transformação (Geretsegger *et al.*, 2017).

Alguns dos objetivos mais recorrentes na musicoterapia para pessoas com doença mental, são o aprimorar do autoconhecimento e da autoconsciência, desenvolver o conhecimento sobre os outros e como se relacionar, aperfeiçoar a noção de identidade, desenvolver a sensação de segurança, facilitar mecanismo de autoexpressão, promover a comunicação (verbal e não verbal), promover a interação entre pares, desenvolver a sensação de estar num grupo a criar música em conjunto, melhorar a autoestima, promover o impulso de motivação para o tratamento, reduzir os sintomas psiquiátricos, melhorar as competências de *coping* e melhorar o funcionamento global (M. Silverman, 2018; Torres *et al.*, 2016).

O significado de recuperação num paciente com doença mental, pode ser interpretado como um significado clínico que está relacionado com o tratamento de sintomas e o restabelecimento do funcionamento a nível social e pessoal, que é descrito como um processo de mudança de atitudes, comportamentos, valores, sentimentos, objetivos, competências e/ou funções, que canalizam a pessoa a inserir-se novamente num contexto de comunidade com um propósito de vida (McCaffrey *et al.*, 2018; Solli, *et al.* 2013). De acordo com Solli *et al.*, (2013) para atingir a recuperação das pessoas com experiência de doença mental existem três fatores importantes, a autodeterminação, a inclusão social e o bem-estar. A autodeterminação é alcançada quando a pessoa é capaz de desempenhar um papel ativo na sua própria recuperação, sendo capaz de tomar decisões e retomando o controlo da sua vida. A inclusão social, diz respeito à reintegração na sociedade, desenvolvendo as competências sociais, como a relação e a interação com o outro. O foco no bem-estar caracteriza-se por priorizar os

acontecimentos positivos da pessoa e o indivíduo tem de ter a capacidade de não permitir que os eventos negativos sejam sempre o centro da sua atenção.

A musicoterapia e a recuperação partilham alguns pontos em comum, no caso da musicoterapia aplicada na saúde mental, há uma ênfase na promoção de atitudes positivas, que estão aliadas a aspetos de autodeterminação e relações que colaborem com esse propósito. Isto porque quando o potencial terapêutico da música está envolvido no contexto da comunidade os seus objetivos vão de encontro à inclusão e participação social. Na musicoterapia, realizar uma improvisação tanto individualmente como em grupo é algo que permite ao indivíduo a oportunidade de se relacionar com segurança, explorando e expressando as suas emoções e sentimentos que de outra forma poderiam ser difíceis de verbalizar. Isto faz com que esta técnica possa ser aplicada a pessoas que tenham uma capacidade verbal reduzida ou nula. Para além disso através da improvisação muitas vezes são evidenciados aspetos criativos e positivos da pessoa os quais geralmente estão suprimidos, pois a improvisação resulta na manifestação de emoções e memórias, acompanhadas pela componente emocional. (Solli *et al.*, 2013; Erkkilä *et al.*, 2019; Silverman, 2019;).

De acordo com Wheeler (1983), a realização da musicoterapia no contexto psiquiátrico pode-se dividir em três categorias, nomeadamente: a musicoterapia de suporte com orientação para as atividades, a musicoterapia reeducativa com orientação para o insight e o seu processo e a musicoterapia reconstrutiva, caracterizada por ser analítica e de catarse.

De acordo com Unkefer & Thaut (2005), estas 3 categorias caracterizam-se por:

- Na musicoterapia de suporte orientada para atividades, as atividades musicoterapêuticas são orientadas com o intuito de providenciar uma experiência de participação através da prática de ações saudáveis, proporcionando o fortalecimento das

defesas, aumento do controlo do próprio comportamento e prestando apoio aos sentimentos e pensamentos que se manifestam;

- Na musicoterapia reeducativa direcionada para o *insight* e o seu processo, a verbalização completa o envolvimento ativo nas atividades musicoterapêuticas, que se torna um fator mais relevante no processo terapêutico. Nesta abordagem a estruturação das atividades é realizada com o intuito de proporcionar a exposição de pensamentos, sentimentos e reações interpessoais, para ajudar a pessoa a ser capaz de reorganizar os seus valores e os padrões comportamentais, adquirindo assim novas atitudes;

- Na musicoterapia reconstrutiva, caracterizada por ser analítica e de catarse, o intuito é procurar resolver os conflitos que abalaram de forma negativa a construção da personalidade do indivíduo, melhorando o comportamento adaptativo do indivíduo, sendo que o principal não é focalizar nos pensamentos, sentimentos ou padrões de comportamento.

Perturbação do Espectro do Autismo em Adultos

A Perturbação do espectro do autismo (PEA), é descrita como uma desordem do neurodesenvolvimento, ou seja, uma perturbação do neurodesenvolvimento (PND), perturbação do espectro de autismo é caracterizada por ser uma condição crónica não degenerativa. De acordo com o DSM-V (2013) versão em vigor do DSM, esta perturbação do neurodesenvolvimento é descrita como tendo a sua origem no início do desenvolvimento da criança, na maioria dos casos surgem manifestações antes da idade escolar. As manifestações traduzem-se em défices no desenvolvimento, mais recorrentemente em competências intelectuais e sociais, nomeadamente no funcionamento pessoal, académico ou ocupacional.

Não é algo incomum os indivíduos com PEA em alguns casos apresentarem outras comorbilidades, nomeadamente: hiperatividade, distúrbios de sono e epilepsia.

Segundo os autores Carter e Scherer (2013, pp 399-407), algumas patologias do neurodesenvolvimento como a Perturbação de Défice de Atenção/Hiperatividade,

Perturbação do desenvolvimento da Linguagem, do desenvolvimento Intelectual, e do Comportamento, podem surgir associadas à PEA.

A Perturbação do Espectro do Autismo, engloba diferentes níveis de gravidade, que vão desde formas ligeiras que são caracterizadas por dificuldade na capacidade de socialização até alterações muito mais acentuadas.

A PEA pode ser dividida em três graus de gravidade, sendo o primeiro grau diagnosticado a indivíduos com maior acentuação dos comportamentos representativos do espectro e o terceiro grau a indivíduos com menor gravidade.

A causa que leva a origem desta perturbação ainda é desconhecida, tal como a sua cura, no entanto, segundo Oliveira & Sertié (2017) a herdabilidade da perturbação do espectro do autismo é estimada em 50 a 90% dos casos, o que demonstra a relevância dos fatores genéticos na patogénese desta perturbação.

Deste modo as intervenções terapêuticas com indivíduos com PEA têm como objetivo estimular e desenvolver os défices específicos de cada indivíduo com o intuito que o mesmo usufrua de um bem-estar psicológico e físico e de uma vida autónoma (American Psychiatric Association, 2013).

As perturbações do espectro do autismo na faixa etária dos adultos não têm sido tão extensamente estudadas em comparação com a população infantil. Existe uma falta de pesquisa e de serviços de saúde para adultos com TEA, incluindo estudos das comorbidades e ensaios rigorosos de tratamento, farmacológico e psicológico, o que se reflete nas dificuldades da realização do diagnóstico e no tratamento (Ramos *et al.*, 2012, Murphy *et al.*, 2016). No entanto existe uma tendência para uma melhoria geral da sintomatologia na idade adulta.

De acordo com um estudo clínico randomizado realizado no Reino Unido sobre a saúde mental dos indivíduos encaminhados para avaliação do transtorno do espectro do

autismo na vida adulta, foram identificadas altas taxas de problemas de saúde mental diagnosticados na amostra relativa aos indivíduos diagnosticados com TEA na idade adulta. A estes casos estão associados principalmente transtornos de ansiedade, transtornos obsessivo-compulsivos, transtornos do défice de atenção com hiperatividade e depressão (Russell *et al.*, 2016). Outro estudo Hofvander *et al.*, (2009), com uma gama semelhante de condições, conclui que, transtornos de ansiedade, fobia social, transtorno de ansiedade generalizado e psicose ocorreram em uma proporção maior nos adultos com TEA.

Musicoterapia em Indivíduos com Perturbação do Espectro do Autismo

O uso da musicoterapia em indivíduos com perturbação do espectro do autismo apresenta resultados confirmados nas áreas do comportamento social, desenvolvimento intelectual, comunicação e regulação corporal. (De Vries, 2015)

Segundo Gattino (2015) nos utentes com PEA utilizam-se diferentes tipos de terapias, no entanto, é de destacar que a Musicoterapia tem desempenhado um papel bastante significativo com esta população, visto que a Musicoterapia surge como uma forma de “atuar” e intervir. Esta forma de intervenção tem por base uma relação de ajuda que pode surgir baseada em abordagens e modelos terapêuticos individualizados, frequentemente utilizadas com indivíduos que possuem esta perturbação. A música é utilizada como uma ferramenta/meio de trabalho para atingir competências específicas e objetivos de carácter não musicais.

Simpson (2013) afirma que os indivíduos com esta perturbação (PEA) tendem a apresentar comportamentos sociais que são considerados “inapropriados” o que contribui para a dificuldade da socialização, incapacidade de seguir ordens, dificuldade ao controlar o nível sonoro da sua voz e a execução de comportamentos de carácter repetitivo e de autoestimulação. Estes comportamentos são revelados através de ações rudimentares como a utilização incomum de objetos, mordendo-os, atirando e girando, entre outros. Alguns

estudos indicam que a relação que estes indivíduos criam com a música é distinta, na medida em que apresentam uma tendência para ficar envolvidos com a música durante longos períodos de tempo, estes períodos de tempo são de maior duração em comparação com indivíduos da mesma idade sem perturbação do espectro do autismo. Por esta razão a música surge como um meio que pode contribuir para desenvolver a capacidade de atenção dirigida.

Frequentemente referida como a música de improvisação livre, a música improvisada é caracterizada por ser uma criação musical não planeada que surge no exato momento em que se toca ou canta. Acredita-se que a música improvisada pode ampliar os comportamentos de resposta social, visto que permite iniciar um diálogo entre o utente e o musicoterapeuta, o qual resulta numa relação baseada na comunicação musical verbal ou não-verbal, mas que é caracterizada por ser recíproca. Uma vez que a comunicação se inicia pode-se encorajar movimentos imitativos e o contacto visual, desta forma promovendo a criatividade e a comunicação e através da criação musical. (De Vries, 2015)

No que diz respeito à comunicação a nível verbal, muitos dos indivíduos com PEA manifestam dificuldades ao nível da fala em alguns casos sendo incapazes de realizar produção verbal. A música apresenta a capacidade de estimular a comunicação a nível verbal através da utilização de melodias e palavras com ritmo, nomeadamente, como forma de cativar atenção do utente e desempenhar esta ação de forma mais bem-sucedida pode utilizar-se as músicas preferidas do indivíduo. Como tal, a música é considerada como uma ferramenta motivacional ao nível da comunicação verbal, da participação na aprendizagem da linguagem, nomeadamente no trabalho desenvolvido a nível do vocabulário. (Farrel, 2008)

É comum durante o período da infância a criança desenvolver capacidades sociais e emocionais através de experiências de imitação e observação. No entanto, quando a população em causa são crianças com perturbação do espectro do autismo, esta experiência pode ser condicionada pela falta de relacionamento interpessoal ou devido ao isolamento

social o que futuramente se revela como uma limitação que complica a sua capacidade de expressar as emoções e entender as emoções dos outros.

Neste sentido a música é uma ferramenta com a capacidade de provocar emoções aos ouvintes através do ritmo, tempo, altura das notas e intensidade. Várias emoções podem ser expressas na música como, felicidade, tristeza, entusiasmo, raiva e medo, e todas estas emoções causam impacto nos indivíduos com perturbação do espectro do autismo, o que promove o seu interesse pela música, desta forma permitindo aos musicoterapeutas utilizá-la como um meio de expressão emocional (De Vries, 2015).

A ansiedade é algum recorrente nos indivíduos com PEA, pois apresentam ficar facilmente desconfortáveis com situações desconhecidas. Como forma de reduzir esta sensação de ansiedade resultante de situações novas/desconhecidas, é importante para estes indivíduos estabelecer rotinas e atividades devidamente estruturadas, com o intuito de possibilitar ao indivíduo prever qual e onde é a atividade seguinte desta forma permitindo-lhe sentir alguma estabilidade e segurança. A música também pode ser introduzida na vida destes indivíduos com esse propósito, como um método para implementar estabilidade, pois toda a música apresenta ritmo, uma pulsação e uma cadência melódica, o que permite ao ouvinte, de alguma forma prever o som seguinte ou quando a música vai finalizar. (Kim, Wigram, & Gold, 2009).

A musicoterapia contribui para que se desenvolvam diversas capacidades musicais e não musicais, bem como para o bem-estar emocional e físico dos indivíduos com PEA. As áreas que apresentam mais benefícios, comprovados são: a atenção dirigida, desenvolvimento da linguagem, interação não-verbal, encorajamento do contacto ocular, compreensão e expressão emocional (De Vries, 2015).

X- Linked intellectual disability

X- Linked intellectual disability, é uma deficiência intelectual ligada à mutação do cromossoma X, onde existe um conjunto heterogêneo de condições responsáveis por uma grande proporção de uma deficiência mental hereditária (Chiurazzi, 2004). Segundo Des Portes, até 2013 existiam mais de 200 síndromes e 80 genes identificados até ao momento.

O cromossoma X é uma causa comum de deficiência intelectual hereditária, a qual tem uma prevalência estimada de aproximadamente um em mil.

Estima-se que 10% dos casos de deficiência intelectual nas crianças do sexo masculino são causados por genes localizados no cromossoma X (Des Portes, 2013). A maioria das condições XLMR são herdadas, mais comumente em indivíduos do género masculino, embora as mulheres portadoras também possam manifestar sintomas, mas normalmente de uma forma mais leve (Chiurazzi *et al.*, 2008).

A deficiência intelectual está praticamente sempre presente nos indivíduos com este diagnóstico e estão geralmente associadas deficiências na linguagem, fonológicas e sintáticas, e dificuldades no raciocínio visuoespacial. Uma pequena percentagem dos diagnosticados preenchem os critérios para autismo (Des Portes., 2013).

De acordo com um estudo realizado por Maarit Peippo e seus colaboradores (2007), nesta condição específica XLMR, existem alterações neurológicas e moleculares que resultam em retardados mentais, causados por uma mutação no PAK3 gene (Xq22.3-q23). Testes neurológicos indicam que esta condição afeta tanto homens como mulheres, mas de forma diferente, no entanto, é transversal que independentemente do género, apresentam dificuldade de concentração, défice nas funções executivas e défice na capacidade cognitiva espacial. Neste estudo os participantes do género masculino examinados apresentam uma proporção pequena do tamanho de cabeça, microcefalia, orelhas grandes, hipotonia motora oral, fala inarticulada e dificuldade de concentração, ansiedade, inquietação e agressividade.

Imagens do cérebro da amostra observada mostraram sinais de hidrocefalia crónica não progressiva. Um dos pacientes manifestou psicose e deterioração flutuante da marcha, enquanto outros dois não apresentaram anormalidades (Peippo M, *et al.* 2007).

A Avaliação na Musicoterapia

De acordo com Bruscia (2016) a Avaliação na musicoterapia é descrita como a secção do processo terapêutico que tem por base a observação do paciente nas experiências musicais com o intuito de identificar problemas clínicos, expectativas, anseios e medos.

Idealiza-se a utilização de instrumentos de avaliação validados, pois, deste modo a avaliação dispõe de uma base científica, no meio da subjetividade que é a relação entre a música e as emoções. Na musicoterapia realizar questões referentes a relação, entre os comportamentos musicais apresentados, a funcionalidade e o seu significado para o paciente são um fator relevante a ser realizado na avaliação. Como tal os processos referentes às avaliações devem responder a estes questionamentos de forma confiável e ética através de evidências científicas (LIPE, 2015).

Uma escala de avaliação deve utilizar métodos estatísticos, pois deve avaliar a sua validade e sensibilidade como instrumento a ser utilizado. A sensibilidade de uma escala é um fator relativo à capacidade da escala quanto à perceção de mudanças, que são referentes à evolução do paciente no decorrer da intervenção terapêutica, o que se traduz na habilidade de transformar as mudanças clínicas significativas para diferenças numéricas (MOURA *et al.*, 2007).

Os instrumentos de avaliação utilizados variam de acordo com o conteúdo teórico, nomeadamente os grupos intervencionados e o modo como a música é utilizada e aplicada no decorrer da sessão (Chase, 2004).

Segundo Bruscia (2001) o processo de avaliação é dividido em três diferentes secções: primeiramente a avaliação inicial, secundamente o tratamento e por fim a avaliação

final. A avaliação inicial é descrita como a fase de observação do paciente e também dos seus familiares, sendo que nesta fase é importante identificar os níveis de funcionamento do indivíduo, para posteriormente nos estágios seguintes serem realizadas comparações. No Tratamento, o terapeuta realiza um plano terapêutico, no qual orienta as sessões utilizando a música, os sons, a voz e instrumentos musicais. Nesta fase a relação entre o indivíduo e o terapeuta é bastante relevante, pois a relação influencia diretamente o decorrer das sessões, na qual o objetivo é a produção de mudanças que estejam de acordo com necessidades identificadas, sendo que a conceção de uma necessidade é de extrema importância.

A fase da avaliação final é quando se apura se existem alterações ao nível dos problemas identificadas. No fim realiza-se a comparação com a avaliação inicial, concluindo a existência ou inexistência de mudanças. Nesta fase de avaliação é primordial o terapeuta ficar concentrado em certos aspetos, nomeadamente: a relação do indivíduo com a música; o seu historial clínico e de vivência; e todas as suas características a nível musical, ou seja o que é capaz ou não de produzir musicalmente. (Bruscia, 2003).

De acordo com o autor Berger (2009) a avaliação na musicoterapia não é realizada de uma forma uniforme, o que levou o autor a concluir que existe a necessidade de criar um protocolo, claro, no que diz respeito a avaliação. Devido a esta falta de instrumentos padronizados, os musicoterapeutas são levados a criarem as suas próprias escalas, ou, a utilizarem outras ferramentas já existentes de outras áreas.

Chase (2004) também corrobora que é importante criar mais instrumentos validados cientificamente para que a profissão possa evoluir futuramente e se torne mais cientificamente credível.

Escala IMCAP-ND

A escala IMCAP-ND, Individual Music-Centered Assessment Profile for Neurodevelopmental Disorders, foi desenvolvida por Carpenter (2016) com o intuito de ser

utilizada em diferentes faixas etárias, nomeadamente: crianças, adolescentes e adultos com distúrbios do neurodesenvolvimento. Este instrumento de avaliação é caracterizado pela sua avaliação baseada na observação, a qual é originada na prática musical, como tal, foi projetada para examinar a qualidade das interações musicais entre o cliente e o terapeuta.

Este instrumento divide-se em 3 áreas principais: as capacidades socioemocionais, as habilidades de cognição, a perceção e a capacidade de resposta geral relativa às preferências musicais, eficiência perceptual e autorregulação. A aplicação da escala exige que o terapeuta improvise e proporcione experiências musicais com base nos interesses musicais e na emotividade do paciente, enquanto que, ao mesmo tempo fornece pistas musicais específicas, que visam obter respostas musicais específicas no contexto experiencial da criação musical relacional. A realização da pontuação envolve o terapeuta avaliar a frequência das respostas musicais, bem como o nível de apoio extramusical fornecido, ou seja, verbal, físico e visual, com o intuito do utente demonstrar uma capacidade musical-social (Carpente, 2014).

A escala IMCAP-ND está dividida em 3 sub-escalas, nomeadamente: a (MEARS) Musical Emotional Assessment Scale, a (MCPS) Musical Cognition and Perception Scale e a (MRS) Musical Responsiveness Scale.

Escala Kamuthe

Outro instrumento utilizado para avaliação foi uma adaptação da escala KAMUTHE com o intuito de completar a avaliação de certos parâmetros não musicais, específicos, nomeadamente nas seguintes áreas: a memória, cognição, concentração, motricidade e a nível social. Kamuthe (Category System for Music Therapy) é abreviatura do nome da 1ª versão (de origem) da escala na língua alemã “KAtegoriensystem MUsikTHErapie“, a mesma foi criada por Christine Plahl uma musicoterapeuta de origem alemã, no ano de 2004, que foi validada e traduzida para a língua portuguesa pelo musicoterapeuta Gustavo Schulz Gattino. A escala foi criada inicialmente para aplicação em crianças com transtorno do espectro do

autismo e transtornos de deficiências múltiplas (PLAHL, 2007). Segundo Gattino, (2012, p.42-43) o que diferencia a KAMUTHE de outras escalas é que a mesma avalia os comportamentos do utente em conjunto com os comportamentos do musicoterapeuta para os mesmos objetivos.

A aplicação da escala é caracterizada por ser realizada através da microanálise de pequenas secções das sessões de musicoterapia, analisadas por meio de registos de filmagens (PLAHL,2004). Segundo os autores Gattino, da Silva, Figueiredo, & Schüler-Faccini, (2016) a KAMUTHE categoriza-se pela: atividade musical, vocalizações, olhar e gestos. No que refere ao comportamento do musicoterapeuta, o mesmo deve ser comunicativo e é categorizado segundo o comportamento musical, não-verbal ou verbal.

Escala de Qualidade de vida WHOQOL – BREF

Segundo Castro e seus colaboradores (2013, p.1358) a qualidade de vida é considerada como um método complexo muito utilizado para a avaliação da saúde por abranger, para além da saúde física vários outros pontos, nomeadamente: aspetos sociais, culturais, ambientais e psicológicos. O instrumento de qualidade de vida WHOQOL-BREF já foi validado diversas vezes, tendo sido mais “recentemente” validado por Castro e seus colaboradores (2013). Whoqol-Bref é um instrumento mais “sucinto” do instrumento de medição de qualidade de vida Whoqol-100, o qual foi concebido pelo grupo da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde que foi validado algumas vezes “recentemente “, sendo validado por Canavarro em 2010 para a população portuguesa. O questionário WHOQOL-BREF é constituído por 26 perguntas. A pergunta número 1 e 2 são referentes a qualidade de vida geral. Fora as duas questões iniciais (nº 1 e nº 2) os 24 itens que se seguem, são todos avaliados numa escala de satisfação, que são articuladas por dimensões positivas e negativas como pressuposto quanto maior é a pontuação melhor a qualidade de vida.

O instrumento contém 24 itens que representam 4 domínios diferentes: o físico, o psicológico, as relações sociais e meio o ambiente.

O domínio físico contém 7 itens, nomeadamente: Q3- referente a dor e o desconforto; Q4- A energia e a fadiga; Q10- O sono e o repouso; Q15- A mobilidade do indivíduo; Q16- As atividades da vida quotidiana; Q17 - Dependência de medicação e tratamentos; Q18 - Capacidade de trabalho.

O domínio psicológico contém 6 itens; Q5- referente aos sentimentos de carácter positivo; Q6- pensar, aprender, memória e a concentração; Q7- autoestima; Q1- imagem corporal e aparência; Q19- sentimentos de carácter negativo; Q26- espiritualidade/religião/crenças pessoais.

O domínio das relações sociais contém os itens: Q20- é referente as suas relações pessoais; Q21- Suporte (apoio) social; Q22- atividade sexual.

O domínio do meio ambiente, contém 6 itens: Q8- referente a segurança física e proteção; Q9- ambiente no lar; Q12- recursos financeiros; Q13- cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; Q14- oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; Q23- participação e oportunidades de recreação/lazer; Q24- ambiente físico (refente a poluição/ruído/trânsito/clima); Q25- satisfação dos transportes que utiliza.

Objetivos Gerais do Estágio

O presente estágio teve como objetivo primordial reforçar a abordagem musicoterapêutica na instituição, tendo em consideração a caracterização da população-alvo, a literatura científica e as necessidades da instituição que já tem apoio da Musicoterapia de forma consolidada. Seguem-se os objetivos gerais do presente Estágio:

- Promover um ambiente seguro e lúdico para o envolvimento e interação sonoro-musical dos clientes;
- Promover funcionamento físico e cognitivo;
- Desenvolver a comunicação e expressão emocional;
- Favorecer o conforto físico desde a exploração sensório motoras;
- Promover a qualidade de vida dos clientes;
- Estimular a comunicação através da realização de atividades expressivas e criativas.

Metodologias

Amostra

O estágio teve o seu início no dia 29 de outubro de 2021. Ao longo do estágio curricular, foram atribuídos vários utentes que frequentam a quinta da conraria ao estagiário para realização de sessões individuais. Inicialmente foi atribuído um grupo de 10 utentes, os quais, têm idades compreendidas entre os 18 e os 44 anos e apresentam diagnósticos distintos. A diversidade de utentes foi indicada pela psicóloga juntamente com o orientador de estágio e foi flexível com as necessidades dos utentes e da associação. Posteriormente, devido a ausências constantes às sessões por parte de alguns utentes, foram atribuídos 3 utentes residentes das Unidade de Reabilitação de Profundos, os quais têm quadros mais acentuados em comparação aos utentes anteriormente atribuídos, ambos os casos foram selecionados pela equipa interdisciplinar.

Na Tabela 1 estão representados todos os utentes que usufruíram de sessões de musicoterapia bem como algumas das suas características, que dizem respeito à idade, género e diagnóstico. Todos os utentes mencionados na tabela foram atribuídos ao musicoterapeuta estagiário para a realização de sessões de musicoterapia, no entanto nem todos apresentaram continuidade nas sessões desde o início ao fim do estágio. Devido a este fator o número de sessões da qual cada utente usufruiu é variado. Dos 10 utentes inicialmente atribuídos, somente 6 usufruíram de sessões até ao fim do estágio.

Devido às normas de confidencialidade dos dados e identidade dos utentes, foram utilizados nomes fictícios.

Tabela 1*Descrição da amostra*

Nome	Idade	Sexo	Diagnóstico
Jorge. A	22	M	- Transtorno dimórfico corporal
Fernando. F	33	M	-Paralisia Cerebral -Défice Intelectual
Armando. B	26	M	-X- Linked (XLMR) -Défice intelectual
Joel. C	23	M	-Síndrome de Gilbert -Défice Intelectual
Narciso. S	40+	M	-Perturbação de Desenvolvimento Intelectual -Esquizofrenia -Défice intelectual
Maria. G	25	F	-Síndrome de DAMP -Défice intelectual
Vasco. P	40+	M	-Paralisia Cerebral -Défice Intelectual
Sérgio. M	45	M	Traumatismo crânio Encefálico
António. J	19	M	- Défice Intelectual -Perturbação do Espectro do Autismo
André. M	28	M	Paralisia Cerebral -Défice Intelectual
Henrique. B	30	M	-Paralisia Cerebral -Défice Intelectual
Cardoso. H	35	M	-Paralisia Cerebral -Défice Intelectual
Valentina. L	21	F	-Défice Intelectual - Perturbação do espectro do autismo

Nota: Toda esta tabela é referente aos utentes atribuídos ao estagiário para a realização das sessões. A atribuição dos respetivos utentes foi ajustada ao longo do estágio.

Procedimentos e Metodologias

As sessões que foram realizadas são sessões individuais, com durações entre 40 a 60 minutos, essencialmente com utentes com défice intelectual ou paralisia cerebral. O horário já estava pré-estabelecido, decorrendo das 12:00 às 15:40, às segundas-feiras; das 12:45 às 15:00 às terças-feiras e quintas-feiras; às sextas-feiras das 10:15 às 14h.

Como ponto de partida de intervenção o principal é a estimulação e desenvolvimento de competências motoras, cognitivas, sociais e emocionais dos utentes. Como foi referido anteriormente as sessões realizadas com os utentes terão como base técnicas de musicoterapia ativa, tais como a improvisação musical livre e a improvisação musical dirigida que, segundo Wigram (2002), correspondem a técnicas que promovem a expressão livre, a relação e as interações entre o terapeuta e o utente.

Seguidamente segue-se a amostra e as tabelas referenciadas, são contextualizadas as fases inerentes ao desenrolar do processo metodológico do estágio, nomeadamente: fase de observação; fase da recolha de dados sobre os utentes atribuídos e o início das sessões; fase de avaliação inicial; fase da avaliação intermédia; fase da avaliação final.

O agendamento referente às reuniões com o supervisor do estágio por parte da instituição, decorreram no horário de segunda-feira a partir das 12:00 horas, no entanto algumas vezes este horário sofreu alterações e as reuniões foram remarçadas para outro horário. O musicoterapeuta estagiário também reuniu trimestralmente com os responsáveis de sala dos utentes na instituição, o que é flexível as capacidades dos coordenadores das salas.

Tabela 2

Horário do Estagiário de novembro 2021 até Maio 2022.

	segunda-feira	terça-feira	quinta-feira	sexta-feira
10:10-10:20				Preparação do <i>setting</i>
10:20-11:00				Sessão Individual- F.F
11:10-11:20				Registo de Sessão/preparação do <i>setting</i>
11:15-12:00				Sessão Individual- S.M
12:00-12:45	Reunião com o supervisor.			
12:45-13:00	Preparação do <i>setting</i>	Preparação do <i>setting</i>	Preparação do <i>setting</i>	Preparação do <i>setting</i>
13:00-13.45	Sessão Individual- N. S	Sessão Individual- A. B	Sessão Individual- S.M	Sessão Individual- H.B
13:45-14:00	Registo de Sessão/preparação do <i>setting</i>	Registo de Sessão /preparação do <i>setting</i>	Registo de Sessão/ preparação do <i>setting</i>	Registo de Sessão
14:00-14:45		Sessão Individual- J.C	Sessão Individual- A.J	
14:45-15:00		Registo de Sessão	Registo de Sessão	
15:00- 15:40	Sessão Individual- A.M			

Fase de Observação e Integração

A fase de integração/observação na instituição iniciou-se no dia 29 de outubro e decorreu durante duas semanas, nas quais o musicoterapeuta estagiário assistiu a parte do funcionamento da instituição, deslocando-se por várias das salas da associação, para que deste modo pudesse compreender melhor o funcionamento da quinta da Conraria, nomeadamente o contexto sonoro musical das respetivas áreas da instituição.

Nesta fase realizou-se contacto com os terapeutas e os responsáveis das diferentes salas, com o intuito de recolher informação pertinente sobre os utentes e o funcionamento da instituição.

A informação clínica que foi adquirida sobre os utentes da Quinta da Conraria (amostra) foi obtida de forma oral através da psicóloga que coordena os casos e por os representantes de cada sala, por motivo da proteção de dados o estagiário não teve acesso aos processos clínicos, a sessões clínicas nem a reuniões interdisciplinares, por esta razão o estagiário procurou recolher informação de forma oral.

A atribuição dos casos individuais foi realizada no dia 18 de novembro pela equipa técnica da APCC e transmitido ao estagiário através do orientador/musicoterapeuta da instituição.

Fase da recolha de dados

Foram atribuídos pela equipa técnica da APCC 10 casos individuais para que o musicoterapeuta estagiário começasse a intervir. Consequentemente nos dias que se seguiram o estagiário foi falar com os respetivos responsáveis (de sala) de cada utente na instituição e com os devidos terapeutas que intervém com cada um. Realizou-se uma conciliação de horários, entre o estagiário, os utentes e as salas disponíveis, e posteriormente foram enviadas cartas aos responsáveis legais de cada utente, referentes à realização do estágio com o pedido de autorização das gravações.

Seguidamente foi realizado o preenchimento das fichas de anamnese musical (apêndice C). As autorizações foram rapidamente recebidas e as fichas de anamnese preenchidas, no entanto devido à ocorrência de casos de covid19 na instituição o mesmo prolongou-se muito mais do que o esperado, pois vários utentes, trabalhadores da instituição e o próprio estagiário tiveram de ficar em quarentena. A Associação apresenta medidas de precaução próprias para evitar a propagação do vírus, pois, os utentes da instituição *a priori* são pessoas mais vulneráveis que caso contraíam o vírus podem ser gravemente prejudicadas a nível da sua saúde.

A Anamnese musical foi realizada com os utentes selecionados, foi efetuada na respetiva sala de cada utente e a sua aplicação teve uma duração média de 20 a 30 minutos.

Fase da avaliação Inicial

No dia 9 de dezembro ocorreu a primeira sessão individual e até ao fim do referido mês realizou-se sessões com 8 dos 10 utentes. Devido a este facto as avaliações iniciais de certos utentes decorreram até ao mês de janeiro.

De acordo com a literatura adquirida sobre as escalas utilizadas com a população alvo e a indicação do orientador do estágio foi escolhido aplicar os instrumentos de avaliação IMCAP-ND e a adaptação da Kamuthe. Nesta fase ocorreu o primeiro contacto em sessão com os utentes onde foi possível interagir e captar questões referentes aos domínios e subdomínios dos instrumentos de avaliação selecionados IMCAP-ND e a adaptação da Kamuthe. Como estes instrumentos juntos são extensos, é difícil realizar o seu preenchimento apenas através da observação direta, sendo por isso, utilizado captação no formato de vídeo para uma avaliação indireta mais pormenorizada. A Fase de avaliação inicial foi idealizada para decorrer nas primeiras 4/5 sessões, o que não foi possível concluir até à 1ª semana de janeiro, na grande maioria dos utentes atribuídos, o sucedido deve-se ao covid-19 e aos períodos de isolamento dos utentes e do estagiário. Algo que pôde condicionar os resultados da avaliação inicial e também uma avaliação mais confiável foi o facto das sessões com os utentes serem semanais e estarem sujeitas a paragens de diversas origens, como feriados, isolamento e faltas dos utentes. Apesar disto foi realizada uma avaliação mais extensa do que previsto e pormenorizada, com destaque nos fatores que os utentes desenvolveram nas sessões que tiveram de forma regular.

Fase da Avaliação Intermédia

Entre a 2ª semana de janeiro e a 3ª semana de março, diversas alterações foram realizadas no horário do estagiário, devido à ausência de alguns utentes nas sessões de

Musicoterapia. Resultantes destas ausências, no dia 24 de fevereiro foram atribuídos 3 novos utentes ao estagiário para a realização de sessões de Musicoterapia, sendo que ambos pertencem à Unidade de Reabilitação de Profundos. Excluindo os 3 novos utentes, todos os outros já dispunham de um total de 8 a 14 sessões, quantia significativa devido ao contexto em causa, diversas paragens e realização de somente uma sessão por semana com cada utente. Em março, realizou-se as avaliações intermédias entre a 2ª e a 4ª semana do mês. As avaliações iniciais dos 3 novos casos atribuídos ao estagiário terminou na 4ª semana de março.

Fase da Avaliação Final

Avaliação final dos casos clínicos seguidos desde fevereiro, iniciou-se na 2ª semana do mês de maio, pois o estagiário já dispunha da realização de grande parte das horas de estágio, o qual terminou a 7 de junho.

Não foi realizado a avaliação intermédia com os 3 utentes atribuídos em fevereiro devido ao período reduzido de sessões que os mesmos dispuseram, um total de 10 a 13 sessões.

Na avaliação final dos utentes, foi utilizado novamente os instrumentos de avaliação IMCAP-ND e a adaptação da Kamuthe, mas também a escala de qualidade de vida WHOQOL – BREF, a qual é utilizada anualmente nos utentes da Quinta da Conraria, para avaliar a qualidade de vida de cada utente. A escala de qualidade de vida WHOQOL – BREF é aplicada anualmente por parte dos gestores de caso, este fator adicionado ao facto de vários dos utentes não conseguirem realizar a autoadministração nem administração assistida da mesma, contribuiu para a utilização dos dados de administrações anteriores da escala por parte da associação. Posteriormente realizou-se uma comparação com a administração mais recente da escala, seja esta realizada pelo musicoterapeuta estagiário como entrevistador, pelo gestor de caso, ou pelo representante legal do utente.

Como tal, junto dos gestores de caso de cada utente atribuído ao estagiário para sessões de musicoterapia foi realizada a comparação entre os resultados obtidos no término do estágio em comparação com a sua última avaliação.

Na última semana de estágio na instituição foi realizada uma apresentação à equipa interdisciplinar, a qual consistiu numa breve explicação sobre o potencial da música como terapia, sobre o que é a musicoterapia, mas essencialmente sobre o processo terapêutico e os resultados obtidos com cada um dos utentes atribuídos ao estagiário. No fim da apresentação foi entregue um dossiê por cada utente com todos os documentos referentes as sessões de cada um, dispondo este dossiê das respetivas avaliações, da ficha de anamnese musical aplicada, do plano terapêutico e de um breve resumo do processo terapêutico que foi desenvolvido com cada utente durante o estágio.

O intuito da entrega dos dossiês foi os mesmos serem anexados ao processo clínico de cada utente.

Recursos

Para as gravações de vídeo e áudio foi utilizado um telemóvel; Xiaomi Pocophone F, uma câmara de vídeo; Zoom q2n-4k e um computador; ASUS X550LC . Entre os instrumentos musicais, foram utilizados, um piano digital de marca Rolan, uma caixa chinesa, um pandeiro com soalhas, um djembé, vários sinos, um tambor, dois pares de clavas, uma guitarra, maracas, um xilofone, metalofones, uma caixa e instrumentos não musicais, como papel, garrafas com areia, garrações de 18 L e copos de plásticos.

As sessões decorreram na sala de Musicoterapia da Instituição, na sala 40 da instituição e na sala de snoezelen que está localizada na Unidade de Reabilitação de Profundos 1. A sala de música encontra-se mobilada com mesas, cadeiras, colunas de som, amplificadores, microfones e diversos instrumentos. A sala 40 encontra-se mobilada com algumas cadeiras, mesas e alguns instrumentos da instituição. A sala de snoezelen encontra-se mobilada com diversos colchões nomeadamente um colchão de água, colunas nas paredes e um teclado (E-500). O musicoterapeuta estagiário levou para a sala 40 alguns instrumentos musicais próprios e outros materiais como lençóis de grandes dimensões que servem o propósito de tapar os instrumentos e focalizar a atenção do utente num espaço mais reduzido. A sala 40 é normalmente utilizada para consultas de psicologia que ocorrem de forma pontual e sala de snoezelen para o repouso dos utentes das Unidades de Reabilitação de Profundos.

Estudos de Caso

No decorrer do presente capítulo serão apresentados dois estudos de caso, referentes ao estágio na APCC – Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra. Para cada caso selecionado será elaborada uma descrição do utente, as respetivas avaliações, o plano terapêutico, a evolução e as respetivas conclusões.

Estudo caso nº 1 Armando, B

O Armando é um jovem adulto com 26 anos, frequenta a instituição desde 2014 e foi diagnosticado com X- Linked X intellectual disability. A psicóloga responsável pelo caso do Armando inicialmente descreveu o diagnóstico do utente ao estagiário como um caso que se enquadra no espectro do autismo e só futuramente como um caso de X-linked intellectual disability. Anexado ao processo do utente encontrava-se anexado um estudo clínico sobre X-linked intellectual disability, no qual o défice intelectual da amostra em estudo era causado por uma mutação no PAK3 gene (Xq22.3-q23).

O Armando desde criança foi entregue e criado pela sua avó, com a qual viveu durante vários anos.

Considerou-se pertinente o encaminhamento do Armando para sessões de musicoterapia, visto que o utente desde a chegada à associação sempre demonstrou afinidade e interesse na música. Foi realizado um levantamento de dados do contexto sonoro-musical, tendo-se destacado a importância da música durante o percurso de vida do utente, sendo que o mesmo foi sempre descrito como um indivíduo com um grande sentido rítmico e com diversas competências a nível musical, no qual é notável o quanto adora tudo o que envolve música. Devido a este gosto evidente, o Armando faz parte de 1 dos 3 grupos musicais da associação, o grupo de bombos no qual está desde 2016.

Na realização da anamnese sonoro-musical do utente, destacam-se respostas positivas de interesse por todos os instrumentos musicais existentes e música popular. No entanto, foi

evidenciado algumas dificuldades a nível da comunicação, agitação motora e estereotípias. O Armando exibe estereotípias recorrentes, como abanar rapidamente as mãos e a cabeça. Pelo transmitido, tanto pelos técnicos e auxiliares, como também observado pelo estagiário, estes comportamentos sucedem-se quando o Armando fica entusiasmado. Devido ao historial clínico e às informações recolhidos junto dos membros da equipa multidisciplinar e da assistente social, considerou-se pertinente a realização da primeira avaliação com o utente.

Avaliação Inicial

O primeiro contacto presencial, em sessão de musicoterapia, deu-se a 7 de dezembro de 2021. O Armando viu o estagiário depois da hora de almoço e seguiu até à sala um pouco antes da sessão, atitude esta que foi interpretada pelo Musicoterapeuta estagiário como ação de interesse. Dentro da sala, o Armando demonstrou bastante interesse nos instrumentos que viu, tanto que se moveu logo para os tocar, realizando pequenas intervenções no piano e maracas, até chegar à caixa onde começou a percutir repetidamente e quase não parou até ao fim da sessão. Apresentou comportamentos impulsivos, realizou motivos rítmicos repetitivos sempre num fortíssimo, com tanta intensidade ao ponto de partir uma das baquetas. Quando começava a tocar o mesmo isolava-se, existiam breves momentos onde o mesmo procurava o musicoterapeuta, mas rapidamente voltava a tocar. Nos poucos momentos em que não estava a tocar o mesmo apresentava estereotípias abanando as mãos no ar de forma rápida. Era evidente uma inquietação por parte do Armando de estar perto de um instrumento musical e não estar a percutir no mesmo.

Seguidamente apresenta-se a avaliação inicial do Armando, nas seguintes dimensões:

Área do Comportamento: O Armando não apresentou qualquer recusa em participar nas atividades propostas dentro da sala, pelo contrário, demonstrou interesse. A partir da observação do seu comportamento foi-nos possível concluir que quando se trata de música o

mesmo apresenta ser impulsivo e ter imensa energia, sendo possível observar estes pontos quer na exploração livre, quer dirigida.

Área Motora: Demonstrou um problema a nível da motricidade fina, a pinçar, aparenta ter dificuldade a realizar movimentos subtis como colocar a mão na forma de V.

Área da comunicação: O Armando é verbal, no entanto apresenta dificuldade na articulação das palavras e no formular de frases. Normalmente fala por palavras soltas, mas apesar deste facto o mesmo é capaz de se fazer entender bastante bem. No que diz respeito à comunicação a nível musical, a mesma é reduzida pois isola-se maioritariamente e apresenta estar somente concentrado na sua própria produção.

Área da interação social: Quando é chamado pelo nome, o Armando normalmente estabelece contacto visual, contudo fugaz. Foi notório o interesse do utente pela ideia de ter “aulas de música” designação atribuída pelas auxiliares da sala do utente.

Área da expressão emocional: O Armando apresentou-se emocionalmente instável, com extremos de felicidade/euforia, apresentando comportamentos de felicidade na maioria das atividades e de euforia nas atividades que dispunham de instrumentos musicais tradicionais.

Após a conclusão do processo de avaliação foi-nos possível determinar os objetivos para o Plano de Intervenção Terapêutico, para ser trabalhado em contexto de sessão.

Plano de intervenção terapêutica

De modo a estruturar a intervenção terapêutica, tendo em conta as informações recolhidas durante o processo de avaliação e de informações retiradas junto da equipa multidisciplinar foi organizado um plano de intervenção terapêutico, com base nas necessidades e potencialidades do Armando. Através das informações recolhidas na avaliação realizada, o Armando apresenta dificuldades em: (1) Estabelecer Diálogo Verbal e não Verbal; (2) permanecer nas atividades por algum tempo; (3) dificuldade a realizar dinâmicas.

Como tal, no quadro seguinte encontra-se esquematizado o plano de intervenção terapêutico, onde constam as dificuldades observadas, bem como os objetivos a serem cumpridos para ultrapassar essas dificuldades

Tabela 3

Plano terapêutico do Armando

Problema n°1 - Dificuldades no domínio comunicativo, dificuldade a estabelecer um diálogo verbal ou não (verbal)	
Objetivos:	-Estimular o desenvolvimento das competências de comunicação.
Objetivos específicos:	-Desenvolver a capacidade de atenção conjunta; -Promover troca de turnos com vocalizos simples; -Promover trocas de turnos com improvisação em instrumentos de percussão
Problema n°2 - Não permanece nas atividades por muito tempo, ausência nas atividades musicais.	
Objetivos:	- Aumentar o tempo de permanência na atividade.
Objetivos específicos:	- Proporcionar momentos com partilhados de improvisação com instrumentos do seu interesse .de escolha de instrumentos e de cartões ilustrativos de canções da sua preferência;
Problema n°3 – Dificuldade na realização de dinâmicas musicais.	
Objetivos:	Distinguir dinâmicas e ser capaz de as reproduzir
Objetivos específicos:	-Proporcionar momentos partilhados de improvisação com instrumentos e canções do seu interesse, com uso de cartões ilustrativos referentes as diferentes dinâmicas.

Fase de Intervenção Terapêutica

O Armando usufruiu de sessões semanalmente, o que foi interrompido devido a períodos de férias, e de isolamento dos utentes por parte da APCC, sendo que usufruiu de 18 sessões entre dezembro de 2021 e junho de 2022. As sessões foram realizadas sempre na Sala 40. Todas as sessões foram preparadas antecipadamente, para que, aquando a chegada o setting estivesse preparado. Tendo em conta o percurso terapêutico percorrido, foram

concebidas 3 etapas que se diferenciam pela sua progressão: (1) fase de interação e exploração; (2) fase da progressão no tempo de permanência nas atividades; e (3) fase de improvisação conjunta.

Fase 1- Interação e exploração

Na primeira sessão o musicoterapeuta estagiário quando pensou no setting mais adequado para o Armando, optou por utilizar instrumentos de percussão, devido à preferência do utente, tais como um djembé, uma caixa, xilofone e maracas. Os instrumentos escolhidos estavam posicionados ao longo da sala de modo a que despertassem a atenção do utente e o convidasse a entrar na sessão, no entanto alguns estavam cobertos, pois o intuito não era ser apelativo demais ao ponto do utente não saber o que escolher. Na primeira sessão, o utente foi convidado a sentar-se no centro da sala com vista para o instrumento descoberto.

Depois de poucos segundos o utente manifestou o interesse em tocar os instrumentos e depois de um pequeno diálogo fomos tocar. Primeiramente o piano, xilofone, e por fim a caixa, sendo que o djembé e as maracas não chegaram a ser utilizadas. O utente exercia bastante força ao tocar o xilofone, com movimentos grandes e firmes que fizeram com que uma baqueta do Xilofone se partisse. Seguidamente o mesmo demonstrou interesse em ver os outros instrumentos que estavam cobertos, e deste modo fomos para a caixa. O utente reconheceu o instrumento e de seguida começaram a surgir estereotipias, abanar das mãos, o utente ficou a encarar o estagiário mexendo as mãos rapidamente dando a entender que queria as baquetas para poder tocar. Enquanto o estagiário se virava para agarrar as baquetas o utente começou a percutir na caixa com o dedo indicador de cada mão e seguidamente com as baquetas, neste momento as estereotipias desapareceram, pareciam estar incorporadas na improvisação que era repetitiva, sempre com o mesmo motivo rítmico e percutido com muita força, sendo a dinâmica sempre fortíssimo. O Armando isolou-se neste momento de improvisação, o estagiário estava no teclado com um sample de percussão que ia de encontro

ao timbre da caixa, no entanto a produção sonora do Armando sobrepunha-se. Em certos momentos o mesmo procurava o estagiário, mas rapidamente voltava a tocar.

Nas 8 sessões seguintes a abordagem mudou, os instrumentos utilizados na sessão deixaram de ser os instrumentos musicais tradicionais e passaram a ser instrumentos sonoros feitos pelo estagiário, nomeadamente garrafas com arroz, pedaços de cartão com tampas, garrafas com água, folhas de papel e copos de plástico. Consequentemente a produção sonora reduziu, começou a existir interação musical entre o estagiário e o utente de uma forma bilateral. Nos momentos de exploração dos instrumentos de percussão o utente procurava mais frequentemente o estagiário e ouvia a sua produção, o que resultou em jogos musicais baseados na troca de turnos e na improvisação com estes materiais.

Apesar de existir alguns momentos de comunicação, o Armando durante vários momentos da sessão pegava nos instrumentos (não-tradicionais) e tentava percutir com os mesmos na parede, chão ou na cadeira de forma a realizar o mesmo motivo rítmico da 1ª sessão e a isolar-se na sua produção musical.

Os movimentos do Armando continuavam a ser grandes e firmes, pois nas interações que eram utilizados os copos de plástico, o copo do Armando ficava sempre destruído muito rapidamente.

Fase 2 - Progressão no tempo de permanência nas atividades

Na 9ª sessão ficou visível algum desinteresse por parte do Armando em utilizarmos novamente os mesmos instrumentos tradicionais. Isto fez com que nas sessões seguintes se utilizassem pequenos instrumentos de percussão como clavas, sinos e maracas, o que resultou no aumento de permanência nas atividades, nomeadamente na improvisação livre e dirigida. Algo que não apresentava tendência para mudar era as dinâmicas musicais na improvisação do utente. Por mais extremas que fossem as mudanças de dinâmica por parte do estagiário durante improvisação conjunta ou na troca de turnos, o mesmo reagia sempre com forte ou

fortíssimo, o que levou o estagiário a apelar para um estímulo visual, criando cartões com o nome das dinâmicas e uma breve descrição. Os cartões eram colocados durante a sessão paralelamente aos intervenientes. Quando os cartões surgiam e o estagiário percutia de encontro a dinâmica assinalada pelo cartão, o utente seguidamente moldava um pouco da sua intervenção, um *pp* (pianíssimo) tornava-se num *mf* (mezzo-forte) no entanto existia uma diferença em comparação com as produções sonoras anteriores. Nesta fase a utilização da voz começou a mudar o carácter das sessões que até então destacavam-se essencialmente por uma produção musical centrada no ritmo.

Avaliação Intermédia

Optou-se, na reunião de supervisão de estágio que seria benéfico realizar uma avaliação intermédia na 1ª semana de março, devido a uma paragem de 2 semanas que se deveu ao utente ter contraído o vírus(covid-19). Decidiu-se avaliar o utente e com base nos resultados redirecionar a intervenção, através das sugestões que surgiram. A avaliação intermédia foi realizada pela observação indireta (análise de vídeos) das últimas sessões. Pela análise efetuada, foi notória a evolução a nível da participação e comunicação.

Segue-se a análise da avaliação efetuada ao Armando:

Área do comportamento – O comportamento do Armando mudou, é notório uma alteração e evolução, tendo-se verificado uma redução da ansiedade e estereotipias menos frequentes. Foi notória, também, a evolução ao nível da sua predisposição para interagir nas sessões com o estagiário, o que também resultou num aumento do contacto visual.

Área da Comunicação – A nível vocal, as verbalizações do Armando não mudaram, no entanto é visível mais momentos de comunicação verbal e não-verbal durante as improvisações.

Área da interação social – Socialmente, o Armando apresenta uma tendência para ir evoluindo, aproximando-se cada vez mais do estagiário dentro e fora da sessão e interagindo

cada vez mais durante a sessão. O Armando sabe que a sessão se segue à hora do almoço e direciona-se à sala sozinho ou fica sentado perto da sala à espera que o estagiário lhe dê indicação para entrar.

Área da expressão emocional – Observou-se uma melhoria, é observável uma pequena redução dos movimentos rígidos na produção musical, é cada vez mais comum ver o utente a rir e a ter manifestações de felicidade enquanto toca.

Fase 3- Transferências funcionais

A voz começou a ser utilizada com regularidade e o “bombo” apareceu.

A utilização da voz começou a mudar o carácter das sessões, que se destacavam por ter uma produção musical centrada no ritmo. O Utente espontaneamente começou a cantar durante as improvisações com as clavas, algo que até ao momento da sessão 11 se mostrou reticente a iniciar. Pequenas secções melódicas de músicas como o “*Despacito*” tornaram-se recorrentes e uma troca de turnos enquanto se cantava era respeitada pelo utente, e acompanhada simultaneamente por instrumentos percussivos. Uma das estratégias utilizadas para manter o interesse nos instrumentos preferidos do Armando foi a criação de um bombo. O utente não queria mais percutir em pequenos instrumentos sonoros feitos com materiais do dia-a-dia, como tal o musicoterapeuta estagiário tentou criar uma espécie de bombo que tivesse uma produção sonora um pouco menor, para possibilitar outro canal de diálogo enquanto o bombo era percutido. Começou a ser utilizado depois da sessão nº13, 2 garrações de 18 L(litros) vazios. O Utente adorou os garrações e não largava 1 dos novos instrumentos, apesar de inicialmente apresentar estar um pouco confuso a identificar a forma de percutir o instrumento, procedendo à utilização dos pés, clavas e baquetas, por fim acabando por utilizar a palma da mão bem aberta para percutir na superfície inferior do garração. Desde então as sessões de musicoterapia foram caracterizadas por vários momentos de improvisação

conjunta com bombos, enquanto vários temas que o utente leva para a sessão são interpretados pelo utente e pelo musicoterapeuta estagiário.

Avaliação Final

A avaliação final sucedeu-se na 4ª semana de maio, a avaliação final foi realizada pela observação indireta (análise de vídeos) das últimas sessões. Através da análise efetuada, foi notória a evolução a nível da interação musical(dinâmicas) e do aumento da atenção conjunta.

Segue-se a análise da avaliação efetuada ao Armando:

Área do comportamento – No comportamento do Armando é notório a redução das estereotipias que em certas sessões foram quase inexistentes. Foi notório também, o aumento da atenção conjunta e a predisposição do utente para interagir nas sessões com o estagiário. O que resultou num aumento do contacto visual que se verificou na maior parte da sessão.

Área da Comunicação – A nível vocal, as verbalizações do Armando não sofreram alterações muito acentuadas, no entanto, é visível mais momentos de comunicação não-verbal durante as improvisações.

Área da interação social – Socialmente, o Armando foi se aproximando cada vez mais do estagiário dentro e fora da sessão, procurando-o em momentos exteriores à sessão com o intuito de dialogar sobre música.

Área da expressão emocional – Observou-se uma melhoria, redução significativa dos movimentos rígidos na produção musical. Ficou explícito durante as sessões, que o utente apresentava manifestações de felicidade(rire) enquanto cantava e tocava de forma recorrente.

Conclusão do Caso

Na comparação entre o estado do Armando nas primeiras sessões com o fim da intervenção musicoterapêutica, são perceptíveis várias mudanças nos domínios intervencionados, nomeadamente no domínio comunicativo e relacional os quais vão ao encontro dos problemas identificados na avaliação inicial.

A nível comunicativo evoluiu quanto ao desenvolvimento de competências não-verbais, sendo perceptível que com a continuidade das sessões de musicoterapia este desenvolvimento poderia continuar a ocorrer de forma satisfatória.

Quanto à permanência de atenção conjunta do Armando com o estagiário nas atividades propostas durante a sessão, a mesma começou por ser nula, mas com o decorrer das sessões os tempos de permanência foram aumentando, aumentado drasticamente na última fase do processo terapêutico. A escolha dos instrumentos a utilizar e os cartões ilustrativos das dinâmicas musicais motivaram o utente pouco a pouco para as atividades apresentadas. No que se refere aos momentos de ausência e de isolamento enquanto o Armando tocava um instrumento do seu agrado, os mesmos foram diminuindo de frequência e duração ao ponto de em algumas das últimas sessões não ocorrerem.

No que diz respeito ao interesse pela relação com o outro, a integração através de canções foi o ápice da sua interação com o musicoterapeuta estagiário, o que proporcionou um maior grau de tolerância à interação a pares.

No final da intervenção musicoterapêutica com o Armando, foi possível observar respostas positivas por parte do mesmo, designadamente no que diz respeito ao seu desenvolvimento comunicativo e relacional. A permanência nas atividades propostas aumentou, algo identificável na troca de turnos realizada através da exploração de canções e instrumentos “não-musicais”.

Estudo Caso nº 2 – Henrique, B

O Henrique é um adulto com 29 anos, frequenta a Quinta da Conraria desde de 2008, foi diagnosticado com Paralisia Cerebral (tetraparesia-espástica moderada) e Défice intelectual. A característica que levou a ser diagnosticado ainda em bebé foram os sinais de mobilidade reduzida. O Henrique vem de uma família numerosa de um bairro piscatório da Figueira da Foz e vive com os pais.

Considerou-se pertinente o encaminhamento para sessões de Musicoterapia, visto que o estímulo sonoro é o estímulo a que Henrique apresenta melhor resposta. O utente dispôs no passado de aulas de educação musical na Associação, no ano de 2008. O Musicoterapeuta Paulo Jacob foi o responsável pelas aulas, e transmitiu ao estagiário que o mesmo já apresentou ataques epiléticos durante uma das sessões. Outra das razões pela qual foi encaminhado para as sessões de musicoterapia foi a reação de felicidade que o mesmo apresenta ao ouvir música. Foi realizado um levantamento de dados do contexto sonoro-musical com a Assistente Social responsável pelo caso, tendo-se destacado a postura alegre do utente e a euforia que o mesmo apresenta quando escuta uma música que gosta.

Na realização da anamnese sonoro-musical do utente destacam-se respostas positivas de interesse do utente pelas Maracas e pela música popular. No entanto, foram evidenciadas algumas dificuldades a nível da comunicação e agitação motora.

O Henrique exhibe estereotipias ao nível da fala, repete inúmeras vezes as mesmas palavras e frases gritando-as quase sempre. É referenciado que este tem dificuldade a controlar as estereotipias, as quais são recorrentes. Pelo que foi transmitido tanto pelos técnicos e auxiliares e, também, observado pelo estagiário, estes comportamentos acontecem mais vezes quando o utente estava entusiasmado.

Devido ao historial clínico e os dados recolhidos junto dos membros da equipa multidisciplinar e da assistente social, considerou-se pertinente a realização da primeira avaliação com o Utente.

Avaliação Inicial

O primeiro contacto presencial, em sessão de musicoterapia, deu-se a 25 de fevereiro de 2022, quando o utente foi transportado por um auxiliar até a Sala de Musicoterapia. Dentro da sala, apresentou estar calmo, realizava poucas interações e poucas reações à música executada, no entanto quando o mesmo recebeu uma Maraca para acompanhar a sua

postura mudou. Enquanto a música era reproduzida o Henrique tinha tendência para seguir a música abanando o corpo e conseqüentemente a cadeira de rodas. Foi observável que quando gostava da música os movimentos de balanço para a frente e para trás iam aumentando progressivamente tais como as estereotípias da fala (gritos), e como tal, o estagiário teve de interromper a produção sonora com algum receio que pudesse despontar um ataque epilético. Durante parte da sessão segurou sempre 2 maracas, uma em cada mão e ia percutindo uma na outra. Quando o Henrique aparentava estar mais entusiasmado os movimentos de abrir e fechar os braços para bater as maracas eram movimentos rígidos, nos quais era perceptível que o utente estava a fazer um grande esforço para bater as maracas com o máximo de força que conseguisse.

Seguidamente apresenta-se a avaliação inicial nas seguintes dimensões:

Área do Comportamento – Inicialmente observou-se ser calmo e interessado, não apresentou qualquer recusa em participar nas atividades propostas dentro da sala, no entanto quando começa a estar ativo e predisposto para a atividade, surgem as estereotípias de balançar o tronco. A partir da observação do seu comportamento foi-nos possível concluir que quando se trata de música o mesmo apresenta ser ligeiramente impulsivo;

Área Motora: Devido a tetraparesia-espástica moderada que o utente apresenta o mesmo só apresenta movimentos explícitos nos braços, tronco e cabeça. Os movimentos do braço esquerdo são muito reduzidos e os movimentos da mão quase nulos. Já no braço direito é observável alguma mobilidade e consegue abrir um pouco a mão e segurar pequenos objetos. O Henrique desloca-se em cadeira de rodas, por comprometimento de membros inferiores (que não permite andar, mas sim fazer transferência). A nível da face apresenta características comuns de movimento e apresenta também a capacidade de movimentar o tronco para frente e para trás, uma estereotípia frequente quando o mesmo fica entusiasmado;

Área da comunicação – O Henrique é Verbal, no entanto só diz algumas palavras e as mais frequentes são as que estão ligadas às estereotipias, nomeadamente alguns nomes como Tânia, Maria e Hélder. Ao nível da comunicação não verbal o mesmo faz-se entender relativamente bem, pela entoação das poucas palavras que diz e acenando com a cabeça. Tendo em conta que é muito expressivo é possível também interpretar com alguma facilidade as suas reações.

Área da interação social – Quando é chamado pelo nome, normalmente estabelece contacto visual. É notório o interesse do utente pela ideia de fazer música.

Área da expressão emocional – Apresentou-se normalmente estável, mas com momentos extremos de felicidade/euforia que se transmitiam nas estereotipias.

Após a conclusão do processo de avaliação foi-nos possível determinar os objetivos para o Plano de Intervenção Terapêutico, para ser trabalhado em contexto de sessão.

Plano de intervenção terapêutica

De modo a estruturar a intervenção terapêutica e tendo em conta as informações recolhidas: durante o processo de avaliação e junto da equipa Multidisciplinar, foi organizado um plano de intervenção terapêutica, com base nas necessidades e potencialidades do Henrique.

Através das informações recolhidas na avaliação realizada, o Henrique apresenta ter dificuldades em: (1) Controlar a impulsividade que resulta na maior ocorrência de estereotipias; (2) Comunicar através do som produzido pela sua voz; (3) Dificuldade em realizar intervenções e movimentos subtis. Como tal, no quadro seguinte encontra-se esquematizado o plano de intervenção terapêutico, onde constam as dificuldades observadas, bem como os objetivos a serem cumpridos para ultrapassar essas dificuldades.

Tabela 4*Plano terapêutico do Henrique*

Problema nº1 - Controlar a impulsividade que resulta na maior ocorrência de estereotípias	
Objetivos:	Reduzir a ocorrência das estereotípias, através do aperfeiçoamento do controlo nos momentos de impulsividade.
Objetivos específicos:	- Trabalhar a transição entre os momentos de euforia para os momentos de “relaxamento”, menor produção sonora sem que produção sonora acabe. - Promover a troca de turnos durante a improvisação com recurso a alterações das dinâmicas musicais e da produção rítmica.
Problema nº2 - Comunicar através do som produzido pela sua voz	
Objetivos:	Aumentar a produção sonora com o intuito de possibilitar interações a nível vocal.
Objetivos específicos:	- Aumentar o léxico e transformar as repetidas intervenções estereotipadas em momento musicais em que as mesmas são transformadas. - Estabelecer comunicação vocal/verbal de forma ténue. - Conseguir a produção sonora tenha ênfase na melodia (cantar):
Problema nº3 – Dificuldade a realizar intervenções e movimentos subtis	
Objetivos:	Diminuição das intervenções extremas e rígidas.
Objetivos específicos:	-Desenvolver alguma sensibilidade de interação nas atividades, recorrendo a movimentos pequenos e lentos que são espelhados durante a improvisação. - Durante a improvisação convidar o Utente a explorar o timbre da sua voz.

Fase de Intervenção Terapêutica

O Henrique usufruiu de sessões de Musicoterapia semanalmente, as quais foram interrompidas 4 vezes, devido a um feriado e a múltiplos isolamentos sendo que no total usufruiu de 11 sessões entre fevereiro de 2022 e maio de 2022. As sessões foram realizadas inicialmente na Sala de Musicoterapia, no entanto a partir da 3ª sessão começaram a ser realizadas na sala de snoezelen, o que se deveu ao facto da sala de Musicoterapia ocasionalmente ser ocupada com outras atividades. Todas as sessões foram preparadas antecipadamente, para que, aquando da chegada do Henrique ao setting, o mesmo estivesse

preparado. Tendo em conta o percurso terapêutico percorrido, foi concebido somente 2 etapas de progressão: (1) fase de interação e exploração; (2) fase da incorporação e comunicação.

Fase 1- Interação e exploração

Na primeira sessão, o musicoterapeuta estagiário pensou no setting mais adequado para o Henrique e optou por utilizar um piano para acompanhar, maracas e clavas. Essa escolha deveu-se à preferência do utente por estes instrumentos e por serem instrumentos que conseguiria segurar (maracas e clavas).

Todos os instrumentos ficaram à vista e, depois de um pequeno diálogo a produção musical começou. Inicialmente o estagiário cantou ao piano algumas músicas conhecidas pelo utente, com momentos de silêncio que tinham o intuito de convidar o utente a participar e a cantar, o que não sucedeu durante a sessão (cantar). Quando a música executada aparentava ser do interesse do utente ele começava a balançar na cadeira de rodas de forma sistemática e as estereotipias da fala iam surgindo, o Henrique ia gritando alguns nomes espontaneamente “ Maria “ e “Amarela”. Esta “resposta” fez com que o estagiário em alguns momentos tivesse de parar a produção musical com receio que se continuasse pudesse ter um ataque epilético, algo que já teria acontecido numa aula de música.

O Henrique manifestou durante a sessão interesse por pegar nas maracas e a partir da sua produção sonora o estagiário acompanhava, algo que foi interpretado como promissor, pois era visível uma expressão de felicidade ao abanar as maracas e ver uma resposta espelhada no piano.

Nas 4 sessões seguintes as estereotipias foram diminuindo pouco a pouco, os instrumentos utilizados pelo Henrique continuaram a ser essencialmente as maracas, as quais o mesmo já movimentava de forma diferente pelo ar com o intuito de obter uma resposta reflexiva por parte do estagiário durante as improvisações. Foi possível trabalhar a transição dos momentos de euforia que eram recorrentes, partindo do musicoterapeuta estagiário, que

ia reduzindo a resposta musical durante as improvisações, aquando o Henrique estava a abanar recorrentemente a cadeira de forma repetitiva e impulsiva.

É de destacar que a nível da comunicação verbal o Henrique já nem sempre grita. As intervenções são repetidas, no entanto começaram a surgir palavras diferentes cujo o estagiário não sabia que o utente verbalizava, nomeadamente: “Tânia “ , “o Henrique é mau” e “Xau”. No entanto os nomes “Professora Maria” e “Amarela “ continuam a ser mais frequentes nas suas intervenções verbais. Apesar de um aumento no léxico apresentado o Henrique não cantou uma única vez, as palavras que o mesmo produz têm sempre uma componente melódica pouco acentuada e são quase sempre pronunciadas muito rápido e de forma muito tensa. O Estagiário tentou a realização de vocalizos simples durante as sessões e momentos de silêncio com o intuito de convidar o Henrique a cantar, mas o utente não correspondeu. É notório a interpretação da letra das canções por parte do utente através da sua expressão. O mesmo demonstrava perceber toda a letra e até reconhecer as canções completas, no entanto, aparenta até então ser incapaz de reproduzir a nível fonético/melódico qualquer secção de uma canção conhecida. Devido a este fator a produção musical das sessões seguintes desenvolveram-se com base nas palavras que é capaz de pronunciar.

Fase 2, fase da incorporação e comunicação

A fase da incorporação e comunicação começou na sessão 6 e terminou na última sessão (sessão 11). Durante esta fase a incorporação dos movimentos que o utente realizava com a sua mão direita foi fundamental, já que o utente conseguia observar os seus movimentos espelhados através do musicoterapeuta estagiário no teclado e conseqüentemente permanecia mais tempo na improvisação e sorria. As suas estereotipias da fala foram cada vez menos frequentes e a sua intensidade sonora também reduziu, novas palavras surgiam por parte do utente durante a sessão, tais como “oh amor” e “olha”.

Durante as improvisações conjuntas os tremolos começaram a ser recorrentes e utilizados como uma forma de recomeçar ou terminar a improvisação que era ditada pelos movimentos do utente.

Começaram a existir alguns momentos de silêncio durante a sessão, nos quais o utente parava a sua produção sonora e olhava o chão, passado alguns momentos voltava a pegar na maraca e a produção musical era retomada. Durante estes momentos de silêncio o utente nunca apresentou estereotipias.

Avaliação Final

Pode concluir-se, comparando as primeiras sessões com as últimas que são perceptíveis mudanças nos domínios intervencionados, nomeadamente no domínio comunicativo, cognitivo e relacional, os quais vão ao encontro do plano terapêutico delineado posteriormente à avaliação inicial.

Quanto à permanência de atenção conjunta do Henrique com o estagiário nas atividades propostas durante a sessão, a mesma aumentou gradualmente com o decorrer das sessões, ao ponto de perdurar durante quase toda a sessão.

A falta de controlo da impulsividade que foi inicialmente identificado como a maior condicionante à comunicação, que resultava nas estereotipias da fala, foi com sucesso abordado e atingido, visto que os momentos de “impulsividade” nas últimas sessões são drasticamente menores e foram canalizados para a produção musical, os quais podem ser facilmente identificados nos momentos em que o utente recorre ao tremolo para terminar ou reiniciar a improvisação. Outro dos objetivos referente ao domínio da comunicação não-verbal e cognitivo, que consistiu na realização de intervenções e movimentos subtis, também foi atingido, sendo possível identificar nas intervenções do utente, diferentes tipos de movimentos e conseqüentemente diferentes dinâmicas musicais, durante a sua produção musical. Noutro objetivo referente ao Domínio da comunicação verbal, mais especificamente

na idealização do utente comunicar através da voz, o objetivo foi parcialmente atingido. As suas intervenções verbais mudaram, o léxico aumentou e a dinâmica na qual as palavras eram proferidas também foi alterada, sendo que inicialmente toda a comunicação verbal era produzida em forma de grito e no fim das sessões o mesmo já não se sucedia. Ainda assim em nenhum momento o utente cantou, a sua intervenção verbal tinha sempre pouco carácter melódico. Com base nas avaliações realizadas o musicoterapeuta estagiário conclui que numa intervenção musicoterapêutica a longo prazo centralizada na produção verbal que o utente pode ser capaz de desenvolver ainda mais o domínio da comunicação verbal e talvez cantar.

Outras intervenções

Neste capítulo são caracterizados de uma forma breve as restantes intervenções realizadas ao longo do estágio curricular de musicoterapia na associação (APCC). É apresentada alguma informação quanto ao enquadramento do quadro clínico, objetivos de intervenção e resultados alcançados.

Jorge A.

Jorge A. é um utente do sexo masculino, com uma idade cronológica de 22 anos diagnosticado com um Transtorno Disfórico Corporal com um atraso intelectual proveniente de uma etiologia desconhecida. O utente reside com avó na localidade de Pampilhosa.

O Jorge à semelhança de outros utentes também foi encaminhado pela psicóloga da equipa interdisciplinar para sessões individuais de musicoterapia.

O Jorge manifesta ser bastante emocional, chora com facilidade e é bastante expressivo em relação ao que sente. Ao nível da comunicação verbal, apresenta várias limitações, conseguindo apenas pronunciar algumas palavras de forma perceptível, no entanto consegue comunicar através de expressões corporais e alguns sons. Ao nível cognitivo os comportamentos que o utente apresenta são muito infantis, remetentes a uma idade mental muito inferior da idade.

Apesar de estar diagnosticado com um Transtorno Disfórico Corporal, o mesmo é independente a nível motor, mas apresenta alguns problemas ao nível da motricidade fina, nomeadamente na articulação das mãos.

O trabalho realizado nas sessões baseou-se na expressão emocional e no aumento da produção vocal. Para isso, foram utilizadas técnicas como a improvisação musical através de jogos em que ocorria uma troca de turnos, a reprodução de canções da preferência do utente e a expressão através do movimento e da voz. Foi no aumento da produção verbal através de jogos e canções que o utente mais evoluiu, sendo visível na fase final uma participação

espontânea nas improvisações que envolviam e voz e um aumento considerável na capacidade de produzir sons através da mesma, isto porque inicialmente o Jorge recusava-se a cantar e quando o fazia rapidamente parava e parecia demonstrar algum desgosto por ouvir-se a si próprio.

O Jorge é não-verbal, mas apresenta ter produção vocal, sendo que a mesma é caracterizada por ter um registo muito agudo e monocórdico, o que foi mudando com a conceção do mesmo de que poderia desenvolver a sua própria produção vocal. É de realçar também que apesar de inicialmente ter sido transmitido ao estagiário que o utente é não verbal, ele consegue dizer algumas palavras, tais como “sim” e “não”, no entanto, com dificuldade. Verificou-se também um aumento progressivo no contacto visual, o qual mantinha por mais tempo com o estagiário ainda que, por vezes, olhasse para o chão.

Na expressão gestual observaram-se algumas melhorias na realização de movimentos fluidos com as mãos.

O seu feedback em relação às sessões de musicoterapia demonstrou ser positivo. O utente apresentou sempre boa disposição e expressões de felicidade no início das sessões, algo que nem sempre perdurava pois múltiplas vezes o utente teve a necessidade de ir a casa de banho e quando acontecia o utente normalmente não demonstrava interesse em voltar ou não voltava a tempo da sessão. Durante os últimos meses de estágio o utente sempre que via o estagiário vinha ter com ele com o intuito de falar um pouco com ele ou perguntar quando seria a próxima sessão.

Fernando F.

Fernando F. é um utente do sexo masculino, com uma idade cronológica de 33 anos. O utente apresenta diagnóstico de Paralisia Cerebral e de Défice Intelectual. Atualmente reside numa residencial da Associação, no entanto, antes habitava com a mãe e por motivo de dependência alcoólica desta, foi acolhido na Associação. O Fernando adora música e ouve

rádio diariamente. Sua produção verbal é perceptível e nítida e na instituição, relaciona-se, maioritariamente, com os colegas. Nas atividades de vida diária é pouco autónomo devido à sua visão muito afetada, em atividades como vestir, despir, tomar banho, lavar as mãos e dentes é independente, mas na alimentação e idas à casa de banho não é autónomo. Nas rotinas diárias, como lavar as mãos, apesar de executar com autonomia a ação, o mesmo precisa de alguém para o dirigir. O Fernando exhibe alguma preocupação por a sua visão ser afetada, no entanto o mesmo recusa-se a utilizar óculos, o que melhoraria um pouco a sua visão, no entanto mesmo com os óculos, está comprometida. Devido a estas dificuldades e também a nível da audição (apurada), considerou-se pertinente encaminhar o Fernando para sessões de Musicoterapia.

Um dos problemas identificados foi a falta de iniciativa, como tal, estipulou-se como objetivo geral que as sessões de musicoterapia motivassem a realização da atividade musical que o mesmo pretende-se, pois manifesta interesse através de palavras, mas é incapaz de começar algo por iniciativa própria. Esta situação pode dever-se, ao facto de o mesmo sentir que praticamente não tem autonomia, pois tem a sua rotina toda estruturada por outras pessoas. Outro dos objetivos foi a expressão ao nível emocional, pois o mesmo apresenta dificuldade a manifestar as suas emoções.

A intervenção/abordagem musicoterapêutica utilizada baseou-se sempre na improvisação, o Fernando demonstrou interesse particular em instrumentos de percussão, no entanto devido a ver muito mal é difícil para ele percutir nos instrumentos sem eventualmente falhar a superfície percussiva. Como tal o instrumento que foi utilizado foi um teclado com *samples* de instrumentos de percussão, ao qual o utente depois de experienciar esta alternativa aderiu com interesse exclusivo. As sessões na sua grande parte têm a duração de 30 a 40 minutos de improvisação, com pequenas paragens pelo meio e uma secção de diálogo no fim sobre a improvisação. Em certos momentos o entusiasmo do utente ao improvisar era tanto

que era visível o mesmo agitar as pernas de um lado para outro enquanto tocava. É notório que o interesse do utente foi aumentado ao longo do processo terapêutico e o mesmo foi tomando iniciativa de ir mudando de samples e de sugerir certas abordagens distintas na improvisação, tendo um “tema” diferente de improvisação para improvisação. Como tal, os resultados obtidos foram positivos no que diz respeito à iniciativa do mesmo, no entanto ao nível da expressão emocional, as mudanças foram reduzidas, sendo que o utente apresentava dificuldade em transmitir as emoções na improvisação, ao fim de uns minutos afirmava se ter esquecido do “tema” e estar só a explorar o teclado.

O objetivo geral de incentivar a motivação do utente para realizar uma atividade musical foi alcançado, ainda que depois de discutido com o orientados se concluiu que esta fascinação pelo teclado obturo parcialmente a sua expressão-verbal.

Joel C.

Joel C. é um adulto com 23 anos, foi diagnosticado com Síndrome de Gilbert e Déficit Intelectual, é natural da Lousã e frequenta a Quinta da Conraria desde 2018. Desde 2013 que reside numa residência da associação, pois foi retirado a família devido a situações de maus tratos. O Joel é muito tímido, inseguro e observador, características as quais a Psicóloga que o segue acredita que se devem a problemas familiares. O utente foi seguido pelo musicoterapeuta da associação e transferido para o estagiário aquando a sua chegada, o trabalho que estava a ser realizado com o Musicoterapeuta da associação e o Joel estava em pausa devido ao covid-19. O estagiário foi informado que o Joel nem sempre comparecia nas sessões e que normalmente não permanecia em sessão mais de 20 minutos, nas quais só se disponibilizava a ouvir músicas do seu agrado durante a sessão.

Os objetivos estabelecidos no plano terapêutico são conseguir com que o utente se exprima a nível emocional através da voz ou de um instrumento, e desenvolver as

capacidades de comunicação do utente. Foram utilizadas técnicas como a audição de música e a expressão através do desenho.

A expressão através do desenho enquanto se ouvia músicas do seu agrado foi uma das poucas atividades que Joel demonstrou interesse em realizar. Nas primeiras sessões quando convidado a tocar ou experimentar instrumentos o Joel deixava claro o seu desinteresse pedindo para sair da sessão, foi assim durante grande parte das sessões. No decorrer do estágio, depois de 2 meses de intervenções semanais o Joel começou por livre vontade a marcar a pulsação com clavas, maracas ou batendo palmas enquanto ouvia a música do seu agrado. Quando o estagiário tentava reproduzir uma das músicas que o Joel gostava, o mesmo pedia para sair da sala, o que o estagiário interpretava como uma atitude de reprovação.

O Joel era acompanhado pelo estagiário até a sala de Musicoterapia, dentro da sala para além de pouco participativo o mesmo comunicava muito pouco. No entanto, quando o mesmo pedia para terminar a sessão e era acompanhado pelo estagiário até a sua respetiva sala na associação, o utente expressava alguns dos seus problemas e pensamentos sobre os familiares mais próximos e a sua situação na associação. Estes diálogos começaram a ocorrer no fim de fevereiro e o utente começou a demonstrar-se mais recetivo a realizar atividades durante a sessão, desde então começou a desenhar durante as sessões ao som da música.

Os objetivos foram parcialmente concretizados, o Joel por vezes acompanhava a música que escolhia com alguns instrumentos de percussão como maracas ou clavas e expressava emocionalmente através de desenhos enquanto ouvia música e posteriormente falava sobre os mesmos.

Sérgio M.

O Sérgio é um adulto de 45 anos com diagnóstico de traumático crânio encefálico resultante de um acidente que se sucedeu no ano de 2005, ano no qual começou a frequentar a APCC.

O Sérgio é adulto autónomo com algumas dificuldades a nível motor, mas independente, no que diz respeito às atividades do quotidiano. O mesmo apresenta mágoa pela sua vida, pois afirma que a sua condição afetou bruscamente a sua vida social. Antes do acidente o Sérgio tinha um trabalho, amigos e estava noivo, posteriormente ao acidente ficou solteiro, desempregado e segundo o mesmo sem amigos, algo que afetou muito a sua auto-perceção. Atualmente o mesmo frequenta associação 2 vezes por semana e afirma não se identificar com os outros utentes.

O plano terapêutico definido para o Sérgio teve como objetivo desenvolver a autoconfiança, desenvolver a capacidade de memorização e desenvolver a expressão emocional. As técnicas utilizadas foram a improvisação livre e dirigida, reprodução de secções rítmicas e melódicas de canções do gosto do utente e composição de uma canção criada nas sessões em conjunto com o musicoterapeuta estagiário.

Foi evidenciado nas primeiras sessões o pensamento do utente sobre as suas próprias capacidades, o mesmo referia inúmeras vezes que não era capaz e que não sabia tocar nem cantar, apresentava também problemas na formulação de frases e um claro problema no que diz respeito à memória a curto prazo. Mas a maior problemática era sempre a perceção negativa que o utente apresentava sobre si próprio, o mesmo chegou a dizer que perdeu as suas capacidades depois do acidente que resultou no Traumatismo Crânio Encefálico, deixou sempre implícito que antes seria capaz de realizar todas as atividades que eram propostas e agora não era capaz de realizar nenhuma. Apesar do acidente ter acontecido há vários anos atrás esta forma de pensar sobre si mesmo perdura, no entanto, o utente em sessão eventualmente disponibilizou-se a tentar tocar e cantar. Inicialmente o trabalho desenvolvido incidido na memória a curto prazo e da voz, o utente e o musicoterapeuta estagiário reproduziam ao nível vocal e rítmico, algumas das canções escolhidas pelo utente. Depois de 12 sessões ficou evidente o interesse do Sérgio pela bateria, o mesmo manifestava sempre

que não se achava capaz de tocar, mas quando confrontado com o instrumento não parou de o percutir e ficava explícito através de expressões de satisfação quando o fazia. O objetivo de desenvolver uma melhoria na autoconfiança foi concretizado. existiu uma melhoria evidente nas últimas sessões, o mesmo não demonstrava ficar mais reticente a tocar ou a cantar e não evidenciava a sua falta de conhecimento sobre os instrumentos e a capacidade de cantar da forma como anteriormente fazia.

A sua memorização a longo prazo melhorou no que diz respeito a padrões rítmicos, inicialmente o Sérgio quase não se lembrava de nada do que era realizado de uma sessão para a outra, mas nas últimas sessões já reproduzia os mesmos padrões rítmicos anteriormente criados em sessão. No que diz respeito à expressão emocional, o Sérgio muito raramente se apresentou confortável para abordar e se expressar a nível emocional emoções, nem na tentativa do mesmo criar uma música se proporcionou.

António J.

O António é um jovem adulto de 19 anos que frequenta a APCC desde 2021 e possui um diagnóstico de Transtorno do Espectro do Autismo e Défice Intelectual. O António é um jovem adulto que vive com a mãe e com os 2 irmãos, foi descrito ao estagiário pela responsável da sala do utente como um “menino simpático e participativo”. A nível motor apresenta alguns problemas a nível da motricidade fina, as suas mãos são bastante flexíveis e pouco firmes e ao nível da comunicação o utente é verbal, no entanto, apresenta diálogos repetitivos e dificuldade a formular e terminar as frases, o que remete a problema na memória a curto prazo.

O plano terapêutico definido para o utente teve como objetivo estimular o desenvolvimento das competências de comunicação, aumentar o tempo de permanência nas atividades e desenvolver a capacidade de memorização. As técnicas utilizadas foram improvisação dirigida e reprodução de canções do gosto do utente.

Ficou evidenciado nas primeiras sessões que as ausências momentâneas e a desorganização seriam os objetivos a ser necessário desenvolver, pois o utente distraía-se com imensa facilidade e esquecia-se do que queria comunicar ao estagiário.

Como tal, ficou evidente a especial necessidade de com o António ser necessário e benéfico estruturar as sessões de uma forma padrão que não leva-se a existência de momentos “mortos” para desta forma os momentos de ausência serem menores e para o utente ter conhecimento do que se seguia de forma a ser mais simples de se recordar, com base na repetição.

As sessões do António podem ser divididas em duas partes: na 1ª parte eram recriadas as músicas do gosto do utente, por exemplo a canção “Melhor de mim” da cantora Mariza; e na 2ª parte era realizada a improvisação dirigida normalmente em instrumentos de percussão, inicialmente com clavas, pandeiretas, Djembê e posteriormente na bateria.

Apesar de o António escolher as canções o mesmo não sabia grande parte da letra, normalmente só uma pequena parte do refrão, uma sequência de 2 ou 3 palavras, no entanto, depois 8 sessões era notório que o utente já conseguia saber algumas das palavras que seguiam depois de cantar um estrofe em conjunto com o musicoterapeuta e o mesmo demonstrava ficar muito feliz por conseguir lembrar-se.

Já no momento de improvisação depois das 10 primeiras sessões o utente começou a improvisar na bateria, o que deixou o mesmo muito feliz, depois de confrontado com o instrumento não conseguiu olhar para outro ponto da sala, nem mesmo para o musicoterapeuta. Aos pouco este entusiasmo foi dissipando e foi possível criar pequenas sequências rítmicas que o utente conseguia lembrar-se de 1 sessão para a outra.

Ficou evidente uma melhoria significativa no tempo de concentração nas atividades, os diálogos repetitivos também foram diminuindo e os momentos de ausência tornaram-se

quase nulos nas últimas sessões, o que foi concluído pelo musicoterapeuta estagiário como avanços muito significativos nos domínios que foram intervencionados.

Raul S.

O Raul é um adulto com 29 anos e está na Quinta da Conraria na Unidade de Reabilitação de Profundos 2011. Tem diagnóstico de Paralisia Cerebral Espástica nível V e Défice Intelectual. A nível da comunicação, consegue identificar as pessoas pela voz, não é verbal, mas diz algumas palavras soltas, normalmente não responde sim ou não, no entanto apresenta uma expressão facial expressiva quando está contente ou descontente.

O Raul foi um dos últimos utentes atribuídos ao estagiário e dispôs de um total de 10 sessões de Musicoterapia, a primeira sessão realizou-se no dia 28 de fevereiro e a última no dia 30 de maio. O plano terapêutico definido para o utente tem como objetivo proporcionar momentos de desenvolvimento das competências de concentração, aumentar o tempo de permanência nas atividades e desenvolver a capacidade de memorização.

Destacou-se na primeira sessão, enquanto ouvia músicas das quais gostava o mesmo “despertava” e normalmente rodava a cabeça, esticava os braços e mexia as mãos, estes movimentos sucediam-se normalmente com músicas tradicionais e populares. As sessões tiveram como atividade central a interpretação de canções do gosto do utente por parte do estagiário, na interpretação das mesmas o utente em certos momentos tentava juntamente com o musicoterapeuta estagiário cantar. Ação que nem sempre era bem-sucedida por parte do utente, pois o mesmo engasgava-se com muita facilidade, após tentar dizer 1 ou 2 palavras era necessário parar, pois o Raul começava a tossir. Foi notório em várias das sessões que depois do utente se deparar com a dificuldade de cantar o mesmo perdia algum interesse na sessão e as suas reações eram muito menos expressivas e a sua participação reduzia.

Ficou evidente uma melhoria significativa no tempo de concentração nas atividades, o que foi concluído pelo musicoterapeuta estagiário como um avanço significativo no domínio intervencionado.

Carlos G.

O Carlos é um adulto com 35 anos que frequenta a Unidade de Reabilitação de Profundos II na APCC desde 2003. Tem diagnóstico de Paralisia Cerebral, e o membro com mais funcionalidade é o braço esquerdo. O utente foi descrito ao estagiário pelo responsável de caso como um utente com problemas ao nível da visão, que ao nível relacional ficou introvertido, mas que tem mais capacidades do que aparenta.

O Carlos foi um dos últimos utentes atribuídos ao estagiário e dispôs de um total de 11 sessões de Musicoterapia, a primeira sessão realizou-se no dia 28 de fevereiro e a última no dia 30 de maio. Foi encaminhado para sessões de musicoterapia por responder bem ao estímulo musical.

O plano terapêutico definido para o utente tem como objetivo o desenvolvimento das competências de concentração e comunicação, desenvolver a capacidade de atenção conjunta e consequentemente aumentar o tempo de permanência nas atividades. Durante as primeiras sessões do Carlos foi particularmente difícil conseguir que o mesmo participasse na sessão, o utente apresentava uma postura fechada, praticamente não comunicava e quando o fazia era de forma diminuta e enrolada, como tal, o musicoterapeuta estagiário apresentava dificuldade em compreender o utente, mesmo após a visualização das gravações das sessões.

A comunicação verbal era reduzida e a perceção do musicoterapeuta estagiário é que a mesma é aleatória, a comunicação não-verbal ainda era menor, pois o utente permanecia maioritariamente estático na cadeira de rodas e não manifestava interesse em manusear instrumentos musicais com a sua mão esquerda, segurava ou tocava os instrumentos e poucos segundos depois largava-o e não voltava a tocar. Era notório que apesar de o

musicoterapeuta estagiário não entender o que o utente pronunciava, o mesmo apresentava algumas intervenções ritmadas durante os períodos de improvisação com voz, as quais o musicoterapeuta estagiário acredita que foram intencionais, como tal na sessão nº 6 foi levado para o setting um microfone ligado a duas colunas, para que desta forma fosse possível compreender as intervenções verbais do utente, o que não se concretizou, pois mesmo aumentando os decibéis da sua produção verbal não foi possível discriminar o que o utente estava a dizer, no entanto ficou ainda mais notória que a sua intervenção era intencional e ritmada, com alguns semelhanças como um declamar.

Com o terminar das sessões e com base nas avaliações finais destaca-se uma melhoria significativa nas intervenções do utente e na sua duração, apesar do utente manter a sua postura fechada durante grande parte da sessão o mesmo procura mais vezes o musicoterapeuta e reage com mais frequência aos temas abordados na sessão, o que foi concluído pelo musicoterapeuta estagiário como um avanço significativo nos domínios intervencionados, nomeadamente no domínio relacional e da comunicação.

Discussão

Em relação ao impacto resultante das sessões de musicoterapia realizadas com a população alvo do estágio na Quinta da Conraria (APCC) e destacando a intervenção terapêutica e os resultados obtidos, foi verificado uma boa receptividade ao estagiário e à intervenção musicoterapêutica. A população alvo deste estágio, foram jovens adultos com Défice Intelectual e/ou com Paralisia Cerebral, no entanto, a amostra foi mais heterogênea, sendo que a mesma dispõe de uma diversidade de condições e disfuncionalidades que de variadas formas afetam o decorrer da sua vida diária. Deste modo, as intervenções musicoterapêuticas realizadas resultaram numa estratégia eficaz no desenvolvimento das áreas identificadas, nas quais os utentes exibiram mais dificuldades.

Desde o início do processo terapêutico que o estagiário procurou utilizar técnicas de improvisação com o intuito de criar um ambiente estável de partilha, pois, tal como preconizado por Wigram (2005) e Bruscia (2016) verificou-se que num setting individual, o holding, corresponder, espelhar e o grounding, que servem o propósito de criar um ambiente estável e de partilha para o utente, pode resultar que a sessão seja como uma âncora para avaliar o stress, a tensão emocional e física.

O que se enquadra, pois, espasticidade, é recorrente nos utentes com paralisia cerebral, porque se caracteriza pelas várias lesões que afetam a área motora do cérebro, que condicionam a coordenação e postura do indivíduo a qual resulta numa musculatura débil e com muito pouco controlo (Guy & Neve, 2005). Stress e tensão emocional também são recorrentes na pessoa com deficiência, que ademais as limitações funcionais físicas, mentais ou sensoriais que apresentam, ainda lidam com uma representação social negativa devido às suas limitações, assim como barreiras à sua participação (OMS, 2011).

Tal como preconizado por os autores Kalgotra e Warwal (2017), a musicoterapia com indivíduos portadores de deficiência intelectual moderada, resulta em mudanças significativas

a nível do comportamento, desta forma podendo condicionar positivamente algumas estereotípias e a hiperatividade. Algo que o estagiário considera que se verificou em alguns dos casos, nomeadamente no estudo caso nº 1 e nº 2.

A Adaptação de instrumentos verificou-se uma estratégia fulcral durante as intervenções realizadas com alguns dos utentes, nomeadamente no estudo caso nº 1. Como referido por Sabbatella (2003) ao nível físico (motor) a adaptação de instrumentos musicais surge como uma alteração eficaz que resulta no incentivo e motivação à participação instrumental, e como pressuposto os instrumentos foram selecionados e adaptados devidamente para facilitar o seu uso em cada caso.

Tendo por base a teoria e comparando com a prática, verificaram-se benefícios referentes ao afirmado pelos autores. Os utentes apresentaram resultados benéficos de forma significativa a nível da componente relacional/social, nomeadamente as competências de concentração, comunicação e expressão. Algo inerente a esta mudança por parte do estagiário foi a capacidade de se relacionar com o utente de modo empático, responsivo e criativo. As sessões foram delineadas de acordo com as necessidades dos utentes e com as suas preferências a nível musical, com o intuito de manter o interesse do utente na sessão, e também validar e facilitar a interação musical, de forma gradual e natural com o utente.

Conclusão

Neste capítulo serão abordados os resultados que o estagiário obteve no contexto do estágio curricular através das sessões de musicoterapia realizadas na APCC com adultos que apresentavam ter maioritariamente Défice Intelectual e/ou Paralisia Cerebral, ademais de outras condições menos comuns na associação, tais como a perturbação do espectro do autismo, Síndrome de Gilbert, X-linked intellectual disability , traumatismo crânio encefálico e perturbação do neurodesenvolvimento.

Ao longo do estágio realizaram-se doze intervenções de carácter individuais, duas das quais constituem os estudos de caso (Armando e Henrique). Ao longo do período de estágio, como base nas sessões realizadas, foi utilizado essencialmente como sustento os modelos da musicoterapia Nordoff-Robbins e Benezon.

A seleção destes modelos deveu-se ao facto de permitirem trabalhar musicalmente as necessidades que são inerentes, face às patologias apresentadas, utilizando os princípios terapêuticos considerados benéficos pelo estagiário, para o alcance dos objetivos terapêuticos dos utentes intervencionados.

O musicoterapeuta estagiário teve presente a noção que só após a construção da relação terapêutica segura e firme é que poderia prosseguir para os objetivos mais específicos, realçando e permitindo que cada utente se movesse ao seu tempo, por mais vagarosamente que tenha sido em alguns dos casos. No estudo de caso do Armando, as mudanças e melhorias são evidentes. A relação terapêutica e o à-vontade em sessão foi cultivado rapidamente e em segurança, tendo-se verificado um desenvolvimento positivo nas características de comunicação e de comportamento. Inicialmente era evidente que o utente estava “auto-absorvido” na sua produção musical, e posteriormente é evidenciado a redução das estereotípias, bem como uma melhora significativa na exploração de vocalizações e na sua intenção de comunicação muito mais evidente.

No segundo estudo de caso, o Henrique, apesar da reduzida quantidade de sessões em comparação com muitos dos outros utentes, a evolução obtida é resultado de ganhos moderados, mas significativos. Tendo em conta que o Henrique apresentou-se nas sessões de musicoterapia sem conseguir expressar-se através da comunicação verbal e apresentando alguma dificuldade através da comunicação não verbal, a dificuldade na comunicação resultava numa permanência menor nas atividades propostas. Durante as primeiras sessões as estereotipias da comunicação surgiam com alguma frequência, no entanto, quando o mesmo não se sucedia o utente ficava tão conectado à atividade que começava repetidamente e de forma crescente a abanar a cadeira de rodas travada, algo que mudou no decorrer das sessões, pois nas últimas sessões o utente já conseguia manter o foco e valorizar a sua produção musical.

Realizando uma comparação entre os resultados iniciais das intervenções e os últimos resultados observam-se evoluções nos diferentes campos intervencionados que dispuseram de várias sessões. Em alguns casos as melhorias são mais notórias e aparentes do que noutros, mas de modo geral foram atingidos grande parte dos objetivos propostos inicialmente. A possibilidade de ser orientado pelo musicoterapeuta da associação, musicoterapeuta Paulo Jacob, potenciou sem dúvida a intervenção realizada pelo estagiário auxiliando-o no desenvolvimento de competências através da orientação, desde a integração e acolhimento prestado até à partilha de informação. Sem dúvida que foi um pilar muito importante neste percurso.

No entanto, é de referir que poderia ser uma mais valia a integração na equipa multidisciplinar, pois ao nível do conhecimento, o mesmo podia ser adquirido e partilhado com mais facilidade com os outros terapeutas, lamentavelmente o mesmo não se sucedeu.

É também de salientar que mesmo com um musicoterapeuta ativo e um estagiário de musicoterapia na associação, ainda exista uma grande misturavam dos conceitos de

musicoterapia e educação musical por parte do staff da APCC, no entanto, o musicoterapeuta estagiário acredita que ao longo do estágio a distinção entre os conceitos foi ficando um pouco mais evidente.

De uma forma geral, é de reconhecer e valorizar por parte da instituição o interesse por receber o estagiário prontamente e o ter ajudado sempre que preciso, encarando as sessões como um momento importante ao desenvolvimento dos utentes.

Reflexão pessoal

A ideia de realizar o presente estágio iniciou-se muito bem, regressando a Coimbra, cidade onde estudei antes de seguir para o mestrado em Musicoterapia na Universidade Lusíada. Poder realizar o estágio curricular de musicoterapia em Coimbra onde mantinha muitas pessoas próximas, foi algo que me causou muito otimismo e motivação que acredito se ter refletido diretamente de forma benéfica ao longo estágio.

Já tinha visitado noutra ocasião a Quinta da Conraria de APCC e sabia que a mesma disponha de um musicoterapeuta, o que me motivou para escolher este local de estágio. Antes do estágio apresentava muitas dúvidas sobre os meus próprios conhecimentos sobre a musicoterapia e como na prática iriam ser as sessões e como deviam ser preparadas. Como tal, a possibilidade de ser orientado por um musicoterapeuta que já executava a sua função há vários anos foi muito bem vista, percecionada como uma excelente oportunidade para aprender e aumentar o meu conhecimento sobre a musicoterapia e a sua aplicação.

Na prática, o seu início não foi como idealizado, a documentação para o início do estágio demorou e logo na primeira reunião com a responsável por gerir a Quinta da Conraria ficou claro que eu não iria ter livre acesso aos processos e não iria integrar as reuniões da equipa interdisciplinar, todas as informações que iria obter teria de ser recolhida de forma oral e as informações dos processos teriam de ser transmitidas dessa forma também. De seguida, quando a papelada foi, finalmente, formalizada, iniciei o meu estágio e fui muito bem recebido por todas as pessoas que conheci na associação, tive oportunidade de falar diversas vezes com o meu orientador, o mesmo prontamente ajudou-me na realização do horário e do espaço onde iria realizar as sessões, no entanto, o mesmo deixou explícito que eu não iria poder assistir às suas sessões de musicoterapia, algo que eu achava importante para o meu desenvolvimento como futuro musicoterapeuta.

Após ficar esclarecido como se iria proceder o estágio, foram-me atribuídos utentes e dentro do possível do contexto preparei-me para as primeiras sessões, recolhendo as informações possíveis sobre os mesmos. Correu tudo mais ou menos bem, cometi muitos erros, agora evidentes, no ponto de vista da preparação das primeiras sessões e essencialmente do setting, mas tudo foi-se endireitando. As reuniões com o orientador que ocorriam normalmente semanalmente e nas quais apresentava alguns cortes das sessões daquela semana, ajudaram imenso no delinear dos planos terapêuticos, na preparação do setting e mesmo na postura a adotar na sessão.

Infelizmente durante o período de estágio existiram muitos momentos de paragem nas sessões que tinham um carácter semanal, por causa dos múltiplos isolamentos por parte dos utentes ou do estagiário. Como referenciado no início do relatório a APCC dispões de normas específicas para a prevenção da transmissão do covid-19, o que implica que qualquer pessoa em contacto na associação com alguém que testou positivo fique em isolamento, o que resultava em múltiplas salas em isolamento de forma recorrente.

Apresentação à equipa técnica como um todo, só acontece no fim do estágio, pois, visto que não iria integrar a equipa técnica e não conhecia todos os membros da mesma não vi urgência em realizar a mesma, isto porque no início do estágio grande parte dos terapeutas estiveram em isolamento, o que não contribui para que a mesma se sucedesse. Sucedeu-se no fim, pois tanto eu como o orientador tínhamos interesse em que se realizasse a apresentação sobre resultados obtidos, como tal, no último dia de estágio toda a equipa técnica foi convidada e procedeu-se apresentação sobre a musicoterapia e sobre como foi o decorrer das sessões, os planos traçados e os objetivos alcançados. A apresentação dispôs de pequenos cortes das sessões que iam enfatizando os pontos abordados sobre cada utente.

No final correu bastante bem, acredito que os presentes gostaram da apresentação, existiram alguns momentos engraçado e acredito que ficou bem explicito grande parte do que

foi desenvolvido por mim durante o período de estágio. Após apresentar fiquei com alguma pena de não ter sido possível realizar estas apresentações para a equipa técnica mais vezes durante o estágio, de uma forma recorrente.

Por fim quero agradecer novamente ao orientador e a supervisora de estágio que da sua forma me motivaram e concluo que foi uma experiência enriquecedora, gostei bastante do meu estágio, de estar na APCC e de voltar à Grande Coimbra, por mim repetia e repetia.

Referencias

- Aigen, K. (2014). Music-Centered Dimensions of Nordoff-Robbins Music Therapy. *Music Therapy Perspectives*, 32(1), 18–29. <https://doi.org/10.1093/mtp/miu006>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5.^a ed.). Washington DC. http://dislex.co.pt/images/pdfs/DSM_V.pdf
- Asher, G., Gerkin, J., Gaynes, B. (2017). *Complementary Therapies for Mental Health Disorders*.
- Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra (APCC). (2021). *Instituição*. Consultado em 30 de novembro. 2021. Disponível em: https://www.apc-coimbra.org.pt/?page_id=728
- Benenzon, R.O. (2011). *Musicoterapia: de la teoria a la practica*. Paidós.
- Berger, D. (2009). On developing music therapy goals and objectives. *Voices: A Forum for Music Therapy*, 9(1).
- Bouras N., Martin G., Leese M., Vanstraelen M., Holt G., Thomas C., Boardman J. (2004). Psicoses do espectro da esquizofrenia em pessoas com e sem deficiência intelectual. *Diário de Pesquisa em Deficiência Intelectual*, 48, 548-55. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2004.00623.x>. PMID: 15312055
- Bruscia, K.E. (2016). *Definindo Musicoterapia*. Dallas: Barcelona Publishers.
- Carpente, J.A. (2014). Individual Music-Centered Assessment Profile for Neurodevelopmental Disorders (IMCAP-ND): New Developments in Music-Centered Evaluation. *Music Therapy Perspectives*, 32(1), 56–60. <https://doi.org/10.1093/mtp/miu005>
- Carter, T., & Scherer, S.W. (2013). Autism spectrum disorder in the genetics clinic: a review. *Clinical Genetics*, 83(5), 399-407.
- Castro, M.M.L.D., Hökerberg, Y.H.M., & Passos, S.R.L. (2013). Validade dimensional do instrumento de qualidade de vida WHOQOL-BREF aplicado a trabalhadores de

- saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(7), 1357–1369. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000700010>
- Chagas, M., & Pedro, R. (2008). *Musicoterapia: Desafios entre a modernidade e a contemporaneidade - como sofrem os híbridos e como se divertem*. Mauad editora.
- Chase, K. (2004). Music therapy assessment for children with developmental disabilities: A survey study. *Journal of Music Therapy*, 51, 28-54. doi: 10.1093/jmt/41.1.28
- Chiurazzi, P., Schwartz, C.E., Gecz, J., & Neri, G. (2008). XLMR genes. *European Journal of Human Genetics*, 16(4), 422–434. <https://doi.org/10.1038/sj.ejhg.5201994>
- Chiurazzi, P., Tabolacci, E., & Neri, G. (2004). X-linked mental retardation (XLMR): From clinical conditions to cloned genes. *Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences*, 41(2), 117–158. <https://doi.org/10.1080/10408360490443013>
- De Vries, D.B. (2015). Music as a Therapeutic Intervention with Autism: A Systematic Review of the Literature. *Therapeutic Recreation Journal*, 49, 220-237.
- Des Portes, V. (2013). X-linked mental deficiency. Em O. Dulac, M. Lasseonde, & H. B. Sarnat (Eds.), *Handbook of Clinical Neurology* (Vol. 111, pp. 297–306). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-52891-9.00035-X>
- Dykens, E.M. (2000). Psicopatologia em crianças com deficiência intelectual. *Diário de Psicologia Infantil e Psiquiatria*, 41, 407-17. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00626>. PMID: 1083667
- Emerson, E (2003). Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 51–58. doi: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.2003.00464.x>
- Erkkilä, J., Brabant, O., Saarikallio, S., Ala-Ruona, E., Hartmann, M., Letule, N., Geretsegger, M., Gold, C. (2019). Enhancing the efficacy of integrative

- improvisational music therapy in the treatment of depression: Study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 20(1), 244.
- Falkai, P., Wobrock, T., Lieberman, J., Glenthøj, B., Gattaz, W. F., & Möller, H.-J. (2006). Diretrizes da Federação Mundial das Sociedades de Psiquiatria Biológica para o tratamento biológico da esquizofrenia. Parte 1: Tratamento agudo. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 33, 7–64. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832006000700003>
- Farrel, M. (2008). *Dificuldades de Comunicação e Autismo*. Artmed Editora
- Federico, G. (2003). Musicoterapia en Neurología Pediátrica. *VI Congreso Perspectivas de la Integración Educativa en el 3er milenio, Saltillo, México*, (p. 1-8). Retrieved from: <http://gabrielfederico.com/2003mnp.pdf>
- Ferreira, M.D., & Smith, M.P. (2013). *A musicoterapia na reabilitação de pacientes com paralisia cerebral*. Faculdades Metropolitanas Unidas.
- Gabriel, F., Niedenthal, R. (2011). Musicoterapia y paralisia cerebral. Creación de canciones com adaptações. *XIII Congresso Mundial de Musicoterapia, Correa*, 1-5.
- García, B.G., & Belmonte, C.R. (2019). Impacto de la musicoterapia en la calidad de vida de personas con discapacidad intelectual: Una revisión de la literatura. *Revista de Investigación en Musicoterapia*, 3, 34–53. <https://doi.org/10.15366/rim2019.3.003>
- Gattino, G.S. (2012). *Musicoterapia aplicada à avaliação da comunicação não verbal de crianças com transtornos do espectro autista: Revisão sistemática e estudo de validação*. Porto Alegre, Brasil. Universidade Federal do Rio Grand do Sul. <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/56681>
- Gattino, G.S., Silva, A.M. da, Figueiredo, F.G., & Schüler-Faccini, L. (2016). Kamuthe video microanalysis system for use in Brazil: Translation, cross-cultural adaptation and

evidence of validity and reliability. *Health Psychology Report*, 5(2), 125–137.

<https://doi.org/10.5114/hpr.2017.63574>

Gattino, S. (2015). *Musicoterapia e autismo: teoria e prática*. Memnon.

Geretsegger, M., Mössler, K., Bieleninik, L., Chen, X., Heldal, T., & Gold, C. (2017). Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5.

Geretsegger, M., Mössler, K.A., Bieleninik, L., Chen, X.-J., Heldal, T.O., & Gold, C. (2017). Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, CD004025.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004025.pub4>

Guy, J., & Neve, A. (2005). *Music Therapy & Cerebral Palsy Fact Sheet*. San Diego: The Music Therapy Center of California. https://www.themusictherapycenter.com/wp-content/uploads/2016/11/mtcca_cerebralpalsy.pdf

Hofvander, B., Delorme, R., Chaste, P., Nydén, A., Wentz, E., Ståhlberg, O., Herbrecht, E., Stopin, A., Anckarsäter, H., Gillberg, C., Råstam, M., & Leboyer, M. (2009). Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *BMC Psychiatry*, 9(1), 35. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-9-35>

Individual Music-Centered Assessment Profile for Neurodevelopmental Disorders (IMCAP-ND). Retrieved from

<https://www.musictherapy.aau.dk/imtac/catalogue/show//individual-music-centered-assessment-profile-for-neurodevelopmental-disorders---imcap-nd-.cid351602>.

Kalgotra, R., & Warwal, J. (2017). Effect of music intervention on behaviour disorders of children with intellectual disability using strategies from applied behaviour analysis.

- Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, 28, 161–177.
<https://doi.org/10.5463/DCID.v28i1.584>.
- Kim, J., Wigram, T., & Gold, C. (2009). Emotional, Motivational and Interpersonal Responsiveness os Children with Autism in Improvisational Music Therapy. *Autism*, 13(4), 389-409.
- Kirkland, K (2013). *International Dictionary of Music Therapy*. FISH Books.
- Leite, J.M.R.S., & Prado, G.F. do. (2019). Paralisia cerebral Aspectos Fisioterapêuticos e Clínicos. *Revista Neurociências*, 12(1), 41–45. <https://doi.org/10.4181/rnc.2004.12.41>
- Lipe, A.W. (2015). Music Therapy Assessment. In: WHEELER, B.L. *Music Therapy Handbook* (pp. 76-90). New York: The Guilford Press.
- McCaffrey, T., Carr, C., Solli, H., & Hense, C. (2018). Music Therapy and Recovery in Mental Health: Seeking a Way Forward. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 18(1), 1–16
- Moura, R. C. R., Fontes, S. V ., Ida, F.S., Fukujima, M.M. (2007). Instrumentos de avaliação para a prática e pesquisa nas áreas da saúde. In: *Fisioterapia Neurofuncional* (pp. 199-208). Atheneu, 2007.
- Murphy, C.M., Wilson, C.E., Robertson, D.M., Ecker, C., Daly, E. M., Hammond, N., ..., & McAlonan, G.M. (2016). Autism spectrum disorder in adults: Diagnosis, management, and health services development. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 1669-1686. <https://doi.org/10.2147/NDT.S65455>
- Nordoff, P., & Robbins, C. (2007). *Creative music therapy: A guide to fostering clinical musicianship* (2.^a ed.). Gilsun: Barcelona Publishers.
- Oliveira, K., & Sertié, A. (2017). Autism spectrum disorders: an updated guide for genetic counseling. *Hospital Israelita Albert Einstein*, 15(2), 233-238.

- Oliveira, R., Roddrigues, F., Venâncio, M., Saraiva, J., & Fernandes, B. (2012). Avaliação e investigação etiológica do transtorno do desenvolvimento psicomotor/déficite intelectual. *Saúde infantil*, 34(3), 5-10.
- Organização das Nações Unidas. (2011). *Relatório Mundial sobre a Deficiência.*: Governo do Estado São Paulo.
- Organização Mundial de Saúde (2019). *Mental disorders*. Consultado 23 de Fevereiro de 2022, de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Peippo M., Koivisto A.M., Särkämö T., Sipponen M., von Koskull, H., Ylisaukko-oja T, ..., Järvelä I. (2007). PAK3 related mental disability: further characterization of the phenotype. *American Journal of Medical Genetics*, 143A(20), 2406-16. doi: 10.1002/ajmg.a.31956. PMID: 17853471
- Plahl, C. (2004). Transactional theory on an empirical ground. Dimensions of Relation in music therapy. *Music Therapy Today*. 5(4).
https://www.wfmt.info/Musictherapyworld/modules/mmmagazine/issues/20040727092613/20040727094831/MTT5_4_Plahl.pdf
- Ramos, J., Xavier, S., & Morins, M. (2012). Perturbações do espectro do autismo no adulto e suas comorbilidades psiquiátricas. *Psilogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 10, 9–23. <https://doi.org/10/936>
- Regier, D., Kuhl, E., & Kupfer, D. (2013). The DSM-5: classification and criteria changes. *World psychiatry*. 12(2), 92-98.
- Rehm, J., & Shield, K.D. (2019). Global Burden of Disease and the Impact of Mental and Addictive Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 21(2), 10.
<https://doi.org/10.1007/s11920-019-0997-0>
- Rentinck, M.K, (2006). *Parents of children with cerebral palsy: a review of*. Blackwell Publishing.

- Rodríguez de Gil, G. (2000). Las adaptaciones de instrumentos musicales como ayuda para la musicoterapia en parálisis cerebral. *Tavira*, 17, 117–125.
<http://hdl.handle.net/10498/7731>
- Ruud, E. (1990). *Caminhos da Musicoterapia*. Summus.
- Sabbatella Riccardi, P. L. (2006). Intervención musical en el alumnado con necesidades educativas especiales. *Tavira*, 21, 214–137.
<http://rodin.uca.es/xmlui/bitstream/handle/10498/7767/33194907.pdf>
- Sabbatella, R. P. (2003). Musicoterapia y Parálisis cerebral. *Musicoterapia 2002: Programa de Formación para Mediadores en Musicoterapia y Discapacidad* (pp. 77-110). Valladolid: Confederación ASPACE. <https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/FDO6823/musicoterapia.pdf>
- Sankar, C., & Mundkur, N. (2005). Cerebral palsy-definition, classification, etiology and early diagnosis. *Indian Journal of Pediatrics*, 72(10), 865–868.
<https://doi.org/10.1007/BF02731117>
- Schalock, R., Verdugo, M.A. (2002). *Manual de qualidade de vida para o serviço humanopracantes*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Silverman, M. (2018). Music Therapy and Therapeutic Alliance in Adult Mental Health: A Qualitative Investigation. *Journal of Music Therapy*, 56(1), 90–116.
- Silverman, M. (2019). Comparing Educational Music Therapy Interventions via Stages of Recovery with Adults in an Acute Care Mental Health Setting: A Cluster-Randomized Pilot Effectiveness Study. *Community Mental Health Journal*, 55, 624-630.
- Simpson, K. (2013). *The use of Musical Elements to Influence the Learning of Receptive Communication skills in children with autism*. Australian Catholic University.

- Solli, H., Rolvsjord, R., & Borg, M. (2013). Toward Understanding Music Therapy as a Recovery-Oriented Practice within Mental Health Care: A Meta-Synthesis of Service Users' Experiences. *Journal of Music Therapy*, 50(4), 244–273.
- Torres, M., Ramos, J., Suarez, M., Garcia, A., & Mendoza, T. (2016). Benefits of Using Music Therapy in Mental Disorders. *Journal of Biomusical Engineering*, 4(2).
- Unkefer, R., & Thaut, M. (2005). *Music therapy in the treatment of adults with mental disorders: theoretical bases and clinical interventions*. Barcelona Publishers.
- Vaillancourt, G. (2009). *Música Y Musicoterapia*. Narcea.
- Valente, A. I. T. (2021). *Musicoterapia aplicada à perturbação do espectro do autismo e paralisia cerebral : estudos de caso*. (Dissertação de Mestrado, Mestrado em Musicoterapia). Universidade Lusíada, instituto de psicologia e ciências da educação, Lisboa, Portugal.
- Wagner, G. (2007). The Benenzon Model of Music Therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, 16(2), 146–147. <https://doi.org/10.1080/08098130709478184>
- Wheeler, B. (1983). A psychotherapeutic classification of music therapy practices: A continuum of procedures. *Music Therapy Perspectives*, 1(2), 2-3. <https://doi.org/10.1093/mtp/1.2.2>
- Wigram, T. (2004). *Improvisation Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. London, Jessica Kingsley Publishers.
- Wigram, T., Pedersen, I. N., & Bonde, L.O. (2002). *A Comprehensive Guide to Music Therapy: Theory, Clinical Practice, Research, and Training*. Jessica Kingsley Publishers.
- World Federation of Music Therapy. Info Cards. Retrieved from <https://wfmt.info/wfmt-for-students-2020-2023/info-cards/>

APÊNDICES

LISTA DE APÊNDICES

- Apêndice A** - Registo de Sessão
- Apêndice B** - Declarações para Gravação
- Apêndice C** - Questionário: Informação do Utente e Bibliografia Musical
- Apêndice D** - Escala IMCAP-ND
- Apêndice E** - Escala WHOQOL-BREEF
- Apêndice F** - Escala KMUTE

APÊNDICE A
Registo de Sessão

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...

APÊNDICE B

Declarações para Gravação

Declaração

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

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

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

O Próprio ou o(a) Guardião Legal,

Assinatura: _____

Nome : _____

APÊNDICE C

Questionário: Informação do Utente e Bibliografia Musical

Dados Pessoais e Biografia Musical

Nome _____

Género _____ Idade _____ Nacionalidade _____

Agregado Familiar _____

1. Gostas de Música? _____

2. Costumas ouvir Música? _____

3. Que estilos musicais gostas mais? _____

4. Tens uma música favorita? _____

5. Qual a tua Banda/Cantor preferido? _____

6. Lembras-te de alguma situação gratificante/feliz com música na tua vida? _____

7. Lembras-te de algum situação negativa com música na tua vida? _____

8. Tens alguma experiência musical? _____

9. Tocas algum instrumento? _____ Qual? _____

10. Qual o teu instrumento favorito? _____

11. As pessoas com quem vives costumam ouvir música em casa? Se sim, que tipo de música
(cantor, banda, género musical) _____

12. Quando estás em casa, que tipo de sons ouves mais? _____

APÊNDICE D
Escala IMCAP-ND

Grelha de Avaliação em Musicoterapia

Cliente: _____ Diagnóstico: _____
 Avaliação inicial (AI)Data: _ Avaliação Intermédia (AI2)Data: ____ Avaliação final (AF)Data: _____

Frequência:

- 0 Não demonstra uma resposta musical
- 1 Raramente demonstra resposta musical
- 2 Demonstra resposta musical ocasionalmente
- 3 Demonstra resposta musical metade do tempo
- 4 Demonstra resposta musical normalmente, mas nem sempre.
- 5 Demonstra resposta musical de forma consistente.

Apoio:

- 0- Não aplicável devido a incapacidade funcional
- 1- Máximo (totalmente físico)
- 2- Moderado (parcialmente físico)
- 3- Apoio leve(visual)
- 4- Mínimo(verbal)
- 5- Sem apoio(independente)

Meios: I- Instrumental, V- Vocal, M- Movimento

IMCAP- ND										
Escala de Avaliação Musical-Emocional (MEARDS)										
Avaliação	Avaliação Inicial			Avaliação Intermédia			Avaliação Final			
	Frequência	Apoio	Meio	Frequência	Apoio	Meio	Frequência	Apoio	Meio	
1-Atenção Musical	Focaliza									
	Mantém									
	Partilha									
	Realiza Mudanças									
	Total/Média									
2-Afeto Musical	Facial									
	Prosódia									
	Corpo									
	Movimento									
	Total/Média									
3- Adaptação ao Jogo Musical	Adere									
	Ajusta									
	Realiza alternadamente									
	Interrompe									
	Total/Média									
4- Envolvimento Musical	Imita									
	Sincroniza									
	Antecipa									
	Finaliza									
	Total/Média									
5-Inter-relação Musical	Inicia									
	Modifica									
	Diferencia									
	Assimila									
	Conecta									
	Interpõe									
	Completa									
	Lidera									
Total/Média										

Escala II : Escala de Avaliação Musical- Cognitiva Preceptiva (MCPS)																		
	Avaliação Inicial						Avaliação Intermédia						Avaliação Final					
	Ritmo	Melodia	Dinâmica	Fraseado	Timbre	Total Média	Ritmo	Melodia	Dinâmica	Fraseado	Timbre	Total Média	Ritmo	Melodia	Dinâmica	Fraseado	Timbre	Total Média
Reage																		
Focaliza																		
Lembra																		
Segue																		
Inicia																		

Escala III : Escala de Avaliação de Capacidade de Respostas Musical(MRS)												
	Variação de Tempo			Variação de dinâmica			Variação de alturas			Ataque		
	Lento	Médio	Rápido	Lento	Médio	Rápido	Lento	Médio	Rápido	Lento(PD)	Médio(DL)	Rápido(PL)
Preferência												
Eficiência perceptual												
Autorregulação												

APÊNDICE E
Escala WHOQOL-BREF

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas duas últimas semanas.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Multíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver até que ponto experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu bem ou satisfeito(a) em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à frequência com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

APÊNDICE F
Escala KMUTE

Data da avaliação inicial (AI)

Avaliação Intermédia (AI2)

Data da avaliação final (AF)

Respostas: N – Nunca; R – Raramente; AV – Às vezes; C – Constantemente

Área	Objetivo	AI				AI2				AF			
		N	R	AV	C	N	R	AV	C	N	R	AV	C
Memória	- Pede atividades/canções/instrumentos												
	- Reconhece e repete o ritmo dado												
	- Aceita novas canções/atividades												
	- Recorda e repete instrumentos tocados												
Cognição	- Compreende regras/estrutura												
	- Segue instruções simples												
	- Segue instruções complexas												
	- Indica o seu desejo para tocar instrumentos												
Atenção/ Concentração	- Foca atenção nos instrumentos												
	- Foca atenção no musicoterapeuta												
	- Foca atenção na voz												
	- Mantém-se atento ao longo da sessão.												
	- Mantém-se concentrado nos instrumentos												
	- Mantém-se concentrado na voz do musicoterapeuta												

Motricidade	- Movimenta-se ao som da música												
	- Deambula pela sala												
	- Manipula instrumentos												
	- Realiza atos motores espontâneos												
	- Demonstra agitação motora												
	- Agarra instrumentos com firmeza												
	- Explora os instrumentos												
	- Toca instrumentos espontaneamente												
	- Manipula instrumentos quando lhe é dado												
Social	- Sorri/Ri durante a sessão												
	- Expressa satisfação pela música												
	- Aprecia canções conhecidas												
	- Mantém contacto visual												
	- Canaliza a agitação através dos instrumentos de percussão												
	- Acalma-se com suporte musical												
	- Controla a impulsividade												
	- Responde pelo nome												
- Demonstra interesse na atividade													