

Universidades Lusíada

Vieira, Mariana Amaral, 2000-

Musicoterapia na Associação de Paralisia Cerebral de Lisboa

<http://hdl.handle.net/11067/7822>

Metadados

Data de Publicação	2024
Resumo	<p>Este documento descreve o estágio realizado no âmbito do Mestrado em Musicoterapia na Universidade Lusíada de Lisboa, na Associação de Paralisia Cerebral de Lisboa na Unidade do Espaço 7 Ofícios. Justifica-se a pertinência da temática abordada, pelas afirmações presentes na literatura dos benefícios que a musicoterapia pode ter nas pessoas adultas com deficiência, nomeadamente na Paralisia Cerebral. Tem como principal objetivo compreender em que medida a intervenção em musicoterapia pode impacta...</p> <p>This document intends do describe de internship carried out within the scope of the Master's Degree in Music Therapy at Lusíada Lisbon University. The internship took place at Lisbon Cerebral Palsy Association, at the 7 Ofícios unity. The relevance of this internship is justified for the affirmations of the existence literature about the benefits that the music therapy can have in persons with Cerebral Palsy. This internship aims to have an understanding on how the intervention in music therapy ...</p>
Palavras Chave	Musicoterapia - Prática profissional, Pessoas com paralisia cerebral, Pessoas com deficiência, Associação de Paralisia Cerebral de Lisboa (Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2025-03-12T16:48:01Z com informação proveniente do Repositório



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

**Musicoterapia na Associação de Paralisia
Cerebral de Lisboa**

Realizado por:
Mariana Amaral Vieira

Supervisionado por:
Professora Doutora Susana Aurora Gutiérrez Jiménez

Orientado por:
Dr.^a Cláudia Sofia Gouveia Figueiredo

Constituição do Júri:

Presidente: Professora Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Supervisora: Professora Doutora Susana Aurora Gutiérrez Jiménez
Arguente: Professora Doutora Maria Eduarda Salgado Carvalho

Dissertação aprovada em: 24 de janeiro de 2025

Lisboa

2024



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Musicoterapia

**Musicoterapia na Associação de Paralisia
Cerebral de Lisboa**

Mariana Amaral Vieira

Lisboa

Julho 2024



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Musicoterapia

**Musicoterapia na Associação de Paralisia
Cerebral de Lisboa**

Mariana Amaral Vieira

Lisboa

Julho 2024

Mariana Amaral Vieira

Musicoterapia na Associação de Paralisia Cerebral de Lisboa

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

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

Orientadora de estágio: Dr.^a Cláudia Sofia Gouveia
Figueiredo

Lisboa

Julho 2024

FICHA TÉCNICA

Autora Mariana Amaral Vieira
Supervisora de estágio Prof.^a Doutora Susana Aurora Gutiérrez Jiménez
Orientadora de estágio Dr.^a Cláudia Sofia Gouveia Figueiredo
Título Musicoterapia na Associação de Paralisia Cerebral de Lisboa
Local Lisboa
Ano 2024

MEDIATECA DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

VIEIRA, Mariana Amaral, 2000-

Musicoterapia na Associação de Paralisia Cerebral de Lisboa / Mariana Amaral Vieira ; supervisionado por Susana Aurora Gutiérrez Jiménez ; orientado por Cláudia Sofia Gouveia Figueiredo. - Lisboa : [s.n.], 2024. - Relatório de estágio do Mestrado em Musicoterapia, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - GUTIÉRRES JIMÉNEZ, Susana Aurora, 1971-

II - FIGUEIREDO, Cláudia Sofia Gouveia, 1977-

LCSH

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

1. Music therapy - Practice

2. Cerebral palsy

3. People with disabilities

4. Associação de Paralisia Cerebral de Lisboa (Portugal) - Study and teaching (Internship)

5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations

6. Dissertations, academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. ML3920.V54 2024

Agradecimentos

Em primeiro lugar, gostava de agradecer ao corpo docente do Mestrado em Musicoterapia, pelos conhecimentos transmitidos, pelas iniciativas elaboradas e pelo empenho e dedicação.

Agradeço à Professora Doutora Teresa Leite pela luta diária pela disciplina e pela luta pela profissionalização da Musicoterapia.

Agradeço à Professora Doutora Susana Jiménez pelo apoio prestado, pela confiança, pela dedicação e empenho, pelos conhecimentos transmitidos e pela paciência. Reconheço o enorme prazer de ter feito parte do meu percurso e de ter sido parte fundamental deste mestrado e deste estágio, sem o qual não teria sido possível a realização do mesmo.

Aos meus utentes da APCL, que foram sempre muito dispostos, tornando a minha intervenção um processo facilitado, leve e prazeroso. Levo cada um, no meu coração.

Estes agradecimentos destinam-se também à minha orientadora de estágio Doutora Cláudia Figueiredo e restante equipa do CACI da APCL, terapeuta Sílvia Garcia, Doutora Susana Branco, à Paula, à Eugenia, à Helena e à Hendrica, por todo o apoio prestado durante o estágio e pela envolvimento nas atividades exteriores em que me incluíram e envolveram.

Aos meus colegas de turma, que se tornaram amigos durante este percurso, Carla, Inês, Leila e Rómulo, não desfazendo os restantes colegas. Agradeço-lhes pela ajuda, pelo apoio e pela amizade.

Agradeço ainda, à minha família e amigos por todo o apoio prestado e pelo orgulho demonstrado neste meu percurso e neste meu projeto que foi o estágio. Agradeço especialmente aos meus pais, à minha irmã Maria, avós e namorado.

Por fim, dedico este relatório, aos meus avós Clotilde Vieira, Fausto Amaral e Joaquina Sobral.

Resumo

Este documento descreve o estágio realizado no âmbito do Mestrado em Musicoterapia na Universidade Lusíada de Lisboa, na Associação de Paralisia Cerebral de Lisboa na Unidade do Espaço 7 Ofícios. Justifica-se a pertinência da temática abordada, pelas afirmações presentes na literatura dos benefícios que a musicoterapia pode ter nas pessoas adultas com deficiência, nomeadamente na Paralisia Cerebral.

Tem como principal objetivo compreender em que medida a intervenção em musicoterapia pode impactar a pessoa com Paralisia Cerebral, em contexto institucional de Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão, com vista a promover competências como a comunicação, a expressão emocional, a socialização e as competências cognitivas.

A metodologia adotada, partiu da aplicação de um questionário de anamnese de musicoterapia com o intuito de perceber o entendimento por parte da equipa técnica sobre a musicoterapia, bem como, as suas expectativas em relação à intervenção em musicoterapia. Com vista à perceção da relação dos utentes com a música, bem como as suas preferências musicais, aplicou-se o questionário sonoro-musical adaptado de Benenzon. A avaliação pré e pós intervenção, foi medida ao nível da comunicabilidade musical pela Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins e ao nível da qualidade de vida pela World Health Organization Quality of Life – Brief Version.

Obtiveram-se resultados que espelham benefícios e melhorias significativas nos vários domínios trabalhados e avaliados, comprovando a importância da musicoterapia na pessoa com Paralisia Cerebral.

Palavras-Chave: Adultos; Deficiência; Comunicação; Expressão Emocional; Musicoterapia; Paralisia Cerebral.

Abstract

This document intends to describe the internship carried out within the scope of the Master's Degree in Music Therapy at Lusíada Lisbon University. The internship took place at Lisbon Cerebral Palsy Association, at the 7 Oficinas unit. The relevance of this internship is justified by the affirmations of the existing literature about the benefits that music therapy can have in persons with Cerebral Palsy.

This internship aims to have an understanding on how the intervention in music therapy can have an impact in the person with Cerebral Palsy, in an institutional context, to be more specific, in a Centre of Activities and Promotion of the Inclusion, highlighting aspects such as communication, emotional expression, integration, socialization and cognitive capacities.

The methodology adopted, began by the application of a sound-musical questionnaire adapted from Benenzon. The evaluation pre and post intervention was measured by the Nordoff-Robbins Musical Communicativeness Scale, regarding the musical communicativeness, and by the World Health Organization Quality of Life – Brief Version regarding the quality of life.

The results expose the benefits and positive significant changes at the various aspects of exploring within the music therapy sessions, justifying the important role of music and the music therapy in people with disabilities, especially, Cerebral Palsy.

Key-Words: Adults, Cerebral Palsy; Communication; Disabilities; Emotional Expression, Music Therapy.

Lista de Figuras

Figura 1 - <i>Critérios para Identificação da Paralisia Cerebral</i>	25
Figura 2 - <i>Classificação dos Tipos de Paralisia Cerebral</i>	27
Figura 3 - <i>Partitura Sonoro-Musical – Ritmo e Intensidade</i>	69

Lista de Tabelas

Tabela 1 - <i>Identificação dos Utentes e do Número de Sessões</i>	55
Tabela 2 - <i>Calendarização das Sessões</i>	56
Tabela 3 - <i>Resultados da Avaliação Inicial da Escala de Comunicabilidade Musical da F.G.</i>	64
Tabela 4 - <i>Resultados da Avaliação Inicial da WHOQOL-BREF da F.G</i>	65
Tabela 5 - <i>Plano Terapêutico da F.G.</i>	66
Tabela 6 - <i>Resultados da Reavaliação da Escala de Comunicabilidade Musical da F.G.</i>	75
Tabela 7 - <i>Resultados da Reavaliação da WHOQOL-BREF da F.G.</i>	76
Tabela 8 - <i>Resultados da Avaliação Inicial da Escala de Comunicabilidade Musical da P.J.</i>	84
Tabela 9 - <i>Resultados da Avaliação Inicial da WHOQOL-BREF da P.J.</i>	84
Tabela 10 - <i>Plano Terapêutico da P.J.</i>	85
Tabela 11 - <i>Resultados da Reavaliação da Escala de Comunicabilidade Musical da P.J.</i>	93
Tabela 12 - <i>Resultados da Reavaliação da WHOQOL-BREF da P.J</i>	95

Lista de Abreviaturas

APCL – Associação de Paralisia Cerebral de Lisboa

AVD'S – Atividades de Vida Diária

CACI – Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão

CDC - Centers for Disease Control and Prevention

CNA – Condição Neurológica Afim

E7O – Espaço 7 Ofícios

ONU – Organização das Nações Unidas

WHOQOL-Brief – World Health Organization Quality of Life – Brief Version

Sumário

Agradecimentos.....	VI
Resumo.....	VIII
Abstract.....	IX
Lista de Figuras.....	XI
Lista de Tabelas	XIII
Lista de Abreviaturas.....	XV
Caracterização da Instituição.....	22
Associação de Paralisia Cerebral de Lisboa	22
O Espaço 7 Ofícios (E7O)	22
O Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão do Espaço 7 Ofícios	23
População-Alvo.....	23
Paralisia Cerebral.....	26
Qualidade de Vida	30
Qualidade de Vida no Utente com Paralisia Cerebral.....	30
O Conceito de Deficiência	31
Musicoterapia	33
Musicoterapia na Paralisia Cerebral	35
Musicoterapia, Corpo, Autoestima e Autoconceito na Deficiência	35
A Relação Terapêutica em Musicoterapia.....	41
Modelos e Técnicas de Intervenção em Musicoterapia	43
Modelo Nordoff-Robbins.....	43
Improvisação Clínica	44
Técnicas de Musicoterapia Aplicadas	45
Avaliação em Musicoterapia	46
História Sonoro-Musical – Benezon	47
World Health Organization Quality of Life – Brief Version.....	48
Escala de Comunicabilidade Musical – Nordoff-Robbins	49
Objetivos	51
Metodologia.....	53
Procedimentos	53
Fase de Observação	53
Fase de Seleção	53
Fase de Avaliação	54
Fase de Elaboração do Plano Terapêutico	54
Fase de Intervenção	55

Fase de Reavaliação	55
Recursos Materiais	55
Métodos e Técnicas	57
Participantes.....	57
Calendarização	58
Instrumentos de Avaliação.....	59
Outras Atividades.....	60
Estudo de Caso – FG	62
Informações	62
Avaliação Inicial	63
Plano Terapêutico.....	65
Descrição do Processo Terapêutico	66
Fase 1: Relação Terapêutica	66
Fase 2: Consciência de Si e do Outro.....	68
Fase 3: Comunicar com o Outro	71
Resultados	73
Discussão do Caso.....	77
Conclusão do Caso.....	79
Estudo de Caso – PJ	81
Informações Sobre a Utente.....	81
Avaliação Inicial	82
Plano Terapêutico.....	85
Descrição do Processo Terapêutico	86
Fase 1: Relação Terapêutica	86
Fase 2: Estruturação e Organização do “Eu”.....	88
Fase 3: Comunicação o Estruturada com o Outro	90
Resultados	91
Discussão do Caso.....	95
Conclusão	97
Outras Intervenções	99
Caso J.E.....	99
Caso J.M.....	100
Caso L.F.	101
Caso M.C.....	102
Caso G1	104
Casos G2 e G3.....	105
Conclusão.....	107
Reflexão.....	109

Referências Bibliográficas	112
ANEXOS.....	118
LISTA DE ANEXOS.....	119

Musicoterapia na Associação de Paralisia Cerebral de Lisboa

No âmbito do Mestrado em Musicoterapia no Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa, desenvolveu-se o presente relatório de estágio. O principal objetivo do estágio consistiu na intervenção em musicoterapia com pessoas com Paralisia Cerebral, tendo decorrido na Associação de Paralisia Cerebral de Lisboa, no Espaço 7 Ofícios.

A música tem uma grande influência na vida do ser humano pois a envolvência do mesmo com as letras das canções é elevada e potencia um abrangente leque de emoções e experiências. O conteúdo de lírica não é o único impulsionador destas experiências, a linha de baixo pulsante, a guitarra destorcida e a mudança de tonalidade são considerados bastante relevantes para que se crie determinada atmosfera emocional (Laiho, 2004).

O uso da música tem sido considerado terapêutico ao longo dos últimos séculos utilizando-se cada vez mais o seu poder para a estimulação da expressão emocional e do pensamento, sendo que grande parte das vezes, o uso da palavra não descreve a profundidade e o sufoco de emoções de um determinado sujeito. No entanto, os elementos musicais como a melodia, a harmonia e o ritmo, não se revelam tão limitadores assim como a expressão verbal (Hilliard, 2008, p.62).

A Paralisia Cerebral define-se como um conjunto de distúrbios que afetam a capacidade de um indivíduo de se mover e manter o equilíbrio e a postura, englobando rigidez muscular e classificando-se em vários tipos e subtipos de acordo com o comprometimento motor que o indivíduo apresenta (Centers for Disease Control and Prevention [CDC] 2023).

A musicoterapia revela um impacto positivo a nível psicofisiológico, importante na pessoa com PC, que em muitos casos, apresenta necessidades a este nível, conseqüentes da insuficiência de funcionalidade e limitações motoras características da patologia. Ter

deficiência pressupõe consequências a nível psicológico e emocional, ainda que, a diferentes níveis de intensidade, sendo variável de caso para caso. As vivências do indivíduo assentam em três pilares: biológico, psicológico e social, existindo necessidade de os manter equilibrados com vista ao bom funcionamento geral do indivíduo (Macedo, 2008).

As limitações da pessoa com Paralisia Cerebral podem ser contornadas através da intervenção em musicoterapia, pretendendo responder a objetivos propostos no plano de intervenção terapêutico executado por um musicoterapeuta credenciado. A música constituiu um veículo para o desenvolvimento das áreas comprometidas ao nível motor, da comunicação, cognição, expressão emocional e socialização.

O objetivo geral deste estágio, visa a introdução da musicoterapia na APCL, em equipa de intervenção multidisciplinar, respondendo às necessidades dos utentes, com vista à criação de um espaço seguro e contendor de expressão emocional, estimulando todas as áreas do desenvolvimento e produzindo melhorias ao nível da qualidade de vida visando a criatividade.

O presente relatório de estágio encontra-se dividido em três capítulos, sendo estes: primeiramente a caracterização da instituição, população alvo, em segundo lugar a fundamentação teórica e em terceiro lugar, a metodologia aplicada e de dois estudos de caso.

Caracterização da Instituição

Neste capítulo, pretende-se descrever a instituição na qual decorrerá o estágio bem como, a população alvo do mesmo.

Associação de Paralisia Cerebral de Lisboa

A Associação de Paralisia Cerebral de Lisboa, nasceu a vinte e seis de julho de mil novecentos e sessenta, tendo sido a primeira associação de pais e técnicos para pessoas com deficiência em Portugal. Tem como principal objetivo dar resposta às necessidades da população com PC. Aquando da fundação da Associação, nasceu também o primeiro Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral do país. A APCL foi pioneira na criação de Lares Residenciais para pessoas com deficiência em Portugal.

Pretende corresponder a exigentes e diferentes necessidades de seres humanos com PC para com os quais a vida é exigente. Visa a concretização de projetos de vida e exercício da cidadania com PC e doenças neurológicas afins defendendo os seus direitos (APCL, 2021).

Caracteriza-se e distingue-se pelos seus valores e princípios nos cuidados prestados aos utentes reconhecendo a importância da atenção e dos afetos, do respeito, da responsabilidade, do compromisso e da eficiência e eficácia que lhe estão associadas, bem como a entrega, lealdade, qualidade dos serviços, ética, transparência, orgulho e paixão (APCL, 2021).

O Espaço 7 Ofícios (E7O)

O E7O divide-se em duas unidades – formação profissional e CACI (Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão).

As instalações do E7O comportam três salas de formação profissional, um gabinete técnico da formação profissional, duas salas de CACI, um gabinete técnico do CACI, sala de fisioterapia, refeitório, receção, e duas casas de banho adaptadas.

Atualmente é dirigido e coordenado pela Doutora Cláudia Figueiredo – Assistente Social da APCL.

O Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão do Espaço 7 Ofícios

Frequentam o CACI do E7O, vinte e cinco utentes, sendo que a maior parte, vive em lares residenciais pertencentes à APCL. O horário de funcionamento é das nove da manhã às cinco da tarde e os utentes são transportados pela APCL, com algumas exceções que usufruem do transporte público ou das próprias famílias.

Os utentes desempenham várias tarefas e atividades. desenvolvem atividades de aprendizagem como cópias, competências tecnológicas no computador (ver vídeos no YouTube, ouvir música, escrever no Microsoft Word, e.t.c.), jogos de tabuleiro, desenhos e outros trabalhos manuais. Fazem ainda, bucins (peças para sistemas de eletricidade que são posteriormente entregues a uma fábrica), tapeçaria e tear.

Participam também noutras atividades providenciadas pelo CACI, que ocorrem de forma semanal ou mensal, como o desporto (tricicleta e boccia), o jornal de parede e a tangoterapia. Cerca de sessenta por cento dos utentes usufruem de apoios terapêuticos como a fisioterapia, psicologia e terapia ocupacional.

População-Alvo

Destina-se adultos com PC ou outra condição neurológica afim, entre os vinte e dois e os setenta anos de idade, oriundos do distrito de Lisboa.

Consideram-se os seguintes critérios de seleção: ser diagnosticado com PC ou condição neurológica afim, ter idade igual ou superior a dezoito anos de idade, ser residente no distrito de Lisboa, não necessitar de cuidados de saúde permanentes e não ter patologia psiquiátrica que afete o bem-estar dos outros utentes. Após a inscrição, os utentes ficam em lista de espera e são pontuados de acordo com os seguintes critérios: frequência de outra resposta da APCL, situações de emergência social, vínculo institucional, antiguidade da inscrição, zona de

residência e integração em resposta idêntica noutra instituição. Quanto mais alta for a pontuação, mais à frente o candidato se posiciona na lista de espera.

Enquadramento Teórico

Neste capítulo, pretende-se, com base na literatura existente, definir e classificar a PC, bem como, definir o conceito de qualidade de vida e consequentemente a qualidade de vida no utente com PC. Pretende-se ainda, definir o movimento de inclusão total e o conceito de deficiência; a musicoterapia e a relação que a mesma tem com a PC; o corpo, a autoestima e o autoconceito; expor os métodos e técnicas utilizados com utentes com esta patologia; clarificar a importância da relação terapêutica para a intervenção em musicoterapia; descrever os instrumentos de avaliação relevantes para a temática do estágio e ainda, a calendarização e objetivos do mesmo.

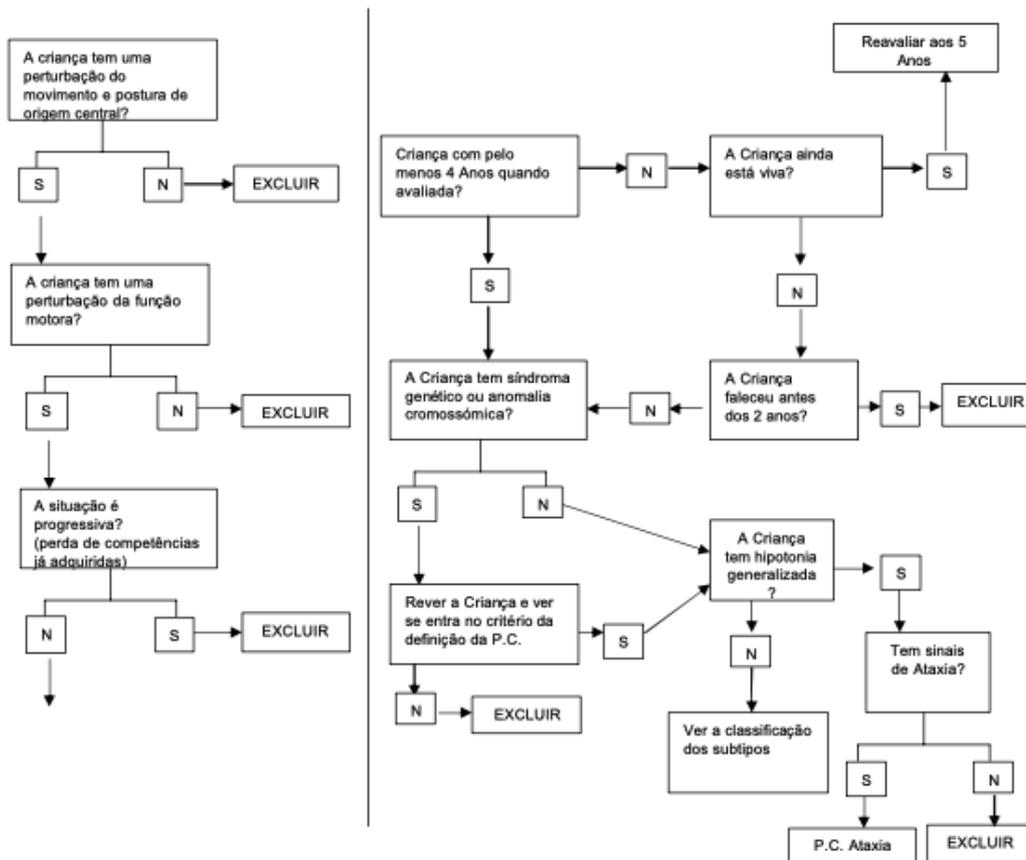
Paralisia Cerebral

A Paralisia Cerebral define-se por um conjunto de distúrbios que afetam a capacidade de um indivíduo de se mover, manter o equilíbrio e a postura e engloba rigidez muscular. Decorre a partir de malformações cerebrais durante o processo de desenvolvimento do cérebro, bem como, pode decorrer de danos cerebrais ocorrentes durante ou após o nascimento, afetando a capacidade de regulação e controlo muscular (Centers for Disease Control and Prevention [CDC] 2023).

Existem diversos critérios para a identificação e diagnóstico de PC, como ilustra o seguinte quadro.

Figura 1

Critérios para Identificação da Paralisia Cerebral (Cans, 2000)



A PC é uma condição não progressiva, com comorbilidades associadas, sendo estas: a epilepsia, a espasticidade muscular, a movimentação involuntária do corpo, dificuldades ao nível da marcha e da autonomia motora, problemas no desenvolvimento da fala, dificuldades na mastigação dos alimentos, anomalias a nível auditivo e de visão, dificuldades respiratórias e de regulação do intestino, convulsões e problemas a nível do desenvolvimento intelectual e cognitivo (Guy & Neve, 2005).

Existem quatro tipos de PC. A mais comum, é a PC espástica que afeta em média setenta e cinco por cento dos portadores da mesma (Ferreira & Smith, 2013).

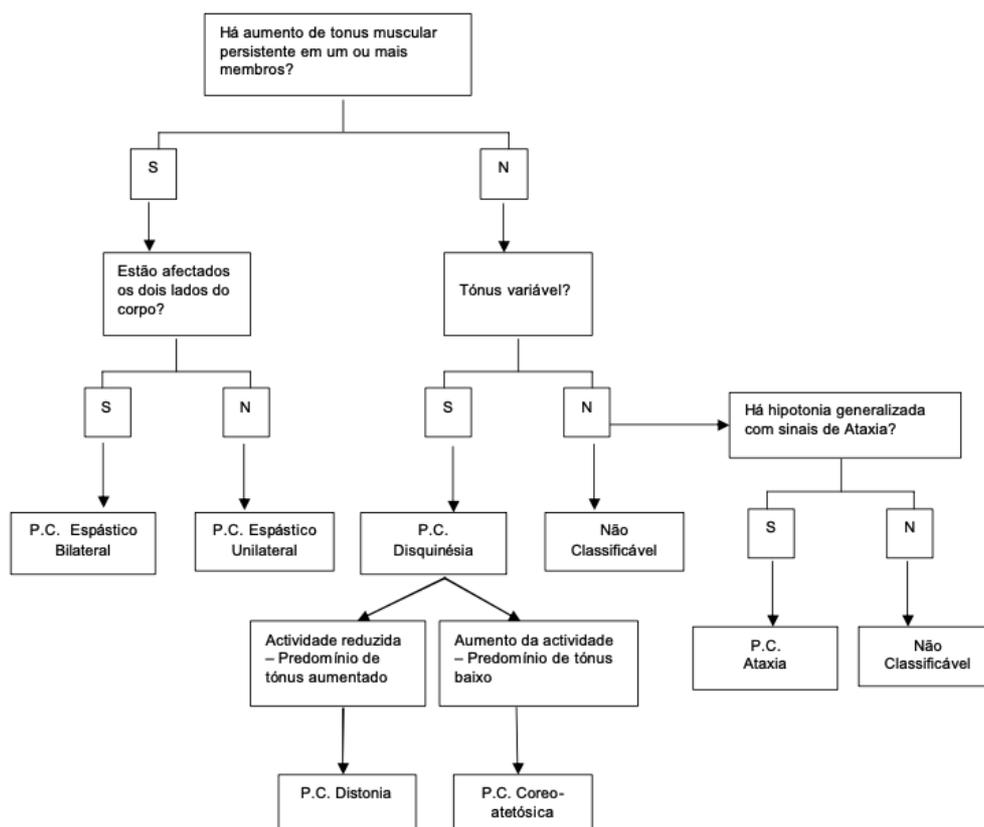
Definem-se então os tipos de PC da seguinte forma:

- 1) PC Espástica Bilateral – existe comprometimento dos membros em ambos os lados do corpo e existem pelo menos duas das seguintes características: padrões anormais na postura e/ou movimento; aumento do tónus; reflexos patológicos (SCPE, 2000).
- 2) PC Espástica Unilateral – afeta somente um dos lados do corpo e existem pelo menos duas das seguintes características: padrões anormais na postura e/ou movimento; aumento do tónus; reflexos patológicos (SCPE, 2000).
- 3) PC Disquinésia – engloba padrões anormais de postura e/ou movimento involuntários descontrolados, recorrentes e ocasionalmente estereotipados (SCPE, 2000). Esta subdivide-se em duas variações: PC Distónica e PC Coreoatetósica.
 - 3.1) PC Distónica – caracterizada por hipoquinésia (movimentos rígidos e redução de atividade motora) e hipertonia (tónus aumentado) (SCPE, 2000).
 - 3.2) PC Coreoatetósica – caracterizada por hiperquinésia (movimentos desorganizados e aumento da atividade motora) e hipotonia (tónus reduzido) (SCPE, 2000)
- 4) PC Atáxica – acarreta padrões anormais da postura e/ou movimento e falta de coordenação motora nos movimentos realizados, sendo estes realizados com força e sem precisão e ritmo (SCPE, 2000).

O seguinte quadro sintetiza a classificação dos tipos de Paralisia Cerebral.

Figura 2

Classificação dos Tipos de Paralisia Cerebral (Cans, 2000)



O diagnóstico do paciente com PC varia ainda de acordo com a área cerebral afetada e consequentemente o desempenho e comprometimentos motores causados em ambos os membros, inferiores e superiores. Deste modo, existem quatro níveis de classificação do comprometimento dos membros. A tetraparesia que ocorre quando tanto os membros superiores como os membros inferiores apresentam comprometimentos na mesma medida. A diparesia, que se refere a um maior comprometimento dos membros inferiores. A hemiparesia, que enuncia apenas um lado do corpo afetado, ainda que em ambos os membros (inferior e superior). E finalmente, a monoparesia, que afeta apenas um membro (CDC, 2023).

Considerando todos os fatores, que ditam e influenciam a autonomia de um indivíduo, a PC classifica-se em três graus. Sendo o primeiro, classificado como severo, o segundo classificado como moderado e o terceiro grau classificado como leve. Um indivíduo que apresente grau severo, revela uma dificuldade significativa a nível motor e consequentemente, níveis de autonomia muito reduzidos. Relativamente a um indivíduo que apresente grau

moderado, revela apenas dificuldades a nível da alteração de movimentos, necessitando de auxílio na sua realização. Em último lugar, um indivíduo que apresente grau leve, demonstra dificuldades ao nível do equilíbrio e coordenação, apresentado, conseqüentemente maiores níveis de autonomia (Revista de Educação Especial e Reabilitação, n.d.).

Qualidade de Vida

O conceito de qualidade de vida tem-se tornado um fator cada vez mais importante na avaliação na área da saúde de um indivíduo. Atualmente, ainda não se chegou a um consenso para definir a qualidade de vida, uma vez que é um termo complexo. Ainda assim, grande parte da comunidade científica, considera que para existir qualidade de vida, tem que haver satisfação de oito necessidades: desenvolvimento pessoal, inclusão social, direitos, bem-estar físico, emocional e económico, autodeterminação e relações interpessoais (Maestro Gonzalez et al, 2018). Não se descartam ainda de importância, a sexualidade e a condição física do indivíduo.

Qualidade de Vida no Utente com Paralisia Cerebral

Destaca-se, de entre todos os outros fatores, a autodeterminação, constituindo extrema importância na qualidade de vida do utente com PC.

É frequente neste tipo de utentes a sensação de incapacidade, deste modo, não demonstram motivação para assumir o controle sobre a sua própria vida, a gestão e aproveitamento de oportunidades, a tomada de decisões sobre si, sobre o seu papel no meio que o rodeia e sobre as relações interpessoais que estabelece ou até mesmo a sua relação com o meio envolvente (Maestro Gonzales et al., 2018).

Muitas vezes, o que motiva esta sensação de incapacidade e dependência nos utentes com PC, é a forma como são cuidados, fomentando a passividade, a dependência de cuidados constantes por parte da família ou dos profissionais de saúde, que sem querer, acabam por ocupar a posição de tomada de decisões pelo utente, ainda que este seja capaz de o fazer. Por

outro lado, com a criação dos sistemas de acompanhamento psicológico e a instrução dos profissionais dos CACIS e lares residenciais, bem como, das famílias, cada vez mais, há uma tendência para a mudança neste aspeto, considerando que o indivíduo com deficiência se deve envolver ativamente na satisfação das suas necessidades. Revela-se então, essencial, promover a participação ativa do indivíduo na procura de soluções para a satisfação das suas necessidades.

Tal como a qualidade de vida ser um conceito que ainda se encontra em corrente desenvolvimento e investigação, o mesmo acontece com o conceito da autodeterminação.

Segundo Wehmeyer, (1992) “a autodeterminação representa um conjunto de comportamentos e habilidades que dotam a pessoa da capacidade de ser o *agente causal* em relação ao seu futuro, ou seja, de ter comportamentos intencionais”. Entender a autodeterminação implica estar familiarizado com outros conceitos que lhe estão subjacentes, sendo estes: direitos, liberdade, autoridade, assertividade, responsabilidade e ética. Tão essencial quanto a compreensão destes conceitos, é também a consciência de que são as atitudes e habilidades de que um determinado indivíduo está dotado, que ditam a sua função como principal *agente causal* da sua vida, permitindo-lhe conquistar a interdependência social (Appel, et. al, 2010).

O Conceito de Deficiência

Considera-se que a deficiência resulta dos processos de interação e não do indivíduo em si. Pode afetar qualquer indivíduo independentemente do sexo, idade, língua ou cultura, podendo ser simples ou complexa, no entanto, quanto mais complexas forem as condições mais acentuadas são as dificuldades do indivíduo (ONU,2011). O conceito de deficiência é frequentemente questionado uma vez que se apresenta como um conceito complexo. Grande parte do ser humano, em algum momento da sua vida, apresenta deficiência temporária ou permanente (ONU, 2011, pp 28-30).

O ambiente que circunda um indivíduo e o meio com o qual o mesmo se envolve dita ou influencia o desenvolvimento de deficiência. Um ambiente tóxico, inacessível e não inclusivo, pode gerar deficiência.

A pessoa com deficiência, para além das dificuldades físicas, mentais ou sensoriais, apresenta também uma série de barreiras na sua participação social, bem como, uma representação social negativa devida às suas limitações (ONU, 2011).

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU) (2011), quinze por cento da população apresenta algum tipo de deficiência, sendo que em Portugal, em dois mil e um, seiscentas mil pessoas eram portadoras de deficiência, não existindo dados mais recentes nesse parâmetro uma vez que o mesmo deixou de ser avaliado (INE, 2001).

O Movimento de Inclusão Total visa uma sociedade equitativa, na qual todos os indivíduos são valorizados, respeitados e tratados de igual forma, tendo as mesmas oportunidades e acesso a recursos. Requer uma reunião de esforços a nível sistemático que garante a inclusão de todos os indivíduos independentemente das suas origens, identidade, características e habilidades. Pretende incluir a pessoa com deficiência, assegurando acesso e oportunidades iguais a recursos educacionais, laborais, sociais, relacionais e culturais, através da implementação de legislação ou de políticas e práticas que promovam a igualdade e a acessibilidade no que diz respeito às oportunidades (ONU, 2011).

Segundo a Constituição da República Portuguesa (2013), todos os cidadãos portugueses são iguais perante a lei, bem como, são detentores da mesma igualdade social (artigo décimo terceiro - princípio da igualdade). Deste modo, e de acordo com o artigo segundo, nenhum cidadão pode ser privado de nenhum direito nem isento de qualquer dever no que diz respeito a sexo, orientação sexual, raça, religião, origem, língua, situação económica, condição social, instrução, ideias, convicções políticas e ascendência.

Ainda referenciando a Constituição da República Portuguesa (2013), artigo septuagésimo primeiro, todo o cidadão com deficiência física ou mental, usufrui dos seus direitos, bem como, exerce os seus deveres com exceção dos quais se consideram incapacitados para cumprir.

O governo português promove a inclusão, prevenção, reabilitação e tratamento dos indivíduos com deficiência, bem como, presta apoios aos cuidadores e famílias e ainda, realiza ações de sensibilização na sociedade fazendo jus ao respeito e solidariedade que todos os outros cidadãos devem exercer para com eles.

Existe uma diversidade enorme entre indivíduos ao nível biológico, cultural e individual, isto é, a diferença biológica e o processo de individualização, não se prende só com o material genético, uma vez que, as experiências que o ser humano vive desde a sua existência, vinculam a sua singularidade (Haddad, 2018).

A mesma autora assinala que a diversidade e a valorização são os maiores pilares da inclusão, sendo esses os valores que distinguem e valorizam uma sociedade. Assumindo que a diversidade se encontra presente em qualquer grupo social, há obrigação de proporcionar acesso a recursos e oportunidades para a participação de todos os indivíduos pertencentes a esse mesmo grupo social.

Musicoterapia

A humanidade tem utilizado cada vez mais o poder da música para a estimulação da expressão emocional e do pensamento, sendo que grande parte das vezes, o uso da palavra não descreve a profundidade e o sufoco de emoções de um determinado sujeito. No entanto, os elementos musicais como a melodia, a harmonia, e o ritmo, não se revelam tão limitadores assim como a expressão verbal (Hilliard, 2008, p.62).

Segundo a Federação Mundial de Musicoterapia (1996), a musicoterapia define-se como

a utilização da música e/ou dos seus elementos (som, ritmo, melodia, harmonia, e.t.c.) por um musicoterapeuta qualificado com um cliente – individual ou grupo – num processo planificado com o objetivo de facilitar e promover a comunicação, a relação, a aprendizagem, a mobilidade, a expressão, a organização e outros objetivos terapêuticos importantes que, vão ao encontro das necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais ou cognitivas desse(s) mesmo(s) cliente(s).

De acordo com a Associação Americana de Musicoterapia (2005), a definição de musicoterapia prende-se com “o uso clínico e evidenciado da música como método de intervenção pra atingir objetivos individuais baseado na relação terapêutica por um profissional com competências certificadas.”

Benezon (1988) define a musicoterapia como “uma técnica de comunicação que utiliza som, a música e o movimento como objetos intermediários, e que esses elementos pré-verbais e não-verbais permitem retroagir a comunicação a estados muito regressivos, o que nos faculta a oportunidade de reelaborar uma aprendizagem do paciente”.

Aos olhos de Bruscia (1987, p.5), a musicoterapia define-se como “um processo dirigido a um fim, em que o terapeuta ajuda o paciente a acrescentar, a manter ou a restaurar um estado de bem-estar utilizando experiências musicais e as relações que se desenvolvem através delas, como forças dinâmicas de mudança”.

Citando Ruud (1990, p.14),

uma definição típica de musicoterapia geralmente parte do ponto em que a mesma consiste numa profissão de tratamento onde o terapeuta usa a música como instrumento ou meio de expressão a fim de iniciar alguma mudança ou processo de crescimento

direcionados ao bem-estar pessoal, adaptação social, crescimento adicional ou outros itens.

Musicoterapia na Paralisia Cerebral

A musicoterapia comporta benefícios a nível psicofisiológico, o que se revela bastante importante no utente com PC, que em muitos casos, apresenta necessidades psicofisiológicas, consequência da insuficiência de funcionalidade e limitações motoras características da patologia.

O musicoterapeuta deve conhecer as limitações dos seus utentes, bem como, estar ciente das condições da sua patologia e as suas características psíquicas e emocionais, para poder agir e criar estratégias para trabalhar as questões do utente, mas ao mesmo tempo satisfazer os desejos do mesmo e torná-los possíveis e realistas.

Na PC, devido às principais limitações da maioria dos utentes serem motoras e físicas, é necessário que exista adaptação dos instrumentos musicais para que possam ser usados de forma correta e adaptados às limitações de um determinado utente (Sabbatella, 2003).

O exercício de tocar um instrumento musical, permite o treino muscular, que consequentemente se relaciona com a motricidade fina e grossa dos membros superiores (Sabbatella, 2003). Existem ainda outras competências que se desenvolvem através de tocar instrumentos, sendo estas a coordenação, a funcionalidade respiratória, a autonomia, o movimento proximal e distal, entre outros. (Frederico, 2003).

Musicoterapia, Corpo, Autoestima e Autoconceito na Deficiência

Ser uma pessoa com deficiência, acarreta consequências a nível psicológico, ainda que, a diferentes níveis de intensidade, variando de caso para caso. Deste modo, existe necessidade de equilibrar os três pilares nos quais se apoiam as vivências do indivíduo: biológico, psicológico e social (Macedo, 2008).

O fator cultural, nos dias de hoje, continua a desempenhar um papel fundamental na forma como o conceito de deficiência e a pessoa com deficiência são visados na sociedade. A pessoa com deficiência, nem sempre se integra e insere nos grupos e padrões sociais de forma natural e orgânica.

Segundo Merleau-Ponty (1971), o corpo concebe o maior símbolo do ser humano, constituindo bastante importância ao longo da vida. Deste modo, o corpo revela-se um objeto cultural que integra os comportamentos do indivíduo, permitindo a relação com os outros através do mesmo. Assim, o corpo permite-nos uma percepção exterior de um determinado indivíduo, bem como, a percepção interior do mesmo, se este for utilizado como meio de comunicação.

Segundo Coelho et. al., (2000); Tamayo et. al., (2001) e Van Kolck, (1987), adotar a visão do corpo como elemento de comunicação e linguagem significa entender o comportamento do ser humano através da forma como o mesmo se manifesta nas experiências motoras, como meio de expressão interna, bem como, na sua contribuição ao nível da construção da imagem física, do autoconceito e da autoimagem.

Goffman (1982), formula três hipóteses que ditam a socialização da pessoa com deficiência motora. Desta forma, formula-se a primeira hipótese como o ser humano que nasce com deficiência, mas que devido ao suporte familiar e ao tipo de educação a que foi exposto, tem oportunidade de se incluir no meio social. O suporte familiar e a educação revelam-se fatores imprescindíveis para a minimização do impacto do conflito gerado pela diferença, facilitando o desenvolvimento das competências motoras e a capacidade de adaptação do indivíduo ao meio em que se insere.

A segunda hipótese, é formulada como o ser humano que nasce com deficiência, no entanto insere-se num meio familiar e educacional de proteção extrema, prejudicando a sua visão da realidade e projetando as suas limitações numa perspetiva irreal. Este meio

excessivamente protetor gera conflito aquando da ocorrência de contacto com a realidade e o mundo exterior, uma vez que, a capacidade de adaptação do indivíduo foi castrada ou não foi suficientemente desenvolvida.

Por fim, a terceira hipótese refere-se ao ser humano que adquire a deficiência após a conclusão do processo de socialização e que por esse motivo já pode ter adquirido algum tipo de preconceito em relação à pessoa com deficiência. Neste caso, o indivíduo vê-se a si mesmo da forma como habitualmente vê o outro, e por isso, necessita de reunir um maior esforço a nível emocional para lidar com o preconceito anteriormente adquirido.

Segundo o mesmo autor, a imagem que os outros constroem sobre determinada pessoa com deficiência denomina-se de identidade pessoal, sendo que, na maioria das vezes não corresponde à realidade. No entanto, esta imagem tem influência sobre a forma como este se relaciona com o meio e com os outros, uma vez que estes acabam por se remeter aos estereótipos da deficiência pré julgando o indivíduo com deficiência. Destaca-se a autoimagem como a identidade do eu que é constituída pelos elementos do senso-comum usados para construir a identidade pessoal. Mediante a influência do senso-comum sobre a construção da autoimagem, a mesma pode ser ou não mais realista. Nos casos em que a influência do senso-comum é muito grande, a pessoa com deficiência, interioriza os preconceitos da sociedade, passando a adotar o preconceito contra si próprio e podendo gerar sentimentos de angústia e insegurança que conseqüentemente inibem a capacidade de lidar com o preconceito.

De outro ponto de vista, Van Kolck (1987), afirma que a percepção individual se rege pelo corpo, isto é, cada indivíduo elabora a sua própria imagem corporal, enaltecendo ou mudando as partes do mesmo de acordo com a sua personalidade e as suas vivências. Esta imagem corporal, pode não ser consciente, uma vez que, é criada com base no corpo que o indivíduo vê no outro. No entanto, a imagem do outro não se rege só pela aparência física,

grande parte dessa imagem é criada pelo relacionamento que o indivíduo tem com os outros e por aquilo que vê nos outros e aspira ser ou ter.

A autoestima define-se como “o apreço ou valorização que uma pessoa confere a si própria, permitindo-lhe ter confiança nos próprios atos e sentimentos” (Dicionário Priberam, 2008).

Segundo Tamayo et. al., (2001), o autoconceito constitui-se pela autoestima, a percepção do sujeito sobre as suas qualidades e defeitos, bem como, as suas habilidades e pelos seus comportamentos. O autoconceito permite ao sujeito a organização do pensamento relativamente às suas experiências reais e imaginárias, à percepção sobre si mesmo e à autorregulação.

Desta forma, conclui-se que os três conceitos (autoimagem, imagem corporal e autoconceito) se relacionam entre si, proporcionando ao indivíduo maior autoconhecimento através das suas experiências e das suas relações sociais. Pode afirmar-se ainda que a imagem corporal reflete aquilo que o sujeito conhece sobre a relação do seu corpo com o mundo. Isto é, a imagem corporal representa a elaboração que a mente faz do corpo. A pessoa com deficiência que nasce com a deficiência, encontra-se em vantagem perante a que a adquire posteriormente, uma vez que desde a primeira instância a imagem corporal corresponde emocionalmente, isto é, o sujeito reconhece-se no seu corpo e identifica-se com ele, não havendo rotura e permitindo que o mesmo se relacione com o meio em que se envolve a partir da sua imagem corporal e contribuindo de forma positiva para o desenvolvimento da sua identidade. O sujeito constrói a sua imagem corporal através da sua relação com o meio em que se insere, podendo esta ser alterada de forma positiva ou negativa consoante as vivências do mesmo (Almeida et al, 2002; Cometti et. al, 2000; Fernandez & Loureiro, 1990; Penna, 1990).

De acordo com Duarte (2001), de forma a manter um equilíbrio emocional, é necessário que o indivíduo desenvolva habilidades que visam a resolução de conflitos, bem como, a sua capacidade de adaptação que estão inerentes ao processo de socialização e inserção no meio, contribuindo para a construção de uma autoimagem positiva.

A inclusão da pessoa com deficiência no desporto (adaptado, se necessário), ou em atividades de cariz artístico (música, teatro, dança e artes plásticas), é fundamental para a valorização, autoestima e autoimagem, enaltecendo as capacidades do indivíduo e incentivando a sua tomada de consciência relativamente às suas potencialidades. Quanto mais pertencente e incluída a pessoa com deficiência se sentir, mais mudanças de comportamento e auto percepção vai produzir, o que, acaba por gerar reconhecimento social da mudança e motivar o indivíduo a ultrapassar as suas dificuldades, a relacionar-se com os outros e potenciar as suas capacidades, ainda que, dentro das suas limitações (Macedo, 2008).

A música é detentora da capacidade de produzir mudanças no ser humano a nível bioquímico, por exemplo, a nível do ritmo cardíaco e respiratório, Deste modo, a musicoterapia tem como principais objetivos psicofisiológicos o desenvolvimento e integração do corpo, a promoção da noção e organização espacial e temporal do corpo, o desenvolvimento dos aspetos psicomotores como a coordenação motora, o equilíbrio, a marcha e a tonicidade muscular, promoção do domínio sensório-percetivo, incentivo à verbalização e locução oral, promoção da expressão corporal e do movimento, desenvolvimento da relação e coordenação pensamento-linguagem, relaxamento e consequentemente redução do stress e ansiedade (Sanchez, 2006).

A musicoterapia pode ainda constituir um papel fundamental no desenvolvimento de uma autoestima e um autoconceito positivo, uma vez que permite a expressão emocional, o desenvolvimento da conexão social, a conquista de objetivos (realização), a autoexpressão criativa e o relaxamento e redução de stress e ansiedade (Sanchez, 2006).

Segundo Nordoff-Robbins (1977), nível da expressão emocional, o utente é encorajado a participar na criação musical, explorando e expressando os seus sentimentos. Desta forma, o utente desenvolve um trabalho singular e autêntico, que conseqüentemente aumenta a sua confiança em si próprio

Segundo Hilliard (2008), relativamente à conexão social, quando as sessões se realizam em contexto grupal, promove o sentimento de pertença e relação com o outro, uma vez que, o utente se identifica com o outro ou com aquilo pelo que o outro está a passar, vendo os colegas como um apoio e realizando interações sociais positivas com os outros, fortalecendo autoestima num ambiente de apoio e validação que um grupo de musicoterapia pressupõe

Em termos de realização pessoal, o estabelecimento de metas e a realização das mesmas, seja a nível pessoal, seja a nível musical, pode constituir uma fonte de orgulho e realização pessoal. Para esta concretização, o musicoterapeuta e o utente devem trabalhar conjuntamente para que o utente consiga atingir mestria e domínio de habilidades musicais específicas, tornando as suas conquistas e objetivos como bem conseguidos e promovendo a sua autoestima (Sanchez, 2006).

A autoexpressão criativa, em musicoterapia pressupõe uma atmosfera segura e impulsionadora da expressão criativa do utente, permitindo, através da criatividade que o mesmo descubra e valorize as suas capacidades musicais impulsionando conseqüentemente a autoestima (Nordoff-Robbins, 1977).

Ao nível do relaxamento e redução do stress e ansiedade, verifica-se que a música constitui poder para o relaxamento, diminuindo por consequência os níveis de stress e ansiedade e aumentando a sensação de calma, concentração, foco e autoconfiança (Sanchez,2006).

A Relação Terapêutica em Musicoterapia

Considera-se a relação terapêutica um fator de extrema importância na intervenção em musicoterapia, independentemente da corrente ou modelo sobre o qual se intervém, e é através da sua construção e qualidade que se observam mudanças terapêuticas (Mossler et. al., 2019).

A música desempenha um papel fundamental na criação de relação terapêutica no contexto da musicoterapia, constituindo assim um veículo para a criação da mesma e devendo ser utilizada de forma adequada a cada utente e às suas necessidades a nível cognitivo, emocional, físico e social específicas (AMTA, 2005).

Segundo Benenzon (2000), em musicoterapia, a relação terapêutica é desenvolvida através do uso e exploração do som, da música e dos instrumentos, visando a melhoria da qualidade de vida.

Considera-se ainda a empatia um fator de extrema importância na criação de relação terapêutica, mais especificamente no que diz respeito à criação de um vínculo positivo e saudável. Deste modo, pode definir-se empatia como a capacidade de compreender e sentir aquilo que o outro está a sentir no mesmo contexto, ou numa situação idêntica (Gattino & Reis, 2019; Bruscia 2000).

Num contexto de intervenção com utentes com PC, os musicoterapeutas deparam-se muitas vezes com utentes não verbais, nesses casos, considera-se o estabelecimento da relação terapêutica de extrema importância para que seja possível proporcionar ao utente a atmosfera necessária para a interação e expressão emocional. Para a criação da relação terapêutica consideram-se ainda três aspetos cruciais para a criação de uma atmosfera segura. São eles, a atitude empática, o não julgamento e a autenticidade (Kaenampornpan, 2015).

De acordo com o modelo da musicoterapia criativa de Nordoff-Robbins (1977), a existência de relação terapêutica permite ao musicoterapeuta conhecer os aspetos a trabalhar

de cada utente, e elaborar planos e estratégias para a intervenção com esse mesmo utente indo de encontro à satisfação das suas necessidades produzindo mudanças no produto musical.

Benenzon (1985), considera vital para a criação de relação terapêutica o uso do objeto intermediário, sendo este, um facilitador de criação de vínculo com o utente. No entanto, numa fase inicial, existe a possibilidade de os instrumentos constituírem um fator de distração para o mesmo, fazendo com que a presença do terapeuta seja parcialmente ignorada e o foco central sejam o/s instrumento/s, ainda assim, o utente acaba por usar os instrumentos para o estabelecimento de vínculo e conseqüentemente de relação com o terapeuta.

Sendo que o campo musical se encontra inerente ao campo não verbal, a comunicação passa a ser não verbal facilitando a relação social e emocional entre o utente e o terapeuta, dentro de um ambiente acolhedor, seguro e favorável à expressão. Deste modo, a relação terapêutica desenvolve-se de forma crescente em paralelo com a comunicação e musicalidade possibilitando ao utente novas competências e experiências sociais e relacionais (Suvini,2019).

A criação do espaço musical, ocorre aquando da interação musical entre terapeuta e utente. Deste modo, com o passar do tempo, espera-se que se desenvolva uma relação entre ambos, que conseqüentemente gera aumento de confiança bem como de exploração musical, comunicação, mudanças comportamentais e crescimento pessoal, isto se, as condições terapêuticas se verificam adequadas (Elefant,et al., 2014).

No plano não-verbal, o musicoterapeuta utiliza os elementos musicais para estabelecer relação com o utente, numa primeira fase, através da imitação, posteriormente, através da variação de dinâmicas e das variações de padrões rítmicos e tonais. A expressão corporal, vocal, o contacto ocular, o movimento, os instrumentos e postura do musicoterapeuta revelam-se fatores de extrema influência e importância na criação de relação no espaço musical. No entanto, considera-se importante a manutenção de um elemento de suporte para que o utente mantenha a sensação de previsibilidade, apoio e empatia (Kim, et. al, 2009).

O fator intercultural, ou quaisquer outros fatores inerentes como o país de onde são oriundos, a língua materna, ou as diferenças culturais, não constituem uma barreira para a criação de relação terapêutica, uma vez que a musicoterapia, atua no plano não-verbal e abrange todos os estilos musicais. Deste modo, o terapeuta escolhe e adapta o repertório musical ao utente e às suas necessidades (Wigram, 2004; Kaenampornpan, 2015).

Modelos e Técnicas de Intervenção em Musicoterapia

As técnicas de intervenção em musicoterapia estão aliadas a modelos da musicoterapia que consequentemente se aliam a correntes da psicologia. Existem técnicas de natureza ativa e técnicas de natureza recetiva.

Entendem-se por técnicas ativas, todas aquelas nas quais o musicoterapeuta e o paciente se envolvem no processo de criação musical. Dentro das técnicas ativas podem incluir-se a improvisação e a criação de canções, por exemplo (Bruscia, 2016). As técnicas recetivas podem ser caracterizadas pela escuta musical ativa.

Modelo Nordoff-Robbins

Criado por Paul Nordoff e Clive Robbins, nasceu no final da década de cinquenta, o modelo de musicoterapia Nordoff-Robbins. Este modelo considera que todo o ser humano é detentor de uma capacidade inata para responder ao som e à música, assim como, considera que o corpo humano detém propriedades que a música também detém (Nordoff-Robbins, 1977).

Para entender este modelo é necessário compreender também o conceito de musico-criança, que se refere à parte embrionária do ser humano que se move pela música. Todo o ser humano tem presente o seu musico-criança desde sempre, no entanto pode ser/ ter sido alimentado e desenvolvido ou simplesmente ter sofrido constrições que o tornaram inacessível (Nordoff-Robbins, 1977).

O modelo destina-se a todas as pessoas, independentemente do grau de deficiência ou conhecimento musical, sendo que a música tem como papel ser o meio para o desenvolvimento pessoal, levando posteriormente ao desenvolvimento da criatividade e atualização pessoal. A música constitui ainda poder para facilitar a comunicação e a expressão do “eu” facilitando o seu desenvolvimento (Turry, 2019).

Nordoff-Robbins, defende ainda que, os sintomas do utente não devem ser eliminados, mas sim vistos como uma forma de comunicar e são indicadores do ponto interno em que o utente se encontra. São as respostas musicais do utente o ponto de partida para a avaliação do seu comportamento e que ditam posteriormente o planeamento e ação terapêutica (Nordoff-Robbins, 1977).

O musicoterapeuta tem como principal função, aceitar o utente na sua totalidade, bem como, a produção musical do mesmo e dar suporte, encontrando-se musicalmente com o utente.

A improvisação clínica é o maior pilar deste modelo. Entende-se por improvisação clínica, toda a improvisação que é feita ao serviço de objetivos terapêuticos (Turry, 2019).

Originalmente, as sessões regidas pela musicoterapia Nordoff-Robbins eram realizadas em regime de co-terapia no qual um dos terapeutas utiliza o instrumento harmónico para estabelecer relação através do som e o outro terapeuta encaminha o paciente para a participação musical (Nordoff-Robbins, 1977). O instrumento harmónico é utilizado para musicar sons ou ações produzidas pelo utente.

Os principais objetivos da intervenção são: descobrir o “eu” musical dentro das suas limitações, ativar o potencial de crescimento, fomentar a tendência para a atualização e ainda, produzir mudança na interação e desempenho musical.

Improvisação Clínica

A improvisação clínica permite ao terapeuta comunicar com o utente no plano musical não verbal, desenvolvendo gradualmente um vínculo relacional terapeuta-utente (Nordoff-Robbins, 1977).

A comunicação verbal não permite que duas pessoas se comuniquem em simultâneo, sendo perceptível para ambos aquilo que o outro diz ou quer dizer. O plano musical não verbal torna possível essa comunicação simultânea e sintonia, demonstrando ao utente, que o terapeuta se dispõe a ouvi-lo, a compreendê-lo e a estar com ele em relação (Turry, 2019).

A música produzida durante a improvisação clínica, deve sofrer mutações, se necessário, indo de encontro às necessidades do momento do utente, reforçando ainda mais a disponibilidade do terapeuta para com o mesmo (Nordoff-Robbins, 1977).

A improvisação clínica permite, ao terapeuta, de forma gradual, conhecer os pontos fortes do utente, bem como as suas fragilidades e necessidades. São esses os pontos de partida para que ambos, terapeuta e utente, colaborem num processo criativo (Turry, 2019).

De acordo com o mesmo autor, o principal foco da improvisação clínica prende-se com a vivência de si mesmo por parte do utente, na música e através da música. Assim, o terapeuta conduz o processo, com o intuito de acordar e explorar sentimentos, organizar e estruturar pensamentos, melhorar o foco e a atenção e fomentar as competências relacionais e sociais do utente. O processo criativo, tem como principal intuito, gerar motivação por parte do utente para se conhecer e desenvolver através de aspetos inexplorados.

Técnicas de Musicoterapia Aplicadas

- *Imitation*, que tem como objetivo imitar sons emitidos pelo utente, sejam eles vocais, corporais ou através de um instrumento, com consciência dos elementos musicais (ritmo, melodia e harmonia), com o intuito de criar um produto musical que vise o potenciamento da relação e comunicação. Permite ainda, captar a atenção do utente e proporcionar-lhe suporte, disponibilidade e entendimento (Wigram & Pederson, 2002).
- *Turn Taking*, que consiste na interação musical através da imitação e das variações musicais que possam surgir a partir da mesma (Wigram & Pederson, 2002).

- *Songwriting*, que se define como o processo de criar, musicar ou gravar letras e músicas pelo o/os utente/s e o terapeuta, em relação terapêutica, respondendo a necessidades psicológicas, emocionais, cognitivas e de comunicação do utente/s (Wigram & Baker, 2005). A escrita de canções deve ter como principal objetivo captar a identidade do utente. Dessa forma, o terapeuta deve introduzir o mínimo de ideias suas possíveis na escrita de canções, devendo somente apoiar e suportar o processo criativo do utente, valorizando as suas ideias e as suas preferências (Wigram & Baker, 2005). Pretende-se que o processo criativo seja realizado em contexto terapêutico e associado a um objetivo terapêutico. A valorização das ideias do utente, dita o progresso e efeito terapêutico sobre o mesmo. Desta forma, o terapeuta desempenha um papel de facilitador do processo criativo, bem como, deve certificar-se de que o produto musical criado expressa a identidade do utente. As canções escritas em contexto terapêutico, em muitos casos, marcam o início e o final de um processo terapêutico. Permitem ao utente expressar-se, experienciar-se, desenvolver criatividade e mestria, bem como, documentar o seu processo terapêutico, permitindo-lhes mais tarde revisitar o mesmo (Wigram & Baker, 2005).

Avaliação em Musicoterapia

A avaliação em musicoterapia assenta essencialmente na parte do processo terapêutico na qual se observa o utente envolvido na sua experiência musical com o intuito de identificar problemas a vários níveis (Bruscia, 2016).

Existe uma relação entre os comportamentos musicais que o paciente apresenta e o significado que estes têm para o mesmo, desta forma, é importante avaliar e interpretar esses mesmos comportamentos.

A avaliação deve ser confiável, ética e baseada em evidências científicas (Lipe, 2015). As escalas de avaliação devem utilizar métodos estatísticos visando a sua validade e

sensibilidade, detendo capacidade de transformar progresso clínico em valores numéricos (Moura, et.al., 2007).

Bruscia (2001), considera que o processo avaliativo está dividido em três secções. Deste modo, o primeiro momento de avaliação designa-se por avaliação inicial e comporta a observação do paciente, bem como, dos seus familiares e do seu meio envolvente para que seja possível identificar o nível de funcionalidade e perceber as dinâmicas em que se insere. A segunda fase denomina-se por tratamento e é nesta fase, que ocorre o planeamento por parte do terapeuta, a intervenção e experiência musical. O planeamento consiste na elaboração do plano terapêutico. Durante a fase de tratamento, considera-se extremamente importante a criação da relação terapêutica uma vez que a mesma vai influenciar o decorrer das sessões, bem como, ditar o progresso terapêutico. A avaliação final, refere-se à análise e comparação de resultados (com a avaliação inicial) para verificar progressos e mudanças.

Muitas vezes, é necessário a utilização de instrumentos de outras áreas por parte dos musicoterapeutas. Para tornar a avaliação mais específica e autêntica possível no que diz respeito à musicoterapia e à experiência musical.

História Sonoro-Musical – Benezon

A história sonoro-musical tem como principal objetivo conhecer a história sonora do utente, as suas preferências musicais e aquilo que não gosta musicalmente (Benezon,1985).

Aplica-se na fase de avaliação inicial para que o terapeuta obtenha mais informações sobre o utente e para que o planeamento possa ser mais eficiente, de acordo com os seus gostos e preferências e para que o processo seja prazeroso para o mesmo. Desta forma, o musicoterapeuta após obter os dados deve familiarizar-se com os ritmos intrínsecos na cultura do indivíduo, por exemplo, demonstrando ao utente que o conhece e que o entende (Benezon, 1985).

A ficha da história sonoro-musical pode ser adaptada. Podem ser cortadas questões que não se considerem necessárias para um utente em específico, pode ser trocada a ordem das perguntas ou a linguagem pode ser simplificada, por exemplo (Benezon, 1985).

World Health Organization Quality of Life – Brief Version

Considerando a qualidade de vida como um conceito muito complexo e em corrente desenvolvimento e investigação, existem diversos domínios que carecem de avaliação no âmbito deste conceito. São estes: bem-estar emocional, relações interpessoais, bem-estar material, desenvolvimento pessoal, bem-estar físico, autodeterminação, inclusão social e direitos.

A WHOQOL-Brief compele todos estes domínios em quatro grupos: físico, psicológico, relações interpessoais e ambiente envolvente, já tendo sido validada e traduzida inúmeras vezes. No entanto, a validação mais recente ocorreu em dois mil e treze por Castro, sendo uma versão reduzida da WHOQOL-100, construído pela equipa responsável pela qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde.

As duas primeiras questões são referentes à qualidade de vida do utente no geral, enquanto as restantes vinte e quatro abrangem aspetos positivos e negativos indicadores de qualidade de vida. A cotação das questões varia entre um e cinco, quanto maior for a pontuação, melhor será a qualidade de vida.

São sete os itens referentes ao domínio físico (Q3,Q4,Q10,Q15,Q16,Q17 e Q18), incluindo temas subjacentes como: dor, desconforto, fadiga, energia, sono, descanso, mobilidade, ocupação, dependência medicamentosa e de terapias ou tratamentos e aptidão para trabalhar. Já o domínio psicológico conta com seis itens (Q1,Q5,Q6,Q7,Q19 e Q26), avaliando dimensões como: sentimentos positivos, sentimentos negativos, capacidade cognitiva, autoestima, aparência e espiritualidade. O domínio das relações interpessoais contém apenas três questões (Q20,Q21 e Q22) referentes aos temas: relações interpessoais, suporte e

sexualidade. Por fim, o domínio do meio envolvente engloba seis questões (Q2, Q5, Q8, Q9, Q11 e Q12) com recurso a temas como segurança, proteção, ambiente residencial, recursos financeiros e acesso a cuidados de saúde, oportunidades de aprendizagem e de lazer e satisfação em relação ao uso de transportes.

Escala de Comunicabilidade Musical – Nordoff-Robbins

Esta escala pretende medir três dimensões de comunicação: vocal, instrumental e corporal. Cada dimensão compreende sete níveis.

No que diz respeito ao domínio vocal, o nível um, corresponde a nenhuma responsividade comunicativa. O nível dois, corresponde a poucas respostas musicais evocadas. O nível três, corresponde a algumas respostas musicais evocadas. O nível quatro, corresponde a manifestação de responsividade direcionada. O nível cinco, corresponde a responsividade direcionada mantida. O nível seis, corresponde a comprometimento pessoal ao canto comunicativo e finalmente, o nível sete, corresponde a iniciativa vocal criativa.

No domínio instrumental, o nível um classifica-se como nenhuma responsividade comunicativa. O nível dois como poucas respostas musicais evocadas. O nível três como algumas respostas musicais evocadas. O nível quatro, corresponde a momentos de responsividade direcionada. O nível cinco, corresponde a responsividade direcionada sustentada, o nível seis a envolvimento musical desenvolvido de forma individual e autónoma e, por último, o nível sete a habilidade musical entusiástica.

Em termos de comunicação corporal, o nível um corresponde igualmente a nenhuma responsividade comunicativa, bem como, os níveis dois e três correspondem igualmente a poucas respostas musicais evocadas e algumas respostas musicais evocadas respetivamente. O nível quatro corresponde a movimentos corporais consistentes relacionados com a música, o nível cinco corresponde ao início do movimento inter-responsivo, o nível seis corresponde

a coatividade e responsividade musical expressiva nas formas do movimento e por fim, o nível sete corresponde a dança criativa comunicativa.

Objetivo

O presente estágio pretende introduzir a musicoterapia na Associação de Paralisia Cerebral de Lisboa. De acordo com as necessidades da população-alvo, em equipa de intervenção multidisciplinar, pretende-se dar resposta aos utentes criando um espaço de expressão emocional, estimulando todas as áreas do desenvolvimento e aumentando a qualidade de vida visando a criatividade.

Metodologia

No capítulo que se segue, pretende-se descrever os procedimentos, as fases em que se dividiu a intervenção terapêutica e os estudos de caso.

Procedimentos

O presente estágio dividiu-se em seis fases distintas, sendo as mesmas, a fase de observação, a fase de seleção, a fase de avaliação, a fase de elaboração do plano terapêutico, a fase de intervenção e, por último, a fase de reavaliação.

Fase de Observação

A fase de observação iniciou-se no dia seis de outubro de dois mil e vinte e três e terminou quatro semanas depois, dia vinte e sete de outubro de dois mil e vinte e três.

Na semana anterior ao início do estágio e conseqüentemente na fase de observação, decorreu uma reunião entre a psicóloga do E7O e a estagiária de musicoterapia para o conhecimento do espaço, equipa, utentes, missão e informação relevante sobre a instituição, e ainda, estabelecer os horários para a realização do estágio.

A observação, englobou a fase de adaptação ao local de estágio por parte da estagiária, com vista à perceção do funcionamento da instituição, estabelecer relações com os restantes colaboradores e profissionais de saúde, mais especificamente a psicóloga, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta, com vista à intervenção multidisciplinar.

Esta fase, permitiu conhecer informação relevante sobre os utentes, tanto a nível pessoal como de diagnóstico e conseqüentemente pensar sobre a metodologia a utilizar na intervenção, e ainda, possíveis problemáticas em relação à instituição e aos utentes.

Fase de Seleção

A fase de seleção teve início imediatamente a seguir à fase de observação e consistiu essencialmente na seleção de utentes, conjunta, entre a estagiária e a equipa multidisciplinar

que melhores usufrutos tirariam das sessões de musicoterapia, de acordo com as suas necessidades. Para a seleção dos utentes, estabeleceram-se critérios:

- interesse demonstrado pelo domínio musical;
- disponibilidade horária coincidente com os dias da estagiária na instituição;
- problemáticas relacionadas com a comunicação e relação;
- problemáticas relacionadas com a gestão emocional.

Após o processo de seleção estar concluído, foram elaborados os respetivos horários, em conformidade com a disponibilidade dos utentes e da estagiária. A musicoterapia aleou-se às restantes terapias, complementando o trabalho multidisciplinar. Deste modo, iniciaram-se as sessões de musicoterapia no dia dois de novembro de dois mil e vinte e três.

Fase de Avaliação

A fase de avaliação consistiu essencialmente na aplicação dos instrumentos de avaliação aos utentes na primeira sessão. Deste modo, antes da sessão, foi aplicado o questionário sonoro-musical de Benenzon, adaptado pela estagiária (anexo A) e observou-se o comportamento musical de cada utente de forma individual, isto é, a comunicação, interesse pelos instrumentos e musicalidade. No final da sessão, aplicou-se o questionário da WHOQL-BREF (anexo B), bem como a Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins (anexo C).

Fase de Elaboração do Plano Terapêutico

Nesta fase, elaborou-se o plano terapêutico, com base na informação recolhida na fase anterior. O plano terapêutico foi construído para cada utente de forma individual, procurando responder às suas necessidades. Em termos estruturais, o plano terapêutico engloba objetivos e sub-objetivos, a trabalhar no decorrer da intervenção.

Fase de Intervenção

Durante esta fase, entre a primeira e a segunda sessão, foram entregues aos tutores dos utentes os formulários de autorização de recolha de imagem (anexo D), para efeitos de análise pormenorizada posterior às sessões, bem como, apresentação de vídeos que registam o progresso do utente aquando da defesa do relatório de estágio, reunindo então, finalmente, todas as condições necessárias para o início da intervenção. A fase de intervenção consistiu na realização das sessões semanais por um período de seis meses.

Fase de Reavaliação

Na penúltima sessão, procedeu-se à realização da reavaliação, que consistiu novamente na aplicação da Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins e no questionário sobre a qualidade de vida WHOQL-BREF aos utentes que usufruíram das sessões de musicoterapia.

Efetuiu-se a revisão dos objetivos iniciais e com base na informação recolhida na reavaliação, foi feita a análise em relação ao impacto que a musicoterapia produziu em cada utente de forma individual, bem como, o progresso do utente nas sessões de musicoterapia.

Após a conclusão de todas as sessões, reuniu-se com a equipa para apresentar os resultados obtidos em cada caso.

Recursos Materiais

As sessões tiveram lugar numa das salas de formação disponibilizadas pela instituição, que nem sempre foi a mesma, uma vez que dependia da disponibilidade das salas que também eram usadas para as aulas das turmas de formação.

Considerando o corpo, a voz e a expressão gestual como meio de comunicação principal, priorizou-se sempre as salas mais amplas e de maior dimensão para que houvesse o espaço suficiente e necessário para a expressão livre através dos elementos corporais.

Relativamente aos instrumentos, foram utilizados instrumentos de precursão de altura indefinida (ovos, guizos, castanholas, clavas, reco-reco, tubo de dois sons, pau de chuva, pandeireta, tambor e maracas) levados pela estagiária. Para suporte harmónico, utilizou-se o piano disponibilizado pela APCL, com todos os utentes, no entanto, numa fase mais avançada, trocou-se o piano pela guitarra, também disponibilizada pela APCL, no trabalho com um determinado utente. Utilizou-se maioritariamente o piano, embora, os instrumentos de percussão de altura não definida tenham sido utilizados algumas vezes tanto por questões de interesses e vontades dos utentes, bem como para trabalhar questões rítmicas.

Houve necessidade de utilizar o computador para consultar auditivamente canções trazidas pelos utentes de modo a conseguir captar os acordes correspondentes, bem como, o telemóvel para efetuar o registo das sessões em formato de vídeo.

O *setting* terapêutico sofreu alterações de utente para utente e de sessão para sessão, mediante o objetivo a trabalhar e o interesse demonstrado pelos instrumentos por parte do utente.

De um modo geral, o *setting* montou-se numa sala de informática, no qual as mesas e computadores se encontravam desviados, criando mais espaço para exploração do movimento, bem como, minimizando os fatores de distração.

O piano ou a guitarra eram dispostos sobre uma mesa de forma a facilitar o alcance dos mesmos por todos os utentes, e conseqüentemente proporcionar-lhes uma maior autonomia, confiança e segurança. Considerou-se a mesma lógica na disposição dos instrumentos de precursão de altura indefinida.

Teria sido da preferência da estagiária trabalhar com os utentes em cadeira de rodas, fora delas, visando uma maior liberdade e exploração de todo o corpo por parte dos mesmos, no entanto, não houve essa possibilidade devido à impossibilidade de trabalhar em co-terapia com a fisioterapeuta, evitando danos físicos e descontrolo dos movimentos.

Métodos e Técnicas

Após análise da avaliação e proposta de objetivos / plano terapêutico de cada utente, decidiu-se a modalidade terapêutica a utilizar. A intervenção baseou-se no modelo humanista de Nordoff-Robbins, utilizando técnicas como a improvisação clínica, *imitation*, *turn-taking*, *holding* e a canção improvisada.

Participantes

A amostra selecionada para a intervenção em musicoterapia no âmbito do estágio consistiu inicialmente em oito casos individuais e três grupos (dois grupos com quatro elementos e um grupo com três elementos), descritos na Tabela 1.

Os diagnósticos concentravam-se essencialmente na PC, no entanto, nos grupos existiam dois casos com diagnóstico de situação neurológica afim. Todos os casos apresentavam limitações ao nível da comunicação e da expressão emocional.

As sessões estipulavam uma duração de quarenta e cinco minutos para os casos individuais e de sessenta minutos para os grupos, sendo que as mesmas se realizaram semanalmente nos casos individuais e do grupo um, e quinzenalmente para os grupos dois e três entre novembro de dois mil e vinte e três e maio de dois mil e vinte e quatro.

O número de sessões dadas sofreu variações de caso para caso por questões de assiduidade, como ilustra a seguinte tabela.

Tabela 1

Identificação dos Utentes e do Número de Sessões

Nome	Idade	Género	Diagnóstico	Número de sessões
AV (Grupo 2)	61	Feminino	CNA	19
BG (Grupo 2)	33	Feminino	PC	19
CG (Grupo 2)	54	Feminino	PC	19

FG (Individual)	55	Feminino	PC	20
HM (Grupo 1)	65	Masculino	PC	22
JE (Individual)	58	Masculino	PC	20
JM (Individual)	27	Masculino	PC	17
JN (Individual)	46	Masculino	PC	2
JB (Grupo 3)	32	Feminino	CNA	15
LF (Individual)	36	Masculino	PC	20
MC (Individual)	68	Masculino	PC	20
MF (Grupo 2)	72	Masculino	PC	19
MM (Grupo 1)	41	Feminino	CNA	22
NS (Grupo 3)	56	Masculino	PC	15
PJ (Individual)	51	Feminino	PC	16
PN (Grupo 1)	39	Masculino	PC	22
RG (Grupo 1)	30	Feminino	PC	22
RI (Grupo 3)	22	Masculino	PC	15

Calendarização

A seguinte tabela, mostra a hora de atendimento de cada utente e dos três grupos eleitos, cumprindo um total de nove horas de intervenção e quatro horas para observação, análise de vídeos e reuniões de equipa.

Tabela 2

Calendarização das Sessões

Quinta-feira	Sexta-feira
	09:00 – LF
09:45 – FG	09:45 – MC

10:45 – JE	10:45 – PJ
13:00 – JM	13:15 – Grupo 2 (Relações Interpessoais)
13:45 – JN	14:15 – Grupo 3 (Relações Interpessoais)
14:30 – Grupo 1 (Autoestima/ Valorização)	

Instrumentos de Avaliação

A avaliação em musicoterapia verifica-se um fator de extrema importância, uma vez que, permite ao musicoterapeuta recolher informação no âmbito da perceção das fragilidades e potenciais do utente, bem como, observar o seu comportamento na música e fora dela.

No âmbito da intervenção decorrente deste estágio, foram utilizados como instrumentos de avaliação o questionário da história sonoro-musical de Benenzon, adaptado pela estagiária, a escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins e o questionário de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-BREF.

A aplicação dos instrumentos de avaliação realizou-se na primeira sessão e as sessões foram gravadas de forma autorizada pelo próprio utente ou pelo tutor para efeitos de avaliação e medição de progresso posteriores ao contexto de sessão.

Considerou-se pertinente a aplicação do questionário sonoro-musical para obter informação referente ao utente no campo musical, bem como, o papel que a música desempenha na sua vida.

No que diz respeito à escala de Comunicabilidade Musical, esta comporta três domínios, vocal, instrumental e corporal. Cada domínio é cotado de um a sete, sendo que o nível um corresponde a nenhuma resposta musical comunicativa evocada e o nível sete corresponde a habilidade musical entusiástica.

Por último, relativamente ao questionário de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-BREF, considerou-se adequada, uma vez que um dos objetivos gerais deste estágio

assenta no melhoramento da qualidade de vida dos utentes, As questões são cotadas de um a cinco e quanto maior for a pontuação, melhor será a qualidade de vida.

Outras Atividades

A estagiária participou ainda noutras atividades promovidas pela APCL. Colaborou na escrita de um artigo sobre musicoterapia com um dos utentes e disponibilizou capturas de ecrã das imagens recolhidas de forma autorizada nas sessões para que pudessem sair no jornal mensal como contributo de outros utentes que não dispõem de capacidade de escrita (Anexo E).

Nas saídas que se realizaram nos dias em que a estagiária esteve presente na instituição, a mesma, acompanhou os utentes, juntamente com a restante equipa técnica, como por exemplo, o magusto do Lar das Forças Armadas e a caminhada do Dia Mundial da Deficiência.

Colaborou também, nos eventos organizados pela APCL realizados no interior do E7O, como por exemplo, o almoço de Natal, no qual proporcionou um momento musical e o Peddy-Papper de Páscoa, no qual preparou a etapa “Caça ao Instrumento” que consistiu numa atividade sensorial e sonora que assenta na construção de uma caixa escura com dois buracos para inserir as mãos e através do tato e do som, nomear o instrumento correspondente.

Por último, acedeu ao pedido dos utentes e organizou um concerto de primavera com a participação musical dos utentes, bem como, acedeu ao pedido da equipa técnica de dar voz à marcha da APCL para os Santos Populares de Lisboa.

Estudo de Caso – FG

A escolha dos estudos de caso incidiu sobre uma combinação de fatores: assiduidade, gravidade da patologia, envolvimento nas sessões e progresso terapêutico.

Informações

A F.G é do género feminino, tem cinquenta e cinco anos e é de nacionalidade portuguesa e natural de Lisboa.

A instituição não tem em sua posse informação relativamente à gravidez e ao parto da F.G.. No processo da utente consta que provém de uma família numerosa, de sete irmãos, sendo que o pai e um dos irmãos apresentavam problemas de alcoolismo.

Aos três anos de idade foi diagnosticada com PC (tetapresia espástica de predomínio direito) e deficiência mental. A F.G. foi escondida pela família, convivendo a maior parte do seu dia com animais e tendo inclusive por várias vezes, sido trancada num galinheiro por longos períodos de tempo. Permanecia em casa todo o dia, exceto para comparecer em consultas ou receber cuidados médicos. Sofreu maus tratos por parte do pai, um dos irmãos e a avó. Ainda assim, sempre manteve uma boa relação com uma das irmãs, que se verifica atualmente como sua tutora e como o seu maior suporte emocional.

Após a morte dos pais, e até admissão no lar residencial da APCL, em dois mil, e no CACI em dois mil e um, foi acolhida em casa da irmã, que vive com o marido e os sobrinhos, continuando a passar grande parte do seu dia em casa, ao cuidado dos sobrinhos. Todos os dias a F.G recebe uma chamada telefónica da irmã e todos os fins de semana, a mesma, a recolhe no lar residencial para passar o fim de semana em sua casa. Estas visitas semanais a casa da irmã, são essenciais para a estabilidade e equilíbrio emocional da F.G., quando eventualmente não acontecem se observa descompensação a nível emocional.

A F.G. é não verbal, não sabe ler nem escrever e apresenta ainda problemas a nível cognitivo, da mastigação, e gestão emocional. Todo o seu comportamento continua a ser

bastante primitivo e infantil, a forma como come, como se comporta, bem como, o tipo de brincadeiras e atividades em que se envolve. Apresenta autonomia nas AVD'S, um grande sentido de humor, adora dançar, ouvir música e passear. Tem muita necessidade de se sentir útil, de ajudar e de ser o centro das atenções, é bastante trabalhadora, bem disposta, afetuosa e vaidosa.

No que diz respeito às relações interpessoais, revela dificuldades na relação com o sexo oposto, “apaixonando-se” facilmente, não conseguindo controlar os seus impulsos nesse sentido. Revela também dificuldades em integrar-se nos grupos devido às suas limitações a nível da comunicação, procurando apoio constante nos funcionários e ou figuras de maior poder e autoridade.

A restante equipa técnica fez referência às maiores dificuldades da F.G. como a comunicação, a autogestão, a expressão emocional e o comportamento infantil e por vezes desadequado às circunstâncias.

No CACI, a F.G está integrada no grupo e inserida em atividades como o jornal mensal, a construção de bucins e a atividade física adaptada. De momento, a F.G., usufrui da terapia ocupacional, fisioterapia, grupo de estimulação cognitiva e tangoterapia,

Avaliação Inicial

Com a aplicação do questionário da história sonoro-musical adaptado de Benenzon pela estagiária, foi possível perceber que as preferências musicais da F.G são maioritariamente música popular portuguesa e brasileira e não demonstra indiferença ou rejeição perante nenhum tipo de som.

A primeira vez que a estagiária esteve somente com a utente, foi no decorrer da primeira sessão, no *setting* terapêutico, deixando a utente dirigir-se aos instrumentos sem dar instruções, de forma a perceber em que medida a mesma se interessava pela música ou por determinado

instrumento, e ainda, com o intuito de perceber a capacidade de iniciativa e exploração espontânea da mesma.

Sem qualquer instrução, de forma livre e espontânea, a F.G. sentou-se ao piano e começou a tocar livremente explorando de imediato toda a amplitude do piano tocando notas de uma extremidade à outra, demonstrando-se disposta e confiante. Todo o produto musical criado ao longo de toda a sessão foi de caráter exploratório, inconsistente a nível musical, sem qualquer componente rítmica ou melódica coesa. A nível corporal, não se observou grande amplitude corporal para além da necessária para alcançar as extremidades do piano ou a utilização de todos os dedos ao mesmo tempo para criar som. No que diz respeito ao uso da voz, também não se verificou em momento algum, sendo que sempre que a estagiária se dirigia à F.G de forma verbal, a mesma simplesmente acenava com a cabeça no sentido positivo ou negativo.

Durante toda a sessão, com vista ao começo da criação de relação terapêutica, transmissão de segurança e empatia, a estagiária utilizou a técnica de *imitation*, reproduzindo fragmentos de notas simultâneas tocadas pela utente, como forma de suscitar atenção, conexão e obtenção de respostas.

Após esta primeira sessão, procedeu-se à aplicação da Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins, apresentando os seguintes resultados:

Tabela 3

Resultados da Avaliação Inicial da Escala de Comunicabilidade Musical da F.G.

Nível de Comunicabilidade Musical	Domínio
Nível 2	Instrumental
Nível 2	Corporal
Nível 1	Vocal

Ao nível da avaliação da qualidade de vida através da WHOQL-BREF, preenchido anteriormente à primeira sessão pela equipa técnica, a F.G. apresentou um total de dezasseis pontos, sendo que a cotação máxima possível era de vinte pontos. Identificando as áreas mais problemáticas no domínio das relações interpessoais.

A seguinte tabela ilustra os resultados obtidos.

Tabela 4

Resultados da Avaliação Inicial da WHOQOL-BREF da F.G.

Domínio	Resultados	Resultados transformados (0-20)
Físico	33	4,7
Psicológico	24	4
Relações Interpessoais	9	3
Meio Ambiente	36	4,5

Plano Terapêutico

Após a recolha de informação relevante sobre a utente e a avaliação, procedeu-se à elaboração do plano terapêutico.

Tabela 5

Plano Terapêutico da F.G.

Problema 1: Comunicação	
Objetivo Geral: Promover a intencionalidade comunicativa	Objetivos específicos: - Promover iniciativa na comunicação; - Incentivar a vocalização.

Problema 2: Expressão Emocional

Objetivo Geral: Incentivar a expressão emocional	Objetivos específicos: <ul style="list-style-type: none">- Estimular a exposição e exteriorização de emoções e sentimentos;- Promover o controlo de impulsos;- Produzir melhorias na forma como a F.G. lida com sentimentos negativos como a frustração e a contrariedade.
--	--

Problema 3: Capacidade Cognitiva

Objetivo Geral: Estimular as competências cognitivas;	Objetivos específicos: <ul style="list-style-type: none">- Promover a associação som-imagens;- Incentivar a correspondência e a associação de movimentos a sons e palavras.
---	--

Descrição do Processo Terapêutico

A F.G. frequentou um total de vinte sessões entre novembro de dois mil e vinte e três e junho de dois mil e vinte e quatro, com a duração aproximada de quarenta e cinco minutos.

Fase 1: Relação Terapêutica

A primeira fase da intervenção consistiu no estabelecimento da relação terapêutica entre a estagiária e a F.G.. A observação do comportamento da utente em sessão, o envolvimento e interesse da mesma pela música, bem como, a sua predisposição e abertura para se envolver nas atividades foi o principal ponto de partida para a estagiária definir a estratégia e técnicas a utilizar com vista ao estabelecimento da relação terapêutica.

Verificou-se nesta fase, o forte interesse da F.G. pelo piano, desse modo, todo o trabalho desenvolvido para a criação da relação terapêutica se desenvolveu através do mesmo e da interação estagiária-utente no piano.

No decorrer da primeira sessão, a F.G. não apresentava qualquer tipo de intencionalidade comunicativa, centrando-se apenas em si própria e no seu produto musical, ignorando o produto musical da estagiária. A F.G. centrava o produto musical do lado direito do piano e nas notas mais agudas e a estagiária nas notas mais graves como meio de suporte, no entanto, sempre que esta tentava a aproximação movendo as mãos para a direita do piano a utente acompanhava o movimento na mesma direção, evitando o contacto físico e a aproximação.

Durante as duas sessões seguintes a dinâmica manteve-se, sendo que a F.G. manteve os seus comportamentos musicais (ausência de melodia e ritmo estável e ausência de uso das capacidades corporais e vocais). No entanto, foi cada vez mais notória a consciência do outro por parte da F.G., uma vez que o contacto ocular aumentou significativamente. A estagiária, após ter essa percepção e através da improvisação clínica, introduziu a técnica de *holding* no piano, executando através de acordes o suporte harmónico, incentivando a produção de melodia por parte da utente.

No decorrer da terceira sessão, a estagiária apercebeu-se, ao reproduzir fragmentos de notas tocadas pela utente com três dedos ao mesmo tempo, apenas com um dedo, a mesma os reproduzia de imediato, ainda que não com as mesmas notas. Isto é, a F.G., por imitação consciente, reproduziu movimentos melódicos ascendentes ou descendentes com apenas um dedo.

Na sessão seguinte, como habitual, sem qualquer instrução por parte da estagiária, a utente ao entrar na sala dirigiu-se de imediato aos instrumentos de percussão ao invés de ao piano. A F.G., até então, não tinha demonstrado qualquer tipo de interesse pelos mesmos, deste

modo, a estagiária dispôs de imediato duas cadeiras junto à mesa onde se encontravam os instrumentos. Ao sentar-se, a F.G. apercebeu-se de que as calças da estagiária estavam molhadas devido à chuva e demonstrou intencionalidade comunicativa através da vocalização “ah” apontando para as mesmas e batendo o pé no chão por várias vezes tentando comunicar com a estagiária como forma de aviso de que as calças estavam molhadas. A partir dessas batidas com o pé no chão por parte da utente, a estagiária iniciou uma improvisação corporal com a mesma, sendo que esta, respondeu de imediato com batidas com os pés e outros movimentos corporais sonoros como bater as mãos nas pernas.

Foi na quarta sessão que a F.G. demonstrou pela primeira vez intencionalidade comunicativa, amplitude corporal do movimento, utilização do corpo para criar produto sonoro-musical e ainda, a vocalização “ah” para comunicar. Esta improvisação corporal revelou ainda sentido e capacidade de manter um ritmo como fator de estabilidade temporal por parte da utente.

A estagiária considerou o piano um elemento fulcral nesta etapa, uma vez que, a interação decorria por parte das duas no mesmo instrumento, ainda que de forma livre, o que permitiu a criação de limites de espaço naturalmente. Inicialmente a F.G. centrava o produto musical do lado direito e nas notas mais agudas e a estagiária nas notas mais graves como meio de suporte, no entanto, no decorrer das sessões, esses limites foram sendo alargados e a F.G. permitiu-se utilizar as notas graves, bem como, permitiu que a estagiária desse uso às notas agudas, criando situações em que as notas tocadas se encontravam lado a lado, demonstrado confiança e evolução da relação terapêutica

Fase 2: Consciência de Si e do Outro

A segunda fase da intervenção, centrou-se na tomada de consciência de si própria, das suas capacidades e limitações e no autoconhecimento.

Durante a quinta sessão, a F.G., começou a desenvolver melodias curtas com um dedo, ainda sem princípio meio e fim, bem como, começou a demonstrar capacidades de manutenção rítmica ainda que inconstante e de pouca duração.

A estagiária de musicoterapia, de modo a incentivar esse desenvolvimento melódico e rítmico, estabeleceu um ritmo com acordes no registo grave do piano, com vista à previsibilidade e estabilidade de modo a transmitir confiança à F.G. para explorar mais os seus motivos melódicos.

Durante a sexta sessão a dinâmica manteve-se e a F.G. foi realizando cada vez mais as suas ideias melódicas, tornando as melodias mais longas e consistentes, ainda que as mesmas continuassem sem conclusão. A consistência da manutenção de um andamento por parte da F.G. aumentou significativamente nessa sessão. Partindo desse desenvolvimento a nível rítmico, a estagiária recorreu ao tambor para estabelecer um ritmo e por breves momentos a F.G., tentou sincronizar a tecla do piano na qual tocava com a batida da baqueta no tambor efetuada pela estagiária, demonstrando consciência do outro e do produto musical do outro, tentando interagir e fazer parte da interação conjunta.

Ao longo das sessões seguintes, a estagiária continuou a aplicar a técnica do *holding* fornecendo suporte e estabilidade harmónica, utilizando sempre a mesma progressão de acordes das sessões anteriores (C – F – G - Am) como forma de transmissão de previsibilidade e segurança.

Durante a nona sessão, a F.G., assumiu a liderança do produto musical através da alteração de intensidade e velocidade, tendo consciência da liderança, uma vez que alterava os componentes musicais (dinâmicas e ritmo) com intencionalidade para que a estagiária acompanhasse essas mesmas mudanças. No final da atividade, a F.G., com a ajuda da estagiária elaborou a seguinte partitura sonoro-musical descritiva do produto musical elaborado.

Figura 3*Partitura Sonoro-Musical – Ritmo e Intensidade*

A evolução da consciência do produto musical conjunto por parte da F.G. foi notória, uma vez que, o produto musical criado sessão após sessão foi ficando cada vez mais coeso, com melodias desenvolvidas com princípio meio e fim, demonstrando um desenvolvimento ao nível da criatividade por parte da F.G., com troca de papéis de liderança consciente e com componente rítmico estabelecido como fator de estabilidade temporal. A F.G. demonstrou ainda uma conexão e envolvimento com o produto musical, adquirindo movimento corporal coincidente com o componente rítmico tocado, balançado o corpo para trás e para a frente. O tempo de concentração na improvisação aumentou exponencialmente nesta fase, demonstrando prazer e mestria por parte da F.G..

Também se desenvolveu trabalho ao nível da expressão emocional e da dificuldade em lidar com a frustração e a contrariedade. O piano disponibilizado pela APCL para utilizar nas sessões já tem muito uso, portanto, sempre que se tocavam muitas notas ao mesmo tempo, o piano desligava-se.

Nas primeiras sessões, sempre que isso acontecia, a estagiária voltava a ligá-lo, sendo que, a F.G. se demonstrava inquieta, chateada e frustrada de cada vez que isto se sucedia. A estagiária, ao aperceber-se que a situação deixava a F.G. frustrada e desconfortável, incentivou-a a comunicar com o piano, ainda que por gestos e mostrar-lhe que estava descontente com o facto de o mesmo se desligar. A F.G., começou progressivamente a fazer um gesto associado

a uma palmada abanado a mão para cima e para baixo de cada vez que voltava a acontecer, tendo então a estagiária atribuído significado verbal ao gesto, cantando “ai ai ai”.

Progressivamente, a F.G. começou a repetir o gesto tentando repetir também aquilo que a estagiária havia verbalizado antes, mas apenas vocalizando “ah ah ah”. No entanto, a estagiária manteve a percepção da frustração da F.G., e incentivou-a a tentar ligar o piano de forma autónoma ou pedir ajuda para que alguém o fizesse caso a mesma não conseguisse. Foi então que, a F.G., começou a tentar ligar o piano de forma autónoma, não conseguindo das primeiras vezes, gesticulando e pedindo ajuda. Com o passar do tempo, por imitação, conseguiu ligar o piano de forma autónoma e no final, rir sobre a situação.

Estabelecendo um paralelismo com a vida real, a F.G. percebeu que perante um problema, uma situação que a deixa desconfortável, frustrada ou uma contrariedade, deveria expressar o seu descontentamento e procurar ajuda ou solução para esse mesmo problema. O facto de o piano se desligar deixou de ser um problema de difícil resolução, passando assim a ser um problema de fácil resolução e posteriormente um momento engraçado e divertido da sessão.

As variações de andamento, de intensidade, o aumento do tempo de concentração e a envolvimento no fazer musical extensível ao movimento corporal, foram também demonstrativos de expressão emocional.

A F.G. terminou esta fase, com mais autonomia, consciente das suas capacidades criativas e musicais e com mais confiança e autoestima para se expor e explorar.

Fase 3: Comunicar com o Outro

Esta fase centrou-se na intencionalidade da comunicação vocal e corporal com o outro como forma de melhor entendimento do outro e vice-versa.

Ao longo das fases anteriores a F.G. foi demonstrando cada vez mais capacidade de vocalização e comunicação corporal com a estagiária. A estagiária utilizou a técnica de

songwriting no momento para incentivar a vocalização de sons simples por parte da F.G. Utilizando mais uma vez a mesma progressão harmónica anteriormente referida como forma de estabilidade e previsibilidade, oferecendo um ambiente seguro e uma base sólida para aumentar a confiança da F.G. para que a mesma vocalizá-se. A canção improvisada assentou na frase “agora quero ouvir a F. a dizer ‘ah’”. Após alguma insistência por parte da estagiária, a F.G. repetiu o som “ah” timidamente em voz baixa.

A estagiária voltou a repetir a frase modificando apenas a sonoridade final pelas restantes vogais e na décima segunda sessão, a F.G. completava todos os finais de frase com as vogais corretas com confiança e num tom de voz bastante mais elevado.

Após consolidados os sons das vogais, a estagiária voltou a trocar os finais das frases pelas “palavras mágicas” – expressão pela qual as intitulou – “olá”, “adeus”, “obrigada” e “desculpa”. Todas estas palavras revelam um nível de dificuldade bastante maior ao nível da vocalização, dicção e articulação, no entanto, a F.G., dispôs-se prontamente a tentar vocalizá-las, conseguindo vocalizar sonoridades como “ah”, “ê”, “ahâ” e “â” respetivamente.

Durante a décima sexta sessão, a F.G. chegou a chorar, explicando à estagiária através de gestos que estava triste pois tinha sido repreendida no lar residencial por uma auxiliar. A estagiária verificou então que a F.G. ainda necessitava de trabalhar mais a dificuldade em lidar com as emoções e a contrariedade, bem como a expressão e entendimento do outro. Deste modo e após concluído o trabalho das sonoridades a estagiária utilizou a mesma canção improvisada substituindo apenas a letra por “agora quero ouvir a F. a tocar contente”, variando a última palavra e trocando-a por outros sentimentos como “triste”, “chateada” e “calma”. Esta atividade pretendia que a F.G. representasse os diferentes sentimentos e estados de espírito através do piano, promovendo a expressão emocional.

A F.G. ao ouvir a palavra “contente” tocou centrando-se nas notas agudas desenvolvendo melodia, quando ouviu a palavra “triste” centrou-se nas notas graves utilizando

várias teclas ao mesmo tempo e um ritmo mais lento, ao ouvir a palavra “chateada” utilizou ambos os lados das notas agudas e graves do piano tocando várias notas em simultâneo e com mais intensidade e por fim, ao ouvir a palavra “calma” utilizou as notas centrais do piano tocando duas notas em simultâneo, mantendo um ritmo coeso e intensidade baixa e suave.

Na décima oitava sessão, a F.G., quando a estagiária verbalizou a frase “agora quero ouvir a F. a tocar calma”, ao invés de tocar sobre esse sentimento repetiu a palavra “calmo”, num tom perfeitamente audível e perceptível e com articulação correta de todas as letras.

Resultados

Analisando os objetivos presentes no plano de intervenção terapêutica, com intuito de perceber a progressão no trabalho desenvolvido, aplicaram-se novamente os instrumentos de avaliação (Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins e o questionário de avaliação da qualidade de vida WHOQL-BREF).

A estagiária, no decorrer das articulações com a equipa, foi partilhando o progresso da F.G., bem como, mostrando fragmentos de vídeos captados nas sessões.

No que diz respeito à Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins, consideraram-se os registos de observação direta das sessões e os registos em formato vídeo. Após esta avaliação, verificou-se que a musicoterapia deteve influência de forma positiva para o desenvolvimento da F.G., bem como na sua qualidade de vida, avaliada pela WHOQOL-BREF.

Ao nível da problemática existente na comunicação, o objetivo a que a estagiária e a F.G. se propuseram a trabalhar consistia na promoção da intencionalidade comunicativa e consequentemente na vocalização e na capacidade de poder de escolha.

Verificaram-se resultados significativos ao nível da interação com os pares e intencionalidade comunicativa, não só em contexto de sessão mas também fora dela. Em contexto de sessão, a evolução da F.G., verifica-se pela capacidade de interação com o outro

mantendo o produto musical coeso, a consciência da troca de papéis e ainda a aquisição de capacidade de reprodução de sonoridades e palavras. Em contexto de CACI, foi confirmado pela equipa técnica que a F.G. demonstrou maior vontade de comunicar e interagir com os pares, tentando iniciar conversas, ainda que através do gesto e não do som. A equipa técnica relatou ainda que, a F.G., deixou de procurar somente suporte nas auxiliares e técnicos de saúde, passando a apoiar-se também num dos colegas que também frequenta o CACI com quem mantém uma relação de amizade.

Ainda segundo a equipa técnica, sentiram-se melhorias ao nível das suas relações sociais, no sentido em que, a F.G. passou a envolver-se mais nas atividades conjuntas, como por exemplo, a atividade física adaptada, de forma mais empenhada, demonstrando vontade de pertencer ao grupo e envolvendo-se no trabalho de equipa, ao invés de simplesmente se deixar de parte e apenas seguir as instruções dadas pelos seus colegas.

Considerando a autonomia um fator importante na comunicação, verificaram-se resultados ao nível da mesma. A equipa técnica, refere que a F.G. demonstra maior persistência na realização de tarefas difíceis, ao invés de solicitar ajuda de imediato.

Outro dos objetivos ao qual se pretendia responder consiste na expressão emocional e na melhoria da gestão emocional, incentivando a F.G. a lidar com sentimentos de frustração e contrariedade. Com o exemplo da situação descrita anteriormente com o piano, pretendia-se que a F.G. adotasse a mesma estratégia (expressar o sentimento de desconforto – procurar uma solução para o problema de forma autónoma – solicitar ajuda, caso não fosse possível resolução autónoma).

A equipa técnica relatou que a F.G. por diversas vezes, principalmente em situações relacionadas com a ausência das chamadas ou presença da irmã nas visitas semanais, adotou a estratégia trabalhada procurando expressar a sua tristeza e frustração, bem como, procurando solucionar o problema, ainda que não fosse possível, na maioria das vezes, não sendo este um

problema solucionável. A F.G. procurava suporte emocional e conforto nos membros da equipa técnica e no voluntário internacional presente na instituição com quem desenvolveu uma relação de amizade.

Considerando o autoconhecimento um elemento fulcral na expressão emocional, verificou-se uma evolução significativa ao nível do desenvolvimento do sentimento de prazer e mestria bem como da consciência das suas capacidades e potencialidades assumindo por diversas vezes o papel de liderança no produto musical, demonstrando inerentemente maiores níveis de autoconfiança.

Por fim, no que diz respeito ao objetivo que concerne a capacidade cognitiva, verificou-se um desenvolvimento positivo na associação de gestos a sons e/ou palavras, bem como, uma evolução exponencial ao nível da criatividade.

Os resultados obtidos na reavaliação através da aplicação da Escala de Comunicabilidade Musical apresentam-se descritos na seguinte tabela.

Tabela 6

Resultados da Reavaliação da Escala de Comunicabilidade Musical da F.G.

Nível de Comunicabilidade Musical	Domínio
Nível 6	Instrumental
Nível 4	Corporal
Nível 2	Vocal

Conclui-se então que ao nível da comunicabilidade musical houve uma evolução nos três domínios, mais acentuada nos domínios instrumental e corporal e menos acentuada no domínio vocal.

Ao nível do domínio instrumental, a F.G., na avaliação encontrava-se no nível dois apresentando respostas evocadas, enquanto na avaliação final, apresenta envolvimento musical que se desenvolve em formas individuais da atividade, correspondendo ao nível seis.

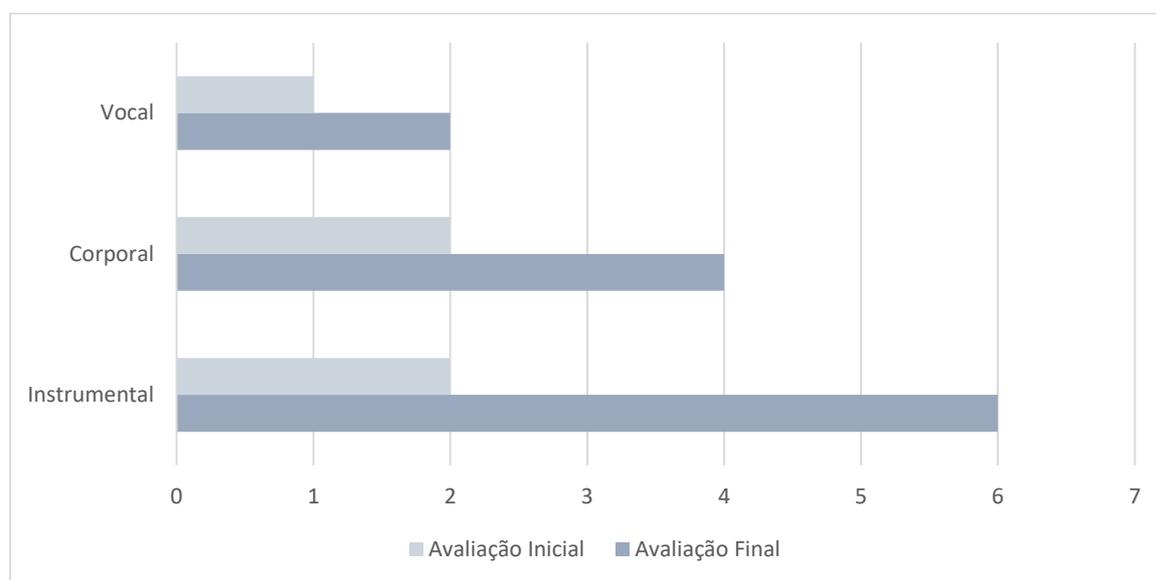
Ao nível do domínio corporal, no início do processo terapêutico a F.G. encontrava-se no nível dois que corresponde a respostas evocadas, sendo que após a reavaliação, revela movimentos corporais conscientes relacionados com a música.

Por último, ao nível do domínio vocal, inicialmente a F.G. encontrava-se no nível um que responde a nenhuma responsividade comunicativa, sendo que, no final do processo terapêutico apresenta respostas evocadas.

O seguinte gráfico ilustra a comparação da avaliação inicial da Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins e a reavaliação aplicando a mesma escala.

Figura 4

Evolução da F.G – Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins



Ao nível da reavaliação da qualidade de vida através da WHOQL-BREF, preenchido pela equipa técnica, a F.G. apresentou um total de dezassete pontos, sendo que a cotação máxima possível era de vinte pontos, verificando evolução no sentido positivo. Os domínios

que sofreram as mudanças positivas mais acentuadas foram o domínio psicológico e domínio das relações interpessoais.

Tabela 7

Resultados da Reavaliação Inicial da WHOQOL-BREF da F.G.

Domínio	Resultados	Resultados transformados (0-20)
Físico	32	4,6
Psicológico	26	4,3
Relações Interpessoais	11	3,6
Meio Ambiente	35	4,4

Discussão do Caso

Tendo em conta as limitações que a F.G. apresentava ao nível da comunicação e da expressão emocional, verificaram-se os benefícios da musicoterapia.

Segundo Frederico (2003), a musicoterapia aplicada ao utente com paralisia cerebral, revela benefícios ao nível da autonomia motora, de comunicação e resolução de problemas, demonstrando os resultados obtidos.

De acordo com Coelho et. al., 2000; Tamayo et. al., 2001 e Van Kolck, 1987, reconhecer o corpo como elemento de comunicação e linguagem pressupõe o entendimento do comportamento do ser humano pela forma como o mesmo se manifesta nas experiências motoras, refletindo a expressão interna, bem como, na sua contribuição ao nível da construção da imagem física, do autoconceito e da autoimagem. Deste modo, verificou-se na F.G. uma evolução ao nível do reconhecimento e entendimento do corpo como meio de comunicação e expressão interna e ainda, um maior entendimento de si própria e daquilo que lhe dá prazer.

Coincidindo com Duarte (2001), para manter o equilíbrio emocional, o individuo necessita de desenvolver habilidades que promovem a resolução de conflitos, bem como, a sua adaptabilidade, inerentes ao processo de socialização e integração no meio. Desta forma, pode afirmar-se que a F.G. demonstrou resultados ao nível da autogestão emocional, resolução de conflitos e desenvolvimento de mecanismos positivos para lidar com sentimentos negativos como frustração e a contrariedade.

Sanchez (2006), afirma que a musicoterapia revela benefícios ao nível da verbalização e locução oral, na promoção da expressão corporal e do movimento e no desenvolvimento da relação e na coordenação pensamento-linguagem, verificando os resultados obtidos pela F.G. ao nível do desenvolvimento verbal e locução oral, expressão corporal e do movimento, e ainda, no desenvolvimento da relação e integração social.

Face aos objetivos definidos para o trabalho em musicoterapia com a F.G., verificou-se evolução nos três níveis: comunicação, expressão emocional e capacidade cognitiva, ainda que, mais acentuada ao nível da comunicação e expressão emocional. Observou-se iniciativa comunicativa e mudanças positivas ao nível da expressão vocal. Contemplaram-se ainda, ao nível da expressão emocional, como proposto nos objetivos, a exposição e exteriorização de emoções e sentimentos, um maior controlo dos impulsos e ainda, maior capacidade na cooperação com sentimentos de frustração e contrariedade. Verificaram-se ainda, resultados ao nível da autonomia e da criatividade.

Com vista a obter resultados, utilizaram-se técnicas como a improvisação clínica, a *imitation*, o *holding* e o *songwriting* com o intuito de desenvolver relação terapêutica, expressão emocional e comunicação. Turry (2019), refere que a improvisação clínica se centra na vivência de si mesmo por parte do utente, na música e através dela, com o intuito de explorar sentimentos, organização e estruturação do pensamento, melhoria do foco e atenção, e por fim, potenciar as competências relacionais e sociais.

De forma global e fundamentando as mudanças verificadas durante a intervenção, Aigen (2014), descreve a musicoterapia como meio para produzir mudanças terapêuticas utilizando a música como veículo. Assim, observaram-se desenvolvimentos positivos ao longo do processo terapêutico, através da realização de atividades musicais, isto é, a musicoterapia nutriu efeitos positivos na F.G., não só nas sessões, mas fora delas, transportando os aspetos trabalhados para a sua vida quotidiana.

Conclusão do Caso

Considerando todo o processo terapêutico na avaliação realizada através das Escalas de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins e WHOQOL-BREF, procedeu-se à análise de dados com o intuito de perceber os possíveis resultados verificados.

Conclui-se que ocorreram mudanças significativas desde o início do processo terapêutico. Alterações positivas foram evidenciadas na Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins ao nível dos três domínios, acentuadas sobretudo ao nível instrumental e corporal .

As técnicas como a improvisação clínica, a *imitation*, o *holding* e o *songwriting*, favoreceram a intencionalidade comunicativa e a relação. Por conseguinte, a F.G., apresenta-se, atualmente e após usufruto da musicoterapia, mais disponível, comunicativa, confiante e ciente das suas capacidades e potencialidades.

Ainda que, não constasse nos objetivos delineados no plano terapêutico da F.G., de forma natural e paralela, a F.G. apresentou resultados ao nível da autoestima, do autoconceito e da criatividade. Demonstrando uma maior consciência de si própria, dos seus interesses, potencialidades e limitações, bem como, concretizando e desenvolvendo as suas ideias, e ainda, introduzindo novos temas e ideias.

Conclui-se que os objetivos terapêuticos delineados para a F.G., foram cumpridos além do espectável.

Estudo de Caso – PJ

Serve o presente capítulo para descrever o processo terapêutico da P.J., bem como, os benefícios da musicoterapia e a evolução da utente.

Informações Sobre a Utente

A P.J. é do sexo feminino, tem cinquenta e um anos, tem dupla nacionalidade: portuguesa e angolana e é natural de Lisboa.

É fruto de uma gravidez de risco que ocorreu aos quarenta anos de idade da mãe, em Angola, tendo nascido a termo (quarenta semanas), de parto natural no domicílio com a ajuda de uma parteira. Sofreu de anoxia no parto, no entanto, apresentava boa vitalidade.

Aos quatro meses de idade, começou a revelar um atraso no desenvolvimento motor precoce, bem como, dificuldades em segurar a cabeça e sinais de estrabismo. Mais tarde, adquiriu a posição de sentado ainda que inclinada, e posteriormente ao um ano de idade, adquiriu a marcha. Durante o primeiro ano de vida, sofreu de uma pequena paralisia facial não impeditiva da aquisição da verbalização, que adquiriu pouco mais tarde.

Veio de Angola para Portugal aos três anos de idade e já em Portugal, foi diagnosticada com PC (tetrapresia espástica de predomínio esquerdo), aos três anos de idade pela equipa médica da Fundação Calouste Gulbenkian.

Concluiu o sexto ano de escolaridade, demonstrando capacidades ao nível da leitura e da escrita, tendo vindo a revelar mais recentemente, uma perda significativa de capacidades ao nível da leitura. Frequentou durante todo o seu percurso escolar atividades extra-curriculares, como por exemplo, natação, cursos de tapetes de arraiolos, crochet e pintura.

Atualmente vive com a irmã e o cunhado, mantendo contacto diário com quatro sobrinhos e quatro sobrinhos netos. Anteriormente ao falecimento dos pais, vivia com a mãe num lar de idosos. Para além desta irmã com que vive, tem mais dois irmãos do sexo masculino que vivem no Algarve e que a visitam regularmente e a levam a passar férias em épocas

comemorativas como o Natal ou aniversários. É uma pessoa divertida, sociável, carismática e de fácil sorriso que adora cantar, dançar e pintar.

A equipa técnica refere como maiores problemáticas na P.J., a organização e estrutura do pensamento e do discurso e a concentração e a atenção, uma vez que a utente não apresenta coerência ao nível do discurso, que conseqüentemente se traduz num pensamento desorganizado, bem como, não revela capacidade de manutenção da concentração e atenção nas tarefas. Apesar de se relacionar bem com os colegas e funcionários do CACI, a equipa técnica considera que necessita de trabalhar e desenvolver aspetos da comunicação como a intencionalidade comunicativa e reciprocidade do discurso, desenvolvendo as suas respostas ao invés de responder apenas com “sim” ou “não” e questionando os outros, por exemplo, “sim, e tu?” ao invés de apenas “sim”.

No CACI, está envolvida em atividades como o jornal mensal, nas atividades de aprendizagem e expressão plástica e na atividade física adaptada. Usufrui ainda do grupo de estimulação cognitiva e da terapia ocupacional.

Avaliação Inicial

A avaliação inicial assentou na observação da utente na sessão e na aplicação dos instrumentos de avaliação: Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins e escala de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-BREF.

Como complemento à avaliação, visando perceber as preferências musicais da P.J., bem como as suas rejeições e indiferenças sonoras, aplicou-se o questionário sonoro-musical de Benenzon adaptado pela estagiária. Deste modo, foi possível perceber que o género musical que a P.J. mais gosta é fado, no entanto, também gosta muito de música brasileira e de música popular portuguesa. Também através deste questionário, se concluiu que não rejeita nem mostra indiferença perante nenhum tipo de som.

A primeira interação direta, deu-se na sala de aprendizagem, durante o período de observação, quando a estagiária se encontrava em sala prestando auxílio aos utentes na realização de tarefas de forma a passar tempo com eles e consequentemente conhecê-los melhor e observá-los em diferentes contextos.

No decorrer da primeira sessão, ocorreu o primeiro momento de díade estagiária-utente, em *setting* terapêutico. A estagiária não concedeu instruções, abrindo simplesmente a porta da sala, de modo a perceber qual a primeira escolha ao nível instrumental da P.J., traduzindo as suas preferências. Desta forma, foi possível perceber que nutria um especial interesse pelo piano, uma vez que, ao entrar na sala, imediatamente se dirigiu ao piano, sentando-se e aguardando instruções por parte da estagiária.

A estagiária, ao aperceber-se que a P.J. aguardava instruções, sem as conceder de imediato, dirigiu-se também ao piano começando a tocar notas soltas no registo central do piano, como forma de instruir a P.J. a tocar.

O produto musical produzido pela P.J., ao longo desta sessão, foi de carácter exploratório, isento de consciência musical rítmica e melódica, centrando-se apenas nas notas centrais e agudas do piano, apesar da estagiária se ter afastado por várias vezes do piano dando espaço à P.J., evitando o contacto físico e incentivando a exploração do registo grave do piano.

No que diz respeito ao domínio da postura e expressão corporal, verificou-se a falta de contacto ocular, uma postura fechada e encolhida do corpo, bem como, estereotípias de autorregulação, como por exemplo, levantar-se da cadeira e voltar a sentar-se. A nível vocal, não se observou qualquer tipo de expressão vocal relacionada com a música e com o produto musical, verificaram-se apenas respostas verbais de “sim” e “não” a questões que a estagiária foi colocando.

No decorrer de toda a sessão, a estagiária recorreu à técnica de *imitation*, imitando notas tocadas pela P.J., com vista à captação da atenção da mesma, ao contacto ocular e à obtenção de respostas musicais.

Posteriormente à primeira sessão, foi aplicada a Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins. Os resultados apresentam-se descritos na seguinte tabela.

Tabela 8

Resultados da Avaliação Inicial da Escala de Comunicabilidade Musical da P.J.

Nível de Comunicabilidade Musical	Domínio
Nível 2	Instrumental
Nível 1	Corporal
Nível 2	Vocal

No que diz respeito à avaliação da qualidade de vida, medida pela WHOQOL-BREF, preenchido antes da primeira sessão pela equipa técnica, a P.J., reuniu um total de dezassete pontos num total máximo de vinte pontos. Deste modo, identificou-se como maior problemática ao nível da qualidade de vida as relações interpessoais.

Os resultados obtidos na avaliação inicial da qualidade de vida encontram-se descritos na seguinte tabela.

Tabela 9

Resultados da Avaliação Inicial da WHOQOL-BREF da P.J.

Domínio	Resultados	Resultados transformados (0-20)
Físico	32	4,6
Psicológico	26	4,3

Relações Interpessoais	11	3,6
Meio Ambiente	35	4,4

Plano Terapêutico

Após a reunião de dados relevantes sobre a P.J. e análise dos dados obtidos com a aplicação dos instrumentos de avaliação, elaborou-se o plano terapêutico.

Tabela 10

Plano Terapêutico da P.J.

Problema 1: Desorganização do pensamento	
Objetivo Geral: Proporcionar estrutura ao pensamento	Objetivos específicos: - Promover a noção rítmica e a capacidade de manter um ritmo como fator de estabilidade temporal; - Estimular a troca de papéis consciente; - Desenvolver melodias estruturadas com princípio meio e fim.
Problema 2: Discurso destruturado	
Objetivo Geral: Proporcionar estrutura ao discurso	Objetivos específicos: - Estimular a linguagem; - Atribuir significado às palavras soltas verbalizadas;

-
- Desenvolver melodias estruturadas com princípio, meio e fim.
-

Problema 3: Reciprocidade comunicativa

Objetivo Geral: Estimular a reciprocidade comunicativa

Objetivos específicos:

- Estimular a criatividade;
 - Promover a intencionalidade comunicativa;
 - Estimular o desenvolvimento de ideias e respostas.
-

Descrição do Processo Terapêutico

Frequentou um total de dezasseis sessões, entre novembro de dois mil e vinte e três e junho de dois mil e vinte e quatro, com a duração de quarenta e cinco minutos.

Fase 1: Relação Terapêutica

O foco da primeira fase de intervenção, assentou na criação de relação terapêutica entre a estagiária e a P.J.. O ponto de partida para a adoção da estratégia com vista ao estabelecimento de relação terapêutica, consistiu na observação direta da utente em sessão, dos seus comportamentos, do seu envolvimento nas atividades musicais e interesse pela música e pelos instrumentos.

Todo o trabalho desenvolvido visando a criação da relação terapêutica foi desenvolvido através da interação musical no piano, uma vez que, este se verificou o instrumento pelo qual a P.J. demonstrou maior interesse.

Na primeira sessão, a P.J., não manteve contacto ocular, evitou o contacto físico e não apresentou intencionalidade de comunicação nem relação mantendo uma postura corporal fechada, tensa e rígida, com pouca amplitude de movimentos. Revelou também períodos muito curtos de atenção e concentração, desviando o olhar e as mãos do piano. Nos períodos de foco,

todo o produto musical produzido foi isento de melodia e ritmo coesos, bem como, muito centrado em si própria usando apenas o registo agudo do piano e o registo central, ainda que por poucas vezes, e ignorando o produto sonoro produzido pela estagiária.

No decorrer da segunda sessão, a estagiária adotou a técnica de *holding*, de forma a introduzir e estabelecer uma base rítmica sobre a qual a P.J. pudesse começar a explorar e desenvolver melodias. Já no final da sessão, a P.J. tentou sincronizar-se ritmicamente com a estagiária no piano, não conseguindo. Esta tentativa de sincronia demonstrou consciência do outro e da sonoridade produzida pelo outro, bem como abertura e predisposição para a interação e relação com o outro tentando conectar-se com ele.

A P.J., durante esta sessão, antes de tocar no piano fazia movimentos circulares com as mãos, demonstrando a sua intenção de tocar e como que pensando onde e o que iria tocar, tendo-se mantido esse movimento de forma sistemática durante as sessões seguintes.

De forma a facilitar a tarefa, a estagiária, utilizou o tambor para introduzir novamente a componente rítmica e foi então que ocorreu a sincronia rítmica entre a estagiária no tambor e a P.J. no piano, ainda que a mesma tivesse sido de curtíssima duração (aproximadamente seis segundos).

Durante a terceira sessão, a estagiária, em determinado momento, reproduziu uma sequência de notas ascendentes (dó – ré – mi – fá - sol). Ao reproduzir a última nota (sol), a P.J. vocalizou a vogal “u”, surgindo pela primeira vez de forma espontânea componente vocal relacionada com o produto musical. De forma a atribuir significado verbal à vocalização emitida, a estagiária voltou a reproduzir a sequência fazendo corresponder as vogais ordenadas às notas reproduzidas “a” (dó), “e” (ré), “i” (mi), “o” (fá) e u “sol”. A estagiária foi repetindo o motivo melódico como incentivo à repetição do mesmo por parte da P.J., quer de forma vocal, quer no piano. Este motivo melódico transportou-se para as seguintes sessões, com o mesmo intuito, sendo que a estagiária acrescentou no final a frase cantada “agora cantas tu!”.

Na quinta sessão, a P.J. centrou o produto musical durante a sessão inteira nas notas mais agudas do piano. Ao longo das sessões anteriores, a P.J. foi desenvolvendo ideias melódicas incompletas (sem princípio meio e fim) suportadas pela estagiária com acordes ritmados no registo grave do piano. No final da sexta sessão, em simultâneo com as notas que tocava no piano, a P.J. verbalizou a palavra “céu”. A estagiária respondeu com a palavra “nuvens”, obtendo a resposta “sol” por parte da P.J., que logo a seguir se distraiu com um barulho vindo do exterior. Tal como com a vocalização do “u”, a estagiária, procurando atribuir significado às palavras proferidas, cantou a frase “hoje, o céu tem nuvens e sol”, repetindo-a por diversas vezes, novamente como incentivo à repetição por parte da P.J.

Ao longo das últimas sessões desta fase, a P.J. demonstrou ainda ser uma pessoa muito alegre e divertida, rindo-se por diversas vezes face ao produto musical produzido e demonstrando ainda, prazer na atividade musical.

Fase 2: Estruturação e Organização do “Eu”

Face à evolução sentida no campo da comunicação, linguagem e discurso na primeira fase ainda que o foco não fosse esse, a segunda fase da intervenção centrou-se na comunicação, linguagem e discurso, bem como, na organização e estruturação dos mesmos, e inerentemente, do pensamento.

Durante a sétima sessão, a estagiária à semelhança das sessões anteriores voltou a reproduzir, sem cantar, a sequência ascendente (dó – ré – mi – fá - sol), na tentativa de perceber se haveria reconhecimento auditivo por parte da P.J., uma vez que nas sessões anteriores, repetindo a sequência, a utente não a reconhecia auditivamente de forma autónoma.

Pela primeira vez a P.J. demonstrou reconhecimento auditivo autónomo afirmando “essa é do AEIOU!”, ainda que não a reproduzindo vocalmente.

Após alguma insistência de repetição da sequência a P.J. verbalizou aquando da última nota (sol) “ru”. A estagiária acrescentou então o “r” antes da vogal “rá” (dó), “ré” (ré), “ri”

(mi), “ró” (fá), “ru” (sol), “agora cantas tu!”, novamente tentando incentivar a repetição vocal por parte da P.J. Ao introduzir o “r”, a P.J. demonstrou desenvolvimentos positivos ao nível da criatividade, introduzindo uma nova ideia, ainda que de forma consciente ou não.

No decorrer da oitava sessão, ao reconhecer a melodia e movimentar a cabeça ao som da mesma, a P.J. cantou acompanhando a melodia ascendente “1 (dó), 2 (ré), 3 (mi), 4 (fá) e 5 (sol). Desta forma, manteve-se a dinâmica das sessões anteriores, com o mesmo intuito. A numeração ordenada correspondendo às notas, foi introduzida pela P.J., demonstrando já alguma estrutura de pensamento e discurso pela correta ordenação dos números e pela correspondência rítmica simultânea às notas.

Durante a nona sessão, ao ouvir a estagiária reproduzir a sequência ascendente no piano, a P.J. aquando da primeira nota verbalizou a palavra “barco”. Ao observar o comportamento atento e estático com que a P.J. ouvia as notas, a estagiária apercebeu-se de que a verbalização da palavra muito provavelmente vinha associada à sonoridade da primeira nota correspondendo a um dó no registo mais grave do piano. Essa perceção veio confirmada pela palavra verbalizada pela P.J. aquando da última nota, na qual exclamou “comboio!”, enquadrando-se perfeitamente na sonoridade produzida pela nota sol no registo mais central do piano. Fazer corresponder estas palavras a estas notas específicas, demonstra por parte da P.J., uma associação autónoma de sonoridades a palavras, revelando mais uma vez, estrutura e organização ao nível do pensamento.

A décima sessão, continuou centrada no motivo melódico ascendente anterior. De forma autónoma, logo no início da sessão quando a estagiária repetiu o motivo no piano sem vocalizar, a P.J. reproduziu vocalmente o motivo inicial “AEIOU” de forma autónoma, revelando não só reconhecimento auditivo, mas também autonomia e novamente, estrutura ao nível do pensamento e do discurso. Após repetições sistemáticas da melodia, a P.J. por

observação do movimento da mão da estagiária tentou reproduzir a melodia no piano, conseguindo reproduzir corretamente as duas últimas notas.

Fase 3: Comunicação o Estruturada com o Outro

Nesta terceira fase, o foco continuou a consistir essencialmente na comunicação, discurso e linguagem, mas deste vez mais centrado na reciprocidade pergunta-resposta e interação verbal com o outro ao invés de na estruturação do pensamento, discurso e linguagem.

Na décima primeira sessão, a P.J. a dado momento, verbalizou “eu sei a do dó, ré, mi, fá, sol, la, si, dó”. Partindo da ideia gerada pela P.J. a estagiária reproduziu as notas no piano, acompanhada da correspondência vocal da P.J. Partindo do pressuposto da capacidade desenvolvida até então de reprodução de melodias maiores estruturadas por parte da utente, a estagiária introduziu a canção *Brilha, Brilha Estrelinha*, referida pela equipa técnica em resposta ao questionário sonoro-musical adaptado de Benenzon como sendo uma canção que a P.J. reproduz em *humming*.

O reconhecimento auditivo por parte de utente da melodia não foi imediato, tendo sido a estagiária a cantar a canção acompanhada da melodia no piano. Verificou-se que a P.J. não reconhecia a letra da canção, reconhecendo apenas a melodia e acompanhando a melodia do piano em *humming*, Todo o resto da sessão decorreu em volta da canção, com o objetivo de conseguir reprodução da letra da canção pela P.J.. Para atingir o objetivo, a estagiária cantava a canção fazendo silêncio em partes estratégicas da canção (fragmentos que a P.J. não reproduzia) para que a utente as completasse, criando jogo de pergunta-resposta com vista à reciprocidade do discurso.

Durante as seguintes sessões a dinâmica manteve-se, atingindo o conhecimento e reprodução total da letra por parte da P.J., mantendo o jogo de pergunta resposta em partes da letra diferentes em cada sessão e obtendo resposta por parte da P.J., de todas as vezes em que o silêncio ocorria por parte da estagiária.

Com vista à promoção da troca de papéis, durante as seguintes sessões a estagiária reproduziu a canção apenas no piano, sem componente vocal, para que a iniciativa de a reproduzir vocalmente partisse da P.J., assumindo o papel da liderança e tentando evocar a resposta vocal por parte da estagiária.

De forma a dar seguimento ao trabalho ao nível da reciprocidade e troca de papéis, estabelecendo paralelismo com a comunicação, repetiu-se o processo anterior com outra canção sugerida pela utente, *Cancão do Mar* da Dulce Pontes.

Na décima quinta sessão não ocorreu qualquer tipo de atividade musical, uma vez que, a P.J. tinha estado de férias duas semanas e ao entrar na sala contou de forma verbal, ainda que, apenas estruturada em alguns momentos, uma situação que tinha ocorrido nas férias relacionada com a banheira da casa do irmão que se encontrava estragada. De cada vez que a estagiária tentou introduzir componente sonora, a P.J. ignorou por completo, aumentando o volume da voz, tendo então a estagiária assumido o papel de ouvinte, colocando questões sobre o sucedido.

Esta sessão verificou a relação terapêutica criada entre a estagiária e a P.J., que pressupõe confiança da utente na estagiária para efetuar o desabafo, bem como, demonstrou as melhorias conseguidas ao nível da estrutura do discurso, que ainda que não estruturado por completo, sofreu um aumento significativo dos momentos de discurso estruturado em relação à fase inicial.

Durante a terceira fase, a P.J., revelou melhorias significativas ao nível do tempo de concentração e foco na atividade musical.

Resultados

Considerando os objetivos propostos no plano de intervenção terapêutica, para uma melhor perceção da evolução ao longo do trabalho desenvolvido, procedeu-se à reavaliação,

através da aplicação dos instrumentos de avaliação (Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins e o questionário de avaliação da qualidade de vida WHOQL-BREF).

No decorrer da intervenção, a estagiária foi partilhando com a equipa a evolução da P.J. com o suporte das imagens de vídeo recolhidas nas sessões.

Em termos do desenvolvimento da interação e comunicação musical avaliado pela Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins, e com o apoio dos registos de sessão efetuados pela estagiária, verificou-se o impacto positivo da musicoterapia no desenvolvimento da P.J., bem como na sua qualidade de vida, avaliada pela WHOQOL-BREF.

No que diz respeito à problemática apresentada ao nível da estrutura do pensamento, os objetivos terapêuticos delineados na elaboração do plano terapêutico, visavam a promoção da capacidade de manter um ritmo como fator de estabilidade temporal, a perceção consciente da troca de papéis e o desenvolvimento de melodias estruturadas com princípio, meio e fim.

Observaram-se melhorias significativas ao nível do desenvolvimento de melodias estruturadas com princípio, meio e fim, bem como, ao nível da interação musical atingindo a troca de papéis de forma consciente. A equipa técnica referiu que a interação da P.J., principalmente com os colegas em contexto de CACI, melhorou exponencialmente, demonstrando-se uma pessoa muito mais recetiva e disposta à interação. Foi referido também pela equipa que a P.J. com o decorrer da intervenção em musicoterapia, se traduziu numa pessoa, ainda mais sorridente e bem disposta, cantarolando as canções trabalhadas em sessão pelos corredores.

No que concerne ao objetivo delineado para a problemática apresentada ao nível da estrutura do discurso, também se verificaram melhorias significativas. A capacidade de reprodução e reconhecimento de melodias, bem como a capacidade de reprodução de componentes melódicos e de letras de canções com alguma extensão, verificam uma estrutura ao nível da linguagem.

Ao nível do objetivo proposto com vista a uma maior reciprocidade da comunicação e do discurso, foi possível verificar desenvolvimento ao nível da iniciativa e reciprocidade comunicativa, bem como, desenvolvimento das respostas. A equipa técnica constatou que a P.J., ainda que não sempre nem de forma sistemática, nutriu melhorias ao nível da intencionalidade comunicativa com os colegas do CACI, tendo esta, desenvolvido uma relação de amizade espontânea e inesperada com uma das colegas que frequenta a sala de aprendizagem no mesmo período que a P.J., tendo até pedido à monitora da sala para trocar de lugar e sentar-se junto da amiga. A monitora da sala onde decorre a aprendizagem, refere ainda que se sentiu um aumento significativo no tempo de concentração nas tarefas, bem como, na antecipação de respostas, e no aumento da manutenção do contacto ocular por parte da P.J. durante a interação verbal direta.

Os resultados verificados através da reavaliação após a aplicação da Escala de Comunicabilidade Musical, encontram-se descritos na tabela seguinte.

Tabela 11

Resultados da Reavaliação da Escala de Comunicabilidade Musical

Nível de Comunicabilidade Musical	Domínio
Nível 5	Instrumental
Nível 2	Corporal
Nível 4	Vocal

Deste modo, verifica-se uma evolução ao nível dos três domínios avaliados pela Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins, ainda que menos acentuado no domínio corporal.

No que diz respeito ao domínio instrumental, a P.J., na avaliação inicial encontrava-se no nível dois correspondendo a respostas evocadas, no entanto, após a reavaliação encontra-se no nível cinco, demonstrando interesse em tocar e cantar material/ canções específicas, reconhecimento consciente e antecipação nas respostas musicais.

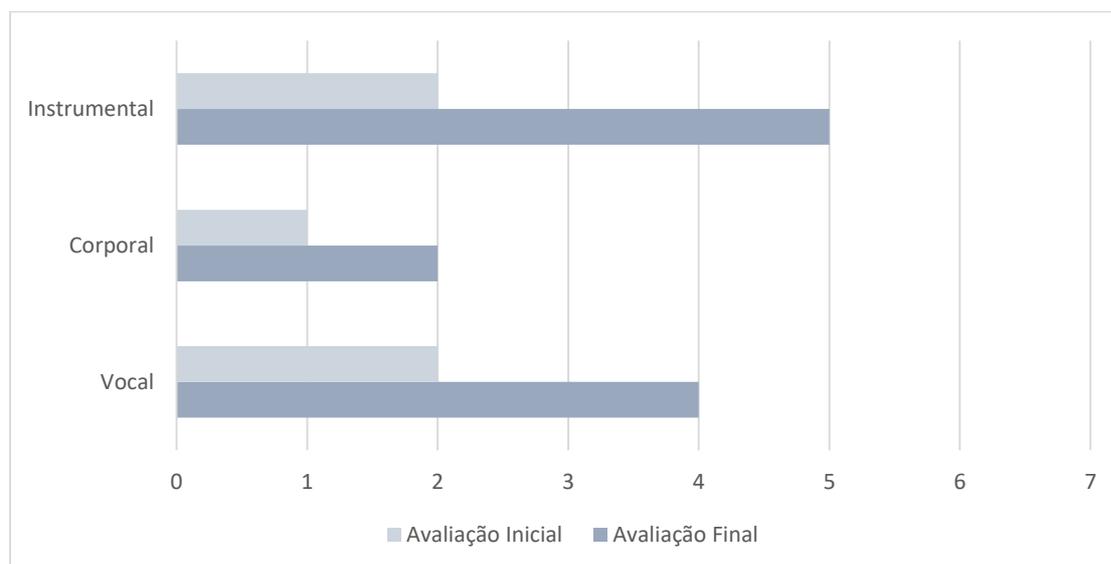
Ao nível do domínio corporal, no início do processo terapêutico, a P.J. encontrava-se no nível um, correspondente a nenhuma responsividade comunicativa. Atualmente, revela movimentos reflexivos fugazes que demonstram o efeito da música e apresenta breves movimentos entusiásticos como movimentar as mãos em resposta a estímulos musicais, encontrando-se assim, no nível dois.

No que concerne ao domínio vocal, na fase inicial, a P.J. encontrava-se no nível dois, correspondente a nenhuma responsividade comunicativa, enquanto, no final da intervenção terapêutica se encontra no nível quatro, demonstrando vocalizações relacionadas com a improvisação, cantando canções e melodias.

Os resultados comparativos da avaliação inicial com a avaliação final, obtida através da Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins, ilustram-se no seguinte gráfico.

Figura 5

Evolução– Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins



Ao nível da reavaliação da qualidade de vida através da WHOQL-BREF, preenchido pela equipa técnica, a P.J. apresentou um total de dezoito pontos, sendo que a cotação máxima possível era de vinte pontos, verificando evolução no sentido positivo. O domínio que sofreu a mudança positiva mais acentuada foi o domínio psicológico.

Tabela 12

Resultados da Reavaliação Inicial da WHOQOL-BREF.

Domínio	Resultados	Resultados transformados (0-20)
Físico	32	4,7
Psicológico	26	5,3
Relações Interpessoais	11	3
Meio Ambiente	35	4,6

Discussão do Caso

Considerando as limitações apresentadas inicialmente pela P.J. ao nível da estrutura do pensamento, do discurso e da comunicação, verificaram-se os benefícios da musicoterapia. Para um melhor entendimento dos mesmos, recorreu-se aos dados obtidos por meio da avaliação inicial, da avaliação final e dos resultados obtidos em resposta aos objetivos delineados no plano terapêutico.

Segundo Coelho et. al., 2000; Tamayo et. al., 2001 e Van Kolck, 1987, perceber o corpo como elemento de comunicação e linguagem está inerente ao entendimento do comportamento do ser humano e ao entendimento da forma como o mesmo se traduz nas experiências motoras, exprimindo o interior do sujeito, bem como, o seu contributo na construção da imagem física, do autoconceito e da autoimagem.

Verificaram-se resultados ao nível da comunicação corporal e verbal, ainda que com maior ênfase na comunicação verbal. A voz é um componente corporal inerente à comunicação

verbal, deste modo, para um aumento da utilização vocal como meio de comunicação, é necessário um maior autoconhecimento. A utilização da voz, comporta o fator exposição, e consequentemente maiores níveis de confiança em si próprio e no outro, verificando os resultados obtidos ao nível da comunicação e demonstrando o sucesso da criação da relação terapêutica.

Ainda segundo Tamayo et. al., (2001), o autoconceito constitui parte fundamental na organização do pensamento relativamente às suas vivências reais e imaginárias, bem como, à percepção sobre si mesmo e à autorregulação. Pretendia-se essencialmente no trabalho interventivo com a P.J., a estruturação e organização a vários níveis, deste modo, observam-se resultados significativos ao nível da estrutura do pensamento e do discurso, através do desenvolvimento do autoconceito e do autoconhecimento.

A P.J., apresenta melhorias significativas ao nível da verbalização e locução oral, da expressão corporal e do movimento, bem como, na relação e coordenação pensamento linguagem, desenvolvimentos esses, justificados pela interação musical no instrumento e no domínio vocal.

De acordo com Macedo (2008), quanto maior for o sentimento de pertença a um determinado contexto, maiores são as mudanças de comportamento e autopercepção produzidas, gerando reconhecimento social da mudança e motivando a pessoa a ultrapassar as suas dificuldades e relacionar-se com os outros, potenciando as suas capacidades, ainda que, dentro das suas limitações.

Considerando a modificação de comportamentos por parte da P.J., no que diz respeito à interação social com os colegas e funcionários do CACI, verifica-se que a utente desenvolveu um sentimento de pertença em contexto de sessão apresentando uma maior pré-disposição fora dela, para se relacionar com os colegas e funcionários em contexto de CACI, e consequentemente desenvolver sentimentos de pertença nesse e noutros contextos, traduzindo-

se na motivação para a mudança, no reconhecimento da mudança social e no fortalecimento das suas capacidades.

A música improvisada, constituiu um veículo para o cumprimento dos objetivos terapêuticos, permitindo a comunicação, desenvolvendo um vínculo gradual terapeuta-utente, a vivência do “eu”, a organização e estruturação do pensamento, o aumento da concentração e atenção e a fomentação das relações e interações sociais (Turry, 2019).

De acordo com os resultados obtidos na Escala de Comunicabilidade Musical, verificou-se a improvisação clínica como uma técnica de utilização fundamental no trabalho com a P.J., permitindo um trabalho simultâneo de diferentes domínios relevantes neste caso e justificando os resultados obtidos.

Wigram & Pederson (2002) afirmam que a utilização da canção improvisada, nutre efeitos no trabalho ao nível da comunicação e a autoexpressão, criando estrutura ao nível do pensamento e da linguagem. Deste modo, considerou-se importante a utilização da canção improvisada através da criação de letras como estímulo da comunicação e linguagem.

Ainda de acordo com os mesmos autores, a interação musical através da imitação e variações musicais que da mesma emergem, constitui um papel fundamental na comunicação e criação de momentos de pergunta-resposta. Esta técnica, denomina-se de *turn-taking*, tendo sido aplicada pela estagiária ao caso da P.J., visando a reciprocidade do discurso e o desenvolvimento de ideias e respostas dadas, indo de encontro ao pretendido nos objetivos contidos no plano de intervenção terapêutica.

Conclusão

Com base nas características e problemáticas apresentadas inicialmente pela P.J., conclui-se que a intervenção em musicoterapia nutriu melhorias significativas no seu desenvolvimento e na sua qualidade de vida.

As mudanças mais evidenciadas, decorrem ao nível da estrutura do pensamento e linguagem, da comunicação e da expressão vocal.

No que diz respeito a questões de estrutura e coordenação pensamento-linguagem, as melhorias evidenciam-se no desenvolvimento da criatividade, introduzindo ideias coerentes e coesas, bem como, na criação de melodias estruturadas com princípio, meio e fim, à capacidade de reprodução de canções e letras com uma extensão considerável, e ainda, na capacidade de manutenção de um ritmo como fator de estabilidade temporal.

No que concerne à comunicação, os resultados surgem por meio da improvisação clínica, através do aumento do contacto ocular, da intencionalidade comunicativa, na troca de papéis consciente e na melhoria das relações sociais criadas e/ou mantidas pela P.J., fora da sessão.

Ao nível da estrutura, coesão e reciprocidade do discurso, as mudanças mais significativas evidenciam-se pelo aumento da duração de partes do discurso coesas, pela troca de papéis consciente nos jogos de pergunta-resposta, na coerência e linha condutora estruturada das ideias verbais introduzidas nas canções improvisadas e nas melodias criadas pela utente.

Sentiram-se ainda efeitos positivos ao nível do aumento dos tempos de concentração e foco, na autorregulação, reduzindo as estereotipias (levantar e sentar) apresentadas inicialmente. Outros efeitos surtidos na P.J., em paralelo com os objetivos estabelecidos no plano de intervenção terapêutica, prendem-se com a melhoria significativa no humor e predisposição para a realização de atividades de CACI.

Por fim, considerando as estratégias adotadas durante o processo de intervenção terapêutica, considerou-se a intervenção adequada às necessidades apresentadas inicialmente pela utente evidenciando o desenvolvimento e evolução positiva da mesma, não só em contexto de sessão mas também fora dela, validada pela equipa técnica.

Outras Intervenções

No capítulo que se segue, descrevem-se de forma breve as restantes intervenções realizadas no âmbito deste estágio, caracterizando cada caso individual e de grupo, os objetivos estabelecidos para os mesmos, descrevendo o processo de intervenção e resultados obtidos em cada um deles.

Caso J.E.

O J.E. é do sexo masculino, tem cinquenta e oito anos e diagnóstico de PC. Vive numa das residências da APCL, mas mantém uma relação saudável com os pais, identificando a mãe como figura de suporte emocional. Frequenta a casa dos pais semanalmente e por períodos mais longos de tempo durante épocas festivas como o Natal, a Páscoa e o seu aniversário ou o aniversário dos pais.

O J.E., é não verbal e utiliza cadeira de rodas (de posicionamento para se movimentar), apresentado comprometimentos motores significativos, bem como, problemas ao nível da visão da mesma significância. Apesar das suas limitações, é uma pessoa extremamente divertida, com bastante intencionalidade comunicativa, que está integrado nos diversos contextos em que está inserido e que adora dançar e cantar. Apresenta como maiores problemáticas a labilidade emocional, a necessidade constante de atenção e afeto, a necessidade constante de se estimular sexualmente e ainda, a comunicação verbal.

Considerando as problemáticas apresentadas pela equipa técnica em relação ao J.E., os objetivos terapêuticos centraram-se na expressão emocional, no controlo dos impulsos e na comunicação verbal.

Ao longo do processo terapêutico foi demonstrando prazer na atividade musical, expressão emocional, através da improvisação clínica no piano, interesse significativo na música e nos instrumentos harmónicos e de percussão, aquisição de competências linguísticas

como o som emitido pelos animais e ainda, uma consciência dos contextos e de comportamentos adequados a esses mesmos contextos.

O J.E. demonstrou desde sempre competências musicais ao nível rítmico, introduzindo e mantendo ritmos como fator de estabilidade temporal, vocalizações relacionadas com o produto musical e capacidade de produção de melodias estruturadas com princípio meio e fim.

A musicoterapia, no caso do J.E., verificou-se como espaço contendor e seguro para a sua expressão emocional, tendo ocorrido numa das sessões, a catarse, contida pela estagiária.

No final da intervenção terapêutica, o J.E., apresentou resultados ao nível da expressão emocional e do autoconhecimento, na adequação de comportamentos a contextos, ainda que não em todos os que está envolvido, e ainda, aquisição de sonoridades associadas a imagens.

Caso J.M.

O J.M. é do sexo masculino, tem vinte e sete anos e diagnóstico de PC. Vive num dos lares residenciais da APCL desde o falecimento da mãe. Não mantém contacto frequente com o pai, uma vez que este vive longe, ainda que, este seja o seu tutor legal.

O J.M. . é um jovem verbal, com algumas limitações motoras colmatadas com o uso do andarilho. Apresenta problemas de saúde graves a nível intestinal, estando atualmente algaliado e não fazendo controlo dos esfíncteres. Refere que é fã número um da banda DZR'T, . é muito vaidoso, doce, sensível e afetivo. Mantém uma relação afetiva especial com uma das funcionárias do CACI a quem chama de “mãe”.

A equipa técnica apresenta como maiores problemáticas do J.M., a necessidade afetiva constante, a expressão emocional e a linguagem, uma vez que nem sempre a sua dicção é perceptível e o seu léxico verbal é bastante reduzido.

Desta forma, e pretendendo corresponder às necessidades do J.M, os objetivos terapêuticos foram delineados assentando essencialmente na expressão emocional e aquisição de léxico verbal.

Ao longo do processo terapêutico, o J.M. demonstrou alguma resistência à mudança e novidade, considerando-se assim necessário uma intervenção a longo-prazo mais benéfica com vista ao trabalho mais profundo das questões emocionais do mesmo.

Com vista a responder aos objetivos delineados, o trabalho desenvolvido com o J.M., centrou-se maioritariamente na aquisição de competências linguísticas, por meio do trabalho vocal com canções da banda DZR'T.

No final da intervenção, o J.M. apresentou melhorias ao nível da dicção e articulação das palavras, bem como, ao nível da aquisição de léxico verbal, articulando palavras complexas de forma clara e adquirindo construção e estrutura frásica correta.

Caso L.F.

O L.F. é do sexo masculino, tem trinta e seis anos e diagnóstico de PC. Vive com a mãe e visita a casa da irmã mais velha semanalmente, mantendo uma relação saudável com ambas (mãe e irmã).

O L.F. é verbal, no entanto, preferência a comunicação gestual. Não apresenta grandes limitações motoras nem de mobilidade, no entanto, tem crises de ausência frequentes e longas devido à condição de epilepsia que apresenta associada à PC. A única forma de ouvir a sua voz, é reproduzir músicas do cantor português Tony Carreira, sendo que, este canta fragmentos das mesmas com regularidade. Adora música, adora cantar e revela um fascínio pela guitarra, talvez por ser o instrumento tocado pelo cantor favorito Tony Carreira. O L.F. é um jovem tímido e reservado mas bem disposto com bastante sentido de humor.

As maiores problemáticas apresentadas pelo L.F., segundo a equipa técnica, prendem-se com a comunicação verbal, a seletividade que o mesmo apresenta sobre os momentos e as pessoas com quem comunica verbalmente e a integração nos grupos em que está inserido, a interação e socialização. O plano terapêutico elaborado para o L.F., assentou então nestas três problemáticas: intencionalidade comunicativa, verbalização e socialização.

No decorrer da intervenção em musicoterapia, o L.F. mostrou-se mais comunicativo, aberto à experiência musical, confiante e consciente das suas potencialidades. O progresso terapêutico do L.F, decorreu de forma bastante lenta. As expectativas da estagiária e da equipa técnica, indicavam que o processo seria longo e demorado, devido à resistência apresentada pelo L.F ao nível da comunicação, da relação e da novidade. De forma a contornar a resistência e a criar um espaço contentor, seguro e de previsibilidade para a exposição e expressão emocional, todo o trabalho realizado com o L.F. assentou no trabalho de canções do seu cantor favorito Tony Carreira.

Considerando o início e o final do processo interventivo, verifica-se que o L.F. desenvolveu significativamente a sua intencionalidade comunicativa, uma vez que, durante a sessão verbalizava piadas de forma espontânea, como por exemplo, “o piano está maluco!” de cada vez que este se desligava.

Também se verificaram melhorias significativas em relação à comunicação, de um modo geral, uma vez que no início da intervenção, o L.F. cantava apenas os finais de algumas frases e de apenas uma música *Sonhos de Menino* que insistia em ouvir e cantar de forma repetitiva, enquanto, nas últimas sessões, o L.F. cantava frases e refrões completos de múltiplas canções, ainda que sempre do mesmo cantor Tony Carreira.

No que diz respeito à socialização e exposição, verificou-se um crescimento exponencial, uma vez que, por iniciativa própria, o L.F. participou numa mostra musical organizada pelos utentes em homenagem ao fim das sessões da musicoterapia e da permanência da estagiária no local de estágio.

Caso M.C.

O M.C. é do sexo masculino, tem sessenta e oito anos e diagnóstico de PC. Vive num dos lares residenciais da APCL, desde o falecimento do pai e do internamento da mãe na Casa do Artista (lar de idosos). Mantinha contacto telefónico diário com a mãe e visitava-a no lar

semanalmente, tendo esta, vindo a falecer durante o processo de intervenção terapêutica do M.C. em musicoterapia.

Referia a mãe e o pai como os seus grandes pilares e revelava uma relação afetiva muito forte com ambos, uma vez que, passava os seus dias no trabalho do pai que desempenhava funções de médico psiquiatra no Centro Hospitalar Júlio de Matos. A mãe era atriz, conhecida em Portugal e o M.C. afirma que o seu gosto pela arte foi herdado da sua mãe.

O M.C. é um senhor pacato, doce, sensível, de ideias fixas, criativo, trabalhador e que adora escrever poemas, ouvir música, desenhar, fazer tear e escrever histórias, tendo já publicado um livro com histórias e poemas da sua autoria. A equipa técnica, juntamente com outros profissionais de saúde pelos quais o M.C. é acompanhado, suspeitam de que este se encontra no início de um processo de demência, o que o tem deixado bastante abalado, frustrado e irritado, pela perda de capacidades, principalmente de memória e de fio condutor espacial e temporal de que tem vindo a sofrer.

Considerando as problemáticas principais do M.C., apresentadas pela equipa, o plano de intervenção terapêutica pretendia essencialmente responder a necessidades ao nível da expressão emocional, da prevenção da perda de capacidades, da visão do corpo como um todo, bem como, a utilização do lado afetado e ainda, do desenvolvimento da criatividade.

Durante o processo de intervenção terapêutica, o M.C. escreveu canções com letra, criou partituras gráficas sonoras que suportaram o produto harmónico, inteiramente da sua autoria, desenvolveu canções instrumentais com melodias estruturadas com princípio, meio e fim, e ainda, escreveu e sonorizou histórias e desenhos abstratos também inteiramente da sua autoria. O espaço contentor e seguro criado nas sessões de musicoterapia, constituiu o único contexto em que o M.C., verbalizou o luto, bem como, homenageou a mãe através de uma canção que escreveu com ajuda da estagiária.

Nutriu resultados positivos com a musicoterapia ao nível da estimulação da criatividade, ao nível da expressão e exteriorização de sentimentos, ao nível da visão do corpo como um todo e da utilização do lado afetado, e ainda ao nível da organização e estrutura espacial e temporal que até então se encontrava dúbia devido ao processo de demência que se iniciava.

Caso G1

O G1, constitui-se por dois indivíduos do sexo masculino (H.M. e P.N.) e por dois indivíduos do sexo feminino (M.M. e R.G.). A escolha de elementos para este grupo recaiu nos aspetos em comum que todos partilhavam, a não adequação da sua autoimagem à realidade, revelando uma perceção não realista do “eu” a nível físico, emocional e no que concerne às suas capacidades, bem como, o baixo nível de autoestima e confiança em si próprios.

Os objetivos terapêuticos deste grupo recaíram sobre o trabalho do “eu”, o desenvolvimento do autoconceito, o reconhecimento de fragilidades e potencialidades, e ainda, a promoção da autoestima.

Realizaram-se durante as sessões atividades como a criação do autorretrato sonoro, a escrita de canções conjunta, a improvisação clínica e jogos musicais como o jogo do líder. Na escrita de canções conjuntas, pretendia-se essencialmente que cada um elaborasse uma estrofe sobre um colega, enaltecendo as suas qualidades e potencialidades. Na improvisação clínica, os temas sobre os quais a improvisação decorria centravam-se no reconhecimento das potencialidades e fragilidades e na partilha das mesmas com os outros.

No final do processo de intervenção terapêutica, em cada caso de forma individual, sentiram-se melhorias ao nível da autoconfiança e da autoestima, elaborando autorretratos mais realistas. De forma grupal, o produto musical das improvisações foi sofrendo mutações significativas, tornando-se mais coeso, conjunto, com espaço para todos e lideranças individuais espontâneas, conscientes e com rotatividade entre todos.

Casos G2 e G3

O grupo dois, constituiu-se por três indivíduos do sexo feminino (A.V., B.M. e C.G.) e um indivíduo do sexo masculino (M.F.). O grupo três constituiu-se por dois indivíduos do sexo masculino (N.S. e R.I.) e por um indivíduo do sexo feminino (J.B.).

A escolha de elementos para os grupos recaiu sobre a problemática comum no que concerne à socialização e interação com os pares. Os objetivos delineados para os grupos relacionaram-se com a comunicação e o autoconhecimento visando uma melhor relação com o outro e a interação social.

Sentiu-se a necessidade da divisão dos utentes em dois grupos visando uma maior atenção individualizada. A intervenção em ambos os grupos, assentou na abordagem lúdica, com técnicas ativas de musicoterapia.

Realizaram-se durante as sessões atividades musicais como a improvisação clínica, jogos musicais a pares e em grupo, cantar canções conhecidas e ainda a escrita de canções. Pretendia-se sobretudo com estas atividades a criação de produto musical grupal contendo e respeitando a individualidade de cada um, bem como, a criação de relação entre elementos do grupo e entre o grupo de modo geral.

No final da intervenção em musicoterapia, verificaram-se, em ambos os grupos, resultados no que concerne à criação de relações com os pares, à intencionalidade comunicativa e comunicação de um modo geral, bem como, no desenvolvimento do autoconceito e do papel que o “eu” e a individualidade do “eu” desempenha nos grupos em diferentes contextos. As mudanças positivas foram mais evidentes e significativas no grupo G2, principalmente no que diz respeito à criação de relações afetivas entre elementos do grupo.

Conclusão

O estágio curricular foi realizado no presente ano letivo de dois mil e vinte e três/ dois mil e vinte e quatro, providenciou à estagiária aprendizagem e experiência profissional integrada numa equipa de intervenção multidisciplinar.

O objetivo proposto para este estágio centrou-se na resposta às necessidades dos utentes, com vista à criação de um espaço seguro e contendor de expressão emocional, estimulando todas as áreas do desenvolvimento e produzindo melhorias ao nível da qualidade de vida visando a criatividade. Os objetivos equacionados foram atingidos por meio da intervenção em musicoterapia pela estagiária durante o período de estágio.

Comprovaram-se mudanças positivas em todos os utentes com os quais a intervenção foi realizada a diversos níveis, destacando a expressão emocional, a comunicação, as relações sociais e autonomia. Esta produção de mudança positiva evidencia e reforça a importância da musicoterapia no trabalho com pessoas com deficiência, nomeadamente com PC, reforçando a hipótese de intervenção com esta população impulsionando resultados qualitativos e quantitativos visíveis.

O contacto com a música, potenciou o desenvolvimento de competências ao nível físico, cognitivo, emocional, de comunicação e social dos utentes.

O autoconceito, a autoimagem e a autoestima, constituíram o tema central do Grupo 1, no entanto, nos casos individuais, ainda que não fossem o foco ou descritos como objetivos no plano terapêutico, foram sendo trabalhados em paralelo através do produto musical que ia surgindo no decorrer das sessões. Verificaram-se então resultados a este nível, nos casos individuais. Os utentes tornaram-se mais capazes e confiantes de assumir o poder e o controlo sobre a sua vida e as suas escolhas, bem como, revelaram mais consciência das suas potencialidades, capacidades e fragilidades, conhecendo o seu “eu” de forma mais profunda, aceitando de uma melhor forma as suas limitações e potenciando a suas capacidades dentro das

limitações. A envolvimento na atividade musical potenciou o autoconhecimento que se traduziu numa maior autoestima e autoconfiança, e ainda, numa maior consciência daquilo que lhes dá prazer.

A qualidade de vida, evidenciou melhorias em todos os utentes, com maior destaque nos utentes institucionalizados, mas também, nos que residem fora da instituição.

Os instrumentos de avaliação aplicados aquando da intervenção, denota-se a acentuação dos resultados obtidos ao nível da comunicabilidade musical, não desfazendo os resultados obtidos ao nível da qualidade de vida.

Os instrumentos de avaliação verificam a adequação da metodologia adotada e a sua validade, verificando-se como adequada às especificidades da população com a qual se realizou a intervenção.

Evidenciam-se as limitações do presente estágio como: o *setting*, pela rotatividade do mesmo e falta de disponibilidade de sala frequente; a gestão de horários para a realização das sessões; a assiduidade e pontualidade dos utentes, dependente de fatores externos como atrasos nos transportes; o preenchimento dos instrumentos de avaliação pela equipa técnica no caso dos utentes que não estão capacitados para o seu preenchimento, podendo este ter sido um fator de influência nos resultados, especialmente no que diz respeito à qualidade de vida.

Em relação à prática futura, é de realçar a importância da continuidade do trabalho em musicoterapia com as pessoas com deficiência em contexto institucional de CACI. Realça-se ainda a importância da produção de investigação em português e no contexto português, com vista à expansão deste tipo de intervenção, neste contexto e com esta população.

Reflexão

O presente estágio revelou-se numa grande aprendizagem, permitindo o enriquecimento pessoal e profissional, bem como, a aplicação dos conhecimentos adquiridos durante a formação académica.

Numa fase inicial, sentiram-se inseguranças e questões pelo contexto no qual a intervenção se realizou, uma vez que, a minha zona de conforto, prende-se com o contexto escolar e com população pediátrica. A intervenção em musicoterapia implica responsabilidade acrescida uma vez que, se intervém com aspetos ao nível da saúde física e mental do utente. Com o passar do tempo as questões foram sendo respondidas e as inseguranças foram sendo suavizadas, contando com a supervisão, espaço indispensável.

Iniciei o estágio muito expectante, mas sempre ciente de que o progresso com a população em questão é lento e demorado, no entanto, as expectativas foram superadas pelo envolvimento dos utentes nas atividades musicais propostas e pelo progresso verificado, tendo este sido mais rápido e significativo do que o esperado.

A abordagem adotada na intervenção, permitiu um olhar sobre os utentes, com singularidade e individualidade, com as suas especificidades e sentimentos, para além da patologia. Revelou-se fascinante a capacidade da pessoa com deficiência, principalmente a pessoa não-verbal, de utilizar a música para comunicar, expandindo-se os resultados noutros contextos, estabelecendo um paralelismo entre as metáforas musicais e a vida real.

Importa realçar a relevância da ajuda prestada pela equipa técnica sempre que necessário, destacando a terapeuta ocupacional e a psicóloga. Deste modo, destinam-se os agradecimentos à Terapeuta Sílvia Garcia, por todo o apoio prestado no que concerne à informação sobre os utentes e ao preenchimento do instrumento de avaliação da qualidade de vida; à Doutora Susana Branco, por todo o apoio prestado em termos logísticos e de acompanhamento interventivo; à orientadora de estágio Doutora Cláudia Figueiredo, pela

disponibilidade e flexibilidade com que resolveu sempre as questões que foram surgindo; à Professora Doutora Ana Rita Maia pelo conhecimento transmitido ao longo da formação académica, sem o qual não teria sido possível a escrita deste relatório, e por fim, à Professora Doutora Susana Gutierrez-Jiménez, pela paciência, dedicação, pela confiança depositada e por ter acreditado em mim, sempre, mesmo quando nem eu acreditava.

Reconheço o privilégio de ter trabalhado com os utentes do E7O e com a equipa multidisciplinar da APCL, e por ter sido a responsável pelas melhorias nutridas nas suas vidas e pela melhoria da sua qualidade de vida. Levo no coração cada abraço, cada gargalhada partilhada, cada agradecimento e cada um dos utentes de forma singular.

A musicoterapia transforma não só as vidas de quem beneficiam dela mas também a vida dos que a exercem, conectando pessoas e permitindo-nos experienciar emoções e sentimentos indiscreíveis.

Referências

- Aigen, K. S. (2014). the Study of Music Therapy: Current Issues and Concepts. *The Australian Journal of Music Therapy*, 25, 170.
- Almeida, G. A. N. de, Loureiro, S. R., & Santos, J. E. dos. (2002). A imagem corporal de mulheres morbidamente obesas avaliada através do desenho da figura humana. *Psicologia: Reflexão E Crítica*, 15(2), 283–292.
<https://doi.org/10.1590/s0102-7972200200020000>
- Amaral, L.A. (2001). Atividade física e diferença significativa/deficiência: algumas questões psicossociais remetidas à inclusão/convívio pleno. In: IV Congresso Brasileiro de Atividade Motora Adaptada, Curitiba: Anais do IV Congresso Brasileiro de Atividade Motora Adaptada, 30-31.
- American Music Therapy Association. (2005). *What Is Music Therapy | What Is Music Therapy? | American Music Therapy Association (AMTA)*. Musictherapy.org; American Music Therapy Association.
<https://www.musictherapy.org/about/musictherapy/>
- Associação de Paralisia Cerebral de Lisboa (2021). *Sobre nós*. Associação de Paralisia Cerebral de Lisboa (APCL). <https://www.apcl.org.pt/associacao>
- Appel, M., Wendt, G. W., & de Lima Argimon, I. I. (2010). A Teoria da Autodeterminação e as influências sócio-culturais sobre a identidade. *Psicologia em Revista*, 16(2), 351-369.).
- Artigo 13/ Princípio da Igualdade. Assembleia da República. (2013). *Constituição da República Portuguesa*.
- Artigo 2. Assembleia da República. (2013). *Constituição da República Portuguesa*.
- Artigo 71. Assembleia da República. (2013). *Constituição da República Portuguesa*.
- Benenzon, R. (1988). *Teoria da Musicoterapia - Contribuição ao conhecimento do contexto não-verbal*. Summus.

Benenzon, R. (1986). *Manual da Musicoterapia*. Enelivros.

Bruscia. (2000). *Definindo Musicoterapia*. Enelivros .

Bruscia, K.E. (2016). *Definindo Musicoterapia*. Dallas: Barcelona Publishers.

Cans, C. (2000). Surveillance of cerebral palsy in Europe: a collaboration of cerebral palsy surveys and registers. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 42(12), 816-824.

Centers for Disease Control and Prevention. (2023, October 6). *What is cerebral palsy?*.

Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/ncbddd/cp/facts.html>

Coelho, J.A.P.M., Gouveia, V.V., Formiga, N.S., Meira M., Milfont T.L. (2000). Escala de auto-imagem: adaptação ao contexto brasileiro. In: V Encontro Mineiro de Avaliação Psicológica: Teorização e Prática, Belo Horizonte: Anais do V Encontro Mineiro de Avaliação Psicológica: Teorização e Prática, 132-134.

Cometti, G., Camin, S.S., Tomé, F.A.M.F., Catão, E.C., Duarte, W.F. (2000). Um estudo em adultos com sobrepeso e obesos: imagem corporal, auto-estima e percepção de si mesmo. In: V Encontro Mineiro de Avaliação Psicológica: Teorização e Prática, Belo Horizonte: Anais do V Encontro Mineiro de Avaliação Psicológica: Teorização e Prática, 312-314.

Duarte, E. (2001). Adaptação e a pessoa portadora de deficiência. In: IV Congresso Brasileiro de Atividade Motora Adaptada, Curitiba: Anais do IV Congresso Brasileiro de Atividade Motora Adaptada, 35-36.

Elefant C, Mössler KA, Gold C. (2014). Music therapy for people with autism spectrum disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 6.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004381.pub3>

Faculdade de Direito da Universidade do Porto. (n.d.). *Publicações*. FDUP - Revista de Educação Especial e Reabilitação.

https://sigarra.up.pt/fdup/pt/pub_geral.revista_view?pi_revista_id=14588

- 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>
- Fernandez, J.M., Loureiro, S.R. (1990). Representação da imagem corporal em pacientes portadores de alterações vestibulares - Doença de Ménière. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília. 6 (3), 295-307.
- Ferreira, M.D., & Smith, M.P. (2013). *A musicoterapia na reabilitação de pacientes com paralisia cerebral*. Faculdades Metropolitanas Unidas.
- Gattino, G. S. & Reis, C. S. (2019). Musicoterapia e autismo: campos de comunicação e afeto (1a ed.). Florianópolis: Forma e Conteúdo Comunicação Integrada.
- Goffman, E. - Estigma (1982) - Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada - Rio de Janeiro, Ed. Zahar.
- Guy, J., & Neve, A. (2005). *Music Therapy & Cerebral Palsy Fact Sheet*. San Diego: The Music Tehrapy Center of California. https://www.themusictherapycenter.com/wp-content/uploads/2016/11/mtcca_cerebralpalsy.pdf
- Hilliard, R. E. (2008). *Creative interventions with traumatized children*. Retrieved from https://books.google.pt/books?hl=en&lr=&id=E4qYHCRGTkcC&oi=fnd&pg=PA62&dq=music+therapy+grieving+children+&ots=Gr3Dfps0Y2&sig=zi_qu_aJF93nGhbdoF0onNbNw0Q&redir_esc=y#v=onepage&q=music%20therapy%20grieving%20children&f=false
- INE. (2001). *Censos 2001*. Instituto Nacional de Estatística, Censos 2011. https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=censos_historia_pt_2001
- Kaenampornpan, P. (2015). The inclusion of the family members as primary carers in music therapy sessions with children in a special education centre; How does this help the child and the carer?. Dissertação de Doutoramento em Filosofia apresentada à

- Universidade Anglia Ruskin. <https://arro.anglia.ac.uk/id/eprint/550334/>
- Kim, J., Wigram, T., & Gold, C. (2009). Emotional, motivational and interpersonal responsiveness of children with autism in improvisational music therapy. *Autism*, 13(4), 389–409. <https://doi.org/10.1177/1362361309105660>
- Kolck, O. L. V. (1987). A doença e a imagem corporal: campo fértil de pesquisas. *Bol. psicol*, 46-8.
- Laiho, S. (2004). The psychological functions of music in adolescence. *Nordic Journal of Music Therapy*, 13(1), 47-63.
- Lipe, A.W. (2015). Music Therapy Assessment. In: WHEELER, B.L. *Music Therapy Handbook* (pp. 76-90). New York: The Guilford Press.
- Macedo, P. C. M. (2008). *Deficiência Física Congênita e saúde mental*. Revista da SBPH. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582008000200011
- Maestro-Gonzalez, A., Bilbao-Leon, M. C., Zuazua-Rico, D., Fernandez-Carreira, J. M., Baldonado-Cernuda, R. F., & Mosteiro-Diaz, M. P. (2018). Quality of life as assessed by adults with cerebral palsy. *PLOS ONE*, 13(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191960>
- Merleau-Ponty, M. (1971) - *Fenomenologia da percepção*. - Rio de Janeiro, Livraria Freitas Bastos.
- Mössler, K., & Gold, C., & Aßmus, J., & Schumacher, K., & Calvet, C., & Reimer, S & Iversen, G., & Schmid, W. (2019). The Therapeutic Relationship as Predictor of Change in Music Therapy with Young Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal Autism Development Disorder*, 49, 2795–2809. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3306-y>
- 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.
- Nordoff, P., & Robbins, C. (1977). *Creative music therapy: individualized treatment for the handicapped child*. New York: John Day co.
- Organização das Nações Unidas. (2011). *Relatório Mundial sobre a Deficiência.*: Governo do Estado São Paulo.
- Penna, L. (1990). Imagem corporal: uma revisão seletiva de literatura. *Psicologia USP*. 1 (2), 167-174.
- Priberam Informática, S. A. (n.d.). *Online*. Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. <https://dicionario.priberam.org/autoestima>
- Ruud, E. (1990). *Caminhos da Musicoterapia* (Summus (ed.)).
- 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>
- Tamayo, A., Campos, A.P.M., Matos, D.R., Mendes G.R., Santos J. B.,Carvalho N.T. (2001). A influência da atividade física regular sobre o autoconceito. *Estudos de Psicologia*; Natal, 6 (2), 157-165.
- Tradução E Validação da Escala Nordoff Robbins de Comunicabilidade musical. (n.d.-c). https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/AAGSAPCKGM/1/disserta_o_final_tradu_o_e_valida_o_da_escala_nordoff_robbins_de__comunicabilidade_musical_alin.pdf
- Turry, A. (2019). UCES. Musicoterapia Nordoff Robbins: la creatividad al servicio de determinar y facilitar objetivos clínicos en Musicoterapia. http://dspace.uces.edu.ar:8180/dspace/bitstream/handle/123456789/5050/Actas_Simposio_Intern_Musicoterapia_UCES_2019.pdf?sequence=1#page=53

- Wehmeyer, M. L. (1992). Self-determination and the education of students with mental retardation. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 27, 302-314.
- Wigram, T. (2004). *Improvisation Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians*, Wigram, T., Pedersen, I. N. & Blonde, L. O. (2002). *A comprehensive guide to music therapy: theory, clinical practice, research and training*. United Kingdom: Jessica. Educators and Student. New York: Jessica Kingsley Publishers.
- World Federation of Music Therapy. (1996) Info Cards. Retrieved from <https://wfmt.info/wfmt-for-students-2020-2023/info-cards/>

ANEXOS

LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Pedido de autorização de imagem

Anexo B – Questionário da História Sonoro-Musical adaptado de Benenzon (1995)

Anexo C – Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins

Anexo D – World Health Organization Quality of Life – Bref

Anexo E – Artigos do Jornal Mensal do E7O “O Nosso Olhar Sobre o Mundo” Referentes ao Trabalho em Musicoterapia

Anexo F – Letra da Marcha da APCL

ANEXO A

Pedido de autorização de imagem

Lisboa, ___ de _____ de _____

Ao Exm^o(^o) Sr^o(^o)

Caro(a) Senhor(a),

A instituição _____, onde V^a Ex^a está integrado(a) e da qual recebe serviços de intervenção, acolhe este ano lectivo um(a) estagiário(a) do curso de Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusfada de Lisboa, cujo trabalho é orientado a partir da Universidade, por profissionais com formação especializada na área da Musicoterapia. Neste tipo de intervenção, é extremamente importante a gravação em vídeo das sessões, para que o trabalho do estagiário possa ser devidamente supervisionado pelos docentes da Universidade, uma vez que não será possível a deslocação dos docentes supervisores ao local onde o trabalho será desenvolvido pela estagiária.

Assim, vimos por este meio solicitar a sua autorização para que se possam efectuar registos vídeo/audio das sessões de Musicoterapia em que V^a Ex^a participa, registos estes que serão utilizados única e exclusivamente para efeitos de supervisão e formação do(a) estagiário(a). Estes dados serão mantidos na mais absoluta confidencialidade entre o utente, o estagiário e o grupo de supervisão. Os dados serão destruídos após o fim do estágio curricular e da respectiva apresentação de relatório.

Junto apresentamos uma minuta de declaração de autorização do registo vídeo das sessões por parte do utente ou do seu representante legal. Solicitamos-lhe que preencha e assine esta declaração, que ficará arquivada no seu processo.

Com os melhores cumprimentos,

Professora Doutora Teresa Leite
Coordenadora Científica
Mestrado de Musicoterapia
Universidade Lusfada de Lisboa

DECLARAÇÃO

Eu, _____, pai / mãe / responsável legal / encarregado (a) de educação do(a) _____ (riscar se for o próprio), declaro para os devidos efeitos que autorizo a que sejam feitos registos em gravação video/áudio das sessões de intervenção a realizar no âmbito do estágio curricular do Mestrado de Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, exclusivamente para efeitos de supervisão do trabalho realizado. Os registos destas sessões serão geridos na confidencialidade das sessões de supervisão deste estágio, sendo destruídos após o término do estágio e a defesa do respectivo relatório.

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 projecto.

Ainda que eu autorize o registo áudio/vídeo das sessões em que irei participar, fica salvaguardada a possibilidade de, a qualquer momento, eu poder decidir pela interrupção destes mesmos registos e a destruição imediata dos mesmos, sem que isso interfira com o usufruto das sessões proporcionadas pela estagiária.

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

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

 Assinatura

 Nome Legível

ANEXO B

Questionário da História Sonro-Musical Adaptado de Benenzon (1995)

Data:

QUESTIONÁRIO SONORO-MUSICAL

(Este questionário pretende recolher informação de cariz sonoro e musical do utente. Deve ser preenchido de forma autónoma. Na falta de possibilidade de preenchimento autónomo, deve ser preenchido pelo tutor ou cuidador do utente.)

Dados pessoais:

Nome do utente:

Nome do respondente ao questionário:

Grau de parentesco do respondente ao questionário:

Idade:

Local de nascimento:

Dados sonoro-musicais:

1. Teve alguma canção de embalar?
 - 1.1 Qual?
2. Qual é a canção que mais gosta que lhe cantem?
3. É habitual ouvir música em casa?
 - 3.1 Em que situações?
4. Qual é a música que rejeita (não gosta)?
5. Qual é a música que mais ouve?
6. Recorda alguma situação gratificante (positiva) com música?
7. Recorda alguma situação não gratificante (negativa) com música?
8. Gosta de escutar algum instrumento musical especificamente?

8.1 Porquê?

Dados sonoro-musicais familiares:

9. Têm alguma experiência musical?

10. Tocam algum instrumento?

10.1 Qual?

11. Quais as músicas preferidas da sua família em reuniões familiares?

12. Quais as músicas que não gostam?

Dados sonoro-musicais ambientais:

13. Quais os sons que predominam na sua casa?

14. Quais os sons (não são canções, são sons) que ouve em casa que gosta?

15. Quais os sons (não são canções, são sons) que rejeita?

16. Mostra indiferença em relação a algum som (não são canções, são sons)?

Dados relevantes que queira partilhar:

Assinatura do respondente ao questionário:

Mariana Vieira - Estagiária de Musicoterapia

ANEXO C

Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins

Versão traduzida para o português brasileiro da Escala de Comunicabilidade Musical					
Criança:	Data de Nascimento:			Data:	Sessão:
Terapeuta:	Avaliador			Data da avaliação:	
Níveis de comunicabilidade	Modos de atividade				Avaliação total
	Instrumental	Vocal	Movimento corporal		
(7) Inteligência musical e habilidades funcionando livremente, competentemente e aparentemente comunicáveis. Entusiasmo para a criatividade musical.					
(6) Participação responsiva comunicativa firmemente estabelecida. Crescimento de autoconfiança musical. Independência em usar componentes rítmicos, melódicos e expressivos.					
(5) Sustentação de impulsos de resposta direcionada criando comunicação musical. Motivação musical aparecendo. Envolvimento aumentando.					
(4) Despertar da consciência musical. Percepção musical intermitente que se manifesta intencionalmente.					
(3) Respostas evocadas (ii): mais sustentadas e musicalmente relacionadas.					
(2) Respostas evocadas (i): fragmentadas, passageiras.					
(1) Nenhuma resposta musicalmente comunicativa.				Não ativo.	

ANEXO D

World Health Organization Quality of Life - BREF

WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@netvisao.pt)



FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
Domínio 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 3	$Q20 + Q21 + Q22$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			

DADOS PESSOAIS

A1 Idade anos **A2 Data de Nascimento** ____ / ____ / ____

A3 Sexo Masculino
 Feminino

A4 Escolaridade	Não sabe ler nem escrever	<input type="checkbox"/>
	Sabe ler e/ou escrever	<input type="checkbox"/>
	1º-4º anos	<input type="checkbox"/>
	5º-6º anos	<input type="checkbox"/>
	7º-9º anos	<input type="checkbox"/>
	10º-12º anos	<input type="checkbox"/>
	Estudos Universitários	<input type="checkbox"/>
Formação pós-graduada	<input type="checkbox"/>	

A5 Profissão

A6.1 Freguesia
A6.2 Concelho
A6.3 Distrito

A7 Estado Civil	Solteiro(a)	<input type="checkbox"/>
	Casado(a)	<input type="checkbox"/>
	União de facto	<input type="checkbox"/>
	Separado(a)	<input type="checkbox"/>
	Divorciado(a)	<input type="checkbox"/>
	Viúvo(a)	<input type="checkbox"/>

B1a Está actualmente doente? Sim Não

B1b Que doença é que tem? _____

B2 Há quanto tempo? _____

B3 Regime de tratamento? Internamento Consulta Externa Sem tratamento

C. Forma de administração do questionário

- 1. Auto-administrado
- 2. Assistido pelo entrevistador
- 3. Administrado pelo entrevistador

D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

OBRIGADO PELA SUA AJUDA!

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

ANEXO E

Artigos do Jornal Mensal do E7O “O Nosso Olhar Sobre o Mundo” Referentes ao Trabalho
em Musicoterapia

O NOSSO OLHAR SOBRE O MUNDO



DEZEMBRO
2023



Ficha Técnica

Colaboradores: Ana Couto; Ana Vieira; Bruna Matos; Carla Gameiro; Carlos Freire; Daniel Nunes; Fernando Rocha, Francisca Galhano; Henrique Morato; Joana Braga; João Eleutério; João Mascarenhas; J. Caturra; José Nascimento; Leandro Fernandes; Manuel Casimiro; Margarida Marques; Marina Ferreira; Nuno Silva; Paulo Narciso; Petra Jorge; Raquel Grilo; Rodrigo Inácio

Com o Apoio de:

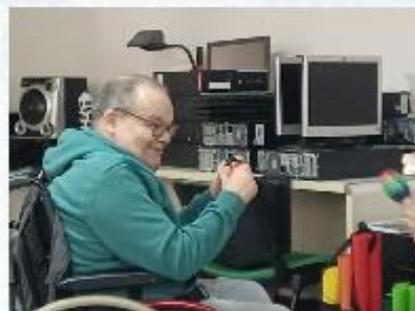
Eugénia Rua, Susana Branco
Mariana Vieira

Revisão de Textos:

Eugénia Rua, Susana Branco



As minhas sessões de Musicoterapia



João Eleutério

ABRIL
2024

**O NOSSO
OLHAR
SOBRE O
MUNDO**



**JORNAL
ESPAÇO 7 OFÍCIOS**

apcl
Associação de Paralisia Cerebral de Lisboa

Ficha Técnica

Colaboradores:
Ana Couto
Ana Vieira
Bruna Matos
Carla Gameiro
Carla Anacleto
Carlos Freire
Daniel Nunes
Fernando Rocha
Francisca Galhano
Henrique Morato
Iette Borges
Joana Braga
João Eleutério
João Mascarenhas
João Caturra
Leandro Fernandes
Manuel Casimiro
Margarida Marques
Marina Ferreira
Nuno Silva
Paulo Narciso
Petra Jorge
Raquel Grilo
Rodrigo Inácio

Com o Apoio de:
Eugénia Rua
Susana Branco
Maraisa Ramos
Mariana Vieira
Aida Duarte
Silvia Garcia

Revisão de Textos:
Eugénia Rua
Susana Branco

Momentos... Jogos da Páscoa

No dia 22 de Abril, foram realizados em Telheiras os jogos da Páscoa. Da minha equipa faziam parte a Ana Cláudia, o Rodrigo, a Petra, a Joana e eu, João Mascarenhas.

O primeiro jogo foi "descobre o instrumento", em que havia uma caixa com alguns instrumentos musicais e nós tínhamos que descobrir com o tato quais eram.

Acabado esse jogo, fomos para o "circuito de obstáculos", que era um pequeno percurso com pinos.

O terceiro jogo era o "telefone quebrado", em que cada um de nós tinha que dizer a mesma frase que ouviu sem erros e assim sucessivamente, até chegar à última pessoa da equipa a ouvir e a repetir a frase. Ganhávamos um ponto por quantas palavras certas repetíamos.



João Mascarenhas

Os meus momentos na Musicoterapia



Leandro Fernandes

As sessões de Musicoterapia



Manuel Freire

ANEXO F

Letra da Marcha da APCL

Marcha da APCL

7 Ofícios garrido, muito colorido

Muito afinado,

Com seu jeito florido,

Seu ar de menino

Muito engraçado

É como uma grande novela,

Onde o amor é tudo

E alegria impera

Ao abrir a nossa porta,

Somos todos flores,

Nasce a primavera

Refrão:

A Marcha dos 7 Ofícios,

Tem o seu quê de bairrista,

Nesta casa sempre alegre

Temos mais sorrisos, temos mais artistas **(Bis)**

Anda tudo encantado,

De traje engomado,

De flor na lapela

Há grandes e pequenas,

Jeitosas, serenas,

Flores tão singelas

Têm sorrisos para mostrar,

Um amor sublime

Que nunca traiçoa

7 Ofícios deve ter

As mais lindas flores da nossa Lisboa

Refrão (Bis)

