

Vilares, Ana Sofia Neves, 1996-

Musicoterapia com utentes com perturbação do espectro do autismo e paralisia cerebral

<http://hdl.handle.net/11067/6773>

Metadata

Issue Date 2022

Abstract A música como forma de comunicação, na sua generalidade, é inerente a qualquer condição física, emocional e psicológica do ser humano. Cada vez mais é necessária a inclusão e desenvolvimento da pessoa com deficiência, de maneira a apresentar respostas de forma eficiente às suas necessidades quotidianas, sejam relacionais, comunicativas ou sociais. Enquanto elo vinculativo, a música apresentou-se como intermediário comunicativo para a promoção do bem estar, desenvolvimento e preservação da condiç...

Music as a form of communication, in general, is inherent to any physical, emotional and psychological condition of the human being. It is increasingly necessary to include and develop people with disabilities, in order to efficiently respond to their daily needs, whether relational, communicative or social. As a binding link, music presented itself as a communicative intermediary for the promotion of well-being, development and preservation of the user's condition. Within the scope of the mast...

Keywords Autismo, Pessoas com paralisia cerebral, Musicoterapia - Prática profissional, Cooperativa de Reabilitação, Educação e Animação para a Comunidade Integrada do Concelho de Loures (Portugal). Centro de Atividades Ocupacionais - Ensino e estudo (Estágio)

Type masterThesis

Peer Reviewed No

Collections [ULL-IPCE] Dissertações

This page was automatically generated in 2023-03-06T07:49:03Z with information provided by the Repository



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

**Musicoterapia com utentes com perturbação do
espectro do autismo e paralisia cerebral**

Realizado por:
Ana Sofia Neves Vilares

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

Orientado por:
Dr.^a Carla Isabel Lopes Coelho

Constituição do Júri:

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

Dissertação aprovada em: 27 de janeiro de 2023

Lisboa

2022



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Musicoterapia

**Musicoterapia com utentes com perturbação do
espectro do autismo e paralisia cerebral**

Ana Sofia Neves Vilares

Lisboa

Agosto 2022



UNIVERSIDADE LUSÍADA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Musicoterapia

Musicoterapia com utentes com perturbação do espectro do autismo e paralisia cerebral

Ana Sofia Neves Vilares

Lisboa

Agosto 2022

Ana Sofia Neves Vilares

Musicoterapia com utentes com perturbação do espectro do autismo e paralisia cerebral

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 Carla Isabel Lopes Coelho

Lisboa

Agosto 2022

FICHA TÉCNICA

Autora	Ana Sofia Neves Vilares
Supervisora de estágio	Prof. ^a Doutora Susana Aurora Gutiérrez Jiménez
Orientadora de estágio	Dr. ^a Carla Isabel Lopes Coelho
Título	Musicoterapia com utentes com perturbação do espectro do autismo e paralisia cerebral
Local	Lisboa
Ano	2022

MEDIATECA DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

VILARES, Ana Sofia Neves, 1996-

Musicoterapia com utentes com perturbação do espectro do autismo e paralisia cerebral / Ana Sofia Neves Vilares ; supervisionado por Susana Aurora Gutiérrez Jiménez ; orientado por Carla Isabel Lopes Coelho. - Lisboa : [s.n.], 2022. - Relatório de estágio do Mestrado em Musicoterapia, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - GUTIÉRREZ JIMÉNEZ, Susana Aurora, 1971-

II - COELHO, Carla Isabel Lopes, 1973-

LCSH

1. Autismo
2. Pessoas com paralisia cerebral
3. Musicoterapia - Prática profissional
4. Cooperativa de Reabilitação, Educação e Animação para a Comunidade Integrada do Concelho de Loures (Portugal). Centro de Atividades Ocupacionais - Ensino e estudo (Estágio)
5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
6. Teses - Portugal - Lisboa

1. Autism

2. Cerebral palsied
3. Music therapy – Practice
4. Cooperativa de Reabilitação, Educação e Animação para a Comunidade Integrada do Concelho de Loures (Portugal). Centro de Atividades Ocupacionais - Study and teaching (Internship)
5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
6. Dissertations, academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. ML3920.V55 2022

Agradecimentos

Ao chegar ao final desta etapa, não posso deixar de expressar o meu profundo reconhecimento a todos os que comigo se cruzaram e me ajudaram a alcançar esta meta, sabendo que será o início de outro percurso.

Gostaria de agradecer à Prof^a Doutora Teresa Leite, pelos conhecimentos e confiança que me transmitiu, e por toda a dedicação pela Musicoterapia em Portugal.

À Prof^a Doutora Susana Jimenez, minha orientadora incansável, pelos seus conhecimentos, apoio e confiança ao longo desta aventura, e por me tranquilizar com as suas palavras em momentos de dúvida.

Agradecer à Dr^a Carla Coelho e restante equipa da CREACIL pela oportunidade e integração, que fez com que esta experiência desafiante se tornasse positiva. Aos utentes, obrigada pelo acolhimento, boa disposição e bons momentos passados.

Agradecer à minha turma maravilhosa, por todo o apoio, partilha e união, independentemente de onde nos encontremos no mapa.

Aos meus amigos e família, pela paciência, compreensão e suporte.

Por último, mas não menos importante, agradecer aos pilares da minha vida, o meu namorado Márcio e os meus queridos pais Ivone e Altino, pelas palavras de força em horas de aperto, pelo amor e apoio incondicional em todos os momentos. Sem vocês, não teria sido possível.

“Nada na vida se alcança sem dar sentido e amor à luta”.

Canção Tradicional Portuguesa

Resumo

A música como forma de comunicação, na sua generalidade, é inerente a qualquer condição física, emocional e psicológica do ser humano. Cada vez mais é necessária a inclusão e desenvolvimento da pessoa com deficiência, de maneira a apresentar respostas de forma eficiente às suas necessidades quotidianas, sejam relacionais, comunicativas ou sociais. Enquanto elo vinculativo, a música apresentou-se como intermediário comunicativo para a promoção do bem estar, desenvolvimento e preservação da condição do utente.

No âmbito do mestrado em musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, abordou-se neste trabalho o conceito de bem estar da pessoa com deficiência, através de sessões de Musicoterapia praticadas no Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão da CREACIL Oriente. O presente estágio foi realizado de outubro de 2021 a junho de 2022.

De forma a avaliar o efeito da musicoterapia nos utentes, foi aplicada uma Grelha de Avaliação, com um momento inicial e um momento final, com base na escala de avaliação IMCAP-ND. Foi também preenchida uma ficha de Registo de Sessão no final de cada sessão individual e grupal.

Os resultados obtidos demonstram nítidas melhorias nas áreas da comunicação, cognição e expressão pessoal dos utentes. Validam a utilização da Musicoterapia e a sua importância no desenvolvimento e bem estar pessoal.

Palavras-chave: Musicoterapia; Paralisia Cerebral; Perturbação do Espectro do Autismo;

Abstract

Music as a form of communication, in general, is inherent to any physical, emotional and psychological condition of the human being. It is increasingly necessary to include and develop people with disabilities, in order to efficiently respond to their daily needs, whether relational, communicative or social. As a binding link, music presented itself as a communicative intermediary for the promotion of well-being, development and preservation of the user's condition.

Within the scope of the master's degree in music therapy at Universidade Lusíada de Lisboa, the concept of well-being of people with disabilities was addressed in this work, through Music Therapy sessions practiced at the Activities and Training Center for Inclusion of CREACIL Oriente. This internship was carried out from October 2021 to June 2022.

In order to assess the effect of music therapy on users, an Evaluation Grid was applied, with an initial and a final moment, based on the IMCAP-ND assessment scale. A Session Registration form was also completed at the end of each individual and group session.

The results obtained demonstrate clear improvements in the areas of communication, cognition and personal expression of users. They validate the use of Music Therapy and its importance in personal development and well-being.

Keywords: Music Therapy; Cerebral Palsy; Autism Spectrum Disorder

Lista de Tabelas

Tabela 1 <i>Classificação da Paralisia Cerebral</i> (adaptado de Gilboa & Roginsky, 2010)	19
Tabela 2 <i>Classificação da Paralisia Cerebral de acordo com a lesão</i> (adaptado de Ferreira & Smith, 2013).....	20
Tabela 3 <i>Classificação do comprometimento cerebral na Paralisia Cerebral</i> (adaptado de Ferreira & Smith, 2013).....	20
Tabela 4 <i>Descrição dos utentes intervencionados em Musicoterapia</i>	28
Tabela 5 <i>Agenda semanal do estágio na CREACIL</i>	32
Tabela 6 <i>Avaliação Inicial do M.</i>	39
Tabela 7 <i>Plano de Intervenção Terapêutico do M.</i>	40
Tabela 8 <i>Avaliação Final do M.</i>	45
Tabela 9 <i>Avaliação Inicial do B.</i>	49
Tabela 10 <i>Plano de Intervenção Terapêutico do B.</i>	50
Tabela 11 <i>Avaliação Final do B.</i>	55

Lista de Figuras

Figura 1 <i>Sequência de cores associadas aos instrumentos musicais</i>	34
Figura 2 <i>Estratégia utilizada com o excerto da canção “Nothing Else Matters” dos Metallica.</i>	43
Figura 3 <i>Estratégia utilizada com o excerto da canção “A Minha Casinha” dos Xutos e Pontapés</i>	44
Figura 4 <i>Exemplo de ritmos tocados na sessão do B. por divisão de cor</i>	53
Figura 5 <i>Exemplo de sequência de 4 cartões coloridos</i>	54

Lista de Gráficos

Gráfico 1 <i>Descrição dos utentes do CACI Oriente por género e faixa etária</i>	6
Gráfico 2 <i>Comparação entre a avaliação inicial e a final do M.</i>	46
Gráfico 3 <i>Comparação entre a avaliação inicial e a final do B.</i>	56

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

CACI – Centro de Atividades para a Capacitação e Inclusão.

CAL – Conservatório de Artes de Loures.

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde.

CREACIL – Cooperativa de Reabilitação, Educação e Animação para a Comunidade Integrada do concelho de Loures.

DGS – Direção Geral de Saúde.

DSM-V – Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais - 5.^a edição.

IMCAP-ND – Individual Music-Centered Assessment Profile for Neurodesenvolvimental Disorders.

ISO- Identidade Sonora e Musical.

MT- Musicoterapia.

PC – Paralisia Cerebral.

PEA – Perturbação do Espectro do Autismo.

SNS – Serviço Nacional de Saúde.

Sumário

Agradecimentos	V
Resumo	IX
Abstract.....	XI
Lista de Tabelas	XIII
Lista de Figuras.....	XV
Lista de Gráficos	XVII
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos.....	XIX
Sumário	XXI
Introdução	1
Caracterização da Instituição	1
Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão (CACI).....	3
Caracterização da População-alvo	4
Enquadramento Teórico.....	7
Definição de Musicoterapia	7
Modelos e Técnicas da Musicoterapia.....	10
Musicoterapia Grupal.....	12
Perturbação do Espectro do Autismo.....	13
Musicoterapia na Perturbação do Espectro do Autismo.....	17
Paralisia Cerebral	19
Musicoterapia na Paralisia Cerebral	21
Objetivos Gerais de Estágio.....	25
Metodologia	27
Participantes	27
Fase de Observação e Seleção.....	28
Fase da Avaliação Inicial	29
Fase de Intervenção Terapêutica.....	30
Fase de Contenção (COVID-19).....	30
Agenda Semanal.....	31
Fase da Avaliação Final	32

Recursos Materiais	33
Estudos de caso	37
Estudo de Caso 1: M.	37
Avaliação Inicial.....	38
Plano de Intervenção Terapêutico	39
Fase de Intervenção Terapêutica	40
Fase Inicial.....	41
Fase Relação	41
Fase de Exploração	42
Avaliação Final.....	44
Discussão do Caso	46
Estudo de Caso 2: B.	47
Avaliação Inicial.....	48
Plano de Intervenção Terapêutico	49
Fase de Intervenção Terapêutica	50
Fase Inicial.....	51
Fase Relação	51
Fase de Exploração	52
Avaliação Final.....	54
Discussão do Caso	56
Outras Intervenções.....	57
Intervenções Individuais.....	57
Intervenção Grupal	61
Outras Atividades.....	63
Discussão	65
Conclusão.....	69
Reflexão Pessoal	71
Referências.....	75
Anexos	87
Lista de Anexos	89
Anexo A.....	91

Anexo B.....	93
Anexo C.....	97
Anexo D.....	101
Anexo E.....	105
Anexo F.....	109

Introdução

O presente estágio realizou-se entre outubro de 2021 e junho de 2022, com supervisão da Professora Doutora Susana Gutiérrez Jiménez e com orientação no local de estágio da Doutora Carla Coelho, inserido no mestrado de Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa. A intervenção foi realizada na Cooperativa de Reabilitação, Educação e Animação para a Comunidade Integrada no Concelho de Loures (CREACIL), no CACI – CREACIL Oriente em Moscavide, no concelho de Loures. Enquanto instituição sem fins lucrativos, a CREACIL tem a missão de proporcionar a pessoas com deficiência intelectual uma melhoria do seu bem estar. No âmbito deste estágio, realizou-se a intervenção de musicoterapia junto de utentes diagnosticados com deficiência intelectual do Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão (CACI), instituição e atividades de carácter não residencial.

Estruturalmente, o presente relatório descreve a CREACIL nas suas duas vertentes, a generalidade da instituição e o CACI, bem como a sua população alvo. A partir desta e da população escolhida para a intervenção de musicoterapia, será evidenciado um enquadramento no qual serão apresentadas a definição da musicoterapia, a perturbação do espectro do autismo e a paralisia cerebral.

As estratégias de intervenção, bem como os seus métodos serão fundamentados através da apresentação de dois estudos de caso.

Os nomes utilizados neste relatório são fictícios de maneira a proteger a identidade dos utentes alvo de intervenção de Musicoterapia.

Caracterização da Instituição

O estágio decorreu na CREACIL (Cooperativa para a Reabilitação, Educação e Animação para a Comunidade Integrada do concelho de Loures, C.R.L), especificamente no

CACI (Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão), com instalações situadas na Rua Adão Manuel Ramos Barata 6-6A, 1885-100 Moscavide.

Foi fundada a 31 de Dezembro de 1991 por um grupo de técnicos e pais, tendo-lhe sido atribuído pelo Instituto Nacional de Reabilitação, I.P., o estatuto de Organização Não Governamental para a Pessoa com Deficiência (ONGPD). Ao criar-se a instituição, visou-se dar resposta às necessidades de integração social e proporcionar uma melhoria na qualidade de vida da pessoa com deficiência intelectual e multideficiência, bem como garantir os direitos de cidadania e igualdade de oportunidades.

Enquanto instituição, a CREACIL tem como princípio moral o Humanismo, a Responsabilidade Social e a Inovação. Estes partem do pressuposto que o respeito pela pessoa humana, a sua validação enquanto cidadão igualitário e a criatividade, bem como a proatividade adjacente à vivência de cada um, são a base dos valores da instituição (Cooperativa de Reabilitação, Educação e Animação para a Comunidade Integrada no Concelho de Loures [CREACIL], 2022).

A instituição tem parcerias com entidades de carácter público e privado, tais como: Câmara Municipal de Loures, Junta de Freguesia da Portela e Moscavide, Conservatório de Artes de Loures, entre outros. As atividades retratadas no Regulamento Interno, evidenciam a aplicação de algumas parcerias supracitadas:

1. Atelier de Desporto e Relaxamento;
2. Atelier de Música;
3. Atelier de Culinária;
4. Atelier de Expressões.

Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão (CACI)

Ao abrigo da Portaria nº70/2021, de 26 de Março, o Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão (CACI) destina-se a jovens adultos com deficiência intelectual e multideficiência, com idades iguais ou superiores a 18 anos que se encontrem integrados socialmente, mas que não se enquadrem no mercado de trabalho. Ao desenvolver-se um Plano Individual de Intervenção, o CACI pretende que cada utente desenvolva competências sociais, de maneira que se torne independente na vida em comunidade. Estas habilitações são facilitadas através de duas atividades: Atividades Socialmente Úteis - reforço de autoestima, potencialização de capacidades e valorização pessoal; Atividades Estritamente Ocupacionais - promotoras do bem-estar do utente, seja ele físico, social ou emocional.

Desde 2017, o CACI garante apoio em regime diurno não residencial a vários utentes da comunidade de Loures e concelhos limítrofes, como Odivelas e Lisboa. A equipa do CACI inclui uma Diretora Técnica, uma Terapeuta Ocupacional, um Musicoterapeuta, dois Psicomotricistas, três Monitores, dois Auxiliares de Ação Direta e duas Administrativas.

As instalações do Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão (CACI) são constituídas pelas subseqüentes áreas:

1. Receção;
2. Secretaria;
3. Cozinha;
4. Copa e Refeitório;
5. Sala de Reuniões;
6. Sala das Descobertas;
7. Sala Odisseias;

8. Lavandaria;
9. Gabinete da Diretora Técnica;
10. Gabinete Técnico 1- destinado a sessões de Musicoterapia;
11. Instalações sanitárias com duche;
12. Sala das Caldeiras;
13. Sala de Arrumos;
14. Gabinete Técnico 2- destinado a outras terapias;
15. Espaço exterior privativo.

Caracterização da População-alvo

O critério de admissão dos utentes descrito no Regulamento Interno (CREACIL, 2022), inicia-se com o preenchimento e entrega de uma ficha de inscrição acompanhada dos seguintes documentos:

1. Cartão de Cidadão do utente e do seu Representante Legal;
2. Cartão dos Serviços de Saúde;
3. Boletim de Vacinação;
4. Comprovativo de rendimento e Despesas do agregado familiar;
5. Declaração assinada pelo utente ou pelo seu representante legal.

São critérios de exclusão:

1. Quem não se apresentar com idade igual ou superior a 18 anos;
2. O representante legal ser sócio da instituição;
3. Não manifestar enquadramento comprovado no âmbito de emprego protegido do mercado social de emprego ou qualquer outra medida política de emprego vigente;

4. A impossibilidade temporária ou permanente que não permita o exercício de uma atividade produtiva no mercado de trabalho livre.

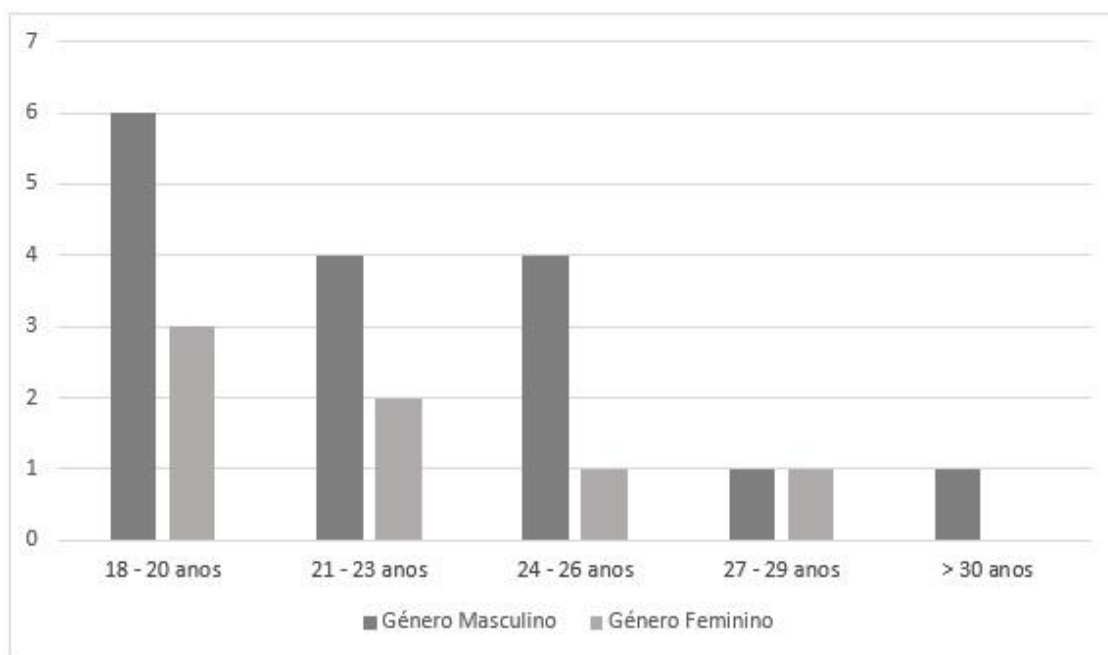
Apresentam-se descritos no mesmo Regulamento, os requisitos de admissão do utente por hierarquia prioritária:

1. Grau de dependência (25%);
2. Ser residente no concelho de Loures (10%)
3. Capacidade para o eventual exercício de atividade socialmente útil (5%);
4. Grau de adequação das respostas às necessidades e expectativas do cliente (15%);
5. Limitações de estrutura familiar (20%);
6. Ordem de inscrição (5%);
7. Elemento de referência a frequentar o estabelecimento (10%);
8. Situação encaminhada pelos serviços da Segurança Social ou outros (10%).

Os utentes que frequentam diariamente o CACI, encontram-se numa faixa etária igual ou superior aos 18 anos, com diferentes tipos de patologia e níveis de funcionalidade. O tipo de atividades designadas a cada utente, tem como fator assinalado o nível de dependência do mesmo, bem como a sua autonomia. No gráfico 1, apresenta-se a descrição dos 23 utentes que frequentam o CACI pelo seu género e faixa etária.

Gráfico 1

Descrição dos utentes do CACI Oriente por género e faixa etária



Enquadramento Teórico

Definição de Musicoterapia

De acordo com a Canadian Association of Music Therapy (2016), a musicoterapia é uma intervenção musical terapêutica, não medicamentosa, que fornece apoio ao desenvolvimento, bem estar e saúde, ao estimular o utente através de elementos como a harmonia, timbre, ritmo, melodia e estilo musical (Standley, 2002).

O seu uso clínico tem como principal objetivo cumprir e alcançar as metas pessoais de cada pessoa, de forma individual, enquanto se forma e assegura uma relação terapêutica sólida. Para atingir terapeuticamente todos os princípios referidos, as intervenções de musicoterapia têm de ser administradas por profissionais devidamente creditados (AMTA,2005). Já a World Federation of Music Therapy (WFMT, 2011) define a musicoterapia como a utilização da música e de todos os seus elementos, de forma a potencializar a melhoria de qualidade de vida, saúde a nível físico, emocional, espiritual e social de todas as pessoas que se proponham a este tipo de intervenção. A música serve de ligação na transmissão de informações referentes a valores pessoais, necessidades emocionais e pode ser aplicada como desbloqueadora de possíveis limitações que poderão existir em termos comunicativos. Como tal, pode ser considerada tão importante como forma de expressão como a linguagem e o discurso (Gfeller, 2002).

Ridder, Lerner e Suvini (2015) enumeram alguns elementos descritivos do que um profissional de Musicoterapia deve alcançar para ser considerado como tal: a intervenção clínica, a individualização de objetivos a cada utente, prática terapêutica com base científica, relação terapêutica e ser creditado enquanto profissional de Musicoterapia. Desta forma, as intervenções deverão apenas ser administradas por um musicoterapeuta profissional (AMTA, 2005).

Dependendo dos fatores descritivos da música (ritmo, andamento, etc.), efeitos diferentes ocorrem no corpo humano. A utilização de músicas consideradas excitantes elevam a cadência respiratória, o batimento cardíaco e podem até ativar o sistema autónomo simpático resultando num estado de alerta. Já a música sedativa, com harmonias e andamentos calmos provocam a estimulação da sensação de relaxamento (Wigram, Pedersen & Bonde, 2002).

A intervenção de musicoterapia pode inserir-se em variados contextos: familiares, comunitários, médicos, sociais, emocionais e até espirituais. Segundo Bruscia (2014), os principais componentes de um procedimento musicoterapêutico são a avaliação e o tratamento da informação recolhida. A intervenção deverá corresponder a três critérios base: o cliente necessita de ajuda externa para alcançar os objetivos de saúde, em contexto de intervenção a relação terapeuta-cliente deverá ser estritamente profissional e a intervenção deverá ter propósito terapêutico independentemente do resultado final. Assim, a intervenção só é considerada terapêutica se existir por parte do terapeuta uma tentativa de alívio sobre a patologia, mediante avaliação física, emocional, cognitiva e mental.

A utilização do potencial terapêutico da música remonta a vários séculos e a diferentes realidades culturais (Teixeira, et al., 2018). Através da música, o funcionamento de cada utente é espelhado nas suas execuções musicais, refletindo as suas mudanças e estrutura interior (Pellitteri, 2000). A versatilidade das intervenções, permite que o terapeuta abranja variados tipos de experiências durante a sessão, quer estas sejam emocionais, físicas e psicológicas, abordando sentimentos desde a tristeza à felicidade e prazer (Pavlicevic et al., 2014). Ao centrar o conceito de sessão na pessoa enquanto um todo, o musicoterapeuta consegue trabalhar o utente enquanto identifica tudo o que o define: os seus pontos fortes, os pontos menos fortes e as suas capacidades. Esta participação total em sessão, devolve muitas

vezes ao utente a noção de self, o sentido de competência e a capacidade de pertença muitas vezes perdida em relações quotidianas (Stephenson, 2006; Savarimuth, 2002).

O processo terapêutico toma forma ao longo do tempo e pode ser descrito como educacional, interpessoal, artístico, criativo e/ou científico. Segundo Borczon (2004), o paciente deverá ser reconhecido para lá da sua patologia, de maneira a fugir ao estigma associado ao seu diagnóstico. No entanto, é esperado que o paciente aja de acordo com os comportamentos estereotipados e adquiridos, mas tal não significa que o mesmo não possa reprogramar as suas práticas ao longo da intervenção. Ao fornecer repetidamente estímulos musicais na sessão, o objetivo principal é a programação de novas formas de gerar resposta aos impulsos cerebrais, modificando o processo de aprendizagem e os seus consequentes métodos de adaptação (Berger, 2002).

Na musicoterapia, as experiências retiradas por parte dos utentes devem ser positivas e promotoras de toda a potencialidade individual (Mössler et al., 2012). Contrariamente ao expectável, em musicoterapia os pacientes não são avaliados pelas suas competências musicais, o que faz com que possam usufruir das intervenções terapêuticas independentemente da sua patologia e dos objetivos das suas sessões. A partilha de experiências no momento da sessão, através da criação de música improvisada ou até de música existente, desenvolve competências básicas de comunicação como a imitação e o contacto visual. Ao reforçar positivamente estas experiências, o terapeuta estreita o relacionamento terapêutico e encoraja à partilha e interação em sessão (Saville, 2017). Contudo, do ponto de vista de Hannibal et al. (2017) o relacionamento terapêutico é considerado um componente integrativo da intervenção mas não elementar.

As sessões podem ser direcionadas para a abordagem de questões emocionais, problemas comportamentais, deficiências físicas, doenças psiquiátricas, envelhecimento, stress, desenvolvimento de competências, entre outros (Rudd, 1990). No entanto, a musicoterapia também promove, previne e reabilita em âmbitos relacionados com a saúde, desde crianças a idosos (Cunha, 2008).

Modelos e Técnicas da Musicoterapia

O modelo de Paul Nordoff e Clive Robbins também apelidado de Musicoterapia Criativa, baseia-se numa base teórica humanista (Kirkland, 2013). O conceito do músico-criança, explora a musicalidade inerente a cada indivíduo e a possibilidade de o mesmo a poder expressar através da música livremente (Wigram, Pedersen & Bonde, 2002). A base técnica deste modelo é a improvisação musical, pelo que Gardstrom (2007) apresenta três considerações a ter em intervenção: (1) A utilização musical no seu exponente máximo através da voz, ritmos percussivos corporais; (2) O setting entre intervenientes de sessão e a escolha da improvisação- a solo, em grupo ou com o musicoterapeuta; e (3) Ponto referencial para a improvisação, poderá ser musical, em imagem ou em discurso. Com a improvisação é comum utilizar-se o *mirroring* ou espelho, técnica que equilibra e iguala o terapeuta em relação ao utente, na medida em que ambos partilham a mesma resposta musical a nível de variedade, tempo e dinâmicas (Wigram, 2005). Do mesmo modo, o *turn-taking* interceta como técnica de imitação com a diferença de liderança alternada entre utente-terapeuta e terapeuta-utente (Wigram & Pedersen, 2002).

Fundamentado através dos princípios de Sigmund Freud, Winnicott e modelos de Pierre Schaeffer, o Modelo de Benenzon recorre à utilização de improvisação corporo-sonora de forma não verbal (Benenzon, 2011). Este modelo apresenta como base teórica e prática a sonoridade e identidade individual de cada pessoa, o ISO introduzido por Altschuler. A

terminologia de ISO, refere-se ao arquétipo sonoro de cada um, influenciado pelas vivências sonoras desde a época embrionária até ao tempo presente. O ISO pode ser diferenciado por subgrupos: (1) ISO Universal, a junção sonora de todos os contextos culturais, sociais e pessoais envolventes da pessoa; (2) ISO gestalt, caracterizador primário do utente, o seu inconsciente; (3) ISO Cultural, representativo das atividades sonoras que envolvem culturalmente o indivíduo; (4) ISO Grupal, determinante da sonoridade resultante de uma união grupal; e o (5) ISO Complementar, mudanças sonoras e ambientais que ocorrem e modificam o indivíduo à medida que participa em intervenções de musicoterapia (Piazzeta, 2010; Benenzon, 1985).

As abordagens musicais utilizadas em musicoterapia para alcançar objetivos de promoção individual, podem ser recetivas ou ativas. No método recetivo, a música é escutada pelo utente, de maneira que a música escolhida garanta mesmo assim as suas necessidades terapêuticas (Vaillancourt, 2009). No método ativo, a música é produzida em cocriação entre terapeuta e o utente, numa simbiose musical através de métodos de improvisação, de reutilização de canções já existentes ou até de composição de novas canções (Bruscia, 2014). São apresentados por Bruscia (2014) quatro tópicos demonstrativos das técnicas utilizadas nas sessões de musicoterapia: (1) Criação de música; (2) Improvisação; (3) Escuta de música; e (4) Composição de música.

A recriação musical ou escrita de canções, tem como base a utilização de músicas ou melodias pré-existentes e procede à transformação das mesmas, de forma a reinterpretar a conceção musical conotada à música. Esta alteração promove o trabalho cognitivo de atenção e memória, bem como a capacidade de expor o pensamento individual (Bruscia, 2016). A formação de canções pode ser feita das seguintes formas: construção melódica em cooperação com o utente ou construção para o utente sem o *input* do mesmo (Silverman,

Baker & MacDonald, 2016). Na criação de canções, a musicoterapia recetiva também apresenta importância terapêutica, bem como na escolha da música. A audição despoleta efeitos físicos e emocionais, induzidos pela escolha musical, ativando memórias e a necessidade de explorar novas ideias musicais ou não (Mössler, et al., 2012). A composição de canções sem limitação dá espaço ao utente de se expressar e explorar o seu subconsciente. As músicas resultantes desta exploração, refletem pensamentos e vivências, muitas vezes desconfortáveis, dando-lhes outro sentido base. Confiança e *insight* são dois dos aspetos inconscientes, trabalhados de forma consciente na escrita de canções (Wigram & Baker, 2005).

Musicoterapia Grupal

A musicoterapia enquanto intervenção de grupo, pode servir como ponte para a exploração da expressão e dinâmicas pessoais e interpessoais, explorando conceitos semelhantes à vida em sociedade: o respeito, comportamentos ajustados ou desajustados e a capacidade de adaptação em contacto com o outro (Sausser & Waller, 2006 ; Rio & Tenney, 2002).

As reações e formações relacionais que ocorrem num setting de MT podem apelidar-se de relações socio-musicais, de acordo com Tuomi et al. (2017). Este tipo de relacionamento pode ser apresentado como o ato de criar música através de práticas e comportamentos humanos, produzindo uma sonoridade própria e inerente ao grupo enquanto momento de partilha comum (Turino, 2008). Paralelamente à criação sonora, o trabalho pessoal complexo nas restantes temáticas: cognitivas, comunicativas e interativas, encontra-se inerente ao espaço sonoro partilhado em cada sessão. A criação e expressão individual mantêm-se com a individualidade de cada pessoa enquanto se explora o relacionamento e partilha conjunta através da ação musical (Vygotsky, 1998).

Segundo Rutan et al. (2007), no enquadramento de grupo, existem três dimensões: (1) a dimensão de grupo, que engloba a partilha total do grupo; (2) a interpessoal, que engloba a maneira como os intervenientes se relacionam; e (3) a intrapsíquica, que engloba a partilha direta da individualidade de cada um. O mesmo autor continua a descrever as etapas inerentes a qualquer processo grupal, englobando: (1) período formativo, em que se desenvolve o envolvimento dos intervenientes enquanto grupo; (2) período reativo, em que se manifestam reações por parte do grupo; (3) período de amadurecimento, onde cada elemento do grupo começa a manifestar e tolerar o tipo de interação conjunta; pode (4) o período de finalização, fase em que se capacita os intervenientes para a finitude da intervenção.

A musicoterapia e o musicoterapeuta, constituem e auxiliam a formação de uma sonoridade conjunta, onde todos os intervenientes da sessão possam partilhar abertamente e sem juízos as suas necessidades e experiências (McFerran & Wigram, 2002). Em momentos de partilha grupais, apresentam-se quatro dimensões relativas aos possíveis tipos de recetores de um grupo: (1) a função estrutural, pessoa que se foca na necessidade de compreender as necessidades do grupo ao tomar liderança; (2) a função social, pessoa que se adapta ao relacionamento interpessoal, facilitando a interação social com e entre os restantes colegas; (3) a função divergente, pessoa que desafia a dinâmica de grupo ao distanciar-se da mesma; e (4) a função cautelosa, onde a pessoa prefere manter-se em silêncio ao longo da sessão de forma a manter as suas necessidades e pensamentos privados (Rutan et al., 2007).

Perturbação do Espectro do Autismo

A Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) pode ser caracterizada segundo o DSM-5 (2013) como um transtorno de neuro desenvolvimento que afeta maioritariamente a comunicação, relação e certos comportamentos, tornando-os estereotipados e repetitivos causando possíveis restrições na vida quotidiana. As características que definem uma pessoa

portadora desta perturbação, regem-se pela incapacidade de se relacionar com terceiros, bem como estereotípias corporais e dificuldade em estabelecer contacto visual. Harris (2018) apresenta também o espectro do autismo como a incapacidade de se expressar de forma verbal e não-verbal, do mesmo modo que se pode manifestar pela repetição de comportamentos e a atração por objetos e/ou materiais.

A denominação de autismo foi primeiramente publicada no Tratado de Psiquiatria em 1991, sendo a terminologia posteriormente substituída por demência precoce. Somente em 1943, Leo Kanner publicou estudos com a designação de transtorno do autismo (Garrabé, 2012).

Existem atualmente diferentes elementos classificadores do diagnóstico de autismo, segundo a Organização Mundial de Saúde. Os mais utilizados são: DSM-V (Manual de Diagnóstico e de Estatística de Transtornos Mentais e o CID-10 (Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde) (Mello, 2001). Não obstante, o diagnóstico do autismo é considerado complexo e corrente, pelo que os diferentes níveis de funcionamento do autismo podem ser apresentados de diversas formas (Aydos, 2016). As três categorias principais para descrever as características do autismo apresentam-se da seguinte forma: comunicação, comportamentos padronizados e resistência ao relacionamento com terceiros (Eren, 2018 ; Loyd et al., 2018).

De acordo com Bosa (2002), pode ser descrito como autista quem apresente inadaptação ao iniciar e manter relações interpessoais, apresente atraso em adquirir linguagem adequada e quando esta se desenvolve, apresente incapacitação de atribuir valor comunicativo ao seu discurso. Também se denotam questões sensoriais como sensibilidade auditiva e inflexibilidade ao toque de terceiros (Berger, 2002). De acordo com Dapretto et al.,

(2006) a presença hipotética de disfunção nos sistemas do neurónio espelho, fazem com que a produção dos mecanismos do paciente sejam mal feitos e acabem por desregular o encontro da pessoa autista com terceiros. Em interações paciente-mãe, em conformidade com Stern et al. (1975), existem comportamentos como o movimento, vocalizações, olhares e expressões faciais que poderão organizar de forma coerente a comunicação, afetos e emoções.

Tal como em diferentes patologias, os portadores de PEA enfrentam problemas emocionais constantes pela incapacidade de manterem relação e de se relacionarem com terceiros, incapacidade de iniciar e interagir socialmente e pela incapacidade de se fazerem entender de forma eficaz em casos de não verbalidade (Schwartzberg & Silverman, 2014). Também a depressão é um tema recorrente no autismo, pela sua correlação com padrões de baixa autoestima e de pouca consciência do self (Moran et al., 2006). Todas estas carências têm relevância no nível de qualidade de vida da pessoa portadora, nas suas ocupações e na sua independência (Caminha et al., 2016). As principais comorbilidades diretamente relacionadas com o autismo passam pela condição física e mental, deficiência intelectual, comportamentos desajustados e ocasionalmente provocadores (Oliveira et. Al., 2019), bem como desarticulação auditiva (Gadia et al., 2004).

Klin (2006) defendia a normalidade da criança com autismo no momento do nascimento, normalidade essa que se alteraria devido a fatores exteriores que desencadeariam os comportamentos estereotipados. Conforme a American Psychiatric Association (2014, p. 91), as exteriorizações estereotipadas podem apresentar-se de forma motora ou verbal. Na disposição verbal, o portador poderá expressar-se através de ecolalias, onde repete frases ou palavras escutadas anteriormente ou até ditas por si na interação com terceiros (Amiriparian et al, 2018). Na disposição física, a estereotipia pode apresentar-se com movimentos repetitivos corporais, tais como balançar-se para a frente e para trás, estalar os dedos ou

sacudir as mãos. Para Rampazo (2015) as reações verbais podem ser interpretadas como comportamentos de auto regulação. No entanto, para Schwartzman et al. (2011), fatores ambientais podem provocar o desencadeamento da patologia, tais como infeções ocorridas na gestação do feto (toxoplasmose, herpes, etc.), utilização de produtos farmacológicos e ingestão de álcool.

Numa tentativa de apaziguar os comportamentos estereotipados do autismo, cada vez mais são utilizadas outras estratégias de tratamento pela arte, como forma de contenção e aquisição de competências. A musicoterapia possibilita formas alternativas de comunicação no contexto de intervenção, através de variáveis como o volume, ritmo, harmonia e dinâmica como forma de expressão (Wigram, Pedersen & Blonde, 2002). As fundações estruturadas da música e o processo de cocriação, maioritariamente não verbal, baseado em grande parte na relação terapeuta-paciente e em momentos espontâneos e simbólicos, adequa-se aos comportamentos estereotipados e de certa forma estruturados do autismo. A eficácia da utilização de métodos não verbais é considerada essencial com este tipo de patologia (Malloch & Trevarthen, 2008). Nordoff e Robbins (1977), constataram uma alteração do estado de alerta em utentes com Perturbação do Espectro do Autismo em atividades de improvisação, melhorando a autorregulação e reduzindo a imoderação de atividade.

Conforme Kang (2000), para haver comunicação é necessário haver um recetor e um transmissor. Ao ouvirmos, estamos, ainda que de forma inconsciente, a processar indicações não-verbais transmissoras de informação como a entoação, gestos, contacto ocular, postura, movimento no espaço e até o cheiro. Este tipo de comunicação está inerente à aprendizagem adquirida do ser humano, sendo a expressão facial uma das formas primárias coletivas, mundiais e culturais, da comunicação não-verbal (Jones & Cevasco, 2007). Também os

comportamentos indicativos, como o apontar, estão intrinsecamente conectados com pedidos não verbais desde a infância (Kelly, 2001).

Em contexto terapêutico, a utilização da comunicação não-verbal permite que se estabeleça *rapport*, criando empatia assim como tentativas de comunicação de forma não forçada para com o utente (Duffey & Hodges, 2003). Para Ambady et al. (2002), a forma como a mensagem é entregue enquanto se estabelece comunicação acaba por ser mais importante do que o conteúdo da própria mensagem. No entanto para Bull (2001), as indicações transmitidas de forma não-verbal são mais importantes em momentos de *rapport*. Assim, Griffith et al. (2003) atribuem as iniciativas de comunicação não verbais como passos diretamente ligados ao agrado do utente no momento.

Musicoterapia na Perturbação do Espectro do Autismo

De acordo com Thompson (2014) e Freire et al. (2018), a MT pode facilitar e contribuir para a potencialização dos fatores musicais e não musicais da pessoa portadora com PEA. Trevarthen (2001), indica que a improvisação em PEA estimula a partilha emocional e incentiva a exploração comunicativa de uma forma mais consistente e consciente.

Através da partilha em sessão de musicoterapia, a autorregulação poderá desenvolver-se de forma individual, como também poderá desenvolver-se mediante coregulação, em consonância com o timbre, ritmo e o andamento musical explorado. Por norma, as sessões de musicoterapia ocorrem num setting individual (Boso, 2007; Kern, 2007). Técnicas que recorram à utilização vocal, ao jogo musical, à improvisação e imitação, a percussões corporais e até à audição musical, proporcionam um melhor desempenho no cumprimento dos objetivos propostos para cada utente (Davis et al., 2008)

A audição musical dentro da sessão de musicoterapia pode explorar os gostos pessoais do utente e o significado por detrás dos mesmos, atribuindo conceito à expressão pessoal. A reflexão após estes momentos de partilha e exploração, pode evidenciar-se por respostas verbais ou comportamentais (Wigram, 2002).

A improvisação enquanto temática de sessão de criação imediata, iniciada por Paul Nordoff e Clive Robbins (1977) revela-se com efeito positivo e de algum significado no progresso das aptidões sociais e comunicativas. Promove competências musicais e não musicais através da música (Carpente, 2016), tais como a redução de estereotípias e controlo de comportamentos desajustados ao meio social (Wigram & Gold, 2006). Para Shaw (2006) e Wigram (2002) a progressão de aptidões e comportamentos de comunicação, não só efetiva a promoção social conjunta, como a partilha e atenção conjunta do indivíduo portador de PEA. A participação em atividades de cariz musical, pode servir de mecanismo de transporte social para situações quotidianas, enriquecendo a pessoa a nível pessoal e psicossocial (De Vries, 2015; Sarapa e Katusic, 2012).

Whipple (2004) sugere que a influência musical tem uma reação impactante na vida de portadores de PEA, representando-se a utilização musical como uma intervenção do tipo psicossocial, levada a cabo de forma individual ou em grupo, e em ocasiões necessárias com o enquadramento da família direta do utente (Thompson, McFerran & Gold, 2014).

Sumariamente, a intervenção de MT em PEA, proporciona e possibilita a evolução do bem estar psicológico e físico do portador. Ainda assim, reestrutura comportamentos desajustados, fomenta a verbalidade na comunicação e a interação não verbal através do contacto ocular (De Vries, 2015; Kern et al., 2013)

Paralisia Cerebral

Paralisia Cerebral é um conjunto de características clínicas descritas por práticas motoras e anormalidades a nível postural, pelo que a terminologia não engloba a totalidade da patologia (Miller, 2002). Os distúrbios motores são acompanhados por distúrbios de cognição, comunicação, perceção, sensação e comportamento (Executive Committee for the Definition of Cerebral Palsy, 2005).

Cientificamente, são apresentadas três grandes classificações para a Paralisia Cerebral (Liebman, 1983; Platt & Pharoah, 1995) dispostas na Tabela 1.

Tabela 1

Classificação da Paralisia Cerebral (adaptado de Gilboa & Roginsky, 2010)

Paralisia Cerebral Espástica	Ocorrência de danos no trato corticoespinal e córtex motor.
Hemiplegia Espástica	Um lado do corpo afetado.
Diplegia Espástica	Afetadas as extremidades inferiores do corpo.
Quadriplegia Espástica	Os quatro membros são afetados.
Ataxia	Danos causados no cerebelo que alteram as habilidades motoras e funções motoras grossas
Paralisia Cerebral Atetoide	Danos no sistema motor extrapiramidal com danificações em posições que utilizam a força do tónus muscular, tais como manter-se em pé, sentado ou em movimento (locomoção).

Já Ferreira e Smith (2013) na Tabela 2, complementam e descrevem cinco tipos de paralisia tendo o tipo de lesão cerebral como determinante.

Tabela 2

Classificação da Paralisia Cerebral de acordo com a lesão (adaptado de Ferreira & Smith, 2013)

Paralisia Espástica	Aumento de tonicidade muscular.
Paralisia Atetóide	Os visados apresentam movimentações involuntárias.
Paralisia Atáxica	Dificuldades de equilíbrio.
Paralisia Hipotónica	Lesão no nervo inferior resultando na incapacidade locomotiva.
Paralisia Mista	Podem ocorrer paralelamente os diversos tipos de paralisia descritos acima.

Os mesmos autores continuam a classificação de PC (Tabela 3) focando-se nos elementos relacionados com o tipo de comprometimento do cérebro e os membros corporais por ele afetados:

Tabela 3

Classificação do comprometimento cerebral na Paralisia Cerebral (adaptado de Ferreira & Smith, 2013)

Tetraparesia	Comprometimento nos membros inferiores e superiores.
Hemiparesia	Apenas um lado do corpo é comprometido.
Monoparesia	Um dos membros apresenta lesão.
Diparesia	Presença duma perturbação mais elevada nos membros inferiores comparativamente aos membros superiores.

A PC é causada pela danificação dos centros de controlo motor do cérebro no desenvolvimento do paciente e pode ser despoletada por doenças crónicas, falta de oxigénio na gestação do feto, doenças infecciosas ou trauma cerebral nos primeiros três anos de vida

(Johnson, Mendez & Randolph, 2004). No entanto, de acordo com Miller (2002) e Jimenéz (1997), os elementos que podem despoletar a patologia apresentam-se por três tópicos: fatores pré-natais, fatores perinatais e fatores pós-natais. As alterações provocadas por estes fatores no cérebro do portador, podem causar alterações a nível comportamental, motor, cognitivo e comunicativo, bem como epilepsia (Executive Committee for the Definition of Cerebral Palsy, 2005). A PC apresenta danos irreversíveis no cérebro do portador. No entanto, com intervenção breve após o diagnóstico, há a possibilidade de amenizar os efeitos a longo prazo do diagnóstico (Fleiss & Gressens, 2012; Leach et al., 2014).

As causas pré-natais podem despoletar a patologia através de hipoxia, medicamentos, radiação, infeções intrauterinas, diabetes, etc. Neste período há maior incidência em doenças infecciosas da parte materna originando malformações no feto.

Os fatores perinatais podem apresentar-se devido à prematuridade do feto, trabalho de parto demorado ou até descolamento de placenta. A Paralisia propicia-se neste quadro pela não formação total da criança.

Nos motivos pós-natais estão a ingestão de substância tóxica, acidentes vasculares cerebrais, traumatismos crânio encefálicos, tumores, etc. Fazem também parte das causas desidratação, quedas, acidentes de viação, tumores ou mergulhos em águas rasas (Miller, 2002; França, 2000).

Musicoterapia na Paralisia Cerebral

Em conformidade com Chong et al. (2013) a MT pode promover o estado de relaxamento em atividades musicais percussivas, ao atuar e causar respostas na pessoa com PC a nível cerebral e motor. Segundo Kodama (2008), o sistema nervoso central divide-se em três pontos: a medula espinal que controla os mecanismos ocupados pelos reflexos, a região

basal que controlam as funções corporais complexas e o córtex cerebral que controla o pensamento. Tal como descrito por Rotta (2002), a PC apresenta-se como uma patologia diretamente relacionada com a rigidez a nível muscular. A utilização de melodias ritmicamente desaceleradas ou ritmicamente aceleradas, pode auxiliar o portador de PC a alcançar estados de relaxamento.

A utilização de instrumentos percussivos, materiais ou físicos, bem como a utilização de instrumentos melódicos apresentam-se como veículos ao encontro da independência do portador de PC. Isto é, através da utilização de ditos instrumentos, é possível trabalhar questões posturais e de cadência de caminhada. Também a música em si, serve de ponte para alcançar mecanismos musicais na própria fisionomia do utente (Chong et al., 2013). Do ponto de vista neurológico, a música enquanto potência estruturada, capacita o cérebro humano a alcançar e explorar níveis mais complexos de si mesmo (Juslin, 2019), ao alcançar a regulação muscular, melhoria e crescimento de fala e expressividade através da música (Gross et al., 2010; Gilboa & Roginsky, 2010).

Em intervenção musicoterapêutica, os objetivos terapêuticos deverão alcançar certos pontos: a substituição da linguagem musical pela comunicação verbal, a prática de habilidades sociais, melhoria de habilidades cognitivas, expressão emocional, reabilitação senso motora e fortalecimento da noção de self (Wigram et al., 2002). Ao encorajar os pacientes a utilizar o membro afetado, e muitas vezes ignorado, nas sessões de musicoterapia, Sekeles (1990) sugere uma melhoria na imagem corporal do paciente.

Schalkwijk (1994) apresenta diferentes métodos em que a música pode ser utilizada terapeuticamente nas sessões, enfatizando a importância da utilização de métodos adequados às especificidades de cada deficiência inerente à paralisia, podendo estes ser diretivos e não

diretivos. Em casos de Paralisia Espástica, tal como descrito por Levitin & Tirovolas (2009), os níveis de relaxamento são atingidos com mais facilidade em tempos moderados, com recurso à utilização de instrumentos de percussão e sopro. Em paralisia hipotónica e atetóide, maiores objetivos são alcançados com recurso a andamentos marcados e melodias com acordes mais delicados, respetivamente. Ao analisar Paralisias Mistas, a improvisação apresenta um efeito interno menos constante pelas sucessivas mudanças rítmicas refletoras do bem estar do utente.

Segundo descrito por Wan et al. (2010) o funcionamento cognitivo e funcionamento emocional da pessoa com problemas do foro neurológico pode progredir com o desenvolvimento paralelo de produção e execução musical, seja ela existente ou não. Também a postura, marcha e posição corporal são elementos a trabalhar em paralelo com a produção e execução musical, independentemente dos resultados. Ao treinar estas questões, o portador de PC poderá conseguir dominar tarefas quotidianas e alcançar independência de cuidados pessoais (Kim, et al., 2011) e de funcionalidade/coordenação (Gordon et al., 2007). Sumariamente, intervenções direcionadas para questões motoras promovem sensações de relaxamento, maior mobilidade e coordenação, bem como alívio psicológico (Levitin & Tirovolas 2009).

A utilização total das sonoridades musicais possíveis, sendo elas produzidas através de um instrumento ou através do próprio corpo, estabelece uma ligação em que a música se apresenta como meio facilitador e criador de movimento (Chong et al., 2013).

A estimulação sonora, processada no córtex auditivo e com localização no lobo temporal, apresenta conexão com as regiões cerebrais relacionadas com a memória (hipocampo). Este, relaciona ritmos, emoções e sensações de prazer tendo em conta a

intensidade da fonte sonora apresentando mais ação cerebral com sons mais fortes e sinais mais fracos com sonoridades mais suaves. A emoção e timbre musical são processadas pelo hemisfério cerebral direito, em contrariedade com o hemisfério cerebral esquerdo que processa ritmo, sonoridade e métrica musical (Muskat, 2012).

Bruscia (2014), aponta para o foco da intervenção com PC, como o estímulo e relaxamento. Estas sensações podem ser atingidas ao longo de um processo terapêutico e musical, invocado por retornos a nível corporal e cognitivo.

Objetivos Gerais de Estágio

Tendo em conta as características da população descrita serão implementados na instituição os seguintes objetivos para o presente estágio:

- . Demonstrar e sensibilizar a Equipa Técnica para a importância da intervenção de Musicoterapia em populações com Perturbação do Espectro do Autismo e Paralisia Cerebral;
- . Melhorar e manter o bem estar dos utentes;
- . Desenvolver habilidades e treinar competências motoras, comunicativas, cooperativas e relacionais nos utentes através da música;
- . Promover o desenvolvimento pessoal nas sessões de Musicoterapia.

Metodologia

Nesta alínea descreve-se a metodologia onde são apresentados os procedimentos adotados, bem como dois estudos de caso. A recolha de dados foi feita através de observação e contacto com os utentes. O estágio no CACI – CREACIL Oriente ocorreu desde outubro de 2021 até junho de 2022. Iniciou-se com um mês de observação e integração por parte da estagiária, de forma a conhecer todos os utentes da instituição, bem como as suas rotinas. Após o término do período de observação, iniciaram-se as sessões de musicoterapia. Constatou-se que todos os utentes já tinham tido contacto direto com música (tocar instrumentos) e alguns com musicoterapia com a estagiária antecedente.

Participantes

Neste estágio participaram quatro utentes do CACI- CREACIL Oriente (Tabela 4), tendo ocorrido quatro intervenções individuais e uma em díade. A escolha das patologias a trabalhar, foi feita em conjunto com a orientadora do local de estágio. As intervenções estabeleceram-se em dois utentes com Perturbação do Espectro do Autismo e dois utentes com Paralisia Cerebral, tendo todos sessões individuais e os dois utentes com PC sessão em díade.

Tabela 4

Descrição dos utentes intervencionados em Musicoterapia

Identificação	Género	Idade	Diagnóstico	Outras Terapias
B.	M	20	Perturbação do Espectro do Autismo	Terapia Ocupacional, Psicomotricidade
J.	M	24	Perturbação do Espectro do Autismo	Terapia Ocupacional, Psicomotricidade
V.	F	20	Paralisia Cerebral Tetraparésia Distónica, Paraparésia Espástica. Ataxia. Epilepsia.	Terapia Ocupacional, Psicomotricidade
M.	M	21	Paralisia Cerebral Tetraparésia Espástica. Epilepsia.	Terapia Ocupacional, Psicomotricidade

Nota: O nome de cada utente foi alterado de forma a proteger a sua identidade.

Fase de Observação e Seleção

A fase de observação teve início em outubro e findou em novembro, com a duração de um mês. Nesta fase, a estagiária pôde observar e interagir com os utentes do CACI – Lisboa Oriente, bem como observar o trabalho da equipa em atividades de promoção para a vida independente e deslocações fora do local da instituição.

Após reunião com a Diretora Técnica da CREACIL, relativamente aos possíveis utentes que poderiam tirar benefício da intervenção em Musicoterapia, elaborou-se um horário e definiu-se os casos que seriam intervencionados de forma individual ou de grupo/díade. O horário de intervenção foi feito tendo em conta as atividades que cada utente frequenta na instituição e o horário de presença da estagiária na instituição. Para a realização das sessões de musicoterapia, com recolha de imagem e de áudio, a estagiária entregou à

Instituição um documento que deveria ser assinado pelos representantes legais dos utentes a confirmarem a autorização.

Fase da Avaliação Inicial

A avaliação inicial foi assinalada pelo preenchimento de uma grelha de avaliação com as seguintes áreas: (1) Motricidade; (2) Atenção; (3) Participação; (4) Interação; (5) Perceção; (6) Social (7) Comunicação; (8) Memória e (9) Cognição. Cada dimensão foi avaliada de 1 a 5, apresentando-se o 1 como “Nunca” e 5 como “Sempre” (1, Nunca; 2, Raramente; 3, Às vezes; 4, Regularmente; 5, Sempre). Apesar de se considerarem nove dimensões, a estagiária optou por avaliar apenas quatro valências:

- . Comunicação
- . Interação
- . Social
- . Participação

Esta escolha foi ao encontro das propostas da instituição para encaminhamento para MT e dos objetivos da estagiária. As restantes dimensões também sofreram análise, ainda que não tão detalhada.

Através das informações recolhidas na Grelha de Registo de Avaliação Inicial e Final, a estagiária formulou objetivos terapêuticos e a metodologia de sessão a adotar. Em cada sessão, foi preenchida uma Ficha de Registo de Sessão. Desta forma, foram utilizados os seguintes documentos:

- . Ficha de Registo de Sessão Individual (Anexo 1);
- . Ficha de Registo de Sessão Grupal – Díade (Anexo 2);
- . Grelha de Registo de Avaliação Inicial e Final (Anexo 3).

A criação da Grelha de Registo Inicial e Final, manifestou-se pela necessidade de adaptar uma escala de avaliação à população estudada neste estágio, apresentando áreas de trabalho específicas comuns a ambas as patologias. Dada a escolha por patologias para intervenção, a estagiária baseou-se em itens das escalas de avaliação IMCAP-ND para a formação de uma adaptação da própria escala.

Para uma maior qualidade e precisão de análise, as sessões de musicoterapia foram gravadas com imagem e som, de forma que todas as informações visuais da sessão pudessem ser consolidadas com as informações registadas na Ficha de Registo após cada sessão.

Fase de Intervenção Terapêutica

Nesta fase, realizou-se a elaboração do Plano de Intervenção Terapêutico, onde constam os objetivos de intervenção para cada utente. Esta fase teve a duração de oito meses, com início em outubro de 2021 com a fase de Observação e Seleção.

Cada sessão foi previamente planeada, ainda que a sua estrutura pudesse sofrer adaptações após o seu início ou durante a sessão, apresentando flexibilidade de acordo com as necessidades de cada utente.

Após cada sessão, a Ficha de Registo de Sessão foi preenchida com uma análise do conteúdo trabalhado, observação direta, instrumentos utilizados e reflexões ou observações.

Na duração do estágio curricular, o mesmo apresentou-se com as fases de observação e seleção, avaliação inicial, intervenção e avaliação final do processo terapêutico. Durante a fase de intervenção, ocorreu durante duas semanas a fase de contenção (COVID-19).

Fase de Contenção (COVID-19)

O Coronavírus é uma doença respiratória associada à SARS-COV-2, que se manifesta pela infeção do funcionamento respiratório, podendo em casos mais graves desenvolver-se e

evoluir para pneumonia (SNS, 2022). Devido às medidas de contenção da pandemia COVID-19, referentes ao período de Natal e Ano Novo decretadas pela DGS e pelo Governo no Decreto-Lei n.º 119-B/2021 de 23 de Dezembro, foram declaradas duas semanas de contenção da pandemia COVID-19 de 27 de dezembro a 31 de dezembro, e de 2 de janeiro a 9 de janeiro (Decreto-Lei, 2021). Com estas duas semanas de contenção, os serviços e atividades do CACI- CREACIL Oriente foram encerradas. Deste modo, os utentes ficaram sem acompanhamento de Musicoterapia durante o intervalo de duas semanas. Não foi acordado entre instituição e estagiária a possibilidade de continuar as sessões em formato online, pelo encerramento da mesma.

No mês de Janeiro de 2022, houve também interrupção na semana de 26 de janeiro a 2 de fevereiro, tendo a estagiária contraído o vírus COVID-19 e ficado em isolamento profilático obrigatório durante uma semana.

De acordo com o Plano de Contingência da Instituição (Anexo F), todos os instrumentos de material plástico e madeira foram desinfetados entre sessões com desinfetante. Tanto os utentes como a estagiária procederam à desinfeção frequente das mãos. Em sessão todos se apresentaram de máscara e respeitou-se o distanciamento possível, em partilha de instrumentos dentro da sala.

Agenda Semanal

No decorrer do estágio curricular, a estagiária deslocou-se ao CACI- CREACIL Oriente três vezes por semana, às segundas-feiras, quartas-feiras e sextas-feiras, das 09:00 às 13:00, sendo as sessões de 45 minutos cada: das 09:30 às 10:15, 10:40 às 11:25 e das 11:40 às 12:25 (Tabela 5). O restante tempo na instituição foi ocupado com preparação de setting e arrumação do mesmo, anotações na Ficha de Registo de Sessão, apoio nas sessões quinzenais

com o Conservatório de Artes de Loures, bem como o relacionamento informal com os restantes utentes. Apesar das sessões com o CAL não serem de Musicoterapia, a estagiária facilitou estratégias e sugeriu alterações tendo em conta as atividades apresentadas, de maneira a tornar a sessão inclusiva e musicalmente adequada à faixa etária e necessidades dos utentes presentes em cada sessão.

Tabela 5

Agenda semanal do estágio na CREACIL

Hora	Segunda-feira	Quarta-feira	Sexta-feira
09:00			
09:30 10:15	Sessão Individual M.	Sessão Individual M.	Sessão Individual V.
10:40 11:25	Sessão Individual V.	Sessão Individual B.	Sessão Diade M. e V.
11:40 12:25	Sessão Individual J.	Sessão Individual J.	Sessão Individual J.
12:30 13:00	Almoço		
13:30 15:00	Conservatório de Artes de Loures		

No mês final de Estágio, foi acordado entre a Estagiária e a Orientadora de local de Estágio o horário das 09:00 às 16:30. Desta forma, a Estagiária deu apoio à instituição nas restantes atividades e consolidou a sua relação com todos os utentes.

Fase da Avaliação Final

Na avaliação final, à semelhança da primeira avaliação, foram analisadas de forma geral as seguintes áreas (1) Motricidade; (2) Atenção; (3) Participação; (4) Interação; (5)

Perceção; (6) Social (7) Comunicação; (8) Memória e (9) Cognição. Através da mesma Grelha de Registo de Avaliação Inicial e Final, a estagiária aplicou a restante avaliação comparando depois os resultados com a avaliação feita inicialmente.

Ao proceder à análise, a estagiária focou-se nas seguintes fatores em sessão:

- . Comunicação
- . Interação
- . Social
- . Participação

A análise da avaliação final procedeu-se através da recolha de informações de material escrito, nomeadamente as fichas de registo de sessão, de material áudio e vídeo e das sessões.

Recursos Materiais

Ao longo das sessões foram utilizados dois telemóveis, um sem acesso à internet para gravação de áudio e vídeo das sessões e outro com acesso à Internet, para pesquisa de cifras, músicas e letras sugeridas pelos utentes.

As sessões individuais e de díade foram realizadas na Sala de Terapias.

Ocasionalmente, de forma a melhorar as condições de espaço em sessão, ocorreram sessões de díade na Sala Odisseias. A Sala de Terapias é relativamente pequena e contém dois cadeirões almofadados, duas cadeiras de carrinha, uma cama, um tapete, almofadas e os instrumentos. A Sala Odisseias é ampla e está equipada por uma passadeira, máquina de remo, auxiliares de exercícios (bolas, arcos, etc) e cadeiras.

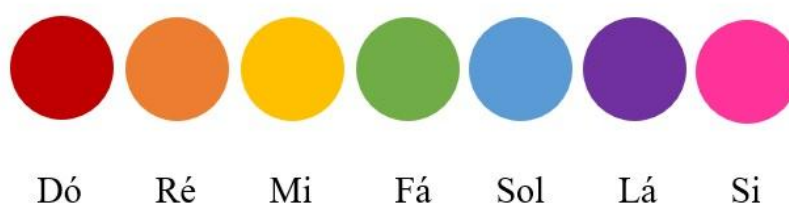
Os instrumentos utilizados variaram de cariz melódico e harmónico a cariz percussivo. Foram utilizados para as sessões os seguintes instrumentos: xilofone, piano, boom wackers, clavas, pandeiro, shakers, caixa chinesa, ago-ago, guizo e reco-reco.

Relativamente à diferenciação de tamanho dos instrumentos, o principal objetivo dos mesmos foi a sua utilização em atividades referentes a trabalho de motricidade fina nos utentes com Paralisia Cerebral (p.e shakers). A utilização destes pequenos instrumentos confirmou que não é necessário grandes instrumentos para fazer música. Os instrumentos de maior tamanho (p.e piano ou boom wackers), serviram como condutores de expressão pessoal através da exploração de ritmo, dinâmica e velocidade.

Os instrumentos percussivos eram todos de madeira, pelas suas características duradouras e fácil higienização. No entanto, os boom wackers eram de plástico, utilizando um sistema de associação de cores a notas musicais (Figura 1). De forma a criar memória visual e auditiva, o piano, o xilofone e os boom whackers apresentaram-se transversalmente com as mesmas cores, correspondentes entre todos os instrumentos. Nos instrumentos que não apresentavam as cores descritas inicialmente, foram colados autocolantes para haver coerência instrumental e visual.

Figura 1

Sequência de cores associadas aos instrumentos musicais



Apesar de não estar sempre presente através do canto, a voz foi um dos instrumentos mais importantes pela sua versatilidade, não só para dar orientação, mas também como reforço e guia nas atividades realizadas, quer por parte do utentes como da estagiária.

Estudos de caso

Estudo de Caso 1: M.

O M. é um jovem adulto com 20 anos e frequenta o CACI - CREACIL Oriente. Nasceu na Ucrânia, mas atualmente reside no concelho de Odivelas com os pais e os dois irmãos mais novos. O M. tem o diagnóstico de Paralisia Cerebral Tetraparésia Espástica e Epilepsia. Utiliza cadeira de rodas para se deslocar, conseguindo usar apenas o braço direito para o fazer. Ocasionalmente, apresenta espasmos nos membros inferiores do corpo.

O M. é um rapaz geralmente mais reservado mas bastante risonho e bem disposto quando interagem com ele. Gosta de ver televisão, ouvir música e jogar videojogos. Mantém uma boa relação com auxiliares, técnicos e os restantes utentes. No entanto, poucas vezes inicia conversa com os mesmos. Reage a conversas e interações diretas de formas distintas: gargalhadas, tentativa de toque, levanta uma das sobrancelhas ou responde de forma verbal. O M. apresenta dificuldades em articular o seu discurso de forma clara devido à patologia a si associada. Apresenta também especial dificuldade em palavras que contenham a letra “L”, como “laranja”, “vermelho” ou até trautear “lá lá lá”. Apesar de ser reservado, o M. expressa pedidos de forma calma quando há necessidade.

No quotidiano, o M. é dependente em atividades rotineiras, como vestir e higiene. Consegue alimentar-se sozinho, necessitando apenas de ajuda para cortar os alimentos que necessitem da utilização das duas mãos.

Demonstra interesse e motivação nas atividades propostas na instituição e cumpre os requisitos até finalizar a atividade. Não apresenta alterações a nível comportamental. Toma medicação diária.

Avaliação Inicial

O M. teve a sua primeira sessão a 17 de novembro de 2021 no Quarto de Descanso da instituição. A estagiária apresentou diferentes instrumentos percussivos e deu-lhe a escolher qual iria tocar. Demonstrou interesse por instrumentos mais pequenos, de preferência de utilização singular, bem como o piano. A estagiária optou por improvisar na primeira sessão de forma a compreender as capacidades e limitações do utente, quer física quer intelectualmente. Questionou também o utente sobre o seu gosto e conhecimento musical, transmitiu a base estrutural de sessão e os instrumentos disponíveis.

Durante a avaliação inicial (Tabela 6), foram utilizados instrumentos como o piano e algumas percussões: maracas e shaker. A estagiária deu tempo para o utente explorar os instrumentos e a sua sonoridade, interpretando as suas reações na utilização de cada um. O piano foi o instrumento que mais cativou o utente pelo conhecimento prévio da sua sonoridade, já tendo tocado noutras ocasiões. Nos restantes instrumentos, demonstrou maior facilidade em utilizar apenas a mão direita para os manusear (mão dominante). Assim, o piano tornou-se o instrumento base nas sessões com o M. pela confiança e conforto manifestados pelo utente ao tocar o instrumento.

A comunicação do M. no primeiro mês de sessões era à base de respostas monossilábicas, como “sim” ou “não”, e abanar a cabeça em concordância ou discordância, sem verbalizar. As diferentes tentativas de interação foram sempre iniciadas pela estagiária, sendo que o M. apenas respondia, não expressando pedidos ou partilhas. As suas respostas eram quase sempre concordantes, não exprimindo desagrado, mesmo que fosse notório o desconforto ao realizar a atividade (p.e. utilização do braço não dominante), acabando por ter espasmos nos membros inferiores. Na generalidade, o M. apresentou-se como uma pessoa

reservada mas bem disposta, soltando gargalhadas esporadicamente em determinadas intervenções verbais da estagiária.

Tabela 6

Avaliação Inicial do M.

Comunicação	<ul style="list-style-type: none"> • Respostas monossilábicas – “sim” ou “não”. • Resposta por gesticulação (preferencialmente). • Não comunica além do estritamente necessário – resposta à estagiária.
Interação	<ul style="list-style-type: none"> • Não inicia interação musical de qualquer tipo. • Não interage com os instrumentos sem intervenção da estagiária. • Quando existe interação, apresenta espasmos nos membros inferiores.
Social	<ul style="list-style-type: none"> • Procura contacto visual para reassegurar que o que faz está correto. • Mantém conversa, verbal e não-verbalmente, mas não a inicia. • Sorri esporadicamente.
Participação	<ul style="list-style-type: none"> • Participa na sessão, mas denota-se desconforto. • Toca no instrumento dado, mas reduz-se aos mesmos padrões rítmicos e/ou melódicos. • Não é recetivo à participação do membro não dominante em sessão, mesmo sendo em apoio.

Plano de Intervenção Terapêutico

Sistematizando as informações recolhidas durante o processo de avaliação e tendo em conta as necessidades do utente, foi elaborado um plano de intervenção terapêutico descrito na

Tabela 7.

Tabela 7

Plano de Intervenção Terapêutico do M.

Problema nº1
Movimentos corporais involuntários. Baixo tónus muscular.
Objetivo Geral
Promover atividades motoras com intencionalidade e motivação.
Sub-objetivos
<ul style="list-style-type: none"> • Promover a utilização dos membros superiores em atividades musicais; • Estimular o fortalecimento do tónus muscular; • Promover a execução de movimentos de intenção direcionada.
Problema nº2
Dificuldade em expressar-se verbalmente. Pouca articulação no discurso. Responsivo através da gesticulação.
Objetivo Geral
Incentivar a comunicação verbal e expressão pessoal.
Sub-objetivos
<ul style="list-style-type: none"> • Promover a autoexpressão através de canções; • Promover a verbalidade na interpretação de canções; • Estimular a resposta verbal ao invés da gesticulação.
Problema nº3
Pouca autoestima e falta de autoconceito. Opta por observar ao interagir.
Objetivo Geral
Desenvolver autoconceito e aumentar autoestima.
Sub-objetivos
<ul style="list-style-type: none"> • Promover o autoconceito através da essência sonoro-musical do utente; • Promover a partilha de ideias e opiniões com a terapeuta; • Aumentar a autoestima através de um espaço individual de partilha.

Fase de Intervenção Terapêutica

O M. integrou 40 sessões desde outubro de 2021 até ao final do mês de junho de 2022, tendo duas sessões de carácter individual por semana e uma sessão em díade por semana. À exceção da primeira sessão, que ocorreu no Quarto de Descanso, todas as restantes

tiveram lugar na Sala das Terapias. O setting foi preparado previamente para todas as sessões, dando especial atenção à falta de mobilidade do utente e à utilização de cadeira de rodas. A proposta de objetivos terapêuticos também influenciou o setting de intervenção através da escolha dos instrumentos musicais e a sua distribuição em sala.

Fase Inicial

Numa fase inicial, explorou-se os gostos, capacidades e limites do M.. Através de conversa em sessão, foi possível perceber que ele gosta de toda a música em geral, tendo como preferência o Rock ‘n’ Roll. No entanto, e contrariamente ao esperado, o M. apresentou-se musicalmente de forma muito cuidadosa e suave, sendo bastante recetivo a mudanças de géneros musicais.

As primeiras intervenções serviram como momento de exploração não estruturada, em que se experimentou vários instrumentos em sessão. O M. demonstrou-se bastante recetivo e participativo nestes momentos. Desde o início que o M. partilhou e demonstrou um grande interesse pelo piano e pelo saxofone, pela sonoridade que apresentavam. Como se trata de um teclado elétrico, ocasionalmente alterou-se a sonoridade do piano para saxofone, de forma a explorar os gostos do M. A estagiária, a dada altura, perguntou ao M. se estaria disposto a cantar, ao que prontamente respondeu que “não”.

Fase Relação

Nesta fase, o relacionamento terapêutico tornou-se evidente pelo prazer do M. em partilhar vivências da sua vida fora da instituição e do setting de sessão. Começou a chamar a estagiária pelo nome a caminho das sessões e a contar as notícias da sua semana. Neste momento, o M. mostrou-se mais comunicativo, a gesticulação deu lugar à verbalização e o abanar de cabeça em concordância deu lugar ao “sim, porque...”, passando a elaborar o seu

conteúdo frásico. Também as suas preferências musicais se tornaram mais consistentes, demonstrando apreço pelas bandas Nirvana, Metallica e outras músicas mais específicas.

As informações adquiridas em cada sessão foram utilizadas na sessão seguinte, de forma a dar continuidade à exploração musical anterior, e de certa forma conforto ao M., por saber que as suas partilhas prévias eram válidas. Introduziu-se de forma gradual a utilização e execução por parte do M. de improvisação, imitação e turn-taking. A interpretação em forma cantada de canções ficou a cargo da estagiária, sendo que o M. acompanhava ao piano ou de forma percussiva (instrumental ou corporal).

Fase de Exploração

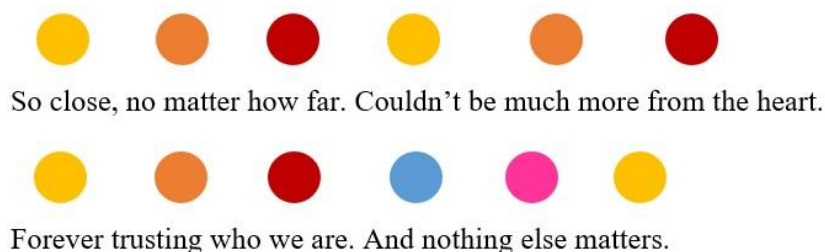
Durante esta fase, explorou-se a improvisação no piano como base das sessões, pelo à-vontade demonstrado pelo M. com o instrumento. Incorporado no modelo de improvisação, foram utilizadas técnicas de imitação com base visual de cores e técnicas de turn-taking. Nestas técnicas incluíram-se alterações de velocidade, dinâmica e instrumentos. Através delas, a intencionalidade musical do M. tornou os momentos de improvisação bastante proveitosos. Na improvisação, utilizou-se dois métodos: improvisação não estruturada, em que o M. tocou sem restrições; e a improvisação semiestruturada, em que o M. escolheu um tema sobre o qual gostaria de improvisar. Nestes improvisos, a estagiária conheceu outra faceta do M., em que começou a explorar temas aleatórios do seu interesse (maioritariamente pratos do seu agrado, algo relacionado com a sua semana ou algo relacionado com o seu país de nascimento).

Nas últimas sessões, o M. já não recorreu à gesticulação para responder a questões. Começou também a explicar de forma mais extensa e elaborada os seus pensamentos, os quais partilhava sem necessidade de pedido por parte da estagiária. Ao explorar os gostos

personais, começou-se a tocar “Nothing Else Matters” dos Metallica como música de final de sessão, ao que o M. imitava ritmicamente a linha melódica da voz. A certo ponto, a estagiária questionou se o M. gostaria de tocar a música enquanto a estagiária cantava. Para tal, foi criada uma sequência de cores correspondentes à tonalidade e às conseqüentes notas do piano (Figura 2).

Figura 2

Estratégia utilizada com o excerto da canção “Nothing Else Matters” dos Metallica.



Desta forma, a estagiária conseguiu em conjunto com o M., tocar uma das suas músicas favoritas, contribuindo para o sentido de partilha e adesão em sessão. A mesma estratégia foi utilizada nas restantes músicas solicitadas pelo M., que começou a explorar canções portuguesas como “A Minha Casinha” dos Xutos e Pontapés, e russas como Кипелов - Я свободен (Kipelov - “Estou livre”). A alteração da forma de interpretar e a variação rítmica e dinâmica eram exploradas durante a interpretação da canção em sessão. Durante a sessão, o M. vocalizou os seus gostos, tendo tido a estagiária em conta as suas vontades e pedidos, indo sempre de encontro com os seus desejos.

Quando não predisposto a tocar músicas no piano, o M. geralmente fazia-o nouro instrumento percussivo, da sua escolha, em que tocava a parte rítmica dos vocais principais da canção em questão. Após a exploração dos gostos musicais, experimentou-se cantar em dueto a música dos Xutos e Pontapés “A Minha Casinha”, banda e música que o M. também

aprecia bastante. A aceitação para cantar com a estagiária foi um dos pontos de viragem de expressão pessoal do M., que a partir deste momento começou a cantar músicas de forma espontânea, a pedir para tocar ou cantar determinadas músicas e a completar finais da frase musical.

Figura 3

Estratégia utilizada com o excerto da canção “A Minha Casinha” dos Xutos e Pontapés

As saudades que eu já tinha da minha alegre casinha .
Tão modesta quanto eu .
Meu Deus como é bom morar , modesto primeiro andar .
A contar vindo do céu .

Avaliação Final

No último mês de estágio, foi aplicada uma vez mais a Grelha de Registo de Avaliação Inicial e Final, material que serviu para comparar a avaliação de outubro com a de junho. A análise foi feita através da observação direta em sessão e através da revisão da gravação e registo da mesma. O M. apresentou evoluções, umas mais evidentes e outras mais subtis, em praticamente todas as dimensões avaliadas. Verificou-se uma diminuição da agitação motora, aumentou a verbalidade em sessão (quer em iniciação de conversa, quer em pedidos), sorria mais em sessão e mostrava-se mais descontraído (visível na linguagem corporal e na redução de espasmos corporais). Executava pedidos de músicas do seu agrado, algumas delas abordadas em sessão e outras que trazia escritas de casa, e partilhava espontaneamente ideias e pensamentos com a estagiária (Tabela 8).

Tabela 8

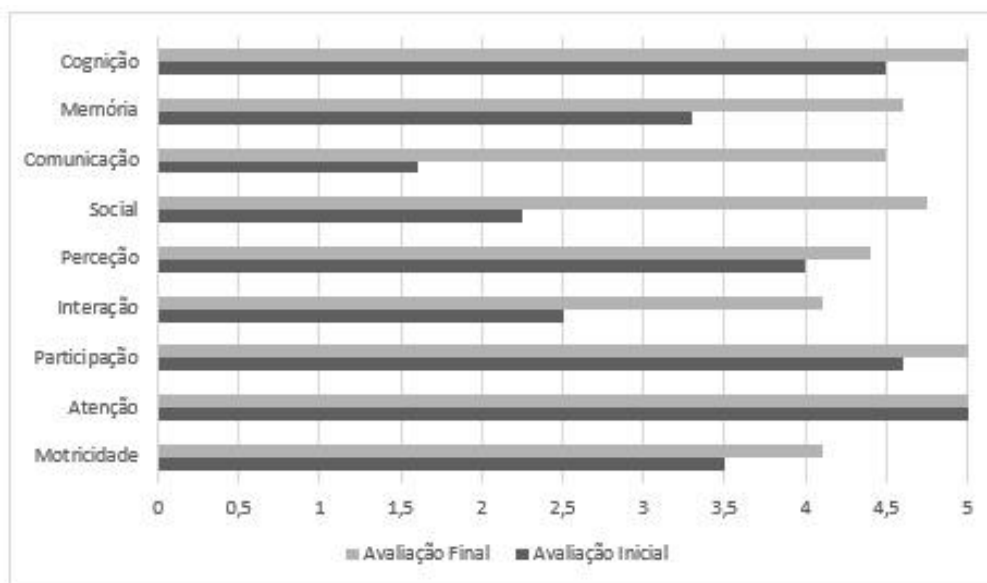
Avaliação Final do M.

Comunicação	<ul style="list-style-type: none"> • Respostas totalmente verbais. • Respostas por gesticulação raras mas complementa com verbalidade de seguida – como se se enganasse. • Comunica além do pedido e desenvolve verbalmente a resposta tendo em conta o tema de conversa. • Partilha o agrado e o desagrado, bem como a dor.
Interação	<ul style="list-style-type: none"> • Inicia a interação verbal muitas vezes antes de chegar à sala de sessão. • Procura o toque com a mão em momentos de interação. • Interage com os instrumentos à sua volta e inicia a interação musical em sessão. • Não apresenta qualquer tipo de espasmo em momentos de interação.
Social	<ul style="list-style-type: none"> • Procura contacto visual como forma de comunicação. • Ri e gargalha em sessão. • Partilha reflexões e pedidos sobre a sessão e momentos fora de sessão.
Participação	<ul style="list-style-type: none"> • Participa em sessão de forma ativa e na ação musical. • Toca no seu instrumento, mas partilha o desejo de mudança de forma ativa. • Participa com instrumentos diversos e utiliza a funcionalidade de cada membro. • Explora cada instrumento de forma diferente a cada sessão.

No Gráfico 2, conseguimos visualizar as alterações significativas desde a primeira avaliação (outubro) e a avaliação final (junho).

Gráfico 2

Comparação entre a avaliação inicial e a final do M.



Discussão do Caso

Ao longo da intervenção, as competências trabalhadas no caso do M. mostraram evolução com a aplicação da MT. As alterações ao longo deste processo foram notórias a partir do momento de chamada para a sessão, em que a disponibilidade se revelava cada vez mais evidente. Com o M. foram trabalhadas necessidades relacionais, incluindo a exploração de autoconceito, e necessidades físicas, onde se manteve um trabalho global de intervenção motora.

No domínio das necessidades relacionais, os efeitos da musicoterapia tornaram-se mais evidentes nas áreas de comunicação, interação, participação e sociais. As alterações obtidas no final da intervenção demonstraram ser potencializadoras do relacionamento do utente a nível pessoal e a nível musical (Wigram & Gold, 2006). O M. mostrou-se bastante comunicativo e fê-lo de forma espontânea, interagindo com a estagiária verbal e musicalmente de forma coerente, participando na sessão com entusiasmo e mostrando o seu

lado social através de conversas sobre assuntos do seu agrado. Nas necessidades físicas, a MT apresentou-se evolutiva através da redução de agitação motora dos membros inferiores, conforme referido por De Vries (2015). O trabalho desenvolvido de forma individual com o M. foi baseado na necessidade exploratória do utente, em momentos de partilha ou até de desconforto. A abordagem da validação da pessoa e para a pessoa, fomentou momentos de aprendizagem e aquisição particular, de forma individual e partilhada.

Pode concluir-se que as sessões de Musicoterapia se revelaram válidas, confirmando que a musicalidade paralelamente aos objetivos terapêuticos, engloba várias formas e propósitos de progresso pessoal.

Estudo de Caso 2: B.

O B. tem 20 anos, é um jovem adulto e frequenta o CACI- CREACIL Oriente. É português de descendência africana e reside com a mãe e dois irmãos no concelho de Loures. Apresenta o diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo, não verbal. É bastante calmo em ambientes diários, mas apresenta estereotipias sonoras em momentos de ansiedade, medo ou entusiasmo. As suas estereotipias podem manifestar-se num registo de voz agudo, com duração de 1 a 4 segundos em que diz “niiiiii, niiiiii”, como podem ser corporais, em que se balança para a frente e para trás. Demonstra também como método de autorregulação, tocar com os dedos de uma mão nos nós da outra, fazendo uns pequenos estalinhos. Em momentos de prazer, solta esporadicamente gargalhadas e o “niiii”.

O B. sendo bastante observador, gosta de se sentar no sofá do canto, com uma boa visibilidade sobre toda a sala de atividades, onde observa os restantes utentes da instituição e ocasionalmente dormita. Gosta de ouvir música, preferencialmente ritmada, e dançar. Devido ao facto de ser não verbal, o B. faz tentativas de comunicação através do olhar e do toque.

Nas tentativas através do olhar, fixa-o até a outra pessoa olhar também. Quando os dois olhares se cruzam, ele rapidamente desvia o olhar para baixo e espera o tempo que acha necessário até a outra pessoa deixar de olhar também. Com isto, cria momentos semelhantes ao jogo do olhar, tão utilizado por crianças. Nas tentativas referentes ao toque, tenta chamar a atenção levando lentamente o seu indicador até tocar no nariz da outra pessoa, sorrindo enquanto o faz. Geralmente, procede destas formas quando está completamente descontraído e confortável com o ambiente que o rodeia.

O B. não apresenta dependência nas atividades quotidianas. Demonstra maior interesse e motivação nas atividades físicas propostas pela instituição e não apresenta alterações a nível comportamental. Toma medicação diária.

Avaliação Inicial

O B. teve a sua primeira sessão a 17 de novembro de 2021 no Quarto de Descanso da instituição. A estagiária apresentou diferentes instrumentos percussivos e deu-lhe a escolher qual iria tocar. Demonstrou algum interesse por instrumentos mais graves, como o jambé, mas nenhum pelo piano ou instrumentos melódicos. A estagiária optou por improvisar totalmente na primeira sessão de forma a compreender as capacidades e interesses do utente. A escolha de instrumentos foi feita pela observação das reações do utente quando estes eram tocados. Desta forma, apresentaram-se dois instrumentos de cada, de maneira que um fosse utilizado pelo B. e outro pela estagiária (com exceção do jambé, que foi partilhado).

Durante a avaliação inicial (Tabela 9), foram utilizados instrumentos como o piano, jambé, maracas, pandeiro, clavas e outras percussões. A utilização destes instrumentos foi feita de forma a compreender o interesse instrumental do utente, que desde a primeira sessão demonstrou curiosidade em instrumentos percussivos.

Nas primeiras sessões, a interação e comunicação entre o B. e a estagiária eram feitas meramente através de exploração e experimentação de instrumentos. O jambé e as clavas foram os principais elos, pois foram os únicos instrumentos ao qual o B. reagia de forma responsiva e os únicos que tocava. A estagiária notou rapidamente que a postura do B. na sala de atividades, era indicativa da sua disposição naquele dia. Se estivesse entusiasmado no lugar e a sorrir, estaria totalmente recetivo em sessão, iria interagir e seria flexível a novos ritmos e atividades em sessão. Se estivesse sentado, quieto ou a dormir, a estagiária previa uma sessão rígida e inflexível, quer ritmicamente quer em interação.

Tabela 9

Avaliação Inicial do B.

Comunicação	<ul style="list-style-type: none"> • Utente não-verbal. • Tenta comunicar não verbalmente (raramente), através do olhar e/ou toque leve (toque no nariz). • Não tolera proximidade. • Ocasionalmente realiza alguns gestos, ainda que sem intencionalidade. • Pouca perceção da palavra.
Interação	<ul style="list-style-type: none"> • Tenta interagir ocasionalmente com a estagiária através de jogos de olhar, apesar do direcionamento ocular ser muito curto. • Interação musical e não-musical muito tensa. Tempo interno acelerado.
Social	<ul style="list-style-type: none"> • Compreende quando é chamado em situações sociais. • Ocasionalmente sorri, mas mantém a cabeça baixa.
Participação	<ul style="list-style-type: none"> • Participativo em atividades sociais, fora de sessão. Contido nas atividades, dentro de sessão. Mantém o mesmo instrumento. • Não inicia a participação em sessão.

Plano de Intervenção Terapêutico

Sistematizando as informações recolhidas durante o processo de avaliação e observação foi elaborado um plano de intervenção terapêutico, descrito na Tabela 10.

Tabela 10

Plano de Intervenção Terapêutico do B.

Problema nº1
Pouca capacidade de expressão não verbal clara.
Objetivo Geral
Promover o desenvolvimento de comunicação não verbal.
Sub-objetivos
<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a interação e intencionalidade enquanto ferramentas de comunicação; • Promover o contacto ocular; • Promover/aumentar a expressão gestual clara através da gesticulação.
Problema nº2
Falta de estabelecimento de expressão pessoal.
Objetivo Geral
Incentivar a expressão pessoal através da música.
Sub-objetivos
<ul style="list-style-type: none"> • Promover a autoexpressão através da exploração de instrumentos musicais; • Promover a comunicação não verbal através da escolha gestual em atividades; • Estimular a resposta através da gesticulação.
Problema nº3
Muito ansioso e com dificuldade em entender tempos de espera.
Objetivo Geral
Promover a sessão enquanto local de descontração.
Sub-objetivos
<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver a competência de esperar pela vez; • Desenvolver o conceito de tomar iniciativa de forma autónoma e controlada; • Diminuir os momentos de ansiedade.

Fase de Intervenção Terapêutica

O B. integrou 40 sessões de outubro de 2021 até junho de 2022, tendo duas individuais semanalmente. À exceção da primeira sessão que ocorreu no Quarto de Descanso,

todas as restantes tiveram lugar na Sala das Terapias. O setting foi preparado previamente para todas elas, tendo em conta os objetivos terapêuticos propostos.

Fase Inicial

Numa fase inicial, explorou-se os gostos instrumentais do B.. Tendo em conta a não verbalidade do utente optou-se por recorrer musicalmente, de acordo com o ISO cultural do utente, aos sons ritmados e variados. Utilizou-se pequenos instrumentos de percussão que variaram ligeiramente de sessão para sessão.

Nas primeiras sessões, entrava disparado para a sala, onde se sentava de cabeça baixa até a estagiária começar a explorar instrumentos. Inicialmente nenhum cativou a sua atenção, pelo que escolheu sempre o mesmo instrumento que a estagiária, mantendo o mesmo ritmo do início ao fim da sessão. O ritmo acelerado com que algumas vezes tocou, acabou por refletir-se como zona de conforto ao longo das sessões, que repetia cada vez que se sentia exposto ou desconfortável.

Na última intervenção desta primeira fase, já começou a procurar algum contacto ocular ocasionalmente, bem como a transmitir intencionalidade ao tocar os instrumentos musicais.

Fase Relação

A partir da quinta sessão, o B. mudou o seu comportamento. Ao entrar em sessão já não se sentava de cabeça baixa e esperava que a estagiária se sentasse para perceber qual o instrumento que escolheria. Todo este período de espera ocorria com contacto ocular direto, algo que não tinha acontecido até então.

Musicalmente, o B. mostrou-se comunicativo e com crescente interesse no xilofone. Em momentos de imitação, alternava o seu ritmo de forma que a estagiária voltasse a procurar a concordância rítmica com ele.

No entanto, na sexta sessão, o seu comportamento anterior voltou a prevalecer, postura fechada com cabeça para baixo, ao tocar outro instrumento que não fosse o seu preferido. Contudo, ao voltar a explorar o xilofone, a sua postura alterava-se e demonstrava-se recetivo a todas as deixas. Nas seguintes sessões, utilizou-se o mesmo instrumento para exploração de intencionalidade: escala ascendente para a direita e o corpo balança para a direita; escala descendente para a esquerda e o corpo balança para a esquerda; notas mais agudas com postura corporal direita; notas graves com postura corporal fletida. O exagero corporal por parte da estagiária em situações de demonstrar intencionalidade em sessão, tende-se pela barreira comunicativa presente com a não-verbalidade do utente. Na exploração de ritmos, dinâmicas e velocidades no xilofone o B. também se mostrou recetivo e ativo.

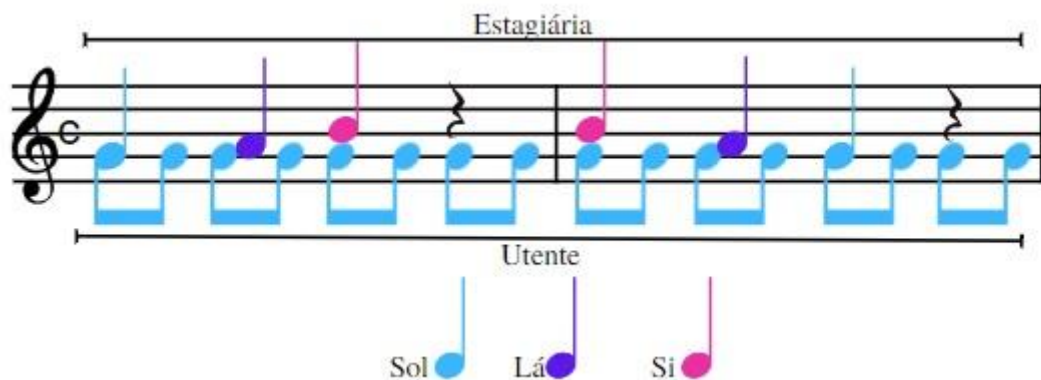
A partir da décima sessão, entrava entusiasmado na sala, pegava na baqueta e mostrava-se ansioso para tocar. Contudo, depois de terminar e de se concluir a arrumação do instrumento, continuava a sair rapidamente, como sempre fazia.

Fase de Exploração

Nesta fase, definiu-se o xilofone como instrumento base para as sessões do B.. Ao entrar, aparentou ir mais calmo, o que acabou por transparecer nos ritmos tocados . Mantinha um ritmo base constante enquanto a estagiária explorava notas próximas, geralmente com ritmos a metade do tempo do que B. tocava, de forma a desacelerar ainda mais a interação. Contudo, notava-se que se sentia mais confortável quando voltava ao ritmo acelerado (Figura 4).

Figura 4

Exemplo de ritmos tocados na sessão do B. por divisão de cor



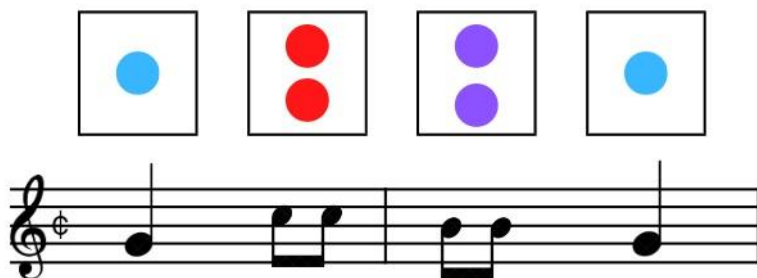
Como o xilofone era tocado no chão, a antiga posição de setting deixou de fazer sentido. Começou a decorrer com o instrumento ao centro, ambos de pernas dobradas numa almofada com um tapete por baixo, sentados em lados opostos ao instrumento. Esta alteração de setting trouxe mais descontração ao B. que passou a sentar-se com uma postura menos tensa. Para as sessões finais, foi adicionado um colchão, a pedido da Instituição, que também consolidou o conforto durante a intervenção.

Com o B. utilizou-se como base a técnica de imitação, com cartões coloridos com uma bola (ritmo singular) e duas bolas (ritmo duplo), bem como a técnica de turn-taking. Com os cartões coloridos, a estagiária formou várias sequências com quatro, seis e dez cores, indicando ao utente a ordem a seguir (Figura 5). Após algumas rondas, a estagiária parou de forma a deixar espaço para a iniciação por parte do utente. O B., indicou a ordem sequencial e tomou a iniciativa de tocar as cores e ritmos correspondentes no xilofone. Nas seguintes sessões, utilizou-se o mesmo método com a alteração da disposição e sequência a cargo do B., onde dispunha, indicava a ordem e recolhia os cartões coloridos. No final de cada ronda e nas sessões finais, olhava para a estagiária de forma a ter aprovação para continuar. Toda a atividade foi elaborada num ritmo calmo e numa posição que demonstrou conforto e à

vontade por parte do B., reclinado, de pernas cruzadas ou ligeiramente debruçado sobre o instrumento.

Figura 5

Exemplo de sequência de 4 cartões coloridos



Nas últimas intervenções, o B. continuou a dirigir-se de forma acelerada para as sessões, mas após entrar na sala o seu comportamento alterava-se e demonstrava-se calmo e recetivo às atividades propostas, apresentando-se descontraído até ao final. O contacto ocular tornou-se constante em momentos de curiosidade e exploração, que a estagiária reforçava positivamente de forma verbal e através de toques com a mão (*high five* ou *thumbs up*).

Avaliação Final

A chegar à reta final de intervenção, foi aplicada uma vez mais a Grelha de Registo de Avaliação Inicial e Final, material que serviu para comparar a avaliação inicial (outubro) com a avaliação final (junho). A análise foi feita através da observação direta em sessão e através da revisão da gravação e registo da mesma. Constatou-se que o B. apresentou alguma evolução nalgumas dimensões, enquanto noutras manteve o mesmo padrão da avaliação inicial. Houve um aumento de interação espontânea por parte do B., bem como do seu envolvimento nas atividades. Tornou-se mais autónomo em sessão e apresentou uma maior perceção visual e auditiva dos estímulos. Acabou por compreender a estrutura da sessão e

comparativamente com a avaliação inicial, apresentou-se mais relaxado e calmo na intervenção (Tabela 11).

Tabela 11

Tabela 11

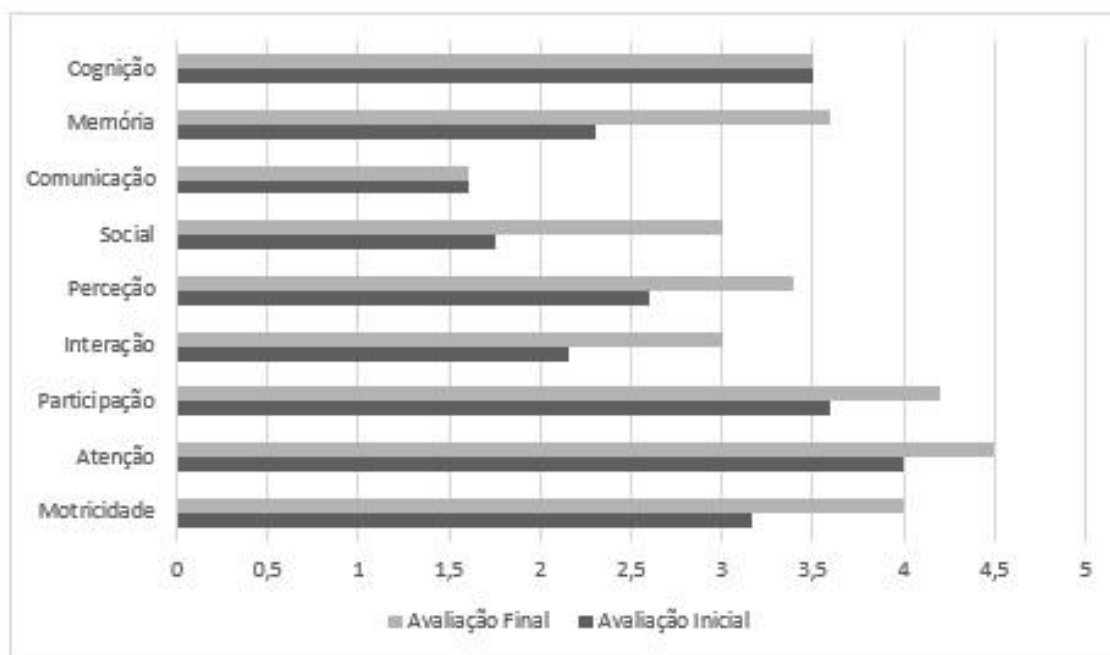
Avaliação Final do B.

Comunicação	<ul style="list-style-type: none">• Utente não-verbal• Aumento das tentativas de comunicação não-verbal, através do olhar.• Tolerância à proximidade da estagiária.• Repete gestos dentro e fora de sessão.• Associação da palavra a alguns gestos.
Interação	<ul style="list-style-type: none">• Interage com a estagiária através de riso e contacto ocular.• Interação mais calma após iniciar a sessão.
Social	<ul style="list-style-type: none">• Aguarda o olhar da estagiária, como confirmação para a sessão enquanto sorri.• Sorri e gargalha em sessão.
Participação	<ul style="list-style-type: none">• Participativo em sessão e recetivo a mudanças de setting.• Explora mais que um instrumento por sessão. Aceita sugestões da estagiária.• Inicia a atividade musical

No Gráfico 3, apresenta-se uma comparação visual da avaliação inicial (outubro) e da avaliação final (junho):

Gráfico 3

Comparação entre a avaliação inicial e a final do B.



Discussão do Caso

Do ponto de vista terapêutico, a intervenção focou-se na comunicação, interação, participação e sociabilização do utente durante as sessões. A música enquanto *pivot* no formato de comunicação não verbal, demonstrou ser um ponto fulcral na recetividade do B., tal como dito por Alvin (2000).

As alterações na comunicação são mais favorecidas, de acordo com Gold et. Al (2006), pela vertente musical, que propicia mudanças mais evidentes comparativamente com a terapia desprovida de música. A comunicação intrínseca à improvisação, apresenta-se como um trabalho de colaboração inerente à relação terapêutica ou qualquer tipo de relação, onde a dinâmica se apresenta na interação e participação (Geretsegger et al., 2015). A forma de comunicação direta do B., ainda que subtil, surgiu como ponto fulcral do relacionamento entre a díade estagiária-utente. Demonstraram-se reduções do estado de ansiedade através da

alteração da postura corporal do B., o aumento do contacto ocular, em duração e regularidade, e uma maior interação de forma espontânea à medida que se ia familiarizando com a estrutura da intervenção. Todos estes pontos, são defendidos por Gatino (2012), Carpenente et al., (2021) e Kim et al. (2008) como alterações possíveis aquando da intervenção de MT.

A exploração da forma musical como competência de comunicação, tornou-se imperativa na intervenção com o B., não só pela sua não verbalidade como pela necessidade de explorar a interação de maneira intencional.

Outras Intervenções

Intervenções Individuais

Caso J.

O J. é um jovem adulto com 24 anos e frequenta o CACI- CREACIL Oriente desde antes de 2018. É português e reside no concelho de Loures com a mãe, irmã, cunhado e sobrinho. O J. tem o diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo, apresentando um nível de autonomia médio/alto. No entanto manifesta dificuldades em manter a atenção e a concentração. Do ponto de vista da instituição, foi encaminhado para a Musicoterapia pelo seu interesse pela música.

Na instituição é acompanhado pela Terapia Ocupacional e Psicomotricidade. O J. mantém um bom relacionamento com todos os técnicos e auxiliares da instituição, manifestando carinho por todos eles. Relaciona-se e comunica com os restantes colegas, em especial com um utente portador de multideficiência que usa a autoagressão como forma de se autorregular. O J. prontamente se senta ao lado dele para tentar conter o comportamento

autodestrutivo do colega. Em diversas ocasiões, a equipa tem pedido o seu auxílio para conter esta situação.

É autónomo nas atividades quotidianas, tais como a higiene e a alimentação. Das restantes atividades desenvolvidas pela instituição e fora da mesma, o J. gosta bastante de caminhadas e de tudo o que envolva passeios. Dentro da instituição, é bastante recetivo às atividades, especialmente as relacionadas com música ou algo prático. Apresenta ligeiras alterações comportamentais em momentos de negação, pela pouca capacidade de processar a frustração.

As primeiras sessões em musicoterapia basearam-se na exploração do piano e de todos os seus sons, ritmos e dinâmicas, quer fossem com a sonoridade de piano, sons sintéticos ou as demos de fábrica. Todas as tentativas de estruturar a sessão, por parte da estagiária, foram recusadas pelo J., que queria apenas explorar o piano e os seus sons pré-definidos, ignorando completamente as tentativas de atividade. Quando a estagiária tentava tocar uma melodia, prontamente tentava imitar e tocar exatamente as mesmas notas, mas quando não o conseguia dizia “Não” e repetia até conseguir reproduzir o que ouviu. Sempre que a estagiária dava espaço após as melodias, o J. voltava de imediato para a exploração metódica de todos os sons do piano, voltando à recusa da atividade.

Para tentar delimitar a estrutura, na quarta intervenção a estagiária começou por escrever num papel todas as atividades propostas para a sessão. O J. começava por lê-las e, quando estivessem concluídas, podia riscar esse item e passava-se para a próxima. Desta forma, o J. conseguiu visualmente compreender a estrutura da sessão, reduzindo visivelmente a ansiedade pelo desconhecido. Por volta da sétima sessão, a estagiária tentou explorar instrumentos até agora não trabalhados, nomeadamente as percussões. Nas sessões seguintes,

o J. começou a partilhar o seu interesse por hinos nacionais de diversos países do mundo, música clássica e pasodobles, bem como pela cultura e televisão animada japonesas. Estes temas foram aproveitados para explorações rítmicas de diversos instrumentos percussivos. Ao que tudo indica, compreendeu com alguma rapidez as limitações de início e fim de sessão à medida que as mesmas ocorriam, pelo que o papel com a estrutura das atividades deixou de ser necessário.

Nas sessões finais, o J. ao ver a estagiária, agarrava-lhe a mão a caminho da sala e começava a cantar músicas de forma entusiástica. Esta reação também aconteceu muitas vezes em dias em que não tinha sessão. Começou a indiciar temas de conversa como mote para improvisar, tomando iniciativa no ritmo, andamento e palavras. Em diversas ocasiões colocava questões à estagiária de forma cantarolada, abrindo o caminho para a improvisação e melodia. Partilhou o seu apreço pela estagiária em variadas sessões, dentro e fora da sala, dizendo “Sofia, gosto de ti amiga”. O seu nível de participação, atenção e interesse em sessão aumentou comparativamente com as sessões iniciais, respeitando os seus tempos individuais e os da estagiária. O nível de frustração a respostas negativas também diminuiu e aumentou momentos de compreensão e escuta pelo discurso da estagiária.

Caso V.

A V. é uma jovem de 20 anos e frequenta o CACI- CREACIL Oriente desde 2018. É portuguesa e reside no concelho de Loures com a mãe, padrasto e irmão. A V. tem o diagnóstico de Paralisia Cerebral Tetraparésia Distónica e Paraparésia Espástica com Epilepsia, e Transtorno de Personalidade Dissociativa. Tem um nível de autonomia médio, com maiores dificuldades na locomoção e na articulação e expressão verbais. Do ponto de vista da instituição, foi encaminhada para MT para potencializar as suas expressões criativas em contexto terapêutico.

Na instituição é acompanhada pela Terapia Ocupacional e Psicomotricidade. Mantém relacionamento com todos os técnicos e auxiliares da instituição, bem como com os colegas. É muito conversadora, sorridente e gosta bastante de música, quer seja para dançar ou cantar, especialmente música ritmada e pop. No entanto, apresenta alterações comportamentais em momentos em que lhe é negado um pedido, chamada à atenção ou em conversas com os pares (pela sua interpretação das palavras), tornando-se ocasionalmente hostil.

É autónoma nas atividades quotidianas, mas casualmente necessita de auxílio na locomoção e utiliza um andarilho, que fica guardado e à sua disposição na instituição. Aparece ser uma pessoa ativa e participativa nas atividades da instituição e na MT. Toma medicação diária..

Nas primeiras sessões explorou-se o piano e o gosto musical da utente. Cedo mostrou apreço por músicas românticas portuguesas, kizomba e todo o tipo de música com batida ritmada. A nível de motricidade, manifestou dominância na mão esquerda, ao passo que a mão direita era regularmente controlada por espasmos involuntários nas atividades em sessão.

No decorrer das intervenções, começou a demonstrar interesse pela escrita de canções e pela interpretação das mesmas. Evidenciou rapidamente alguma facilidade em escrever letras e em explorar o lado criativo, já que escreve os seus pensamentos em papel. No entanto, os temas escolhidos eram sempre muito comuns, se tivesse receio de partilhar e explorar questões mais pessoais em sessão.

Nas improvisações, apresentava tendência para complicar a sua linha de pensamento e ação, tentando tocar com mais do que um dedo de cada vez ou até mesmo com uma velocidade mais acelerada. Este comportamento acabava por despoletar espasmos nos membros superiores, causando frustração sobre a V. Ao desacelerar e relaxar os seus

movimentos, acabava por conseguir mobilizar os membros superiores de forma direcionada e controlada.

As sessões com a V. terminaram de forma repentina e não preparada, pois foi convocada para realizar uma operação pela qual esperava há algum tempo. Até à última sessão da V., foi-se notando uma partilha gradual em questões pessoais, explorando-as através das canções, e maior controlo em movimentos direcionados nos instrumentos percussivos e melódicos. A nível de expressão verbal, nas sessões finais expunha mais os seus pensamentos, vontades e opiniões sem a intervenção da estagiária.

Intervenção Grupal

Caso M. e V.

O M. e a V. conheceram-se na Instituição e foram os dois intervencionados de forma individual em musicoterapia. Ambos apresentam o diagnóstico de Paralisia Cerebral e são acompanhados por Terapia Ocupacional e Psicomotricidade na instituição. Foram escolhidos para integrar um grupo pelas similaridades na proposta da instituição para o encaminhamento para MT. Apresentam aspetos comuns nos comportamentos de expressão pessoal, um através do isolamento e outro através da agressividade e desregulação emocional. Ambos têm fragilidade corporal derivada da mesma patologia. Também gostam de música, apesar das suas preferências serem completamente diferentes: um adora *rock* e o outro prefere *pop*. Demonstram comportamentos semelhantes diariamente, exceto em momentos de frustração em que os seus comportamentos diferem: um retrai-se e o outro torna-se agressivo.

Os três principais objetivos determinados para este grupo de PC foram a estimulação do fortalecimento do tónus muscular e redução de movimentos involuntários, incentivo de diálogo e promoção de interação através de atividades musicais. Nas primeiras sessões, era

notório o desconforto em dialogar um com o outro, pelo que comunicavam através da estagiária. O principal interesse em instrumentos de percussão variava desde o pandeiro e xilofone para o M. até clavas e boom whackers para a V..

Desde o início das sessões que a V. adotou um comportamento mais dominante enquanto o M., teve uma atitude mais retraída, adaptando-se e permitindo que certas escolhas fossem feitas pela V.. Ocasionalmente, a V. apressava o tempo do M. e tentava responder por cima ou iniciar outra conversa. Para contrariar este tipo de comportamento, a estagiária optou por fazer perguntas diretas e perguntas em aberto. Ambos respondiam às questões, apenas a ordem é que variava.

Nas sessões iniciais, ambos os utentes comunicavam com a estagiária mas não diretamente um com o outro. Usavam a estagiária como ponte de comunicação. Nessa fase, a interação musical era um completo caos, pois não havia qualquer tipo de tentativa de relacionamento entre eles.

Ao longo das sessões, a interação começou a mostrar-se mais direta entre os dois, com conversas ocasionais espontâneas. A dinâmica de grupo começou a desenvolver-se e a criação sonora tornou-se mais musical, empática e menos caótica.

O processo não teve a regularidade expectável, pela diversidade de questões associadas à patologia e a inevitabilidade de comparecer a exames médicos. Não houve preparação para o fecho do processo terapêutico pela imprevisibilidade do afastamento da V. devido à remarcação de uma cirurgia. O M. continuou a participar nas sessões individuais até ao final do estágio.

Outras Atividades

A estagiária participou em variadas atividades da instituição, como a Campanha do Pírilampo Mágico, no início do estágio. Acompanhou ao longo da campanha os utentes e a equipa na venda de pequenos objetos alusivos ao pírilampo para angariação de fundos no concelho de Loures.

No final de estágio, acompanhou a equipa e utentes na instituição e em saídas fora da mesma, como caminhadas e idas a variados locais da zona de Lisboa, como Jardins, Museus, Parques Botânicos e experiência de Canoagem.

Discussão

A intervenção de MT, levada a cabo na CREACIL Oriente, teve como base os objetivos gerais, individuais e o trabalho previamente elaborado pela equipa técnica. Tendo em conta as especificidades de cada patologia, o plano de intervenção delineou-se de acordo com os objetivos propostos e as necessidades de cada utente. Como objetivos gerais de estágio, apresentou-se a sensibilização da equipa para a Musicoterapia, o bem estar dos utentes e o desenvolvimento de competências motoras, comunicativas, cooperativas e relacionais. Durante o período de intervenção, verificou-se um impacto positivo no desenvolvimento e melhoria dos âmbitos propostos na população trabalhada. Tal como mencionado por Standley (2002), a intervenção de MT apresentou-se como um estímulo no desenvolvimento do bem estar do utente através dos variados elementos musicais e esteve em conformidade com a World Federation of Music Therapy (2011), que define a utilização dos elementos musicais como forma de melhoria dos níveis físicos, emocionais, sociais e espirituais.

A preparação da intervenção centrou-se no utente como um todo, respeitando o seu mundo interior, os seus gostos e vontades. Visou-se melhorar o seu bem estar. Tentou-se que o seu relacionamento em sessão com a estagiária fosse extrapolado e ajudasse no seu crescimento e reconhecimento pessoal. Comprovou-se a ideia defendida pelos autores Stephenson (2006) e Savarimuth (2002), que retratam este tipo de envolvimento total em sessão como a forma de identificar fundamentalmente o que caracteriza o utente, devolvendo competências e capacidades de que muitas vezes são privados.

Na intervenção com a população descrita, procurou compreender-se as particularidades de cada patologia ao definir objetivos terapêuticos individuais. Contudo, independentemente do padrão patológico presente, em cada sessão, cada utente pôde explorar livremente a sua própria forma de comunicação, sendo esta verbal ou não-verbal. De acordo com Gfeller (2002), a musicoterapia transmite-se como forma de expressão, englobando possíveis limitações pessoais, emocionais ou comunicativas, dando-lhes sentido através da música e a mesma importância que o discurso verbal.

Tendo em conta os objetivos específicos designados para cada utente, na intervenção em PEA, verificou-se uma mudança positiva nas áreas englobadas pelos objetivos: comunicação, autoexpressão e relaxamento. Através da improvisação, alcançou-se relacionamento através de contacto ocular intencional, estimulação da autoexpressão pessoal através da exploração musical e estados de relaxamento derivados do controlo de ansiedade em atividades musicais. Tais resultados, comprovam que a utilização do método de improvisação em Musicoterapia, incentiva o utente a explorar a sua própria comunicabilidade bem como o seu carácter emocional (Trevarthen, 2001). Assim, denotou-se um aumento significativo da participação e interação do utente em sessão através de atividades de percussões corporais e imitação, estando de acordo com os autores Davis et al. (2008), que declaram as técnicas descritas como facilitadoras para um melhor desempenho do utente intervencionado. Na intervenção com PC, tendo em conta os objetivos específicos, verificou-se uma melhoria na expressão pessoal, comunicação e motricidade global, bem como o aumento de estados de relaxamento e decréscimo de agitação motora. Tal como validado pelos autores Chong et al. (2013) e Wigram et al. (2002), a musicoterapia em PC Espástica promove estados de relaxamento em tarefas musicais percussivas e trabalha a expressão pessoal, habilidades cognitivas e noção de *self*.

Na intervenção grupal, verificaram-se resultados positivos na promoção da comunicação em grupo, de interação e relaxamento muscular, estando em conformidade com Rio e Tenney (2002) que apresenta a MT enquanto intervenção para exploração de dinâmicas pessoais e relacionais. Constatou-se também a criação de sonoridade de grupo mantendo-se a identidade sonora de cada utente, que de acordo com Turino (2008) é um comportamento de relacionamento inerente à partilha em intervenção.

A escolha do modelo Nordoff-Robbins e de técnicas como *mirroring* e *turn-taking*, regeu-se pelas necessidades de cada utente e flexibilizou-se tendo em conta as preferências em sessão. Desta forma, e de acordo com Pellitteri (2000), conseguiu-se espelhar a estrutura inerente ao utente, e segundo Mössler et al. (2012), analisar as suas escolhas musicais e avivar a sua capacidade enquanto pessoa individual.

Assim, pode concluir-se que a intervenção de Musicoterapia cumpriu os objetivos propostos, promovendo a potencialidade de cada utente de forma consciente, através da partilha, interação e desenvolvimento do relacionamento terapêutico. A polivalência deste tipo de intervenção, corrobora-se com Pavlicevic et al. (2014), pela envolvência emocional, física e psicológica trabalhada em cada sessão.

Conclusão

Terminado o estágio curricular no CACI da instituição CREACIL Oriente, deve realçar-se o acolhimento da estagiária por parte dos utentes e equipa. O conhecimento prévio da instituição sobre a Musicoterapia facilitou o trabalho desenvolvido, enquanto o tornou mais desafiante. Tendo em conta a vivência colocada neste estágio, a realização teórica de todo o conteúdo aprendido e a aplicação prática do mesmo, foi proporcionada à estagiária uma visão global do trabalho humanizado e terapêutico, e a necessidade da sua implementação quotidiana.

A componente musical desta terapia tornou a intervenção mais dinâmica, cativou os utentes para a participação em sessão e validou a individualidade. O progresso terapêutico também foi facilitado devido ao bom relacionamento estabelecido entre os utentes e a estagiária, ligação essa que ao longo da intervenção despertou confiança e motivou a procura pela iniciativa e exploração. A receptividade dos utentes permitiu a utilização da música de forma terapêutica e proveitosa, desenvolvendo competências e habilidades enquanto se dirigiam para o autoconhecimento.

As intervenções realizadas, apresentaram resultados positivos, demonstrando evoluções a nível social, cognitivo e comunicativo nos utentes, tendo em conta os objetivos individuais propostos. Os objetivos gerais de estágio também foram cumpridos, alcançando de forma geral a sensibilização e importância da musicoterapia enquanto terapia complementar.

As mudanças visíveis nos utentes ao longo da intervenção passaram pela alteração da frequência de participação, momentos de comunicação verbal e não verbal dentro e fora da sala e, de forma geral, mais interesse pela descoberta. No entanto, ao longo do estágio, foram

surgindo algumas limitações. A nível de investigação, denotou-se dificuldade em reunir artigos científicos adequados à faixa etária da população intervencionada, pois grande parte da pesquisa aplicava-se a crianças, tornando-se desafiante enquanto forma de aquisição de conhecimentos. A nível de *setting*, identificou-se uma restrição referente ao espaço existente na sala de terapia, tendo em conta as sessões com o utente utilizador de cadeira de rodas, sessões em díade, todo o material e a estagiária.

Concluindo, o trabalho desenvolvido ao longo do estágio curricular demonstrou a importância da musicoterapia enquanto mecanismo de aceitação e crescimento pessoal, através de técnicas objetivas, dinâmicas e musicais que apresentam como propósito final o bem estar do utente.

Reflexão Pessoal

Para mim, Ana Sofia, para que, face a todos os medos, frustrações e momentos de dúvida, me lembre das conquistas.

O meu primeiro contacto com a Musicoterapia, através do Ensemble Juvenil de Setúbal, deixou-me fascinada pela junção de dois mundos que, até aí, nunca tinha pensado ver juntos. Esta terapia é um tipo de tratamento focado no bem estar do paciente e a música é um dos focos do meu bem estar. Enquanto música, tocar a solo é um dos momentos mais motivadores no percurso de alguém. Para mim, tocar em conjunto é a motivação. Estar com o outro, escutar o outro e interpretar corporalmente a intencionalidade do outro, muito disto que se aplica na musicoterapia.

Ao ingressar neste curso em outubro de 2019, num completo mergulho no desconhecido, sabia que iria ser uma experiência intensa e difícil, mas muito enriquecedora. Levou-me por caminhos cheios de conhecimento, paixão pela causa, descoberta e sobretudo crescimento pessoal. Caminhos esses que não pensava vir a conhecer, mas mal sabia eu que os iria explorar, encarar de frente e aprender com eles.

O estágio começou em outubro de 2021, dois anos depois do início desta aventura. A inquietude e medo que senti rapidamente foram amenizados após ser apresentada à equipa e utentes, que seriam a minha casa nos 8 meses seguintes. O facto de vir de um meio artístico e não de um meio científico, foi o principal ponto de insegurança, pela falta de contacto com o ambiente onde me inseri para estagiar. Apesar de ter uma excelente supervisora por parte da universidade, frequentemente senti falta da presença diária de um musicoterapeuta no local de estágio, que me pudesse ter dado apoio em tempo real e que eu pudesse ter observado em ação.

Os primeiros meses foram desafiantes pela adaptação, tanto minha como dos utentes, em que nos íamos conhecendo em sessão. Senti um misto de emoções durante várias semanas: felicidade, confiança, frustração, ansiedade e ocasionalmente insegurança. O ponto de viragem aconteceu quando me apercebi que me encontrava num espaço livre de julgamentos, onde errar é aprender.

Uma das principais dificuldades foi a necessidade de adaptação fora da zona de conforto e a forma quase automática com que tinha de a fazer. Tive de lidar com alteração de instrumentos, mudanças de tonalidade inesperadas, pedidos de músicas que não conhecia e aproveitar deixas dos utentes enquanto material para sessão. A utilização das máscaras devido à crise pandémica da COVID-19 também se tornou desafiante, pelo distanciamento relacional que trouxe em contexto terapêutico. Contudo, na fase final, ainda consegui usufruir do processo já sem a utilização de máscara e compreendi a importância da expressão facial. Fui confrontada com muita carga emocional, para a qual não estava preparada, mas apreciei a oportunidade de poder contactar de perto com tantas vivências diferentes e únicas. Finalizando, tive oportunidade de contactar de perto com uma instituição conceituada, com o seu método de trabalho, relacionamentos sólidos entre equipa e utentes e rotinas definidas.

A aplicação dos conhecimentos teóricos aprendidos no ano anterior para o contexto de trabalho foi uma das vertentes mais emocionantes do meu percurso, pela validação que sentia sempre que observava algo sobre o qual tinha estudado. Foi gratificante poder observar todo o processo inerente à pessoa, a cada personalidade e a cada patologia.

Este curso foi uma experiência de humanização constante, que me enriqueceu do ponto de vista académico e pessoal. Deu-me a possibilidade de poder melhorar o bem estar de alguém, com momentos de aprendizagem e partilha mútua.

A Musicoterapia deu-me a oportunidade de analisar, cuidar e cicatrizar, de dentro para fora sem julgamentos ou pressas, através da música.

Referências

- Alvin, J. (2000). A research project: Martin. *Nordic Journal of Music Therapy*, 9 (1), 50–59.
- Ambady, N., Koo, J., Rosenthal, R. & Winograd, C. H. (2002). Physical therapists' nonverbal communication predicts geriatric patients' health outcomes. *Psychology and Aging*, 17, 443–452.
- American Music Therapy Association. (2005). *Definition of music therapy* from www.musictherapy.org/about/standard
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais* (5th ed.). Artmed Editora Ltda.
- Amiriparian, S., Baird, A., Julka, S., Alcorn, A., Ottl, S., Petrovic, S. & Schuller, B. (2018, September). *Recognition of Echolalic Autistic Child Vocalisations Utilising Convolutional Recurrent Neural Networks* [Conference session]. Interspeech 2018.
- Aydos, V. (2017). “Não é só cumprir as cotas”: uma etnografia sobre cidadania, políticas públicas e autismo no mercado de trabalho. *Horizontes Antropológicos*, 22 (46), 329–358.
- Benenzon, R. O. (1985). *Manual de Musicoterapia*. Enelivros.
- Benenzon, R. O. (2011). *Musicoterapia: de la teoria a la practica*. Paidós.
- Berder, D. (2002). *Music therapy, sensory integration and the autistic child*. Jessica Kingsley Publishers.
- Borczon, R. M. (2004). *Music Therapy: A Fieldwork Primer*. Barcelona Publishers.
- Bosa, C. & Callias, M. (2000). Autismo: breve revisão de diferentes abordagens. *Psicologia, Reflexão e Crítica.*, 13 (1). <https://doi.org/10.1590/S0102-79722000000100017>

- Boso, M., Emanuele, E., Minazzi, V., Abbamonte, M. & Politi, P. (2007). Effect of long-term interactive music therapy on behaviour profile and musical skills in young adults with severe autism. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 13 (2).
- Bruscia, K. E. (2014). *Defining Music Therapy* (3rd.). Barcelona Publishers.
- Bull, P. (1998). Nonverbal communication. The Psychologist. In *Certification Board for Music therapists*. 644–647.
- Caminha, V. et al. (2016). *Autismo: vivências e caminhos*. Editora Blucher.
- Canadian Association of Music Therapists. (2016). *About Music Therapy* from <https://www.musictherapy.ca/about-camt-music-therapy/about-music-therapy>
- Carpente, J. A. (2016). Investigating the effectiveness of a developmental, individual difference, relationship-based (DIR) improvisational music therapy program on social communication for children with autism spectrum disorder. *Music Therapy Perspectives*, 35(2), 160–174.
- Carpente, J. Casenhiser, D. M., Kelliher, M., Mulholland, J., Sluder, H. L., Crean, A. & Cerruto, A. (2021). The impact of imitation on engagement in minimally verbal children with autism during improvisational music therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, 1–20.
- Chong H. L., Cho S., J. E. & K. S. J. (2013). Finger exercise with keyboard playing in adults with cerebral palsy: A preliminary study. *Journal of Exercise Rehabilitation*, 9 (4), 420–425.
- Chong H. L., Cho S., J. E. & K. S. J. (2013). Finger exercise with keyboard playing in adults with cerebral palsy: A preliminary study. *Journal of Exercise Rehabilitation*, 9 (4), 420–425.

- Cooperativa de Reabilitação, Educação e Animação para a Comunidade Integrada do Concelho de Loures. (2022, January 29). Regulamento Interno, from <http://www.creacil.pt/>
- Cooperativa de Reabilitação, Educação e Animação para a Comunidade Integrada do Concelho de Loures (2022, February 10). Instituição, from <http://www.creacil.pt/>
- Cunha, R. & Volpi, S. (2008). A prática da musicoterapia em diferentes áreas de atuação. *Revista Científica*, 3, 87–97.
- Dapretto, L., Davies, M.S., Pfeifer, J.H., Scott, A. A., Sigman, M., Bookheimer, S. Y. & Lacoboni, M. (2006). Understanding emotions in others: Mirror neuron dysfunction in children with autism spectrum disorders. *Nature Neuroscience*, 9, 28–30.
- Davis, W. B., Gfeller, K. E. & Thaut, M. H. (2008). *An introduction to music therapy: Theory and practice*. Silver Spring.
- De Vries, D. B. (2015). Music as a Therapeutic Intervention with Autism: A Systematic Review of the Literature. *Therapeutic Recreation Journal*, 220–237.
- Diário da República Eletrónico. (2021). Decreto-Lei n.º 119-B/2021 de 23 de dezembro, 2021. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/119-b/2021/12/23/p/dre/pt/html>
- Duffey, T. & Hodges, R. (2003). Establishing a helping relationship: Facilitating verbal and non-verbal communication. In *Tutor training handbook* (pp. 65–75). College Reading and Learning Association.
- Eren, B. (2018). Teaching the Skill of Reading Facial Expressions to a Child with Autism Using Musical Activities: A Case Study. *Journal of Education and Learning*, 156–164.

Executive Committee for the Definition of Cerebral Palsy (2005). Proposed definition and classification of cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 47, 571–576.

Executive Committee for the Definition of Cerebral Palsy. (2005). *Developmental Medicine and Child Neurology*. 47(8), 571–576.

Ferreira, M. D. & Smith, M. P. (2013). A musicoterapia na reabilitação de pacientes com paralisia cerebral. *Faculdades Metropolitanas Unidas*.

Fleiss, B. & Gressens, P. (2012). Tertiary mechanisms of brain damage: A new hope for treatment of cerebral palsy? *Lancet Neurology*, 11(6), 556–566.

França, R. A. (2000). *A Dinâmica da Relação na família da Criança com Paralisia Cerebral*. Quarteto Editora.

Freire, M., Martelli, J., Estanislau, G. & Parizzi, B. (2018). O desenvolvimento musical de crianças com Transtorno do Espectro do Autismo em Musicoterapia: revisão de literatura e relato de caso. *Orfeu*, 3(1), 145–171.

Gadia, C. A. (2004). Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento. *Jornal de Pediatria*, 80(2).

Gardstrom, S. (2007). *Music therapy improvisation for groups: essential, leadership, competencies*. Barcelona Publishers.

Garrabé, L. J. (2012). El autismo: Historia y clasificaciones. *Salud Mental*, 35(3), 257–261.

Gattino, G. S. (2012). *Musicoterapia Aplicada à Avaliação da Comunicação Não Verbal de Crianças com Transtornos do Espectro Autista: Revisão Sistemática e Estudo De Avaliação*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Geretsegger, M., Holck, U., Carpenle, J. A., Elephant, C., Kim, J. & Gold, C. (2015). Common characteristics of improvisational approaches in music therapy for children with

- autism spectrum disorder: developing treatment guidelines. *Journal of Music Therapy*, 52(2), 258–281.
- Gfeller, K. E. (2002). Music as communication: From *Music Therapy in the treatment of adults with mental disorders: Theoretical bases and clinical interventions*. 42–59.
- Gilboa, A. & Roginsky, E. (2010). Examining the dyadic music therapy treatment (DUET): The case of a CP child and his mother. *Nordic Journal of Music Therapy*, 19(2), 103–132.
- Gold, C., Wigram, T. & Elefant, C. (2006). Music therapy for autistic spectrum disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004381.pub2>
- Gordon A. M., Schneider J. A., Chinnan A., C. J. R. (2007). *Efficacy of a hand–arm bimanual intensive therapy (HABIT) in children with hemiplegic cerebral palsy: a randomized control trial*. Division of Physical Therapy, Emory University School of Medicine.
- Griffith, C. H., Wilson, J. F., Langer, S. & Haist, S. A. (2003). House staff nonverbal communication skills and standardized patient satisfaction. *Journal of General Internal Medicine*, 18, 170–174.
- Gross, W., Linden, U. & Ostermann, T. (2010). Effects of music therapy in the treatment of children with delayed speech development: Results of a pilot study. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 10(39).
- Hannibal, N., Domingo, M., Valentin, J. & Licht, R. (2017). Feasibility of Using the Helping Alliance Questionnaire II as a Self-Report Measure for Individuals with Psychiatric Disorder Receiving Music Therapy. *Journal of Music Therapy*, 54(3), 287–299.

- Harris, J. (2018). Leo Kanner and autism: a 75-year perspective. *International Review of Psychiatry*, 1–16. <https://doi.org/10.1080/09540261.2018.1455646>
- Jiménez, R. (1997). *Necessidades Educativas Especiais*. Dinalivro.
- Johnson, T.R.B., Mendez, D. & Randolph, J. (2004). Maximize births or minimize cerebral palsy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 6.
- Jones, J. D. & Cevasco, A. M. (2007). A comparison of music therapy students' and professional music therapists' nonverbal behaviour: A pilot study. *Music Therapy Perspectives*, 25, 19–24.
- Juslin, P. N. (2019). *Musical emotions explained: Unlocking the secrets of musical affect*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780198753421.001.0001>
- Kang, C. (2000). Nonverbal communication skills in the EFL curriculum. *Korea TESOL Journal*, 3(13–28).
- Kelly, S. D. (2001). Broadening the units of analysis in communication: Speech and nonverbal behaviours in pragmatic comprehension. *Journal of Child Language*, 28, 325–349.
- Kern, P., Rivera, N., Chandler, A., & Humpal, M. (2013). Music therapy services for individuals with autism spectrum disorder: a survey of clinical practices and training needs. *Journal of Music Therapy*, 50(4), 274–303.
- Kern, P., Wolery, M. & Aldridge, D. (2007). Use of songs to promote independence in morning greeting routines for young children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(7).
- Kim, J., Wigram, T. & Gold, C. (2008). The effects of improvisational music Therapy on joint attention behaviors in autistic children: A randomized controlled study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(9), 1758–1766.

- Kim, S. J., Kwak, E. E., Park, E. S., Lee, D. S., Kim, K. J., Song, J. E. & Cho, S. R. (2011). Changes in gait patterns with rhythmic auditory stimulation in adults with cerebral palsy. *NeuroRehabilitation*, 29(3), 233–241.
- Kirkland, K. (2013). *International Dictionary of Music Therapy*. FISH Books.
- Klin, A. (2006). Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006000500002>
- Kodama, M. (2008). *Tocando com Concentração e Emoção: a Psicologia e a Neurofisiologia ajudando o intérprete*. Editora Som.
- Leach, E., Shevell, M., Bowden, K., Stockler-Ipsiroglu, S. & Van Karnebeek, C. D. (2014). Treatable inborn errors of metabolism presenting as cerebral palsy mimics: Systematic literature review. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 9(1), 197.
- Levitin, D. J. & Tirovolas, A. K. (2009). Current Advances in the Cognitive Neuroscience of music. *Annals of New York Academy of Sciences*, 1156, 211–231.
- Liebman, M. (1983). *Anatomy made easy and understandable*. University Park Press.
- Lord, C., Mayada, E., Gillian, B. & Jeremy, V. (2018). Autism spectrum disorder. *Seminar. National Library of Medicine* 1–13. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31129-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31129-2).
- Malloch, S. & Trevarthen, C. (2008). *Communicative musicality: Exploring the basis of human companionship*. Oxford University Press Canada.
- McFerran, K. & Wigram, T. (2002). A review of current practice in group music therapy improvisations. *British Journal of Music Therapy*, 16(1), 46–55.
- Mello, A. M. (2001). *Autismo: guia prático* (2ª ed). AMA – Associação de Amigos do Autista.
- Miller, G. (2002). *Paralisias Cerebrais*. Editora Manole.

- Moran, J. M., Macrae, C. N., Heatherton, T. F., Wyland, C. L. & Kelley, W. M. (2006). Neuroanatomical Evidence for Distinct Cognitive and Affective Components of Self. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 18(9), 1586–1594.
- Mössler, K., Assmus, J., Heldal, T., Fuchs, K., & Gold, C. (2012). Music Therapy techniques as predictors of change in mental healthcare. *The Arts in Psychotherapy*, 39, 333–341.
- Muszkat, M. (2009). Música, neurociência e desenvolvimento humano. *M. Musicoterapia e a Reabilitação do Paciente Neurológico*, 64–81.
- Nordoff, P & Trevarthen, C. (1977). *Creative music therapy: Individualized treatment for the handicapped child*. John Day.
- Nordoff, P. & Robbins, C. (1977). *Creative Music Therapy*. John Day.
- Oliveira et al. (2019). Neuroplasticity and Education: The Literacy Related to Cerebral Development. *Arquivos Do MUDI*, 23(3), 172–188.
- Pavlicevic, M., O’Neil, N., Powell, H., Jones, O. & Sampathianaki, E. (2014). Making music, making friends: long-term music therapy with young adults with severe learning disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*, 18(1), 5–19.
- Pellitteri, J. (2000). Music therapy in special education setting. *Journal and Educational and Psychological Consultation*, 11(3 & 4), 379–391.
- Piazzetta, C. (2010). Música em musicoterapia: Estudos e reflexões na construção do corpo teórico da musicoterapia. *Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia*, 1, 38–69.
- Platt, M. J. & Pharoah, P. O. D. (1995). Epidemiology of cerebral palsy. *Current Pediatrics*, 5, 151–155.
- Rampazo, S. (2015). *Estereotipias motoras em indivíduos com transtorno de espectro autista: estudo de uma amostra*. Universidade Presbiteriana Mackenzie.

- Ridder, H. M., Lerner, A. & Suvini, F. (2015). The role of the EMTC for Developmental and Recognition of the Music Therapy profession. *Approaches: Music Therapy & Special Music Education*, 7 (Special Issue), 13–22.
- Ridder, H., M., Lerner, A. & Suvini, F. (2015). The Role of the EMTC for Development and Recognition of the Music Therapy Profession. *Music Therapy & Special Music Education, Special Issue*, 7(1), 13–22.
- Rio, R. E. & Tenney, K. S. (2002). Music therapy for juvenile offenders in residential treatment. *Music Therapy Perspectives*, 20, 89–97.
- Rotta, N. T. (2002). Paralisia cerebral, novas perspectivas terapêuticas. *Jornal de Pediatria*, 78(1), 48–54.
- Rutan, S. J., S. & Walter, N. (2007). *Group dynamics and group development in Psychodynamic group psychotherapy*. The Guilford Press.
- Ruud, E. (1990). *Caminhos da Musicoterapia*, 13-20. Summus Editorial.
- Sarapa, K. B. & Katusic, A. H. (2012). Application of music therapy in children with autistic spectrum disorder/Primjena muzikoterapije kod djece s poremećajem iz autističnog spektra. *Revija Za Rehabilitacijska Istraživanja.*, 48(2), 124–129.
- Serviço Nacional de Saúde (2022). *COVID-19*. Temas Da Saúde, COVID-19 from <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/covid-19/#sec-0>
- Sausser, S. & Waller, R. J. (2006). A model for music therapy with students with emotional and behavioural disorders. *The Arts in Psychotherapy*, 33(1), 1–10.
- Savarimuth, D. (2002). The effects of music on clients with learning disabilities: a literature review. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, 8(3), 160–165.
- Saville, R. (2007). Music therapy and autistic spectrum disorder. In *Music therapy with adults with learning disabilities* (pp. 33–46). Routledge, Taylor & Francis Group.

- Schalkwijk, F. W. (1994). *Music and people with developmental disabilities: Music therapy, remedial music making, and musical activities*. Jessica Publishers.
- Schwartzberg, E. T. & Silverman, M. J. (2014). Music therapy song repertoire for children with autism spectrum disorder. A descriptive analysis by treatment areas, song types and presentation styles. *The Arts in Psychotherapy, 41*, 240–249.
- Schwartzman, J. S. et al. (2011). Transtornos do Espectro do Autismo: avaliação e comorbidades em alunos de Barueri, São Paulo. *Revista Psicologia: Teoria e Prática, 18*(1), 166-177.
- Sekeles, C. (1990). *Music as a therapeutic mediator, a developmental-integrative model in music therapy*. Barcelona Publishers.
- Shaw, F. (2006). Triadic improvisations: Developing communication skills. *New Zealand Journal of Music Therapy, 4*, 46–63.
- Silverman, M. J., Baker, F. A. & Macdonald, R. A. R. (2016). Flow and meaningfulness as predictors of therapeutic outcome within song writing interventions. *Psychology of Music, 44* (6), 1331–1345.
- Standley, J. M. (2002). A meta-analysis of the efficacy of music therapy for premature infants. *Journal of Pediatric Nursing, 17*, 107–113.
- Stephenson, J. (2006). Music therapy and the education of students with severe disabilities. *Education and Training in Developmental Disabilities, 41*(3), 290–299.
- Stern, D., Jaffe, J., Beebe, B. & Bennett, S. L. (1975). Vocalizing in unison and in alternation: Two modes of communication within the mother-infant dyad. *Annals of the New York Academy of Sciences, 263*, 89–100.
- Teixeira, M. et al. (2018). Efeitos da Música no Pós-operatório de Pacientes Hospitalizados. *Revista Medicina Minas Gerais, 28*, 8.

- Thompson, G. et al. (2014). World-wide perspective in improvisational music Therapy from the TIME-A project. *Proceeding of the 14th WFMT World Congress of Music Therapy*. Krems, Austria.
- Thompson, G., McFerran, K. & Gold, C. (2014). Family-centred music therapy to promote social engagement in young children with severe autism disorder: a randomized controlled study. *Child: Care, Health and Development*, 40(6), 840–852.
- Trevarthen, C. (2001). Autism, sympathy of motives and music therapy. *Enfance*, 1, 86–99.
- Tuomi, K., Ala-Ruona, E. & Oldfield, A. (2017). Literature Review of Early Childhood Music Therapy Between 1990-2012. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 17(2), 29–29.
- Turino, T. (2008). *Music as social life: The politics of participation*. The University of Chicago Press.
- Vaillancourt, G. (2009). *Música y Musicoterapia*. S. A. de Ediciones.
- Vygotsky, L. S. (1998). *Psicologia da arte*. Marins Fontes.
- Wan, C., Ruber, T., Hohmann, A. & Schlaug, G. (2010). The therapeutical effects of singing in neurological disorders. *Music Perception*, 27(4), 287–295.
- Whipple, J. (2004). Music in intervention for children and adolescents with autism: a meta-analysis. *Journal of Music Therapy*, 41, 90–106.
- Wigram, T. & Baker, F. (2005). *Songwriting as therapy*. In F. Baker & T. Wigram (Eds.) *Songwriting methods, techniques and clinical applications for music therapy clinicians, educators and students*. Jessica Kingsley Publishers.
- Wigram, T. & Gold, C. (2006). Music Therapy in the assessment and treatment of autistic spectrum disorder: clinical application and research evidence. *Child: Care, Health and Development*, 32, 535–542.

- Wigram, T. (2002). Indications in music therapy: evidence from assessment that can identify the expectations of music therapy as a treatment for autistic spectrum disorder (ASD). Meeting the challenge of evidence-based practice. *Journal of Music Therapy*, 16(1), 5–28.
- Wigram, T. (2005). *Improvisation: Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. Jessica Kingsley.
- Wigram, T., & Gold, C. (2006). Music therapy in the assessment and treatment of autistic spectrum disorder: Clinical application and research evidence. *Child: Care, Health and Development*, 32(5), 535–542.
- Wigram, T., Nygaard-Pedersen, P. & Bonde, L. O. (2002). *A Comprehensive Guide to Music Therapy*. Jessica Kingsley Publishers.
- Wigram, T., Pedersen, I. & Bonde, L. (2002). *Comprehensive guide to music therapy: theory, clinical practice, research and training*. Jessica Kingsley Publishers.
- Wigram, T., Pedersen, I.N, Bonde, L.O. (2002) Models and Methods of Music Therapy. In *A Comprehensive Guide to Music Therapy: Theory, Clinical Practice, Research and Training*. Jessica Kingsley Publishers.
- World Federation of Music Therapy. (2011). *What is music therapy?* From http://musictherapyworld.net/WFMT/About_WFMT.html

ANEXOS

LISTA DE ANEXOS

- Anexo A** - Ficha de Registo de Sessão Individual
- Anexo B** - Ficha de Registo de Sessão Grupal
- Anexo C** - Grelha de Registo de avaliação Inicial e Final
- Anexo D** - Pedido de Autorização para Registo de Sessões
- Anexo E** - Declaração de Autorização de Registo das Sessões
- Anexo F** - Plano de Contingência da CREACIL

ANEXO A

Ficha de Registo de Sessão Individual



Estágio de Musicoterapia

CREACIL- Cooperativa para a Reabilitação, Educação e Animação para a Comunidade Integrada do Concelho de Loures, C. R. L

Ficha de Registo Sessão Individual

Data: ___/___/___ Sessão nº: _____

Nome: _____

Observação Direta:
Sumário da Sessão:
Objetivos/Temas centrais da sessão:
Descrição musical (instrumentos usados, inspirações musicais, etc):
A trabalhar:
Observações:

ANEXO B

Ficha de Registo de Sessão Grupal



Estágio de Musicoterapia

CREACIL- Cooperativa para a Reabilitação, Educação e Animação para a
Comunidade Integrada do Concelho de Loures, C. R. L

Grelha de Observação – Sessão Grupal

Data: _____ Sessão: _____

Nomes: _____

Observação Direta:
Sumário da Sessão:
Objetivos/Temas centrais da sessão:
Descrição musical (instrumentos usados, inspirações musicais, etc):
A trabalhar:
Observações:

ANEXO C

Grelha de Registo de Avaliação Inicial e Final



Grelha de Registo de Avaliação Inicial e Final
 CREACIL- Cooperativa para a Reabilitação, Educação e Animação para a Comunidade Integrada do Concelho de Loures, C. R. L.



Estágio de Musicoterapia

Nome e Diagnóstico: _____

Área de Trabalho		Objetivo	Av.In					Av.Fin				
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Motricidade	Grossa	Manuseia instrumentos musicais										
		Apresenta agitação motora										
		Executa pedidos motores										
	Fina	Agarra instrumentos										
		Toca instrumentos quando dados										
Toca instrumentos de forma espontânea												
Atenção		Mantém concentração na sessão										
		Mantém foco nos instrumentos tocados										
Participação		Participa ativamente em sessão										
		Participa na atividade musical										
		Toca no seu instrumento										
		Mantém-se na sala										
		Espera pela vez para participar										
Interação		Envolve-se e interage com a música										
		Interage verbalmente										
		Interage com os instrumentos										
		Interage com Musicoterapeuta										
		Interage não-verbalmente										
		Inicia a interação musical										
Perceção	Sonora	Percebe estímulos auditivos										
		Reconhece músicas										
		Reconhece alterações na música										
	Visual	Percebe estímulos visuais										
		Reconhece alterações no setting										
Social		Expressa satisfação em sessão										
		Sorri na sessão										
		Procura contacto visual										
		Inicia conversa										
Comunicação		Tenta comunicar sem indicação										
		Comunica sem apresentar frustração										
		Completa frases ou palavras na música										
		Vocaliza por imitação										
		Responde a estímulos musicais										
		Comunica pensamentos e ideias										
Memória		Reconhece atividades										
		Reconhece canções										
		Repete ritmos										
Cognição		Cumprir regras de sessão										
		Entende a estrutura da sessão										

Av. In (Avaliação Inicial)

Av.Fi (Avaliação Final)

1-Nunca 2-Raramente 3-Às vezes 4-Regularmente 5-Sempre

ANEXO D

Pedido de autorização para registo de sessões

Lisboa, ____ de _____ de _____

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

Caro(a) Senhor(a),

A instituição _____, onde o/a _____, sob representação legal de V^o Ex^o, está inserido acolhe este ano lectivo uma estagiária do curso de Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada 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/áudio das sessões de Musicoterapia em que o(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 representante legal do utente. Solicitamos-lhe que preencha e assine esta declaração, que ficará arquivada no processo do(a) _____.

Com os melhores cumprimentos,

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

ANEXO E

Declaração de autorização do registo das sessões

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 vídeo/audio 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 F

Plano de Contingência CREACIL





- No caso de um cliente, este deverá manter-se acompanhado de um colaborador, da sua sala de referência, devidamente protegido com as EPI necessárias (nomeadamente máscara), a fim de estabelecer o contacto com terceiros, mantendo o cliente tranquilo;
- As pessoas, clientes e/ou colaborador, que tenham estado em contacto com o caso suspeito, deverão manter-se na sua sala de referência, mantendo o distanciamento social possível, aguardando indicações das autoridades de saúde;
- A Diretora Técnica ou pessoa definida por esta (em causa de ausência), deverá ser informada de imediato, por forma à que seja contactada a linha de apoio do SNS 24, através do 808 24 24 24, conforme as indicações da DGS, e posteriormente as família/responsável legais, de todos os clientes da sala em questão;
- Às famílias/Representantes legais são responsáveis por, de imediato, deslocar-se à CREACIL Oriente, a fim de acompanhar o caso suspeito, seguindo as indicações da DGS. O representante legal deve aguardar do lado de fora das instalações (junto à saída norte).
- Todos os clientes e colaboradores em contacto com o caso suspeito, deverão também, abandonar as instalações da CREACIL Oriente, a fim de cumprir um período de quarentena, seguindo as indicações da DGS;
- O suspeito de infeção e as pessoas com quem contactar, deverão abandonar as instalações utilizado a saída de emergência norte, à exceção dos clientes que tenham mobilidade reduzida, que deverão fazê-lo pela porta de Entrada (designada "zona suja").
- Após a saída das instalações do caso suspeito e de todo o grupo com quem manteve contacto, será realizada uma desinfeção das instalações da CREACIL Oriente, com particular atenção pelos locais por onde o caso suspeito se deslocou (sala de referência, WC, refeitório, corredor, sala de isolamento);
- A Direção da CREACIL é responsável pelo cumprimento das medidas preventivas e de contingência, bem como por manter atualizada a informação sobre a evolução da situação e comunicar o encerramento temporário do serviço, caso se verifique essa necessidade.



- As famílias/representantes legais e colaboradores que tenham tido contacto com algum caso positivo, ou que tenha sido diagnosticado positivo, tem a obrigação de comunicar de imediato com a Diretora Técnica.
- Identificação dos Serviços de Saúde e seus contactos:
 - SNS 24: 808 24 24 24
 - Nº Nacional de Emergência Médica: 112
 - Hospital Beatriz Ângelo: 219 847 200
 - Bombelos de Moscavide e Portela: 219 458 640
- Em todos os espaços das instalações da CREACIL Oriente, encontram-se disponíveis Gel desinfetante de base alcoólica, máscaras, aventais e luvas descartáveis;
- Todos os colaboradores, clientes e famílias/representantes legais têm conhecimento do presente plano de contingência e a obrigação de o cumprir.

3. Diligências a efetuar na presença de cliente e/ou Colaborador suspeito de infeção:

Em caso de suspeita de infeção, e após a orientação da linha de emergência no sentido de isolamento preventivo do colaborador e/ou cliente com os sintomas acima descritos e de todos com quem manteve contacto, a Direção da CREACIL poderá tomar a decisão de encerrar os serviços por um período nunca inferior a 14 dias, caso não seja possível manter as condições ideais de funcionamento.

Medidas adotadas para a prevenção da infeção por COVID-19, adotadas a partir de 1 de junho de 2020, por todos os colaboradores, clientes, famílias/responsáveis, voluntários, fornecedores, parceiros e público em geral:

1. Definir as “Zonas Sujas” e “Zonas Limpas” nas instalações da CREACIL Oriente;
2. Disponibilização de gel desinfetante e máscaras em todos os espaços das instalações;
3. Deve ser respeitada e garantida uma maximização do distanciamento entre os clientes e colaboradores, mantendo, sempre que possível, um mínimo de 1,5/2 metros e a utilização de máscaras;

