

**Universidades Lusíada**

Pereira, Ana Luísa Rodrigues, 1980-

**A outra face da música : intervenção musicoterapêutica em jovens e adultos com deficiência mental**

<http://hdl.handle.net/11067/1568>

**Metadados**

<b>Data de Publicação</b>	2015-07-08
<b>Resumo</b>	A musicoterapia, por ser uma área abrangente, possui diversas possibilidades de atuação, sendo uma delas junto das pessoas portadoras de deficiência mental que, de uma forma geral, possuem dificuldades de comunicação. Este é um dos enfoques com que um musicoterapeuta pode trabalhar, ou seja, proporcionar uma melhoria na comunicação destas pessoas e utilizar a música como promotora de relações interpessoais satisfatórias. O presente relatório pretende dar a conhecer o estágio de intervenção musi...
<b>Palavras Chave</b>	Pessoas com deficiência mental - Assistência em instituições - Portugal, Musicoterapia, Cooperativa de Educação e Reabilitação do Cidadão Inadaptado de Montijo e Alcochete (Portugal) - Ensino e Estudo (Estágio)
<b>Tipo</b>	masterThesis
<b>Revisão de Pares</b>	Não
<b>Coleções</b>	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-05-04T16:53:48Z com informação proveniente do Repositório



**UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA**

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

## **A outra face da música: intervenção musicoterapêutica em jovens e adultos com deficiência mental**

**Realizado por:**

Ana Luísa Rodrigues Pereira

**Supervisionado por:**

Prof.<sup>a</sup> Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer

**Orientado por:**

Dr.<sup>a</sup> Mónica Andreia Ferro Coelho

### **Constituição do Júri:**

Presidente:

Prof.<sup>a</sup> Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Orientadora:

Prof.<sup>a</sup> Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer

Arguente:

Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria Eduarda Salgado Carvalho

Vogal:

Prof. Doutor Ricardo Nuno Futre Pinheiro

Relatório aprovado em: 16 de Junho de 2015

Lisboa

2014



**UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA**

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

**A outra face da música: intervenção musicoterapêutica em  
jovens e adultos com deficiência mental**

**Realizado por:**

Ana Luísa Rodrigues Pereira

**Supervisionado por:**

Prof.<sup>a</sup> Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer

**Orientado por:**

Dr.<sup>a</sup> Mónica Andreia Ferro Coelho

**Constituição do Júri:**

Presidente:

Prof.<sup>a</sup> Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Orientadora:

Prof.<sup>a</sup> Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer

Arguente:

Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria Eduarda Salgado Carvalho

Vogal:

Prof. Doutor Ricardo Nuno Futre Pinheiro

Relatório aprovado em: 16 de Junho de 2015

Lisboa

2014



**U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A D E L I S B O A**

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

**A outra face da música:  
intervenção musicoterapêutica em jovens e adultos  
com deficiência mental**

Ana Luísa Rodrigues Pereira

Lisboa

Julho 2014



**U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A D E L I S B O A**

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

**A outra face da música:  
intervenção musicoterapêutica em jovens e adultos com  
deficiência mental**

Ana Luísa Rodrigues Pereira

Lisboa

Julho 2014

Ana Luísa Rodrigues Pereira

A outra face da música:  
intervenção musicoterapêutica em jovens e adultos  
com deficiência mental

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

Supervisora de estágio: Prof.<sup>a</sup> Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer

Orientadora de estágio: Dr.<sup>a</sup> Mónica Andreia Ferro Coelho

Lisboa

Julho 2014

## Ficha Técnica

**Autora** Ana Luísa Rodrigues Pereira  
**Supervisora de estágio** Prof.<sup>a</sup> Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer  
**Orientadora de estágio** Dr.<sup>a</sup> Mónica Andreia Ferro Coelho  
**Título** A outra face da música: intervenção musicoterapêutica em jovens e adultos com deficiência mental  
**Local** Lisboa  
**Ano** 2014

### Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

PEREIRA, Ana Luísa Rodrigues, 1980-

A outra face da música: intervenção musicoterapêutica em jovens e adultos com deficiência mental / Ana Luísa Rodrigues Pereira; supervisionado por Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer ; orientado por Mónica Andreia Ferro Coelho. - Lisboa: [s.n.], 2014. - Relatório de estágio do Mestrado em Musicoterapia, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa.

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

II - COELHO, Mónica Andreia Ferro, 1976-

#### LCSH

1. Deficientes mentais - Assistência em instituições - Portugal
2. Musicoterapia
3. Cooperativa de Educação e Reabilitação do Cidadão Inadaptado de Montijo e Alcochete (Portugal) - Ensino e Estudo (Estágio)
4. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
5. Teses - Portugal - Lisboa

1. People with mental disabilities - Institutional care - Portugal

2. Music therapy
3. Cooperativa de Educação e Reabilitação do Cidadão Inadaptado de Montijo e Alcochete (Portugal) - Study and Teaching (Internship)
4. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
5. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

#### LCC

1. ML3920.P47 2014

Aos melhores pais do mundo,  
Leonel e Lurdes Pereira



## **Agradecimentos**

O meu agradecimento à Prof.<sup>a</sup> Doutora Teresa Leite, minha orientadora de estágio na Universidade Lusíada de Lisboa, pela orientação incansável prestada na realização deste trabalho.

Agradeço também à Dra. Mónica Coelho, a minha orientadora de estágio na CERCIMA, pelo profissionalismo, disponibilidade e confiança partilhada ao longo deste estágio.

A toda a equipa técnica da CERCIMA, cuja dedicação e união são meritórias, bem como a todos os jovens e adultos, utentes desta instituição, que me acompanharam, ajudaram e proporcionaram esta aprendizagem diária, um agradecimento muito especial.

Resta acrescentar a minha consideração por todos aqueles que possibilitaram a realização deste trabalho, e cuja amizade e carinho foram essenciais, em especial, Catarina Themudo e João Cabrita.

“A coisa bonita em aprender é que ninguém a pode tirar de ti”

B. B. King

## RESUMO

A musicoterapia, por ser uma área abrangente, possui diversas possibilidades de atuação, sendo uma delas junto das pessoas portadoras de deficiência mental que, de uma forma geral, possuem dificuldades de comunicação. Este é um dos enfoques com que um musicoterapeuta pode trabalhar, ou seja, proporcionar uma melhoria na comunicação destas pessoas e utilizar a música como promotora de relações interpessoais satisfatórias.

O presente relatório pretende dar a conhecer o estágio de intervenção musicoterapêutica, desenvolvida na CERCIMA, mais especificamente no Centro de Atividades Ocupacionais (C.A.O.) e no Centro Socioeducativo (C.S.E.), A CERCIMA é uma instituição com várias valências que serve jovens/adultos com deficiência intelectual ligeira, moderada e severa, multideficiência e duplo diagnóstico.

O estágio teve a duração de 9 meses, durante os quais se realizaram 208 sessões sendo 66 sessões individuais e 142 sessões em grupo.

Como forma de avaliar o grau de concretização dos objetivos terapêuticos inicialmente delineados, foi aplicada, a escala Perfil Psicoeducacional Revisto (PPE-R) adaptado às necessidades da população estudada.

No geral a partir do trabalho desenvolvido foram observadas melhorias no relacionamento interpessoal e no desenvolvimento pessoal dos utentes.

Ainda assim o tempo limitado deste estágio deixa por explorar as melhorias significativas que poderiam resultar de uma intervenção mais aprofundada.

*Palavras-chave:* Musicoterapia, Deficiência Mental, Centro de Atividades Ocupacionais, Centro Socioeducativo.

## **ABSTRACT**

Music therapy, for being a broad area, has many possibilities of acting, one of the application is in the population with mental disabilities that, in general, have communication difficulties. This is one of the approaches a music therapist can work, they can provide an improved communication skills for these people and use music as a promoter of satisfactory interpersonal relationships.

This report intends to poste the internship in music therapy intervention, developed in CERCIMA, more specific in the center of occupational activities (C.A.O.) and the socioeducational center (C.S.E.), CERCIMA is an institution with several valences that serves young/adults with mild, moderate and severe intellectual disability, multiple disabilities and double diagnostics.

The internship lasted for nine months, during which it were made 208 sessions, 142 group sessions and 66 individual sessions.

As a way of assess the degree of accomplishment of the initial therapeutic goals, it was applied, the Psicoeducational Profile Revise scale, adapted to the needs of the studded population.

Overall, from the work were observed improvements in interpersonal skills and personal development of users.

Yet, the limited time of this stage leaves to explore the significant improvements that could result from a more in-depth intervention.

Key-words: Music Therapy, Intellectual Disability, Center of Occupational Activities, Socio Educational Center.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização do Grupo A .....	30
Tabela 2 – Caracterização do Grupo B .....	30
Tabela 3 – Caracterização do Grupo C .....	31
Tabela 4 – Caracterização do Grupo D .....	31
Tabela 5 – Caracterização do Grupo E .....	31
Tabela 6 – Caracterização do Grupo F .....	32
Tabela 7 – Caracterização dos utentes com sessões musicoterapêuticas individuais .....	32
Tabela 8 – Agenda Semanal Do Estágio na CERCIMA.....	36
Tabela 9 – Objetivos gerais, específicos, estratégias e técnicas da intervenção individual.....	40
Tabela 10 – Objetivos gerais, específicos, estratégias e técnicas da intervenção grupal.....	47

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

AAIDD - Associação Americana Para as Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais

APPACDM - Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental

A.S.U. – Atividade Socialmente Útil

CAO – Centro de Atividades Ocupacionais

CERCIMA - Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados do Montijo e Alcochete

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CSE - Centro Socioeducativo

D.I. – Deficiência Intelectual

D.M. – Deficiência Mental

ISO - Identidade Sonora Individual

OMS – Organização Mundial de Saúde

PEP-R - Perfil Psicoeducacional Revisto

Q.I. – Quociente de Inteligência

TEACCH - Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children

## SUMÁRIO

Introdução.....	11
Descrição sumária da instituição.....	13
CERCIMA.....	13
Caracterização do espaço físico.....	14
Centro Sócio Educativo (CSE).....	15
Descrição da População-Alvo.....	16
Centro de Atividades Ocupacionais (CAO).....	16
Descrição da População-Alvo.....	16
Revisão Bibliográfica.....	18
A Deficiência Mental.....	18
A Musicoterapia.....	19
Os Métodos da Musicoterapia.....	20
A Musicoterapia e a Deficiência Mental.....	21
A Musicoterapia e a Dimensão Relação.....	22
A Musicoterapia e Dinâmicas de Grupo.....	22
Técnicas e Estratégias Musicoterapêuticas.....	25
Objetivos.....	28
Metodologia.....	29
Descrição da amostra.....	29
Procedimentos.....	33
Fase de observação e integração.....	33
Fase de seleção/organização.....	33
Fase de intervenção.....	34
Agenda Semanal.....	35
Recursos materiais.....	36
Instrumentos de Avaliação.....	37
Técnicas musicoterapêuticas.....	38

Outras Atividades.....	38
Estudo de Caso - Intervenção Individual .....	39
Plano Terapêutico .....	39
A intervenção .....	41
Análise e discussão de resultados.....	44
Estudo de Caso - Intervenção em grupo.....	46
Plano Terapêutico.....	46
A intervenção.....	48
Fase formativa .....	48
Fase reativa .....	49
Fase de amadurecimento .....	50
Fase de término.....	51
Análise e discussão de resultados.....	52
Conclusão.....	54
Reflexão final .....	56
Lista de Referências Bibliográficas.....	58
Anexos.....	61
Lista de anexos.....	62



## INTRODUÇÃO

A música sempre desempenhou um importante papel na sociedade, está constantemente presente na vida do ser humano e devido ao fato de a música fazer parte do contexto de qualquer cultura, torna-se um elemento importante que estabelece relações interpessoais.

O presente relatório tem como objetivo relatar o trabalho realizado no âmbito do estágio curricular do segundo ano do mestrado em musicoterapia, ao abrigo de uma parceria entre a Universidade Lusíada de Lisboa e a Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados do Montijo e Alcochete (CERCIMA), com a orientação da Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite e, no local de estágio, da Doutora Mónica Coelho.

No âmbito deste estágio, e tendo em conta a missão primordial da organização CERCIMA, tornou-se pertinente, a realização da intervenção musicoterapêutica junto de um grupo de utentes do centro socioeducativo (CSE) e do centro de atividades ocupacionais (CAO), de cariz não residencial, sendo que todos eles foram diagnosticados com deficiência mental ligeira e moderada, multideficiência e duplo diagnóstico comprovado.

A crescente necessidade de terapias alternativas que estas instituições têm tornado o trabalho desenvolvido desafiante, e a expectativa de trabalhar aspetos sociais, relacionais e emocionais, através da música, em jovens com deficiência mental, pareceu pertinente e necessário.

Em termos estruturais, o presente relatório começa por descrever a organização CERCIMA de uma forma geral e as duas valências onde decorreu o estágio, o centro socioeducativo e o centro de atividades ocupacionais, de forma particular.

Para podermos compreender e pensar na eficácia da atuação do musicoterapeuta na deficiência mental segue-se uma breve revisão bibliográfica focada na pessoa com deficiência mental, na musicoterapia, e na comunicação do ser humano.

A segunda parte deste relatório diz respeito à metodologia, onde serão descritos o processo de intervenção em si mesmo, e, mais detalhadamente, dois estudos de caso.

A intervenção decorreu em sessões individuais e em sessões de grupo, ambas com periodicidade semanal, ao longo das quais foram aplicadas técnicas musicoterapêuticas diversas, tendo em conta os objetivos gerais e específicos, traçados e adaptados, a cada intervenção. Os dois estudos de caso identificados foram descritos de forma reflexiva, procurando-se uma fundamentação teórica adequada a cada um deles.

A intervenção individual utilizou a musicoterapia enquanto terapia ativa, baseando-se no modelo Nordoff-Robbins e dando ênfase à mudança de comportamentos através de atividades musicais estruturadas, remetendo para segundo plano a aquisição de *insight* e compreensão dos mesmos, e promovendo o contato direto com a realidade presente. O estudo de caso de intervenção grupal foi fundamentado nas teorias da dinâmica de grupos, havendo um enfoque na musicoterapia enquanto processo psicopedagógico e reeducativo, o que possibilita a reorganização interna e a manutenção de capacidades já adquiridas.

Os resultados desta intervenção foram monitorizados através do Perfil Psicoeducacional Revisto (PPE-R) adaptado às necessidades da população estudada, este serve para avaliar o desenvolvimento funcional nas áreas de imitação, percepção, motricidade global, motricidade fina, integração, realização cognitiva e cognitiva verbal (linguagem); bem como o grau de comportamento patológico nas áreas de relação e afeto, jogos e interesse pelos materiais, respostas sensoriais e linguagem.

## Descrição da Instituição

### **CERCIMA**

A Instituição CERCIMA (Cooperativa de educação e reabilitação do cidadão inadaptado do Montijo e Alcochete, S.C.A.R.L.), é uma associação sem fins lucrativos cuja missão principal é a solidariedade social e o desenvolvimento de atividades de apoio em diferentes domínios de intervenção a crianças, jovens e adultos portadores de deficiência ou com problemas de inserção socioprofissional, visando a defesa dos seus direitos individuais e de cidadania designadamente no quadro da promoção do direito à igualdade de oportunidades (CERCIMA 2009).

Enquanto organização a CERCIMA foi fundada a 1976 por um grupo de pais e técnicos com o objetivo de criar uma resposta educativa para as crianças portadoras de deficiência.

Hoje, a CERCIMA conta com 8 serviços que abrangem todo o ciclo de vida da pessoa com deficiência intelectual.

Os objetivos principais de atuação desta cooperativa são:

a) Promover a prevenção da deficiência e da exclusão social, recorrendo a todos os meios que lhes forem possíveis, designadamente informativos e de aconselhamento; b) Desenvolver ações de informação e sensibilização junto da opinião pública para a problemática associada à defesa dos direitos da pessoa com deficiência e família; c) Promover a deteção precoce de perturbações no desenvolvimento das crianças, através de uma colaboração estreita com as infraestruturas de saúde, escolares, de apoio à infância e outras, e intervir imediatamente no sentido de ajudar a resolvê-las, através de acompanhamento e apoio a prestar a essas crianças e às respetivas famílias; d) Promover o desenvolvimento das capacidades de crianças, jovens e adultos deficientes ou com graves problemas ao nível da inserção social e a aquisição de conhecimentos escolares e profissionais necessários à sua adequada integração na sociedade e ao exercício pleno dos direitos de cidadania; e) Promover o desenvolvimento de atividades de apoio a pessoas com graves problemas ao nível da autonomia, visando promover o seu bem-estar e salvaguardar padrões razoáveis de qualidade de vida; f) Pugnar pela irradicação de preconceitos e atitudes de incompreensão ou geradoras de situações de marginalização ou exclusão social, que porventura se coloquem relativamente à pessoa com deficiência, designadamente através da compreensão das causas e da adoção de atitudes adequadas às mesmas.

Cada serviço executa um plano de atividades específico, no entanto existem atividades transversais como a Fisioterapia; Terapia Ocupacional; Terapia da Fala; Hipoterapia; Hidroterapia; Psicologia; Atividades de Vida Diária; Atividades Socialmente úteis; Natação; Futebol; Boccia e Estimulação sensorial.

A CERCIMA tem Parcerias e Protocolos com o Conselho Local de Ação Social de Alcochete; Conselho Local de Ação Social e Saúde do Montijo; Conselho Municipal de Segurança de Alcochete; Rede de Apoio a Mulheres em Situação de Violência; Comissão de Proteção de Crianças e Jovens do Montijo.

Este estágio académico foi realizado em duas unidades de resposta social da CERCIMA, o Centro Socioeducativo (CSE) e o Centro de Atividades Ocupacionais (CAO).

### **Caracterização do Espaço Físico**

A instituição CERCIMA ocupa a totalidade do edifício e possui 3 pisos com as seguintes áreas:

#### **Cave:**

- 2 Salas de atividades
- 2 Salas de arrumos
- Instalação sanitária
- Lavandaria
- Hall
- Corredor

#### **Piso 0:**

- Cozinha
- Corredor
- Instalações sanitárias
- Despensa do dia
- 2 Salas das Caldeiras
- Refeitório
- 3 Corredores
- 6 Instalações sanitárias
- 6 Salas de atividades
- 2 Salas de arrumos
- Cozinha Pedagógica
- Sala de atendimento
- Sala de Direção
- Secretaria
- Sala de Informática-Servidor

- Instalação sanitária
- Vestiário dos funcionários
- Gabinete de Coordenação
- SPA
- 2 Balneários
- Ginásio

Piso 1:

- Sala polivalente
- 3 Corredores
- Gabinete de Coordenação
- 5 Instalações sanitárias
- 2 Salas de arrumos
- Sala de técnicos
- 4 Salas de terapias
- Sala de formação
- 5 Salas de atividades
- 2 Gabinetes de Coordenação
- Gabinete de projetos

### **Centro Socioeducativo (CSE)**

O centro Socioeducativo tem como objetivo capacitar as crianças/jovens com o máximo de competências pessoais, sociais e funcionais, com vista a um futuro de inserção, autonomia e/ou qualidade de vida na comunidade. Tem como destinatários, crianças e jovens com idades compreendidas entre os 6 e os 18 anos, com necessidades educativas especiais, depois de esgotadas todas as alternativas de integração na escola de ensino regular, ou seja população cuja especificidade de problemas não lhes permita uma inserção favorável na escola de ensino regular.

O centro CSE está regulamentado pela *alínea a)* da Portaria nº1102/97 de 3 de Novembro, sendo por isso tutelado pelo Ministério da Educação.

A equipa do Centro socioeducativo é composta por uma Diretora Pedagógica, psicóloga, terapeuta da fala, terapeuta ocupacional, psicomotricista, fisioterapeuta, docentes, auxiliares de ação educativa e vigilantes.

### **Descrição da População-Alvo do CSE**

Em 2011/2012, o centro socioeducativo integrou 24 alunos, sendo que destes, 18 eram do sexo masculino e 6 do sexo feminino. Dos 24 alunos integrados no CSE, 14 eram totalmente dependentes, necessitando por isso do apoio total do adulto. O centro socioeducativo integrou 3 alunos com idades compreendidas entre os 7 e os 12 anos e 21 alunos entre os 13 os 18 anos.

O CSE integrou no ano letivo 2011/12, 8 alunos com deficiência mental, 7 alunos com deficiência intelectual, 8 alunos com multideficiência e 1 aluno com deficiência ao nível músculo-esquelético, verificando-se assim um acréscimo das patologias com maior grau de dependência.

### **Centro de Atividades Ocupacionais (CAO)**

O centro de atividades ocupacionais tem como destinatários, jovens e adultos, com idade superior a 16 anos, portadores de deficiências de etiologias diversas e de graus severo a profundo, que não reúnam condições para a aplicabilidade de emprego protegido ou outra forma de integração socioprofissional.

O centro de atividades ocupacionais (CAO) enquadra-se nas normas definidas do Decreto-lei nº18/89 de 11 de janeiro e na Portaria nº 432/2006 de 3 de Maio e tem como objetivo criar condições que permitam o desenvolvimento da pessoa com deficiência aos níveis emocional, cognitivo e social, maximizando a sua autonomia e procurando o seu bem-estar, com respeito pelas suas características especiais e necessidades, visando uma melhor inserção sociocomunitária.

O CAO é composto por: Diretor(a) Técnico(a), Psicólogo(a), Assistente Social, Psicomotricista, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, Monitores e Vigilantes.

Atividades terapêuticas: Apoio psicoterapêutico; Terapia da Fala; Terapia Ocupacional; Hipoterapia; Psicomotricidade; Snoezelen; Cardiofitness; Dinâmica de Grupo; Grupo Dança adaptada; SPA.

### **Descrição da População-Alvo do CAO**

A avaliação da admissibilidade processa-se através de entrevista presencial, na qual é verificado o preenchimento dos seguintes critérios, obrigatórios para a admissão de um cliente em CAO: a) Idade superior a 16 anos; b) Verificação da existência de uma deficiência grave, temporária ou permanente que não permita o exercício de uma atividade produtiva; c) Comprovação de que a situação da pessoa com deficiência não se enquadra no âmbito de aplicação legalmente definido para o emprego protegido.

Satisfeitos os requisitos de admissibilidade no CAO, será atribuída uma pontuação, conforme os critérios de priorização a seguir descritos: proximidade do local de habitação/residência (50%); frequência de outros serviços da Cercima (20%); com irmãos a frequentar a Cercima (15%); família sócia da Cercima, com quota atualizada (10%); grau de adequação da resposta às necessidades e expectativas do cliente.

Os alunos do Centro de Atividades Ocupacionais têm entre 18 e 46 anos de idade frequentando a instituição em regime diurno, não residencial.

A população atendida pelo CAO tem uma distribuição relativamente homogênea em termos de género (37 homens e 29 mulheres), com predominância da faixa etária compreendida entre os 25 e os 34 anos.

De Setembro de 2011 a Agosto de 2012 o CAO prestou apoio a 3 clientes com duplo diagnóstico, 3 com multideficiência, 8 com deficiência ao nível neuromuscoloesquelético, 1 ao nível emocional, 1 ao nível físico e finalmente 50 com défice intelectual.

## Revisão bibliográfica

Numa instituição de ensino especial, o musicoterapeuta intervém junto de pessoas cujos padrões de deficiência física, mental, emocional ou social se desviam daqueles considerados normais pela sociedade (Mendes, 2001, cit in Cunha e Volpi, 2008).

### Deficiência Mental

Para definirmos deficiência mental temos de pensar em coeficiente de inteligência. Na medida em que esta deficiência interfere diretamente com o funcionamento intelectual de qualquer ser humano, nem todos os seres humanos possuem um desenvolvimento intelectual igual entre si, alguns sofrem de distúrbios intelectuais que advém de causas diversas.

Segundo o DSM IV (1994), a característica essencial da deficiência mental é um funcionamento intelectual significativamente inferior à média, acompanhado de limitações relevantes no funcionamento adaptativo em pelo menos duas das seguintes áreas de competências: comunicação, autocuidados, vida doméstica, competências sociais/interpessoais, uso de recursos comunitários, autossuficiência, competências acadêmicas, trabalho, lazer, saúde e segurança. A deficiência mental possui muitas etiologias diferentes e pode ser vista como uma via final comum de vários processos patológicos que afetam o funcionamento do sistema nervoso central.

A Associação Americana de Deficiência Mental (AAMR) em 1992, define que a deficiência mental refere-se a um estado de funcionamento atípico no seio da comunidade, manifestando-se logo na infância, em que as limitações do funcionamento intelectual (inteligência) coexistem com as limitações no comportamento adaptativo. Para qualquer pessoa com deficiência mental, a descrição deste estado de funcionamento exige o conhecimento das suas capacidades e uma compreensão da estrutura e expectativas do meio social e pessoal do indivíduo (Luckasson et al, 1992, cit. in Hourcade, 2002).

A inteligência pode ser pensada como capacidade mental, a capacidade de resolver problemas e aprender. Geralmente, o funcionamento cognitivo global é definido por um quociente de inteligência (Q.I.).

Existem vários níveis de deficiência mental, ligeira, moderada, grave e profunda. Estas acarretam dificuldades tais como o atraso no desenvolvimento neuro psicomotor, aquisição da fala e outras habilidades e ainda um défice no comportamento adaptativo, seja na comunicação (linguagem), socialização ou aquisições práticas da vida quotidiana (higiene ou uso de roupas).



Atualmente, à luz da última definição da AAMR (1992) a Deficiência Mental é vista não como uma condição pessoal implicando uma incompetência funcional e relacional, mas como um conjunto de limitações que condicionam a forma como o indivíduo se adapta ao meio social envolvente e às condições de vida que possui, com as suas limitações e as suas capacidades. Assim, faz mais sentido classificar não as pessoas mas os tipos e quantidade de apoios que a pessoa necessita para funcionar no dia-a-dia. De acordo com este pressuposto a AAMR (1992) apresenta os seguintes níveis de apoio (Conyers, Martin, Martin, & Yu, 2002, cit in Hourcade, 2002):

- Intermitente (apoio apenas quando necessário, episódico)
- Limitado (apoio durante um período de tempo determinado, para realizar uma tarefa específica)
- Moderado (apoio regular em alguns ambientes e sem prazo determinado)
- Difusivo (apoio constante de alta intensidade, em vários ambientes, mais intrusivo que os anteriores.

Na instituição onde se realizou este estágio, é utilizada em termos de intervenção, como forma de estimulação sensorial: a terapia ocupacional; terapia da fala; acompanhamento psicológico; atividades socialmente úteis, entre outras.

## **A Musicoterapia**

A musicoterapia possui uma ampla possibilidade de objetivos que poderão ser trabalhados pelo musicoterapeuta, sendo um deles, a facilitação e promoção da comunicação de um indivíduo através da música, pretendendo assim alcançar uma melhor qualidade de vida.

A Federação Mundial de Musicoterapia (WFMT) define musicoterapia como: a utilização profissional da música e dos seus elementos, para a intervenção em contextos médicos, educacionais e do quotidiano, com indivíduos, grupos, famílias ou comunidades que procurem otimizar a sua qualidade de vida e melhorar a sua saúde física, social, comunicativa, emocional, intelectual, espiritual e bem-estar (WFMT, 2011).

Para a Association Française de Musicothérapie (1985:6 cit. in Leonido, 2006) a par da definição Oficial da Federação Mundial de Musicoterapia, considera que a musicoterapia é a utilização da música e/ou seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia), por um musicoterapeuta qualificado, com um cliente ou grupo, num processo destinado a facilitar e promover comunicação, relacionamento, aprendizagens, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, a fim de atender às suas necessidades físicas, mentais, sociais e cognitivas. A musicoterapia procura desenvolver

potenciais e/ou restaurar funções do indivíduo para que ele ou ela alcance uma melhor organização intra e/ou interpessoal e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida, através da prevenção, reabilitação ou tratamento.

### **Os Métodos da Musicoterapia**

Keller (1986) refere que o processo musicoterapêutico pode desenvolver-se de acordo com vários métodos. Nas técnicas recetivas, o paciente não participa na produção musical. Este tipo de técnicas, normalmente, limitam-se a pacientes com grandes dificuldades motoras ou apenas a uma parte do tratamento, com objetivos específicos. Na maior parte dos casos são usadas técnicas ativas, ou seja, é o próprio paciente que toca os instrumentos musicais, canta, dança ou realiza outras atividades em conjunto com o terapeuta.

No processo musicoterapêutico não é importante se a música ou o som produzidos são afinados, desafinados, ritmicamente estáveis ou harmonicamente estruturados. Na criação musical, em terapia, de pouco serve este tipo de classificações pois todas elas são meros juízos de valor.

Segundo Chagas e Pedro (2008), a metodologia de Benezon (1988) postula a existência de uma identidade sonora individual, o ISO, que é o conjunto de energias sonoras, acústicas e de movimento que pertencem a um indivíduo e o caracterizam. É formado pela herança sonora, vivências sonoras gestacionais e pelas experiências sonoras vividas desde o nascimento. Fazem parte deste princípio o ISO Universal, que é composto, no inconsciente, pelas energias sonoras herdadas ao longo de milénios; o ISO Gestáltico, que contém o inconsciente das energias sonoras das vivências do indivíduo desde o momento da sua conceção; o ISO Cultural, que é formado pelas energias sonoro-musicais a partir do nascimento; e o ISO Grupal, que é a característica sonora de grupos que possuem um trabalho musicoterapêutico contínuo.

Devido ao facto de a população trabalhada no estágio ser composta na sua maioria por utentes com deficiência mental, a metodologia predominante nas sessões foi a de Nordoff-Robbins, que utiliza a improvisação musical, e a sua posterior análise, como principal ferramenta.

Chagas e Pedro (2008) salientam que no método Nordoff-Robbins, através da conceção de que todos possuímos um núcleo musical interno, se propõe promover o crescimento de todo o *self*, através da experiência musical criativa. As intervenções musicoterapêuticas modificam as condições impeditivas de expressão da musicalidade, facilitando o acesso a energias básicas, sensibilidades e integração do *self*.

Os objetivos da produção musical durante uma sessão de musicoterapia não são artísticos mas sim terapêuticos (recriar / melhorar / transformar determinadas situações, limitações ou conflitos da vida do indivíduo através da música), por isso, não é necessário que o paciente possua conhecimento musical para beneficiar deste tratamento.

### **A Musicoterapia e Deficiência Mental**

A percepção sonora e a música estão presentes na vida da criança desde o período pré-natal e passam por constantes transformações através de experiências que são adquiridas desde a primeira infância até atingirem a idade escolar (Abeles, 1980, cit. in França, 2005). O estímulo musical produz reações neuro psicofisiológicas específicas que são fatores primordiais no processo de aprendizagem que ocorre no período de desenvolvimento do sistema nervoso da criança e que o acompanhará em toda sua vida. A música pode auxiliar essa população de forma diferenciada por oferecer recursos motivacionais e mobilizadores altamente adequados para o desenvolvimento da atenção, memória, comunicação, habilidades motoras, amadurecimento emocional e socialização.

Segundo Hansen (1999), a musicoterapia tenta criar um ambiente de diversão e prazer para a criança com deficiência mental, tentando melhorar a comunicação emparelhando palavras com tons e frases melódicas. O comportamento ativo da música, como tocar um instrumento e cantar, exige a utilização da voz e do corpo de uma forma claramente estruturada para produzir o produto musical desejado. Quem tem transtornos de habilidades motoras pode ser referido em musicoterapia dada a exigência de diferentes graus de coordenação motora que é necessária para tocar um instrumento.

Os objetivos terapêuticos com este tipo de perturbações são a utilização da atividade musical para explorar competências musicais adquiridas e proporcionar aos clientes experiências que eles são capazes de executar.

A musicoterapia, quando aplicada em *setting* grupal oferece oportunidades de interação social a crianças com deficiência mental, através da prática musical partilhada ajustando o comportamento social e permitindo ganhar consciência. Muitas vezes os sujeitos ganham autocontrolo e tomada de consciência concreta emocional quando são inseridos em esforços criativos positivos, a outro nível, os sentimentos que são difíceis de descrever verbalmente ou incompreendidos podem ser experimentados por meio expressivo da música.

Por outro lado, as técnicas ativas permitem trabalhar as competências motoras através do movimento musical.

### **Musicoterapia e a Dimensão Relacional**

De um modo geral, todas as pessoas estão em constante relação com o mundo e têm necessidades de se comunicarem, sendo que a pessoa com deficiência mental, poderá apresentar dificuldades no processo de comunicação, devido, às limitações ao nível da fala, de compreensão, e até mesmo de relacionamento.

Wigram (2004) defende que a música é muitas vezes descrita como uma linguagem com aspetos sintáticos e semânticos. Para ser verdadeiramente uma língua, a música com as suas formas e o seu fraseado, teria de ter uma estrutura muito mais clara dos símbolos que nela são reconhecíveis, a melodia tem muitos dos componentes da linguagem falada.

Cunha e Volpi (2008) defendem que a intervenção musicoterapêutica deverá passar pela construção de estratégias que possibilitem dignidade e qualidade de vida às pessoas com deficiência acrescida. Deve ser considerado pelo musicoterapeuta, na sua abordagem, facilitar o desenvolvimento pleno dessas pessoas, focado nas suas reais possibilidades e não nas suas limitações.

A relação musical que se estabelece no processo musicoterapêutico possibilita aos utentes a comunicação de pensamentos e sentimentos de forma expressiva, melódica e rítmica que se diferem da expressão verbal. Desta maneira, ao propiciar o contato com pautas identitárias que se manifestam no repertório de sonoridades escolhidas e executadas, os utentes podem encontrar alternativas, na linguagem musical, de modo a conferir sentido e significado às suas vivências individuais e coletivas.

A vivência musical, nesta perspetiva, pode estimular o utente a lidar com as suas próprias possibilidades de autonomia e dependência facilitando a construção de um diálogo com a realidade circundante (Sekeff, 2002, Cunha, 2003, cit. in Cunha & Volpi, 2008).

### **Musicoterapia e Dinâmicas de Grupo**

Os aspetos centrais da vivência em grupo focam-se no aqui-e-agora, na inibição e desbloqueamento, exposição (autorrevelação), reação e mobilização emocional, apoio mútuo entre os membros e feedback.

Quando se trabalha em grupo utilizam-se dinâmicas próprias focadas em técnicas que nos dão instrumentos que ajudam a alcançar os objetivos propostos para o grupo.

Segundo Pavlicevic (2003), existem muitas formulações do processo de grupo por vários psicólogos e grupanalistas. Um modelo útil (e bastante simples) é o de Tuckman (1965), que descreve quatro fases da vida do grupo: normatização (todos identificam o que têm em comum); tempestuosidade (identificando o quão diferentes são uns dos outros); dar forma

(terem uma compreensão mais realista e equilibrada uns dos outros) e realização (as funções de grupo como um todo, consciência das semelhanças e diferenças e executando as suas tarefas).

Rutan (2007) identifica três dimensões fundamentais no trabalho terapêutico com grupos: a dimensão intrapsíquica, que contempla a personalidade, os mecanismos de defesa, e as técnicas de resolução de problemas; a dimensão interpessoal, que inclui estilos relacionais, a exteriorização de conflitos internos, os papéis sociais, e os mecanismos de projeção e identificação; e a dimensão grupal, que contempla as normas, valores, pressupostos, e restrições implementadas no grupo.

Relativamente às diferentes fases que caracterizam e ocorrem num grupo terapêutico, Rutan (2007) identifica quatro fases evolutivas e distintas:

a) A fase formativa, concernente ao envolvimento dos elementos com os valores básicos e objetivo geral do grupo. Nesta fase, cada membro tenta estabelecer um certo nível de intimidade que lhe seja seguro e adquirir informação acerca de como funciona o grupo, no global;

b) A fase reativa, é a fase de sentir que se pertence ao grupo. É aqui que se começam a notar as características individuais de cada pessoa integrada no grupo é também nesta fase que ocorrem demonstrações de explosão por parte de algumas pessoas do grupo que se querem destacar, mostrar que estão ali e que estão “inseridas”. Porém, nem todos os elementos demonstram atitudes de raiva ou rebelião, são ainda comuns as atitudes de fuga ou passividade que, de igual modo, funcionam como contraproducentes para o grupo. Também nesta fase parece sobressair uma preocupação em adquirir ou desenvolver recursos pessoais, desenvolvendo-se alguma resistência às normas instauradas na fase anterior. Nesta fase, o terapeuta assume um papel diferente em relação à fase de formação, devendo evitar a focagem em dinâmicas ou transferências pessoais que possam emergir, devolvendo-as, por sua vez, ao grupo, procurando que este se exprima em relação às mesmas;

c) A fase de maturação, onde se constrói a estabilização da maturação do trabalho de grupo. Aqui os membros trabalham em conjunto para alcançar um fim, existindo uma coesão grupal acrescida. Os membros já se conhecem e já aprenderam a lidar com as personalidades de todos os envolvidos, existindo mais respeito e cuidado nas improvisações, dando-se já uns aos outros. Nesta fase, são enfatizadas as respostas e interações intra-grupo como elemento principal de aprendizagem e cura, começando os membros a aperceber-se de padrões repetitivos em si e nos outros. Começa a ser aceite a discussão de eventos externos da vida de cada um, pois o grupo começa a saber distinguir o

que é pertinente de ser trabalhado em conjunto do que não o é. Aqui, o terapeuta é visto, cada vez mais, como uma figura de respeito e de autoridade, mas é igualmente desmistificado, estabelecendo-se, assim, uma relação mais realista e madura entre os membros e o terapeuta.

d) A fase de término é uma fase bastante importante e normalmente carregada de emotividade, correspondendo à preparação para o término da terapia.

Espera-se aqui, que os membros tenham desenvolvido capacidades específicas e trabalhado aspetos individuais que consideravam importantes, pelo que, nesta fase, existe uma consciência do caminho percorrido e das evoluções pessoais e grupais.

Bennis e Shepard (1974) citado por Gibbard, Hartman e Mann, seguindo Schutz (1958), dizem que os aspetos mais relevantes na personalidade de um membro do grupo são a dependência e os aspetos pessoais. A dependência é composta pelas características e padrões dos membros relacionadas com o líder ou com uma estrutura de regras. Os membros que encontram conforto num sistema de regras ou numa lista são chamados de “dependentes”. Membros que ficam desconfortáveis com estruturas autoritárias são chamados de “contra dependentes”. O aspeto pessoal é composto pelos padrões característicos dos membros respetivos à intimidade pessoal. Membros que não descansam até atingirem um determinado grau de intimidade com todos os outros são chamados de “sobre pessoal”. Membros que têm tendência a evitar a intimidade com qualquer um dos outros são chamados de “contra pessoal”.

Bennis e Shepard (1974) citado por Gibbard, Hartman e Mann, observaram duas áreas que determinariam o fluxo de atividades grupais: a Dependência, expressa na relação de autoridade e, a Interdependência, expressa nas relações pessoais. Cada uma destas fases tem três subfases. Na Dependência elas são: a) Dependência/Fuga, aqui os membros do grupo esperam que a facilitadora estabeleça as regras da sessão e distribua recompensas. Nesta fase muitos membros do grupo comportam-se de modo a obter aprovação por parte do líder (facilitador), existindo a redução da ansiedade pela busca de um objetivo comum; b) Contra dependência/Luta, esta é a fase mais desconfortável para o grupo, pode haver discussões de liderança e a criação de subgrupos dentro do próprio grupo. Pode também haver casos em que os membros do grupo põem em causa a legitimidade do papel do facilitador no grupo e podem até mesmo vê-lo como incompetente; c) Resolução/Catarse, nesta subfase existe a mobilização de forças construtivas, existe suporte mútuo entre os membros do grupo e as palavras do líder já são tomadas em atenção. Esta é uma fase frágil visto que aqui as dinâmicas de grupo passam para outro nível, existindo uma maior autonomia e aceitação geral do grupo. Na Interdependência as subfases são: a) Encantamento/Fuga,

nesta fase o grupo começa por estar está feliz, coeso e relaxado. Inicialmente existe uma catarse, mas com o tempo a aparente harmonia faz com que os sentimentos reais de cada membro sejam mascarados e assim se vão afastando da sua sensibilidade pessoal; b) Desencantamento/Luta, aqui a tendência do grupo é dividir-se em dois subgrupos, orientados pelo grau de intimidade requerido por cada um (conterpersonal vs overpersonal); c) Validação Consensual, nesta fase procede-se à avaliação de papéis. O consenso é atingido pela discussão racional, os membros ganham um significado pessoal mais profundo para os outros. Ao comentarem-se os papéis de cada um, dissipa-se a ansiedade e o medo de rejeição pelo teste da realidade.

A música, em muitas circunstâncias, numa atividade grupal, combina a dinâmica de grupo com a identidade de cada um.

### **Técnicas e Estratégias Musicoterapêuticas**

As intervenções com clientes que têm deficiência mental podem adquirir formas bastante variadas, depende muito das preferências, interesses, habilidades e necessidades dos mesmos.

Segundo Wigram (2004) a técnica musical: refere-se a uma forma de tocar ou cantar, onde o estilo, modalidade e elementos são descritos por parâmetros musicais; o método terapêutico: refere-se a um modo de agir e comportar-se de onde a intenção, a abordagem ou o quadro é determinado pelos parâmetros terapêuticos.

As técnicas podem sempre ser adaptadas às necessidades do grupo, e portanto, são flexíveis e não rígidas. A técnica é, assim, um instrumento ao nosso dispor, a qual usamos em função das necessidades do grupo que vão surgindo, sendo possível modificá-la no decorrer da sua utilização e em função da dinâmica que se gera (Guerra & Lima, 2005).

Peters (2000) diz que nas intervenções musicoterapeutas podem ser empregues técnicas de criação de música ativas, ou técnicas mais passivas baseadas na escuta de música. Os musicoterapeutas podem também trabalhar com os clientes de forma individual ou em grupo.

Wager (2000) diz que jogos com tambores tais como manter o tempo consistente com a música, parar quando o estímulo musical pára e decidir quando pára ao tocar, são usados para ensinar técnicas de escuta.

Segundo Bruscia (1998), em cada sessão de musicoterapia existem quatro tipos distintos de experiências: improvisação, re-criação, composição e audição, sendo que cada uma destas experiências possui características particulares.

**Improvisação:** o cliente faz a música tocando ou cantando, criando uma melodia, um ritmo, uma canção ou uma peça musical de improviso, podendo improvisar sozinho ou em um grupo, incluindo o musicoterapeuta e os outros clientes, podendo utilizar qualquer meio musical dentro de sua capacidade, como: voz, sons corporais, percussão, instrumentos de corda ou sopro, teclado e vários outros. O musicoterapeuta ajuda o cliente dando as informações necessárias, tocando ou cantando um acompanhamento que estimule ou guie a improvisação do cliente, ou apresentando uma ideia não-musical para que ele a retrate através da improvisação.

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

**Re-criação musical:** o cliente aprende ou executa músicas instrumentais, vocais ou reprodução de qualquer tipo musical apresentado com modelo. O termo re-criativo é aqui utilizado numa aceção mais ampla do que a de apresentar, porque apresentar implica cantar ou tocar para uma audiência. Re-criativo é um termo mais abrangente que inclui executar, reproduzir, transformar e interpretar qualquer parte ou o todo de um modelo musical existente, com ou sem audiência.

Os principais objetivos terapêuticos da re-criação podem ser: desenvolver habilidades sensoriomotoras; promover comportamento ritmado e a adaptação; melhorar a atenção e orientação; desenvolver a memória; promover a identificação e empatia com os outros; desenvolver habilidades de interpretação e comunicação de ideias e de sentimentos; aprender a desempenhar papéis específicos nas várias situações interpessoais; e melhorar as habilidades interativas e de grupo.

**Composição musical:** o musicoterapeuta ajuda o cliente a escrever canções, letras ou peças instrumentais, ou a criar qualquer tipo de produto musical como vídeos com músicas ou CD's. Geralmente o musicoterapeuta assume a responsabilidade dos aspectos mais técnicos e tenta adequar a participação do cliente de acordo com sua capacidade musical. O cliente pode, por exemplo, criar uma melodia num instrumento enquanto o terapeuta faz o acompanhamento harmónico, ou o cliente pode escrever uma letra enquanto o musicoterapeuta compõe a melodia e a harmonia.

Os principais objetivos terapêuticos da composição são: desenvolver habilidades de planeamento e organização; desenvolver habilidades para solucionar problemas de forma



criativa; promover a autorresponsabilidade; desenvolver a habilidade de documentar e comunicar experiências internas; promover a exploração de temas terapêuticos através das letras das canções; e desenvolver a habilidade de interagir e sintetizar partes num todo.

Audição musical: o cliente ouve música e responde à experiência de forma silenciosa, verbalmente ou através de outra modalidade. A música utilizada pode ser através de gravações de improvisação ou ao vivo, execuções ou composições do cliente ou do musicoterapeuta, ou pode-se utilizar gravações comerciais de músicas de diversos estilos. A experiência de ouvir pode evocar os aspetos físicos, emocionais, intelectuais, estéticos ou espirituais da música e as respostas do cliente são moduladas de acordo com o objetivo terapêutico da experiência.

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

Wigram e Baker (2005) defendem que escrever canções para clientes refere-se à composição do clínico de canções para um determinado cliente, grupo de clientes ou finalidade terapêutica específica – seja para clientes com necessidades psicológicas, espirituais, emocionais, sociais, físicas ou de comunicação, estas são adequadamente estruturadas para atender às necessidades terapêuticas específicas de cada caso. As músicas criadas dentro de contextos terapêuticos podem ser vistas em termos de processo e produto. Eles são a evidência de início, meio ou fim de um processo terapêutico ou um processo terapêutico num todo. Os clientes criam canções que refletem os sentimentos e pensamentos sentidos ou que experienciaram em alguma altura durante o tratamento e são, portanto, documentos da sua jornada terapêutica. No entanto, essas criações são também artefactos, produtos que os clientes podem revisitar, compartilhar com os outros sendo prova de mestria, criatividade e autoexpressão.

## Objetivos

Tendo em conta o tipo de fragilidades cognitivas e psicossociais da população e a pesquisa bibliográfica efetuada no campo da aplicação da musicoterapia na área da D. M. os objetivos gerais da intervenção são:

- Promover o relacionamento interpessoal do utente com *staff* e pares;
- Promover uma conduta adaptativa a nível social;
- Promover a comunicação através de atividades musicais onde qualquer som é aceite como parte criativa da improvisação;
- Promover o desenvolvimento pessoal do utente, através de atividades que explorem o potencial criativo e expressivo;
- Desenvolvimento e/ou manutenção de competências cognitivas, nomeadamente orientação e consciência, atenção, concentração e memória;
- Cooperar com a equipa técnica no sentido de transmitir, recolher estratégias e informações que possam contribuir para a elaboração de projetos de intervenção.

## Metodologia

Neste ponto descrevem-se as metodologias e os processos terapêuticos adotados no estágio bem como a sua análise.

Desta forma, será apresentado o percurso realizado ao longo do estágio, dando maior relevo a dois estudos de caso que serão apresentados de acordo com uma análise qualitativa. O processo de recolha de dados baseou-se em técnicas de observação clínica, seguida de sistematização da informação recolhida e da análise e a interpretação dos dados.

O presente estágio teve início no dia 1 de Novembro de 2013 com um período de observação e integração de sensivelmente um mês. Nesta fase, a estagiária acompanhou informalmente os utentes da CERCIMA, de modo a conhecer as suas rotinas, capacidades e interesses musicais. Desta forma, a estagiária pretendeu recolher todos os dados possíveis no âmbito de uma interação informal, conhecer os utentes e dar-se a conhecer aos mesmos explicando-lhes o que iria acontecer nas intervenções musicoterapêuticas.

Após o período de observação seguiu-se a fase de seleção de forma a organizar os utentes interessados e sugeridos pela equipa da CERCIMA para o acompanhamento musicoterapêutico. Dos utentes selecionados apenas quatro não tiveram musicoterapia no ano anterior, três por não se encontrarem na instituição e um por não ter sido selecionado. Os restantes utentes que foram selecionados para acompanhamento terapêutico já tinham beneficiado do mesmo no ano anterior.

### Descrição da amostra

As sessões contaram com 28 utentes no total, 3 tiveram acompanhamento musicoterapêutico individual e 25 tiveram acompanhamento musicoterapêutico em grupo.

Estes 25 foram distribuídos por 6 grupos, visto já terem trabalhado no ano anterior em musicoterapia manteve-se na generalidade a mesma formação dos grupos.

A tabela que se segue apresenta os dados pessoais dos utentes, assim como o *setting* e o número de sessões assistidas.

Foram atribuídos nomes fictícios a todos os clientes, de forma a respeitar a sua confidencialidade.

Tabela 1  
*Caracterização do grupo A*

<b>Nome</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Data de entrada</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Nº de sessões Frequentadas</b>
P. C.	F	16	2007	Atraso do Desenvolvimento Cognitivo	20
R. S.	M	16	2011	Défice Cognitivo e Comportamental	16
C. M.	M	15	2009	Hiperatividade	24
I. S.	F	14	2013	Défice Cognitivo, Epilepsia Controlada	20
T. A.	M	13	2014	Tumor cerebral “Astrocitoma pilocítico optoquiasmático”; Hidrocefalia	19
G. D.	M	15	2006	Atraso no Desenvolvimento cognitivo	16
C. S.	M	25	2007	Atraso global no Desenvolvimento, com malformação do sistema nervoso central, associada a atrofia do globo ocular esquerdo.	22

Tabela 2  
*Caracterização de grupo B*

<b>Nome</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Data de entrada</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Nº de sessões Frequentadas</b>
N. R.	M	32	2001	Défice intelectual significativo; Epilepsia	25
N. C.	M	18	2013	Deficiência mental ligeira Perturbação do espectro autista	24
L. V.	M	33	2003	Trissomia 21 Déficit mental profundo Dificuldades Visuais	23
I. F.	F	48	2003	Atraso moderado no desenvolvimento	25

Tabela 3

*Caracterização de grupo C*

<b>Nome</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Data de entrada</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Nº de sessões Frequentadas</b>
H. O.	M	13	2011	Encefalopatia miclonica, Tetraparésia distónica coreoaterósica	14
L. A.	M	11	2013	Mucopolissacaridoses MPS (síndrome de Sanfilippo)	16

Tabela 4

*Caracterização de grupo D*

<b>Nome</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Data de entrada</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Nº de sessões Frequentadas</b>
C. M.	M	23	2008	Deficiência mental ligeira	10
J. A.	M	46	2007	Paralisia Cerebral	14
V. S.	F	33	2004	Deficiência mental moderada	21
I. R.	M	26	2006	Paralisia Cerebral	20

Tabela 5

*Caracterização de grupo E*

<b>Nome</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Data de entrada</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Nº de sessões Frequentadas</b>
B. B.	M	26	2009	Défice intelectual moderado	17
D. S.	M	25	2007	Paralisia cerebral Défice intelectual moderado.	21
P. B.	M	21	2009	Défice cognitivo ligeiro	20
J. T.	M	32	2006	Atraso no desenvolvimento	18
S. B.	F	26	2005	Síndrome de Down	20

Tabela 6  
*Caracterização de grupo F*

<b>Nome</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Data de entrada</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Nº de sessões Frequentadas</b>
A. M.	F	26	1996	Síndrome de Bardet Biedl Debilidade mental.	21
H. P.	F	28	2008	Acuidade visual quase nula. Microcefalia, Hipertonia e cardimegalia (aumento do coração)	19
A. C.	F	42	2007	Tumor na região hipofisária Anomalia do desenvolvimento físico e mental Epilepsia Alteração visual importante	21

Tabela 7  
*Caracterização dos utentes com sessões musicoterapêuticas individuais*

<b>Nome</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Data de entrada</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Nº de sessões Frequentadas</b>
S. C.	F	14	2012	Não está completamente definido. Apresenta algumas características de síndrome de Rett	17
P. A.	M	15	2004	Trissomia do cromossoma 7 Hidroafelia e Macrocefalia	21
T. T.	M	15	2010	Doença de Van Der Knaap	20

Segundo as tabelas acima, pode-se verificar que a média de idades dos 28 utentes intervencionados é de 24 anos. A média de idades do grupo A é de 16 anos; a do grupo B é de 33 anos; a do grupo C é de 18 anos; a do grupo D é de 32 anos; a do grupo E é de 26 anos; e a do grupo F é de 32 anos. A média de idade dos utentes com sessões individuais é de 15 anos. A percentagem de utentes do sexo masculino é de 67.85% e do sexo feminino é de 32.15%.

Quanto ao diagnóstico, 10 têm deficiência intelectual ligeira (35.70%), 11 deficiência intelectual moderada (39.30%) e 7 deficiência intelectual profunda (25%).

## **Procedimentos**

O processo de estágio decorreu em três fases distintas: a fase de observação e integração, a fase de seleção/organização e a fase da intervenção.

**Fase de observação e integração.** Como foi acima referido, a fase de observação direta ocorreu sensivelmente durante o período de um mês; esta fase permitiu a integração e conhecimento da instituição, conhecer e interagir com os utentes da CERCIMA e conhecer o trabalho da equipa que trabalha diretamente com os utentes.

Este período foi essencial na escolha da amostra para esta intervenção e recolha da informação clínica e pedagógica junto da equipa técnica. A estagiária desenvolveu uma pesquisa sobre a anamnese de cada utente, tendo tido acesso aos processos individuais de cada utente o que permitiu ter conhecimento aprofundado das respetivas características de cada um.

O facto de a instituição ter tido uma estagiária de Musicoterapia no ano anterior, e por esse motivo não ser uma área desconhecida, facilitou a integração na instituição e juntos dos utentes.

**Fase de seleção/organização.** Esta fase coincidiu sensivelmente com as duas últimas semanas da fase de observação. Nesta fase foram selecionados os utentes que iriam ter acompanhamento terapêutico, bem como os que estariam incluídos em sessões de grupo e individuais.

No momento de operacionalizar e estruturar a intervenção, foi privilegiada a intervenção grupal na população, ressalvando, contudo, que o ideal seria que, antes desta, ocorresse uma intervenção individual com cada um deles.

Uma das problemáticas mais visíveis aquando da observação foi a falta de estímulos musicais, mesmo havendo rádios em quase todas as salas, a maior parte permaneciam desligados, a única altura em que havia contacto com estímulos musicais era depois de almoço, com um rádio, no pátio da instituição (se o clima o permitisse) ou num dos corredores (bastante apertado para a quantidade de utentes). Nesta altura os utentes conviviam e dançavam uns com os outros, sendo o único momento em que estavam todos juntos, pois no tempo restante estavam nas respetivas salas.

Associada à escolha dos utentes, esteve a questão da disponibilidade dos mesmos, visto ser bastante complicado fazer alterações ao horário, por estar bastante preenchido com diversas atividades e, uma vez que tinha sido feito um horário para musicoterapia no ano anterior, optou-se por manter o mesmo.

Os utentes foram divididos em 6 grupos. Do grupo A faziam parte utentes do CSE e um do CAO, todos com atrasos do desenvolvimento cognitivo, com deficiência mental ligeira e problemas comportamentais. Do grupo B faziam parte utentes do CAO com deficiência mental ligeira e moderada, com poucas ou nenhuma limitações de motricidade. O grupo C integrava utentes do CSE com deficiência mental profunda. Nos grupos D e E faziam parte utentes do CAO com deficiência mental ligeira e moderada, apenas dois dos utentes apresenta limitações ao nível locomoção tendo de se deslocar em cadeira de rodas. Do grupo F faziam parte utentes do CAO com deficiência mental ligeira e moderada sem limitações de locomoção.

Os restantes utentes que tiveram acompanhamento individual, faziam parte do CSE e tinham deficiência mental profunda.

A todos os intervenientes e respetivos representantes/familiares foi solicitada a devida autorização para a participação na intervenção e para a filmagem/gravação áudio das sessões.

**Fase de Intervenção.** A fase de intervenção iniciou-se a 25 de Novembro e durou 7 meses.

As sessões realizaram-se semanalmente, as sessões dos grupos A e B eram de aproximadamente 45 minutos realizando-se às segundas-feiras entre as 14h e as 16h e as sessões dos grupos C, D, E, F e individuais realizavam-se às quintas-feiras das 9h às 15h sendo as sessões de grupo de 45 minutos e as individuais de 30 minutos.

O formato destas sessões era previamente estruturado, não sendo, porém, estanque e inflexível, permitindo propostas vindas por parte dos clientes e oportunidade para alterações e ajustes às necessidades terapêuticas.

Todas as sessões foram gravadas em vídeo de forma a registar o máximo de informação possível, o que permitiu uma análise mais pormenorizada das mesmas.

Foi aplicada uma grelha de observação ao utente do estudo de caso individual no início, meio e fim da intervenção. Esta grelha será descrita de forma mais pormenorizada no tópico “Instrumentos de avaliação”.

Ao todo, realizaram-se 208 sessões, sendo 66 sessões individuais e 142 sessões em grupo, existindo alguma irregularidade ao nível da frequência dos clientes, algo que aconteceu tanto na intervenção individual, como na grupal, devido a motivos pessoais e de saúde.

Com a aproximação do final da intervenção e, conseqüentemente, do estágio, os utentes foram gradualmente preparados para o fim das sessões através do diálogo, foi



dedicado especial cuidado e atenção a um processo de separação gradual, algo que foi trabalhado ao longo das últimas sessões. No final do estágio as grelhas de observação voltaram a ser aplicadas de forma a verificar a tendência de evolução registada ao longo deste processo e comparando resultados com as preenchidas no início da intervenção

A par disto e após o final das intervenções musicoterapêuticas, o estágio prolongou-se durante todo o mês de Julho.

### **Agenda semanal**

Na fase de observação, a estagiária deslocava-se ao local de estágio normalmente às segundas-feiras à tarde e quintas-feiras todo o dia, havendo presenças em outros dias da semana para consulta de processos dos utentes. Nesta fase, a estagiária passou muito tempo informalmente com os utentes.

Na fase de integração e tendo em conta a disponibilidade da organização, assim como a flexibilidade de horário da estagiária, definiu-se que o estágio iria realizar-se às segundas-feiras das 14h às 16h e quintas-feiras das 9h às 15h.

O restante horário foi preenchido com a preparação das sessões, reuniões com a equipa técnica e relacionamento informal com os clientes. A estagiária também se deslocou à instituição em dias não tablados para consulta mais aprofundada de processos e para atividades realizadas na instituição.

Na tabela que se segue figura esta distribuição semanal das sessões e os horários das mesmas.

Tabela 8

*Agenda semanal do estágio na CERCIMA*

Hora	Segunda-feira	Quinta-feira
9:00h	-----	Sessão (Individual 1)
9:30h	-----	Sessão (Grupo C)
10:00h	-----	Sessão (Grupo D)
11:00h	-----	Sessão (Individual 2)
11:30h	-----	Sessão (Grupo E)
13:00h	-----	Sessão (Grupo F)
14:00h	Sessão (Grupo A)	Sessão (Individual 3)
15:00h	Sessão (Grupo B)	Tempo informal com os utentes Registo de sessões
16:00h	Tempo informal com os utentes Registo de sessões	-----

Entre sessões e em momentos livres a estagiária preparava o *setting* para a sessão seguinte, procedia aos registos escritos das sessões e passava algum tempo informal com os utentes.

**Recursos materiais**

No decorrer das sessões foram utilizados um computador, ligado à internet para pesquisa de temas musicais sugeridos pelos utentes e para reprodução de CD's e uma máquina de filmar (Panasonic) para registo das mesmas.

Quanto aos instrumentos, utilizaram-se: instrumentos da família do Instrumentário Orff, tais como maracas, clavas, pandeiretas, e reco-reco; instrumentos de percussão, tais como tambores, e metalofone (percussão melódica); e instrumentos harmónicos, nomeadamente teclado, cavaquinho e guitarra. Foi utilizado também o *soundbeam*.

O *setting* era constituído por cadeiras e por um *puff*.

## **Instrumentos de avaliação**

Para avaliar o progresso terapêutico dos utentes, foi desenvolvida e aplicada uma grelha de observação. Esta grelha foi aplicada cinco vezes durante o processo de intervenção (Anexo F).

A grelha de observação foi baseada no perfil psicoeducacional revisto (PEP-R) (Schopler, Reichler, Bashford, Lansing & Marcus, 1990, cit in Leon, et al., 2004), adaptada às necessidades da população estudada. Esta grelha serve para avaliar o desenvolvimento funcional nas áreas de imitação, perceção, motricidade global, motricidade fina, integração, realização cognitiva e cognitiva verbal (linguagem), bem como o grau de comportamento patológico nas áreas de relação e afeto, jogos e interesse pelos materiais, respostas sensoriais e linguagem. É um instrumento de medida da idade de desenvolvimento de crianças com autismo ou com outras perturbações da comunicação.

Este instrumento foi escolhido em função da necessidade de identificar padrões irregulares de aprendizagem, visando a subsequente elaboração do planeamento psicoeducacional, segundo os princípios do Modelo Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children (TEACCH). O PEP-R é composto por duas escalas. A primeira, de desenvolvimento/comunicacional, integra 21 questões (Tabela 9), foi construída a partir de normas estabelecidas empiricamente, de acordo com a performance obtida em crianças norte-americanas, com desenvolvimento típico. A segunda, de comportamento, tem 11 questões (Tabela 10) e baseou-se nos critérios de Creak (1961) e no Childhood Autism Rating Scale (CARS) de Schopler, Reichler, & Renner, 1971, (cit in Leon, et al., 2004).

Os resultados das grelhas foram assinalados através das competências adquiridas, emergentes, ou não adquiridas. Cada área/subárea observada, é constituída por um determinado numero de objetivos e, de acordo com o observado registaram-se os sucessos e os insucessos do observando. Quando em cinco das vezes observadas cada objetivo foi atingido 4 ou 5 vezes considerou-se Adquirido (A); quando no mesmo número de observações foi atingido pelo menos 3 vezes o objetivo foi considerado Emergente (E); quando atinge 2, 1 ou 0 vezes foi considerado Não Adquirido (NA).

De seguida foi calculado o valor da percentagem, de acordo com o número total de objetivos observados em cada área e o número de objetivos atingidos. A partir das percentagens obtidas foi atribuído o nível de realização de cada área observada classificando-a como: Área Fraca, quando os valores obtidos se situaram entre 0% e 49%;

Área Intermedia, quando os valores obtidos se situam entre 50% e 75%; Área Forte, quando os valores obtidos se situam entre 76% e 100%.

### **Técnicas Musicoterapêuticas**

Como foi dito anteriormente, as técnicas mais utilizadas nas intervenções terapêuticas deste estágio foram, as técnicas ativas, entre as quais temos: a improvisação vocal e/ou instrumental, a improvisação livre ou com uma temática de referência sendo esta individual e/ou em grupo; a recriação de canções, com a reprodução e interpretação; a construção de canções, que incluiu a composição de canções em grupo e a criação de letras e outras técnicas específicas, nomeadamente a partilha de canções gravadas, à escolha do (s) cliente (s) e a análise da letra das músicas, relacionando-a com aspetos pessoais.

### **Outras Atividades**

Foi também possível participar, durante o estágio, noutras atividades da CERCIMA, o que permitiu à estagiária assumir uma postura mais ativa. Merece referência o facto de a estagiária ter estado bastante envolvida na organização da reunião geral de pais, que teve lugar no dia 24 de Maio de 2014, onde foi possível realizar uma dinâmica de grupo com os utentes e os seus familiares de modo a apresentar a Musicoterapia num contexto informal. Esta atividade teve uma boa recetividade por parte das famílias e direção, uma vez que proporcionou uma dinâmica de partilha mais íntima. De facto, foi neste momento que houve oportunidade para conhecer a maioria dos pais dos clientes, o que permitiu obter um maior conhecimento da vivência relacional de cada família.

## **Estudo de Caso – Intervenção Individual**

O utente foi encaminhado pela família em Maio de 2010 de um externato para a CERCIMA devido ao facto de a alternativa anterior não se adequar às exigências da família para o utente.

Reside numa freguesia na Margem Sul, com a mãe e o pai, tem uma boa relação com os pais e familiares, habita num apartamento com quarto próprio e boas condições de salubridade. É filho único, foi uma gravidez desejada, planeada e vigiada.

Relativamente à informação anamnésica acedida, o T.T. nasceu de termo e de parto normal, a sua deficiência foi detetada aos 6 meses de idade pelo pediatra e desde aí as suas limitações têm vindo a acentuar-se, sofre de Doença de Van Der Knaap caracterizado por atraso do desenvolvimento, deterioração neurológica, crises convulsivas, aumento do perímetro cefálico, atraso mental progressivo e hipotonia. A mãe reagiu mal ao diagnóstico, tendo desencadeado uma depressão.

O T.T. esteve no ensino regular até aos 6 anos de idade tendo atingido o nível pré-escolar, foi perdendo as capacidades até ao final da primeira infância.

Quanto aos elementos que se obtiveram através de observação direta, no início do estágio na CERCIMA, pode-se referir que o T.T. é um jovem simpático e bem-disposto, demonstrou motivação e interesse pela maioria das atividades propostas pelas auxiliares, necessitando sempre de ajuda para as realizar visto ser dependente do adulto em todas as áreas do seu desenvolvimento. Foi também observado que seguia a movimentação das pessoas pela sala, bem como, deslocações de objetos em várias direções, mantendo o contato visual e conseguindo mudar a sua atenção de um estímulo para outro. O T.T. procurava também a fonte sonora, movendo a cabeça na sua direção, reagindo ao próprio nome e à música, demonstrou compreender e reconhecer nomes de pessoas e objetos. Emitia sons quando se sentia contente e/ou irritado, ou seja, no geral evidenciava intenção comunicativa mas com muitas dificuldades ao nível da expressão.

### **Plano terapêutico**

Tendo em conta as características do utente T.T. anteriormente descritas, identificaram-se os seguintes objetivos gerais e específicos, assim como estratégias e técnicas para os atingir:

Tabela 9

*Objetivos gerais, específicos, estratégias e técnicas da intervenção individual.*

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Estratégias/Técnicas
1 – Promover a estimulação sensório-auditiva	a) Manter contacto visual; demonstrar preferência; aceitar as atividades propostas colaborando na sua realização; b) Incentivar à comunicação; responder oralmente sempre que possível; c) Procurar fonte sonora; manipular instrumentos com o mínimo de ajuda; ativar <i>soundbeam</i> .	- Improvisação livre; - Expressão corporal com suporte musical; - Ativação dos feixes de <i>soundbeam</i> ; - Reagir a diferentes sons, procurando fonte sonora;
2 – Promover a intencionalidade comunicativa e a iniciativa	a) Aumentar a quantidade e qualidade de respostas, verbais e não-verbais; b) Produzir vocalizações e ritmos; c) Aumentar a contingência de variações e mudanças rítmicas e melódicas.	- Exercícios de turn-taking; - Improvisação rítmica e vocal livre; - Reproduzir sons, expressões, gestos, a pedido ou por imitação;
3 – Melhorar o tónus postural; Potenciar/melhorar a motricidade global e fina; melhorar as relações interpessoais.	a) Promover a satisfação na realização de tarefas diversas; b) Aumentar a coordenação motora e dissociação de movimentos e melhorar a noção de lateralidade; c) Promover a coesão do Self, através da estimulação e reforço do próprio ISO.	- Realizar movimentos ativos; manipular e explorar os instrumentos musicais com o mínimo de ajuda; manter contato visual; participar em dinâmicas simples.

## A Intervenção

Durante o estágio, foram efetuadas 20 sessões individuais com o T.T.

Através de informação cedida pelas auxiliares da instituição, foi possível saber que o T.T. gostava muito de música de uma forma geral, sem identificar de que género em particular. No início da intervenção, as sessões eram muito pouco estruturadas uma vez que era importante perceber a reação do T.T. às propostas apresentadas e qual o seu envolvimento na mesma. Devido ao nível de deficiência do T.T. é difícil identificar fases na intervenção musicoterapêutica, porque dependia do cansaço do utente e do estado de espírito do próprio. Foi um percurso com avanços e retrocessos que irão ser analisados neste capítulo.

(1<sup>a</sup> – 4<sup>a</sup> sessão). Numa primeira fase, procurou-se explorar as capacidades e os limites do T.T., a sua aceitação aos instrumentos e a que instrumentos, de forma a perceber a sua sensibilidade musical e o estabelecimento da relação terapêutica.

As primeiras quatro sessões foram assim de experimentação instrumental, visto o T.T. ser uma criança muito bem-disposta e participativa. Reagia a todos os estímulos apresentados, tanto no piano como nos instrumentos de percussão e guitarra. Desde o início da intervenção que foi sentida a adesão imediata do T.T. às sessões, denotando entusiasmo, embora controlado, mas foi na quarta sessão que se chegou à conclusão que o T.T. reagia mais positivamente ao *Sound beam* e aos vocalizos que a estagiária fazia, acompanhando os sons reproduzidos pelo aparelho, nesta altura o T.T. começou a tentar vocalizar em resposta à estagiária.

(5<sup>a</sup> – 12<sup>a</sup> sessão). A partir da quinta sessão a relação terapêutica estava estabelecida, havendo já momentos de partilha e cumplicidade. Aqui o T.T. começou a cantar de forma estruturada o “ah” em resposta à estagiária, os vocalizos feitos até então eram estereotípias. Em conversa com a auxiliar que estava na sala do T.T. foram comentados os vocalizos feitos pelo utente, ficando a auxiliar ficou porque nos 4 anos em que o T.T. estava na instituição nunca o tinha feito.

No início da sexta sessão, a estagiária vocalizou o “uh”, tendo a resposta sido imediata. Aqui percebeu-se que o T.T. tinha capacidade de reproduzir vogais de forma estruturada embora com todas as limitações inerentes à sua condição, foi decidido nesta altura tentar com que o T.T. reproduzisse todas as vogais, tarefa bem-sucedida, pois nesta sessão reproduziu o ah, eh, ih, oh e o uh.

Na sétima sessão foi dada continuidade ao trabalho da sessão anterior. A meio da sessão foi decidido juntar vogais e formar uma palavra simples começando pelo “olá”. No final da sessão o T.T. conseguiu estruturar a articulação da palavra e reproduzir um

“ohah” que foneticamente se assemelha a um olá mas sem a letra “L”. Da oitava à décima segunda sessão foi dada continuidade aos vocalizos e à palavra “olá”, sendo que, na décima segunda o T.T. já articulava muito bem o “olá”.

(13ª – 15ª sessão). Da décima terceira à décima quinta sessão foi introduzido um elemento rítmico (tambor) tocado pela estagiária num ritmo constante para avaliar se o T.T. seguia o ritmo ativando os feixes do *sound beam* ou tocando no próprio tambor. Notou-se um completo desinteresse por parte do T.T. nesta atividade, durante estas três sessões não houve qualquer avanço e denotou-se um certo retrocesso, percebendo-se que o utente reagia melhor aos vocalizos.

(16ª sessão). A partir da décima sexta sessão foi continuado o trabalho com vocalizos e a formação de pequenas palavras com o *sound beam* como som ambiente, devido ao facto de ter havido uma quebra desta atividade durante três sessões teve de se relembrar a dicção das palavras anteriormente aprendidas, tarefa na qual 10 minutos foram suficientes para o T.T. começar a participar ativamente na sessão. Nesta sessão foi inserida uma nova palavra, “água”, o T.T. começou por dizer “ahh” em suspenso, com a convicção de quem vai dizer a palavra toda, passados 5 minutos diz “ahhuh” omitindo o “G”, nesta fase a palavra torna-se mais perceptível, nota-se um esforço incrível do T.T. em querer dizer a palavra, faz os movimentos com a boca mas nem sempre sai som, a estagiária passou para o “olá” para ele não desanimar e a resposta foi fantástica, o T.T. reproduziu na hora.

De seguida passou-se novamente para “água”, tendo o T.T. conseguido articular “ahuhah” omitindo o “G” mas tornando a palavra mais perceptível. Depois desta conquista a estagiária inseriu a palavra “mãe”, o T.T. vocalizou “em” mas muito baixo. Nesta altura já se encontrava cansado. Estes exercícios exigem muito do utente que embora tenha muita força de vontade cansa-se com muita facilidade.

(17ª Sessão). Horas antes da décima sétima sessão as auxiliares colocaram o T.T. num Parapodium, aproveitou-se o facto de o T.T. estar numa posição vertical para explorar instrumentos de uma outra perspetiva, a estagiária começou por colocar uns bongós diante do utente e começou a tocar uma pulsação lenta para dar lugar e tempo para o T.T. poder participar, o utente, como já se tinha constatado em sessões anteriores, não ficou muito entusiasmado com os bongós, deu umas poucas pancadas no instrumento mas nada de estruturado.

De seguida a estagiária retirou os bongós e inseriu o metalofone, o T.T. sorriu imediatamente mal viu o metalofone, a estagiária colocou a baqueta na mão do utente e ele começou imediatamente a tocar notas soltas no metalofone. A estagiária tocou no



metalofone uma harmonia simples só com as notas Sol e Ré para haver uma estrutura para uma improvisação, mas o T.T. continuou a não conseguir tocar um ritmo minimamente estruturado. A estagiária passou o dedo por todas as lâminas e continuou a tocar as mesmas notas, pouco depois a estagiária parou de tocar e nesse momento o T.T. passa com a baqueta por todas as lâminas recriando o som que a própria teria feito há uns minutos atrás. Neste momento foi visível que o T.T. tinha de facto capacidade de memorização e repetição de movimentos e sonorização. Iniciaram-se uns minutos de repetições em que a estagiária passava com o dedo nas lâminas e dizia “agora o T.T.” e ele repetia o movimento. Depois deste momento a estagiária voltou a pegar na baqueta e a tocar numa lâmina dizendo de seguida “agora faz tu”, o T.T. reagiu bem e tocou numa lâmina também. Foram feitas algumas repetições e iniciou-se uma improvisação livre entre a estagiária e o utente. Por fim a estagiária inseriu vocalizos com “ahah” enquanto tocava no metalofone na nota Dó, o T.T. vocalizou “ahah” em resposta à estagiária.

(18ª sessão). Imediatamente antes da décima oitava sessão a estagiária em conversa informal com uma das auxiliares soube que o T.T. tinha chamado a mãe em casa, tendo ficado surpreendida e explicando à auxiliar que tinha trabalhado a palavra mãe na 16ª sessão (cerca de duas semanas antes do sucedido). Infelizmente a mãe do T.T. não valorizou o sucedido tendo-lhe dito “vai chamar mãe a outra”.

Na sessão foi continuado o trabalho das palavras com o som do *sound beam* como som ambiente. A estagiária começou por dizer a palavra água várias vezes, depois, com uma garrafa de água na mão, perguntou ao T.T. “o que é isto?”, ele respondeu de imediato “ahuhah”. Foi iniciado o trabalho do nome do T.T. mas como tem muitas sílabas depressa se chegou à conclusão que nesta fase ainda era prematuro submeter o utente a este esforço.

(19ª sessão). Nesta sessão a estagiária optou por não usar o *Sound beam* para experimentar a reação do T.T. à verbalização sem estímulo musical ambiente, foi feita uma sessão inicialmente focada nas palavras aprendidas, “olá, água e mãe” para recapitular as sessões anteriores. Ele respondeu prontamente e reproduziu todas as palavras. A estagiária, nesta fase, começou a preparar o término das sessões com o T.T., optando por não inserir muitos mais estímulos verbais e sonoros, para as últimas sessões serem confortáveis e não demasiado desafiantes, frustrantes ou cansativas para o utente.

Foi explicado também que as sessões estariam a acabar. Foi introduzida a palavra “avó”, o T.T. demorou 2 minutos a dizer a palavra avó corretamente mostrando um sorriso enorme. Foi acrescentado um tambor tocado pela estagiária num compasso lento e constante enquanto repetia as palavras ensinadas ao T.T.. dividindo as palavras

silabicamente ao ritmo do tambor, o utente reagiu bem à reprodução das palavras mas perdeu o interesse rapidamente no tambor.

(20ª e última sessão). Foi continuado o trabalho da sessão anterior com recurso ao tambor. O T.T. não respondeu durante toda a sessão aos vocalizos, no início desta a estagiária disse ao T.T. que seria a última sessão, a expressão do utente mudou, ficou mais sério, e durante toda a sessão não emitiu um único som ou uma única palavra. A estagiária tentou de variadas maneiras estimular o utente a verbalizar mas sempre sem sucesso. Ainda tentou inserir o *sound beam*, o piano e o tambor mas sempre sem sucesso.

Ficou aqui a dúvida do que terá acontecido nesta sessão, se o facto de a estagiária ter dito que seria a última influenciou o comportamento do T.T., visto que durante toda a intervenção a resposta aos estímulos foi sempre muito positiva.

Para finalizar, salienta-se que, com o decorrer das sessões, houve uma grande evolução no à vontade, comportamento e desenvolvimento do T.T.

Foi criada uma partilha intensa entre o utente e a estagiária que criou frutos e oportunidades para serem trabalhadas e levadas em conta em relação à terapêutica do utente.

### **Análise e discussão de resultados**

Como já foi referido anteriormente, foi elaborada uma grelha de observação (PEP-R) que permitisse sistematizar os dados observados no início, meio e fim das sessões.

No caso do T.T. a grelha relativa ao início da intervenção foi preenchida tendo em conta os dados observados até à quarta sessão. (ver anexo G). A meio da intervenção a grelha foi preenchida mais três vezes tendo em conta os dados observados da sessão 5 à 8ª, da 9ª à 12ª e da 13ª à 16ª sessão (ver anexos H, I, e J). No final da intervenção, a mesma grelha foi novamente preenchida com base nos dados observados nas últimas quatro sessões (ver anexo K). Foram elaborados dois gráficos com as percentagens adquiridas, emergentes e não adquiridas de todas as fases para observar a evolução do T.T. em cada uma das áreas em questão (ver anexo L).

No que concerne à área comunicacional o T.T. revelou alguns progressos no decorrer das sessões, embora não consiga pedir ajuda a um adulto ou levantar a mão para pedir ajuda sabe fazer escolhas quando lhe são apontadas opções, não as faz oralmente. Não é capaz de se envolver numa comunicação, comunica as suas necessidades e desejos através de gestos. Quando queria utilizar o *sound beam* passava

a mão em frente do sensor. Quando está frustrado emite alguns sons, o seu semblante muda franzindo a testa e manda objetos para o chão.

No que diz respeito ao som, o T.T. ouve, orienta-se e reage ao som, consegue repetir os sons que ouve embora durante pouco tempo. Não é capaz de cantar canções sozinho ou com os colegas, consegue verbalizar algumas palavras e fazer vocalizos simples, no tom e por vezes no tempo embora durante pouco tempo. No que concerne ao ruído este reage ao seu som e à sua intensidade.

No que concerne à área comportamental o T.T. é capaz de permanecer atento às tarefas apresentadas com boa disposição e vontade, não sabe preencher o tempo livre e de forma independente, permanece sentado visto estar em cadeira de rodas. Em relação ao ambiente na sala reage ao barulho na sala, a mudanças e a novas experiências positivamente. Expressa a sua frustração embora raramente por estar sempre bem-disposto, quando o faz atira objetos para o chão e franze a testa. Lida positivamente com situações e atividades recreativas. Embora se saiba que por vezes mostra-se agressivo com outras crianças e adultos e que tem comportamentos que perturbam os outros nunca foi observado nas sessões. Tem um comportamento relativamente adequado principalmente nos locais que fazem parte da sua rotina.

Ao analisar os resultados, e tendo em conta toda a dinâmica das sessões, os progressos que se registaram foram mais notórios dentro da sessão e no seio da relação terapêutica que se estabeleceu, algo que nos pareceu ter sido apenas possível por ter utilizado a música como mediador. Esta evolução não foi tão evidente no contexto externo à sessão, embora se tenham registado episódios que foram repetidos externamente às sessões mas que foram desvalorizados pela mãe do T.T. Consideramos que o T.T. tem uma grande margem de evolução, pelo que nos parece de extrema importância, dar continuidade a esta intervenção e promover atividades, com o cliente, que possam ir de encontro aos mesmos objetivos terapêuticos.

## **Estudo de Caso – Intervenção Grupal**

Este grupo de musicoterapia é composto por 4 elementos, 1 do sexo feminino e 3 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 18 e os 48 anos. Os elementos do grupo apresentam um diagnóstico de deficiência intelectual ligeira, moderada e profunda.

Apresenta-se assim uma breve descrição de cada um dos elementos.

O N.C. com 18 anos deu entrada na CERCIMA em 2013. Apresenta uma deficiência mental ligeira associada a perturbação do espectro autista altamente funcionante diagnosticada aos 3 anos de idade. Filho de pais separados, mora na Margem Sul com a mãe em ambiente urbano, passa o fim-de-semana com o pai de 15 em 15 dias. Nasceu de parto normal e de termo resultado de uma gravidez planeada e vigiada.

O utente N.R. com 32 anos deu entrada na CERCIMA em 2001. Apresenta Défice intelectual significativo e Epilepsia. Vive com os pais e com a irmã na Margem Sul num ambiente com instabilidade económica, o pai apresenta problemas de alcoolismo e a mãe problemas de ordem emocional, tem antecedentes de debilidade mental (tio materno) e de Epilepsia (tia materna) na família. O parto foi demorado com indícios de asfixia neonatal, a mãe teve problemas de anemia durante a gravidez, o bebé ficou na incubadora pós parto.

O L.V. com 33 anos deu entrada na CERCIMA em 2003. Apresenta Trissomia 21 com um défice cognitivo profundo de início precoce e dificuldades ao nível da acuidade visual, detetado após nascimento. A gravidez foi normal e desejada, o parto foi espontâneo e de termo, ao saberem a condição do filho os pais apresentaram reação de negação ao ponto de necessitarem de tranquilizantes. Vive na Margem Sul com o pai, mãe e irmã mais velha em habitação própria e com boas condições.

A utente I.F. tem 48 anos e deu entrada na CERCIMA em 2003. Apresenta atraso moderado no desenvolvimento, resultante de sequelas de febres altas e crises epiléticas aos 7 anos. Até então não registava qualquer défice desenvolvimentista. Foi fruto de uma gravidez desejada e nasceu de parto natural em casa. Tem um filho de 25 anos, fruto de uma possível violação e só soube da gravidez quando contava com 5/6 meses de gestação, no entanto foi bem aceite pela família. Reside em ambiente rural com a mãe idosa e com o filho.

### **Plano terapêutico**

Tendo em contas as características e necessidades dos utentes, foram definidos objetivos gerais e específicos, assim como estratégias e técnicas para os atingir:

Tabela 10

*Objetivos gerais, específicos, estratégias e técnicas da intervenção grupal.*

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Estratégias/Técnicas
1 – Promover a consciência de si e do outro	a) Promover a imitação e a diferenciação em atividades musicais; b) Reconhecer o seu ISO com único e aceitação do ISO do outro; c) Facilitar o sentimento de pertença identitária, assente na partilha.	- Partilhas verbais sobre músicas selecionadas por cada elemento do grupo; - Improvisação rítmica e vocal livre; - Expressão corporal com suporte musical de canções selecionadas pelos clientes.
2 – Aquisição e/ou manutenção de competências interpessoais	a) Aumentar a reciprocidade em atividades musicais; b) Promover a capacidade de saber esperar pelo outro; c) Aumentar o diálogo e a interação com os pares; d) Reconhecer diferentes emoções.	- Improvisação livre e improvisação tendo como temática um sentimento/emoção;
3 – Melhorar a comunicação (verbal e não-verbal)	a) Desenvolver a capacidade de expressão verbal de forma adequada; b) Promover a expressão rítmica; c) Desenvolver a capacidade de traduzir musicalmente um sentimento/emoção. d) Promover a escuta ativa	- Recriação e interpretação de canções da preferência dos clientes; - Composição de canções, tendo como base harmónica um tema escolhido pelo grupo; - Interpretação verbal de temas musicais.
4 – Desenvolver a criatividade e autoestima	a) Promover a satisfação na realização de atividades musicais; b) Desenvolver a capacidade de expressão emocional através da música; c) Aumento da autoconfiança através da aquisição de um espaço sonoro individual, inserido no grupo.	- Atividades de Improvisação com a exploração do ISO individual; - Composição musical; - Recriação musical.

## A Intervenção

Procurou-se que as sessões musicoterapêuticas com este grupo fossem de encontro com as necessidades dos utentes de forma a estimular a comunicação e a expressão de sentimentos, bem como, utilizar as experiências musicais para potenciar atitudes adaptativas e de partilha grupal.

Foram efetuadas 26 sessões em grupo, que iram ser analisadas segundo as 4 fases do grupo terapêutico definidas por Rutan (2007), acima mencionadas (pp.25-26).

**Fase Formativa.** Esta fase corresponde a um período em que há um progressivo envolvimento dos elementos com os valores básicos e objetivo geral do grupo.

Não havia ligação entre os membros do grupo visto serem todos de salas diferentes, por vezes encontravam-se no recreio mas não interagiam uns com os outros. Devido a estas questões, a procura de semelhanças entre pares, para a constituição de uma identidade grupal tornou-se mais dificultada.

Nas primeiras sessões observou-se uma destruturação por parte dos elementos do grupo, as improvisações criadas revelaram-se confusas e apenas três dos elementos tocaram. O N.R. não quis tocar por opção, emergindo assim algumas questões relacionadas com dificuldades pessoais e interpessoais revelando fraca escuta ativa.

Na 1ª e 2ª sessão o N.C. interrompia perguntando diversas vezes à estagiária “tens 33 anos?”, respondendo afirmativamente a estagiária continuava a improvisação. Cada vez que a estagiária deixava de tocar os elementos do grupo deixavam de tocar também. Ainda no decorrer da 1ª sessão, no sentido de promover a coesão grupal e/ou a estruturação de algo a estagiária começou a cantar a pergunta feita pelo N.C., “tens 33!” repetidamente acompanhado de pulsação fixa com o tambor para ver se os utentes agarravam nesta estrutura. Esta atividade só foi bem recebida pelo L.V. e pela I.F. que acompanharam com o tambor embora descoordenadamente, os restantes membros não aderiram.

Posteriormente, na 2ª sessão, o N.C. continua com a pergunta à estagiária “tens 33 anos?” fazendo movimentos estereotipados com as mãos em frente à cara. A estagiária introduziu a guitarra, cantando em improviso com alguns acordes, tendo os utentes aceite bem sorrindo. Posteriormente a estagiária distribuiu instrumentos de percussão, tendo todos tocado ainda que descoordenadamente, percebia-se que tocavam de uma forma individual sem prestar atenção ao que os rodeava. Durante esta sessão o L.V. começou a balbuciar muito chateado com algo que só ele via, a estagiária perguntou o que se passava e ele abanou a mão a dizer que nada, sem verbalizar. A partir da 3ª sessão alguns dos utentes começaram a interagir com os pares. Houve interação entre dois membros que tocaram no mesmo

instrumento e foi estabelecido contacto físico e visual entre o N.C. e a I.F., tendo esta evolução sido sentida nas sessões seguintes.

O utente N.R. manteve uma postura mais contida e de observação, só a partir da 4ª sessão teve vontade de agarrar num instrumento e improvisar com o grupo, mas sempre com uma postura individualista.

À semelhança do que aconteceu na intervenção individual, em termos estruturais, as sessões começaram por ser iniciadas com exercícios de improvisação e exploração de instrumentos musicais, procurando ir de encontro do ISO do grupo. Todavia, e tendo em vista a promoção de atividades que estimulassem a consciência de si e do outro em que a diferenciação e reciprocidade fossem trabalhadas, foi criado pela facilitadora um jogo de pergunta e resposta com recurso à guitarra como acompanhamento.

**Fase reativa.** Esta é a fase de sentir que se pertence ao grupo, é aqui que se começa a notar as características individuais de cada pessoa integrada no grupo, é também nesta fase que ocorrem demonstrações de explosão por parte de algumas pessoas do grupo que se querem destacar, mostrar que estão ali e que estão “inseridas”, mas também a individualidade através de comportamentos de passividade que funcionam de forma contraproducente para o grupo.

Esta fase foi visível no comportamento do grupo, emergindo comportamentos e problemáticas individuais que se evidenciaram mais nuns utentes do que noutros. Aqui, os elementos mais se destacaram foram o L.V. e o N.C., que ocuparam mais espaço que os colegas em atividades de improvisação, denotou-se alguma dificuldade em gerir as suas intervenções, prolongando-as durante mais tempo que os colegas e monopolizando, desta forma, a atenção do grupo. Neste sentido, houve alguma preocupação em devolver estas dinâmicas ao grupo, procurando que este se exprimisse em relação às mesmas, através de improvisações livres, vocais e instrumentais, e partilhas verbais.

A partir da 7ª sessão o N.R. começou a intervir nas sessões tanto verbalmente como com improvisos instrumentais de forma voluntária.

Denotava-se um comportamento de passividade em todos os utentes do grupo, não existindo comportamentos reativos mas sim individualidade sonora nos improvisos, os utentes não se dirigiam uns aos outros, só à facilitadora, não tendo uma interação verbal com os pares.

A partir da 8ª sessão o N.C. deixou de fazer os movimentos estereotipados com as mãos, tanto ele como a I.F. começaram a participar ativamente nas sessões e nos improvisos, cantando músicas tradicionais portuguesas com a facilitadora e tocando no tambor no tempo.

Já L.V., em algumas situações, denotou impaciência face a alguns colegas, tais como o N.C. e a I.F., devido ao espaço, por vezes exagerado, ocupado por eles, quer em momentos musicais, quer em partilhas verbais. Estas atitudes foram evidenciadas por pequenos gestos e linguagem não-verbal, tais como retirar-lhes os instrumentos ou balbuciar chateado.

**Fase de amadurecimento.** Nesta fase construiu-se a estabilização da maturação do trabalho de grupo. Aqui os membros trabalharam em conjunto para alcançar um fim, nesta fase existiu uma coesão grupal acrescida, os membros já se conheceram e aprenderam a lidar com as personalidades de todos os envolvidos, existindo mais respeito e cuidado nas improvisações, já se davam uns aos outros.

Embora se tenham registado no grupo alguns momentos de amadurecimento, será correto afirmar que devido ao pouco tempo de intervenção e às dificuldades cognitivas dos utentes não se tenha entrado numa fase madura propriamente dita.

Merece referência o facto de, com o evoluir das sessões, os elementos do grupo se aperceberem e reconhecerem as atividades musicais e os instrumentos para os quais cada um sentia ter mais aptidão.

Assim, o L.V., desde logo assumiu o tambor como instrumentos de eleição tocando-o com ou sem baqueta, com o decorrer das sessões também utilizou a guitarra (foi o único a tocar um instrumento harmónico durante toda a intervenção); o N.R. denotava, igualmente, grande gosto pelo tambor, revelando grande sentido rítmico; a I.F., embora também utilizasse a voz, apresentava alguma dificuldade em cantar e tocar em simultâneo, escolhendo instrumentos de percussão tocando-os somente com as mãos e com menor volume sonoro, fazia também improvisações vocais; o N.C., inicialmente, evitava bastante utilizar a voz, algo que foi ultrapassado ao longo das sessões, preferia também o tambor e cantar com a facilitadora e a I.F. as canções que conhecia.

Os elementos do grupo partilharam diversos papéis no decorrer das diferentes fases do grupo. Todos eles assumiram uma postura dependente, aderindo ao projeto de grupo e envolvendo-se nas tarefas propostas.

Segundo Rutan (2007), é também no decorrer desta fase de amadurecimento que começa a ser aceite a discussão de eventos externos da vida de cada um, na medida em que já se encontra mais sedimentada a relação de confiança entre os membros do grupo e a facilitadora, o que permite a verbalização de assuntos pessoais mais profundos.

Um episódio que merece referência ocorreu na 10<sup>a</sup> sessão, na qual se estava a iniciar a intervenção e a I.F. disse que há uns tempos tinha estado com um rapaz parecido com o N.R. que depois foi embora e que a família diz que ela é maluca para umas coisas mas não o é para outras, a fazer referência à sua sexualidade, provavelmente relacionado com o facto



da possível violação descrita acima. Fez também menção ao filho dizendo que era como o N.C., mesmo falando de um assunto tão delicado a I.F. não expressou qualquer emoção. Na mesma sessão, o N.R. disse que estava a pensar na vida, na Francisca que é uma prima de quem gosta muito e com quem se sente bem e que não vê há muito tempo. Merece referência este caso especialmente porque além de o N.R. raramente se expressar ele referiu que esteve com ela e 2 dias depois partiu a perna, esta observação remete-nos à altura em que o N.R. ficou com os seus movimentos limitados.

Houve nesta altura um certo receio de que o N.R. e a I.F., neste movimento transferencial, não possuíssem os mecanismos de defesa adequados para lidar com estes sentimentos, mas depressa se percebeu durante o decorrer da sessão e com os improvisos realizados, que o assunto e os sentimentos menos bons provenientes do mesmo tinham ficado para trás, contudo fica exposto um assunto pertinente a ser trabalhado em futuras intervenções.

**Fase de término.** Esta é uma fase bastante importante e normalmente carregada de emotividade. Tal como já referenciado, o processo de separação foi sendo trabalhado ao longo das últimas 3 sessões.

Neste contexto, na 26ª sessão foi realizado um exercício de escuta musical com o intuito de os utentes expressarem as suas emoções. Primeiramente a facilitadora colocou uma música do indiano “Ravi Shankar” e perguntou como se tinham sentido. A I.F. disse que tinha ficado contente e que lhe tinha feito lembrar coisas boas, quando a facilitadora perguntou o porquê ela responde “Passou-me da cabeça porque sou atrasada mental!”; o L.V. e o N.R. não quiseram responder e o N.C. disse que tinha ficado contente. Depois foi realizada uma improvisação com os instrumentos de percussão e a facilitadora cantou com a ajuda da guitarra “gostei de estar convosco, são muito amigos, tenho-vos no coração, hoje é a última sessão”. Foi perguntado aos utentes o que tinham achado das sessões, as respostas foram todas iguais, todos disseram que tinham gostado muito, só a I.F. disse que queria continuar com as aulas de música e que, por ela, não saia dali.

Nesta fase é suposto haver, também, uma consciencialização das transformações realizadas na terapia, o que implica certas competências cognitivas, nomeadamente capacidade de insight, que, nesta população, se encontra ausente ou pouco desenvolvida.

Porém, merecem referência alguns comentários, por parte da equipa técnica, ao longo da intervenção, que notaram os utentes entusiasmados com as sessões de musicoterapia, que cada vez que saíam das sessões vinham mais bem-dispostos e em alerta. Com efeito, embora a equipa não conseguisse detetar mudanças significativas ao nível do

comportamento, era notória a existência de uma partilha de afetividade entre os membros do grupo que até então seria inexistente.

### **Análise e discussão de resultados**

Como já foi referido anteriormente, foi elaborada uma grelha de observação PEP-R que permitisse sistematizar os dados observados no início, meio e fim das sessões.

No caso deste grupo a grelha relativa ao início da intervenção foi preenchida tendo em conta os dados observados até à quinta sessão. (ver anexo N). A meio da intervenção a grelha foi preenchida mais três vezes tendo em conta os dados observados da sessão 5 à 8ª, da 9ª à 12ª e da 13ª à 16ª sessão (ver anexos O,P, e Q). No final da intervenção, a mesma grelha foi novamente preenchida com base nos dados observados nas últimas quatro sessões (ver anexo R). Foram elaborados dois gráficos com as percentagens adquiridas, emergentes e não adquiridas de todas as fases para observar a evolução dos utentes em cada uma das áreas em questão (ver anexo S).

No que concerne à área comunicacional, o grupo revelou alguns progressos no decorrer das sessões. De uma forma geral os utentes conseguem pedir ajuda a um adulto ou levantar a mão para pedir ajuda, sabem fazer escolhas quando lhes são apontadas opções e fazem-nas oralmente, exceto o L.V. São capazes de se envolver numa comunicação, comunicam as suas necessidades e desejos verbalmente, através de gestos (no caso do L.V.). Quando estão frustrados o seu semblante muda e não querem realizar as atividades propostas.

No que diz respeito ao som, todo o grupo ouve, orienta-se, reage (ao som) e consegue repetir o som que ouve. São capazes de cantar canções sozinhos ou com os colegas, conseguem verbalizar e fazer vocalizos, no tom e no tempo (exceto o L.V.). No que concerne ao ruído reagem todos ao seu som e à sua intensidade.

No que concerne à área comportamental, o grupo é capaz de permanecer atento às tarefas apresentadas com boa disposição e vontade, não sabem preencher o tempo livre e de forma independente e permanecem sentados durante longos períodos de tempo. Em relação ao ambiente na sala, reagem ao barulho na sala, a mudanças e a novas experiências positivamente. Expressam a sua frustração, embora raramente, e quando o fazem deixam de tocar ou abstêm-se de fazer os exercícios. Lidam positivamente com situações e atividades recreativas. Nunca foi observado nas sessões agressividade para com os elementos do grupo ou facilitadora. Têm um comportamento relativamente adequado principalmente nos locais que fazem parte das suas rotinas.

Ao analisar os resultados, e tendo em conta toda a dinâmica das sessões, os progressos que se registaram foram mais notórios dentro da sessão e no seio da relação terapêutica que se estabeleceu, algo que nos pareceu ter sido apenas possível por ter utilizado a música como mediador. Esta evolução não foi tão evidente no contexto externo à sessão. Tem uma grande margem de evolução, pelo que nos parece de extrema importância dar continuidade a esta intervenção e promover atividades, com o cliente, que possam ir de encontro aos mesmos objetivos terapêuticos.

## Conclusão

O presente relatório procurou descrever o percurso realizado no decurso deste estágio no contexto institucional e o modo como se processou esta primeira experiência em musicoterapia aplicada.

Houve uma boa receptividade e interesse dos clientes à terapêutica realizada, que por estar relacionada com a componente lúdica que a música transmite, resultou num visível investimento pessoal e relacional por parte dos clientes.

Foi observado que nos resultados da escala de PEP-R ocorreram mudanças consideráveis tanto na intervenção individual como na grupal, dando mais enfoque às áreas comportamental e comunicacional.

Pôde concluir-se que foi cumprido um dos objetivos principais deste estágio, a promoção de um relacionamento interpessoal e, desta forma, de uma conduta adaptativa a nível social.

Procurou-se, utilizando a música como mediador, estabelecer uma relação terapêutica confiante, através da qual os utentes se pudessem exprimir, ao mesmo tempo em que eram trabalhadas competências interpessoais e relacionais, sentimentos de empatia, partilha e reciprocidade, entre outros.

Em termos metodológicos, procurou-se ir ao encontro da musicoterapia criativa, preconizada por Nordoff & Robbins, assim, uma das técnicas mais utilizadas no decorrer desta intervenção foi a improvisação, que se comprovou bastante vantajosa, tanto no estudo de caso individual como no grupal.

Relativamente aos restantes objetivos terapêuticos, traçados no início deste estágio, pareceu-nos ter ocorrido uma manutenção das competências cognitivas. No campo da comunicação, foi sentida uma forte evolução, sobretudo ao nível da linguagem, na intervenção com o T.T., que, tendo dificuldade em aderir às terapias verbais, conseguiu estabelecer com a facilitadora um código de comunicação verbal (tendo em conta as limitações inerentes ao mesmo) e não-verbal bastante sólido.

No estudo de caso do T.T. é pertinente tecer, ainda, algumas considerações: esta intervenção sofreu, incontornavelmente, a influência direta do surgimento da palavra e a partir do momento em que o utente verbalizou, as sessões levaram uma reviravolta começando-se aqui a focar as sessões na palavra com o recurso à improvisação.

Em relação ao estudo de caso grupal, procurou-se efetuar uma análise baseada nas 4 fases do grupo terapêutico definidas por Rutan, onde se observaram movimentos produtores e contraproducentes. Nas sessões foram também identificados os papéis desempenhados por cada elemento, algo considerado fundamental em contexto terapêutico, tendo em conta que se pretendia uniformizar os padrões de comportamento.

Com efeito, foram aperfeiçoados os objetivos terapêuticos bem como a adoção de técnicas cada vez mais adequadas, o que permitiu uma crescente coesão grupal.

Os resultados dos testes aplicados, em ambos os estudos de caso, tiveram uma função analítica e não tanto estatística, ou seja, pretendia-se que estes fornecessem dados que evidenciassem o progresso da intervenção musicoterapêutica, o que, de facto, se registou.

Em ambos os testes foi visível evolução, entre o pré e pós-teste, nos dois estudos de caso. Porém, as pequenas mudanças de comportamento eram quase sempre evidenciadas em contexto terapêutico e não no contexto social, o que nos expede para a necessidade de existir continuidade neste tipo de intervenção.

Para concluir, consideramos que a intervenção musicoterapêutica na população com deficiência intelectual é extremamente indicada e apropriada, devido às especificidades da linguagem musical, onde as competências verbais/escritas e de raciocínio lógico-abstrato não se encontram comprometidas, esta pode servir ainda para abrir canais de comunicação, com o objetivo de empreender através deles o processo de integração e de recuperação dos utentes. É possível ter uma liberdade superior ao nível da expressão emocional, bem como a elaboração de comportamentos adaptativos que possibilitem uma inclusão social. No caso desta população, a música atinge em primeiro lugar a emoção para posteriormente atingir as reações físicas.

## Reflexões Finais

A meu ver, o estágio supervisionado é uma parte importante da relação teórica e prática. Tem de ser visto como uma aproximação da realidade dos utentes e da instituição, sendo que esta leva a uma reflexão teórica sobre a prática, sobre tudo o que observamos e vivenciamos durante a mesma propiciando assim a oportunidade de fazer uma síntese da teoria e da prática. Mas, faz-se necessário que se mude a ideia de que a formação teórica recebida nos primeiros anos da formação inicial é uma espécie de receituário, em que a prática é uma aplicação da teoria.

Na minha opinião, o estágio tem por finalidade colocar o estagiário em situação de ensino e aprendizagem, ajudando assim, a adquirir um conjunto de experiências e de reflexões.

Este foi o meu primeiro contacto com utentes com deficiência mental, e com esta experiência adquiri uma visão de como “funciona” a prática.

Este estágio foi, para mim, uma experiência bastante enriquecedora, construtiva e desafiante, tanto a nível pessoal como profissional. Ao longo dos 9 meses de estágio, senti um crescimento pessoal sem precedentes, ao perceber que a minha relação com os utentes da CERCIMA além de terapêutica tornou-se de amizade e com confiança mútua.

No período de adaptação ao local de estágio foi essencial o apoio da equipa técnica e da minha coordenadora que foi fundamental na concretização deste estágio, com quem estabeleci, desde logo, uma relação aberta e empática, e que sempre se disponibilizou em às minhas dúvidas e aconselhou sempre que necessitei.

Este estágio foi fundamental para compreender que, enquanto futura musicoterapeuta, ainda necessito de bastante investimento e trabalho pessoais. Embora me sinta confortável na área musical, principalmente com a voz, tendo em conta que esta é a minha área de formação, noto a importância de investir mais tempo na área da psicologia.

Durante todo o estágio foi-me concedida total autonomia na gestão da intervenção pelo facto de não haver musicoterapeutas na instituição. No início do estágio deparei-me com um sentimento de medo e insegurança, ou seja, por não ter um trabalho pessoal em psicoterapia não tinha noção de como lidar com as inseguranças e dificuldades que possam surgir no decorrer de um processo musicoterapêutico, visto esta formação ser indispensável no desenvolvimento de um terapeuta competente.

Contudo, senti que com o evoluir das sessões esses sentimentos iniciais foram-se desvanecendo e dei por mim a descentralizar-me de mim e a focar-me no outro, assim, com a possibilidade de explorar diversas técnicas, com a convivência com os utentes e com a equipa técnica da CERCIMA, a minha confiança e competências foi aumentando.

Relativamente às intervenções grupais sinto que seriam necessários alguns ajustes, nomeadamente uma redução no número de elementos de alguns dos grupos, embora tenha sido feita uma triagem inicial alguns dos mesmos, revelaram-se demasiado grandes para a intervenção ser mais coesa, e assim, permitir trabalhar de uma forma mais assertiva algumas competências individuais.

Uma das funções essenciais deste estágio, para além de uma iniciação ao universo da musicoterapia aplicada, com todas as suas aprendizagens e desafios inerentes, é também verificar a capacidade de adaptação a este novo universo e se existe ou não uma genuína vontade de o integrar. Para mim ficou bastante claro, no decorrer deste processo, que pretendo manter e aprofundar a minha formação nesta área, tanto a nível prático como teórico e, se possível, permanecer ligada à área da deficiência intelectual, que se afigura tão indicada para este tipo de intervenção.

Ao realizar este relatório de estágio tive necessidade de rever todas as sessões realizadas, isto permitiu-me ter a noção real do trabalho efetuado de uma forma objetiva e da evolução que tive com o mesmo, o que me deixou com uma sensação de gratificação ao constatar que houve uma grande evolução da minha parte até à conclusão do estágio.

## Referências Bibliográficas

American Psychiatric Association, (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. Fourth Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association.

Bruscia, K. (1998). Definindo Musicoterapia. Barcelona, Barcelona Publishers.

Bennis, W. & Shepard, H. (1974). A theory of group development. In G. Gibbard, J. Hartman & R. Mann (Eds.). Analysis of groups: contributions to theory, research, and practice (pp. 127-153). São Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Cercima (2009). *Relatório De Atividades*. Acedido em Novembro 10, 2013, em: <http://www.cercima.pt/relatorios-de-atividades/3.htm>

Cercima (2012/2013). *Regulamento Interno Centro De Atividades Ocupacionais*. Acedido em Novembro 10, 2013, em: <http://www.cercima.pt/centro-e-atividades-ocupacionais/43.htm>

Cercima (2012/2013). *Regulamento Interno Centro Socioeducativo*. Acedido em Novembro 10, 2013, em: <http://www.cercima.pt/centro-socio-educativo/21.htm>.

Chagas, M. & Pedro, R. (2008). Musicoterapia: Desafios entre a modernidade e a contemporaneidade- como sofrem os híbridos e como se divertem. Rio de Janeiro. Mauad editora.

Cunha, R. & Volpi, S. (2008). A prática da musicoterapia em diferentes áreas de atuação. Revista Científica/FAP: 3, 85-97.

França, C. (2005). *Função da musicoterapia na educação musical especial: da inclusão física à integração do portador de atraso do desenvolvimento no ensino regular da música*. XIV Encontro Anual da ABEM. Acedido em Abril 23, 2014, em: <http://www.abemeducaomusical.org.br/Masters/anais2005/Comunicacoes/08Cec%C3%A9lia%20Cavaliéri%20Fran%C3%A7a%20e%20Cybelle%20Loureiro.pdf>



Hansen, S. (1999). *The New Music Therapist's Handbook*. Boston, MA, USA. Berklee Press.

Hooper, J. (2001). Overcoming the Problems of Deinstitutionalization: Using Music Activities to Encourage Interaction between Four Adults with a Developmental Disability: Music Therapy Perspectives; 19, 121-127.

Hourcade, J. (2002). *Mental Retardation*. The ERIC Clearinghouse on Disabilities and Gifted Education. Acedido em Abril 2, 2014, em: [http://clsf.info/Articles/mental\\_retardation\\_definition.htm](http://clsf.info/Articles/mental_retardation_definition.htm)

Kahn, A. & Fawcett, J. (2008). Mental Retardation. *The Encyclopedia of Mental Health*: 3, 289-290.

Keller, M. (1986). Some Ethnomusicological Considerations about Magic and the Therapeutic Uses of Music. *International Journal of Music Education*.

Lambert, N., Nihira, K. & Leland, H. (1993). *The American Association on Mental Retardation*. Austin, Texas, U.S.A.

Leon, V., Bosa, C., Hugo, C. & Hutz, C. (2004). *Propriedades Psicométricas do Perfil Psicoeducacional Revisito: PEP-R. Avaliação Psicológica*, (3) 1, pp. 39-52.

Leonido, L. (2006). Musicoterapia. *Revista de Música Clásica y Reflexión Musical*. Acedido em Abril 12, 2014, em: <http://www.sinfoniavirtual.com/revista/001/musicoterapia.php>

Peters, J. (2000). *Music Therapy: An Introduction*. Illinois USA, Charles C. Thomas Publisher, Lda.

Wager, K. (2000). The Effects of Music Therapy upon an Adult Male with Autism and Mental Retardation: A Four-Year Case Study. *Music Therapy Perspectives*, 18, 131-140.

Wigram, T. (2004). *Improvisation Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. London, Jessica Kingsley Publishers.

Wigram, T., Baker, F. (2005). *Songwriting Methods, Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. London, Jessica Kingsley Publishers

Wigram, T., Pedersen, I. & Bonde, L. (2002). *A Comprehensive Guide to Music Therapy*. London, Jessica Kingsley Publishers.

World Federation of Music Therapy (2011). *What is music therapy?*. Acedido em Abril 12, 2014, em: [http://musictherapyworld.net/WFMT/About\\_WFMT.html](http://musictherapyworld.net/WFMT/About_WFMT.html)

## **Anexos**

---

## **Lista de Anexos**

Anexo A – Caracterização do grupo A e B

Anexo B – Caracterização do grupo C, D e E

Anexo C - Caracterização do grupo F e caracterização dos utentes com sessões musicoterapêuticas individuais

Anexo D - Agenda semanal do estágio na CERCIMA

Anexo E - PEP-R Área Comunicacional / Comportamental

Anexo F - Objetivos gerais, específicos, estratégias e técnicas da intervenção individual.

Anexo G - PEP-R Área Comunicacional / Comportamental (Intervenção Individual T.T. – 1ª à 4ª sessão)

Anexo H - PEP-R Área Comunicacional / Comportamental (Intervenção Individual T.T. – 5ª à 8ª sessão)

Anexo I - PEP-R Área Comunicacional / Comportamental (Intervenção Individual T.T. – 9ª à 12ª sessão)

Anexo J - PEP-R Área Comunicacional / Comportamental (Intervenção Individual T.T. – 13ª à 16ª sessão)

Anexo K - PEP-R Área Comunicacional / Comportamental (Intervenção Individual T.T. – 17ª à 20ª sessão)

Anexo L – Gráfico de resultados PEP-R (Intervenção Individual)

Anexo M - Objetivos gerais, específicos, estratégias e técnicas da intervenção grupal

Anexo N - PEP-R Área Comunicacional / Comportamental (Intervenção Grupal – 1ª à 5ª sessão)

Anexo O - PEP-R Área Comunicacional / Comportamental (Intervenção Grupal – 6ª à 10ª sessão)

Anexo P - PEP-R Área Comunicacional / Comportamental (Intervenção Grupal – 11ª à 15ª sessão)

Anexo Q - PEP-R Área Comunicacional / Comportamental (Intervenção Grupal – 16ª à 20ª sessão)

Anexo R - PEP-R Área Comunicacional / Comportamental (Intervenção Grupal – 21ª à 26ª sessão)

Anexo S – Gráfico de resultados PEP-R (Intervenção Grupal)

## Anexo A

### Caracterização do grupo A

<b>Nome</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Data de entrada</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Nº de sessões Frequentadas</b>
P. C.	F	16	2007	Atraso do Desenvolvimento Cognitivo	20
R. S.	M	16	2011	Défice Cognitivo e Comportamental	16
C. M.	M	15	2009	Hiperatividade	24
I. S.	F	14	2013	Défice Cognitivo, Epilepsia Controlada	20
T. A.	M	13	2014	Tumor cerebral “Astrocitoma pilocítico optoquiasmático”; Hidrocefalia	19
G. D.	M	15	2006	Atraso no Desenvolvimento cognitivo	16
C. S.	M	25	2007	Atraso global no Desenvolvimento, com malformação do sistema nervoso central, associada a atrofia do globo ocular esquerdo.	22

### Caracterização de grupo B

<b>Nome</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Data de entrada</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Nº de sessões Frequentadas</b>
N. R.	M	32	2001	Défice intelectual significativo; Epilepsia	25
N. C.	M	18	2013	Deficiência mental ligeira Perturbação do espectro autista	24
L. V.	M	33	2003	Trissomia 21 Déficit mental profundo Dificuldades Visuais	23
I. F.	F	48	2003	Atraso moderado no desenvolvimento	25

## Anexo B

### Caracterização de grupo C

<b>Nome</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Data de entrada</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Nº de sessões Frequentadas</b>
H. O.	M	13	2011	Encefalopatia miclonica, Tetraparésia distónica coreoaterósica	14
L. A.	M	11	2013	Mucopolissacaridoses MPS (síndrome de Sanfilippo)	16

### Caracterização de grupo D

<b>Nome</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Data de entrada</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Nº de sessões Frequentadas</b>
C. M.	M	23	2008	Deficiência mental ligeira	10
J. A.	M	46	2007	Paralisia Cerebral	14
V. S.	F	33	2004	Deficiência mental moderada	21
I. R.	M	26	2006	Paralisia Cerebral	20

### Caracterização de grupo E

<b>Nome</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Data de entrada</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Nº de sessões Frequentadas</b>
B. B.	M	26	2009	Défice intelectual moderado	17
D. S.	M	25	2007	Paralisia cerebral Défice intelectual moderado.	21
P. B.	M	21	2009	Défice cognitivo ligeiro	20
J. T.	M	32	2006	Atraso no desenvolvimento	18
S. B.	F	26	2005	Síndrome de Down	20

## Anexo C

### *Caracterização de grupo F*

<b>Nome</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Data de entrada</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Nº de sessões Frequentadas</b>
A. M.	F	26	1996	Síndrome de Bardet Biedl Debilidade mental.	21
H. P.	F	28	2008	Acuidade visual quase nula. Microcefalia, Hipertonia e cardimegalia (aumento do coração)	19
A. C.	F	42	2007	Tumor na região hipofisária Anomalia do desenvolvimento físico e mental Epilepsia Alteração visual importante	21

### *Caracterização dos utentes com sessões musicoterapêuticas individuais*

<b>Nome</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Data de entrada</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Nº de sessões Frequentadas</b>
S. C.	F	14	2012	Não está completamente definido. Apresenta algumas características de síndrome de Rett	17
P. A.	M	15	2004	Trissomia do cromossoma 7 Hidroafelia e Macrocefalia	21
T. T.	M	15	2010	Doença de Van Der Knaap	20

## Anexo D

### Agenda semanal do estágio na CERCIMA

Hora	Segunda-feira	Quinta-feira
9:00h	-----	Sessão (Individual 1)
9:30h	-----	Sessão (Grupo C)
10:00h	-----	Sessão (Grupo D)
11:00h	-----	Sessão (Individual 2)
11:30h	-----	Sessão (Grupo E)
13:00h	-----	Sessão (Grupo F)
14:00h	Sessão (Grupo A)	Sessão (Individual 3)
15:00h	Sessão (Grupo B)	Tempo informal com os utentes Registo de sessões
16:00h	Tempo informal com os utentes Registo de sessões	-----

---



## Anexo E

### PEP-R Área Comunicacional

	A	E	NA
Pede ajuda a um adulto?			
Põe a mão no ar para pedir ajuda?			
Sabe fazer escolhas?			
Faz perguntas?			
Responde a perguntas?			
Envolve-se numa conversaço?			
Comunica as suas necessidades e desejos?			
Consegues recordar-se das suas experiencias?			
É capaz de manifestar a sua frustraço?			
É capaz de se orientar sozinho?			
Ouve e orienta-se para o som?			
Reage ao som do assobio?			
Reage ao som do batoque?			
Repete sons com instrumentos?			
Canta canço?es sozinho?			
Canta canço?es com os restantes elementos?			
Reage à imitaço?o dos seus sons?			
Preserva as palavras e os sons?			
Repete os sons com ritmo?			
Reage ao ruído?			
Reage à intensidade do som?			

## PEP-R Área Comportamental

	A	E	NA
É capaz de permanecer atento às tarefas?			
Sabe preencher o tempo livre, de forma independente?			
É capaz de permanecer sentado durante longos períodos de tempo?			
Reage ao barulho na sala?			
Reage a mudanças e a novas experiências?			
Expressa a sua frustração?			
É capaz de se acalmar a si próprio?			
É capaz de lidar com as situações e atividades recreativas?			
Mostra-se agressivo com outras crianças e adultos?			
Tem comportamentos que perturbam os outros?			
Comporta-se adequadamente nos diferentes locais?			

## Anexo F

Objetivos gerais, específicos, estratégias e técnicas da intervenção individual.

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Estratégias/Técnicas
1 – Promover a estimulação sensório-auditiva	a) Manter contacto visual; demonstrar preferência; aceitar as atividades propostas colaborando na sua realização; b) Incentivar à comunicação; responder oralmente sempre que possível; c) Procurar fonte sonora; manipular instrumentos com o mínimo de ajuda; ativar <i>soundbeam</i> .	- Improvisação livre; - Expressão corporal com suporte musical; - Ativação dos feixes de <i>sound beam</i> ; - Reagir a diferentes sons, procurando fonte sonora;
2 – Promover a intencionalidade comunicativa e a iniciativa	a) Aumentar a quantidade e qualidade de respostas, verbais e não-verbais; b) Produzir vocalizações e ritmos; c) Aumentar a contingência de variações e mudanças rítmicas e melódicas.	- Exercícios de turn-taking; - Improvisação rítmica e vocal livre; - Reproduzir sons, expressões, gestos, a pedido ou por imitação;
3 – Melhorar o tónus postural; Potenciar/melhorar a motricidade global e fina; melhorar as relações interpessoais.	a) Promover a satisfação na realização de tarefas diversas; b) Aumentar a coordenação motora e dissociação de movimentos e melhorar a noção de lateralidade; c) Promover a coesão do Self, através da estimulação e reforço do próprio ISO.	- Realizar movimentos ativos; manipular e explorar os instrumentos musicais com o mínimo de ajuda; manter contato visual; participar em dinâmicas simples.

## Anexo G

Intervenção Individual T.T. – 1ª à 4ª sessão

PEP-R Área Comunicacional

	A	E	NA
Pede ajuda a um adulto?			X
Põe a mão no ar para pedir ajuda?			X
Sabe fazer escolhas?		X	
Faz perguntas?			X
Responde a perguntas?		X	
Envolve-se numa conversaçoão?			X
Comunica as suas necessidades e desejos?			X
Consegues recordar-se das suas experiencias?			X
É capaz de manifestar a sua frustração?		X	
É capaz de se orientar sozinho?			X
Ouve e orienta-se para o som?	X		
Reage ao som do assobio?	X		
Reage ao som do bатуque?	X		
Repete sons com instrumentos?		X	
Canta canções sozinho?			X
Canta canções com os restantes elementos?			X
Reage à imitação dos seus sons?	X		
Preserva as palavras e os sons?		X	
Repete os sons com ritmo?		X	
Reage ao ruído?	X		
Reage à intensidade do som?		X	

## PEP-R Área Comportamental

	A	E	NA
É capaz de permanecer atento às tarefas?		X	
Sabe preencher o tempo livre, de forma independente?			X
É capaz de permanecer sentado durante longos períodos de tempo?			X
Reage ao barulho na sala?	X		
Reage a mudanças e a novas experiências?	X		
Expressa a sua frustração?		X	
É capaz de se acalmar a si próprio?			X
É capaz de lidar com as situações e atividades recreativas?		X	
Mostra-se agressivo com outras crianças e adultos?		X	
Tem comportamentos que perturbam os outros?		X	
Comporta-se adequadamente nos diferentes locais?		X	

## Anexo H

Intervenção Individual T.T. – 5ª à 8ª sessão

PEP-R Área Comunicacional

	A	E	NA
Pede ajuda a um adulto?			X
Põe a mão no ar para pedir ajuda?			X
Sabe fazer escolhas?		X	
Faz perguntas?			X
Responde a perguntas?		X	
Envolve-se numa conversaço?			X
Comunica as suas necessidades e desejos?			X
Consegues recordar-se das suas experiencias?			X
É capaz de manifestar a sua frustraço?		X	
É capaz de se orientar sozinho?			X
Ouve e orienta-se para o som?	X		
Reage ao som do assobio?	X		
Reage ao som do bатуque?	X		
Repete sons com instrumentos?	X		
Canta canço?es sozinho?			X
Canta canço?es com os restantes elementos?			X
Reage à imitaço?o dos seus sons?	X		
Preserva as palavras e os sons?	X		
Repete os sons com ritmo?	X		
Reage ao ruido?	X		
Reage à intensidade do som?	X		

## PEP-R Área Comportamental

	A	E	NA
É capaz de permanecer atento às tarefas?		X	
Sabe preencher o tempo livre, de forma independente?			X
É capaz de permanecer sentado durante longos períodos de tempo?			X
Reage ao barulho na sala?	X		
Reage a mudanças e a novas experiências?	X		
Expressa a sua frustração?		X	
É capaz de se acalmar a si próprio?			X
É capaz de lidar com as situações e atividades recreativas?		X	
Mostra-se agressivo com outras crianças e adultos?		X	
Tem comportamentos que perturbam os outros?		X	
Comporta-se adequadamente nos diferentes locais?		X	

## Anexo I

Intervenção Individual T.T. – 9ª à 12ª sessão

PEP-R Área Comunicacional

	A	E	NA
Pede ajuda a um adulto?			X
Põe a mão no ar para pedir ajuda?			X
Sabe fazer escolhas?		X	
Faz perguntas?			X
Responde a perguntas?		X	
Envolve-se numa conversaço?			X
Comunica as suas necessidades e desejos?			X
Consegues recordar-se das suas experiencias?			X
É capaz de manifestar a sua frustraço?	X		
É capaz de se orientar sozinho?			X
Ouve e orienta-se para o som?	X		
Reage ao som do assobio?	X		
Reage ao som do batoque?	X		
Repete sons com instrumentos?	X		
Canta canço?es sozinho?			X
Canta canço?es com os restantes elementos?			X
Reage à imitaço?o dos seus sons?	X		
Preserva as palavras e os sons?	X		
Repete os sons com ritmo?	X		
Reage ao ruído?	X		
Reage à intensidade do som?	X		



## PEP-R Área Comportamental

	A	E	NA
É capaz de permanecer atento às tarefas?	X		
Sabe preencher o tempo livre, de forma independente?			X
É capaz de permanecer sentado durante longos períodos de tempo?			X
Reage ao barulho na sala?	X		
Reage a mudanças e a novas experiências?	X		
Expressa a sua frustração?	X		
É capaz de se acalmar a si próprio?			X
É capaz de lidar com as situações e atividades recreativas?	X		
Mostra-se agressivo com outras crianças e adultos?		X	
Tem comportamentos que perturbam os outros?		X	
Comporta-se adequadamente nos diferentes locais?		X	

## Anexo J

Intervenção Individual T.T. – 13ª à 16ª sessão

PEP-R Área Comunicacional

	A	E	NA
Pede ajuda a um adulto?			X
Põe a mão no ar para pedir ajuda?			X
Sabe fazer escolhas?		X	
Faz perguntas?			X
Responde a perguntas?		X	
Envolve-se numa conversaço?			X
Comunica as suas necessidades e desejos?			X
Consegues recordar-se das suas experiencias?			X
É capaz de manifestar a sua frustraço?	X		
É capaz de se orientar sozinho?			X
Ouve e orienta-se para o som?	X		
Reage ao som do assobio?	X		
Reage ao som do batoque?	X		
Repete sons com instrumentos?	X		
Canta canço?es sozinho?			X
Canta canço?es com os restantes elementos?			X
Reage à imitaço?o dos seus sons?	X		
Preserva as palavras e os sons?	X		
Repete os sons com ritmo?	X		
Reage ao ruído?	X		
Reage à intensidade do som?	X		

## PEP-R Área Comportamental

	A	E	NA
É capaz de permanecer atento às tarefas?	X		
Sabe preencher o tempo livre, de forma independente?			X
É capaz de permanecer sentado durante longos períodos de tempo?			X
Reage ao barulho na sala?	X		
Reage a mudanças e a novas experiências?	X		
Expressa a sua frustração?	X		
É capaz de se acalmar a si próprio?			X
É capaz de lidar com as situações e atividades recreativas?	X		
Mostra-se agressivo com outras crianças e adultos?		X	
Tem comportamentos que perturbam os outros?		X	
Comporta-se adequadamente nos diferentes locais?		X	

## Anexo K

Intervenção Individual T.T. – 17ª à 20ª sessão

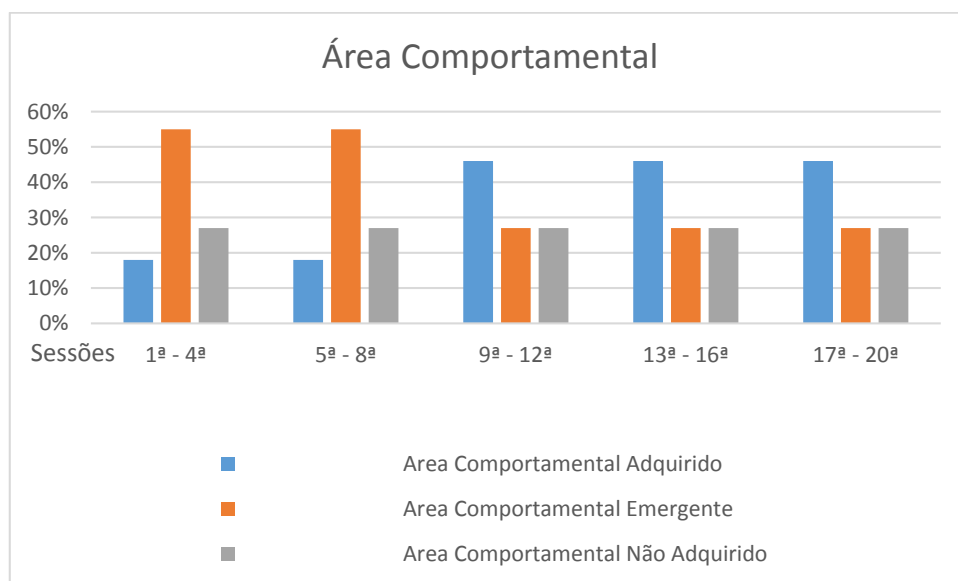
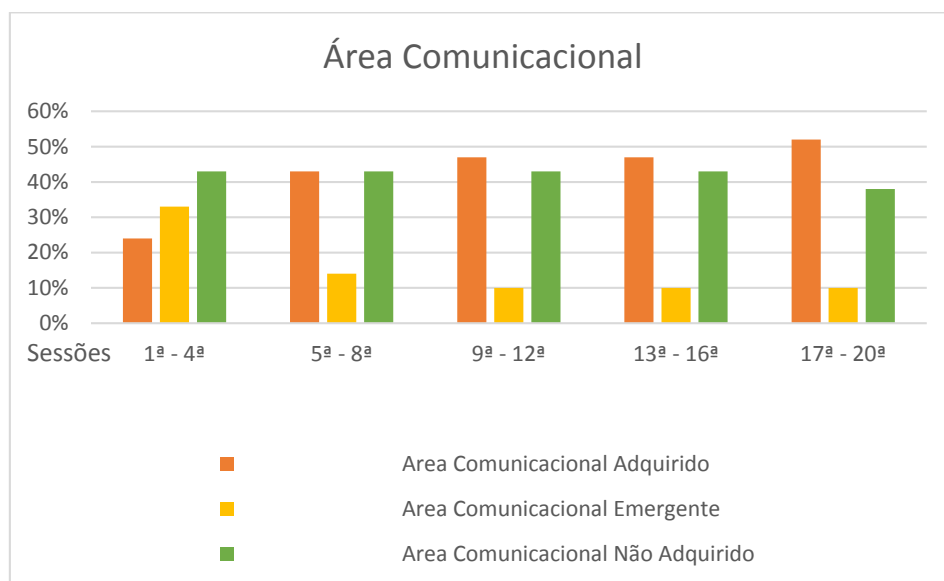
PEP-R Área Comunicacional

	A	E	NA
Pede ajuda a um adulto?			X
Põe a mão no ar para pedir ajuda?			X
Sabe fazer escolhas?	X		
Faz perguntas?			X
Responde a perguntas?		X	
Envolve-se numa conversaço?			X
Comunica as suas necessidades e desejos?		X	
Consegues recordar-se das suas experiencias?			X
É capaz de manifestar a sua frustração?	X		
É capaz de se orientar sozinho?			X
Ouve e orienta-se para o som?	X		
Reage ao som do assobio?	X		
Reage ao som do batoque?	X		
Repete sons com instrumentos?	X		
Canta canções sozinho?			X
Canta canções com os restantes elementos?			X
Reage à imitação dos seus sons?	X		
Preserva as palavras e os sons?	X		
Repete os sons com ritmo?	X		
Reage ao ruído?	X		
Reage à intensidade do som?	X		

## PEP-R Área Comportamental

	A	E	NA
É capaz de permanecer atento às tarefas?	X		
Sabe preencher o tempo livre, de forma independente?			X
É capaz de permanecer sentado durante longos períodos de tempo?			X
Reage ao barulho na sala?	X		
Reage a mudanças e a novas experiências?	X		
Expressa a sua frustração?	X		
É capaz de se acalmar a si próprio?			X
É capaz de lidar com as situações e atividades recreativas?	X		
Mostra-se agressivo com outras crianças e adultos?		X	
Tem comportamentos que perturbam os outros?		X	
Comporta-se adequadamente nos diferentes locais?		X	

## Anexo L



## Anexo M

Objetivos gerais, específicos, estratégias e técnicas da intervenção grupal.

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Estratégias/Técnicas
1 – Promover a consciência de si e do outro	a) Promover a imitação e a diferenciação em atividades musicais; b) Reconhecer o seu ISO com único e aceitação do ISO do outro; c) Facilitar o sentimento de pertença identitária, assente na partilha.	- Partilhas verbais sobre músicas selecionadas por cada elemento do grupo; - Improvisação rítmica e vocal livre; - Expressão corporal com suporte musical de canções selecionadas pelos clientes.
2 – Aquisição e/ou manutenção de competências interpessoais	a) Aumentar a reciprocidade em atividades musicais; b) Promover a capacidade de saber esperar pelo outro; c) Aumentar o diálogo e a interação com os pares; d) Reconhecer diferentes emoções.	- Improvisação livre e improvisação tendo como temática um sentimento/emoção;
3 – Melhorar a comunicação (verbal e não-verbal)	a) Desenvolver a capacidade de expressão verbal de forma adequada; b) Promover a expressão rítmica; c) Desenvolver a capacidade de traduzir musicalmente um sentimento/emoção. d) Promover a escuta ativa	- Recriação e interpretação de canções da preferência dos clientes; - Composição de canções, tendo como base harmónica um tema escolhido pelo grupo; - Interpretação verbal de temas musicais.
4 – Desenvolver a criatividade e autoestima	a) Promover a satisfação na realização de atividades musicais; b) Desenvolver a capacidade de expressão emocional através da música; c) Aumento da autoconfiança através da aquisição de um espaço sonoro individual, inserido no grupo.	- Atividades de Improvisação com a exploração do ISO individual; - Composição musical; - Recriação musical.

## Anexo N

### Intervenção Grupal – 1ª à 5ª sessão

PEP-R Área Comunicacional	L.V.			I.F.			N.C.			N.R.		
	A	E	NA	A	E	NA	A	E	NA	A	E	NA
Pede ajuda a um adulto?		X		X			X			X		
Põe a mão no ar para pedir ajuda?		X		X			X			X		
Sabe fazer escolhas?	X			X				X			X	
Faz perguntas?		X		X				X		X		
Responde a perguntas?		X		X				X			X	
Envolve-se numa conversaçoão?			X	X				X			X	
Comunica as suas necessidades e desejos?		X		X				X			X	
Consegues recordar-se das suas experiencias?			X		X		X			X		
É capaz de manifestar a sua frustração?	X			X			X			X		
É capaz de se orientar sozinho?		X			X			X			X	
Ouve e orienta-se para o som?	X			X			X			X		
Reage ao som do assobio?	X			X			X			X		
Reage ao som do bатуque?	X			X			X			X		
Repete sons com instrumentos?	X				X			X			X	
Canta canções sozinho?			X		X			X			X	
Canta canções com os restantes elementos?			X	X				X			X	
Reage à imitação dos seus sons?		X		X			X			X		
Preserva as palavras e os sons?		X		X			X			X		
Repete os sons com ritmo?		X			X			X			X	
Reage ao ruído?	X			X			X			X		
Reage à intensidade do som?	X			X			X			X		



Área Comportamental	L.V.			I.F.			N.C.			N.R.		
	A	E	NA	A	E	NA	A	E	NA	A	E	NA
É capaz de permanecer atento às tarefas?		X		X			X			X		
Sabe preencher o tempo livre, de forma independente?			X		X			X			X	
É capaz de permanecer sentado durante longos períodos de tempo?	X			X			X			X		
Reage ao barulho na sala?	X			X			X			X		
Reage a mudanças e a novas experiências?	X			X			X			X		
Expressa a sua frustração?	X			X			X			X		
É capaz de se acalmar a si próprio?		X			X			X			X	
É capaz de lidar com as situações e atividades recreativas?	X				X			X		X		
Mostra-se agressivo com outras crianças e adultos?		X			X			X			X	
Tem comportamentos que perturbam os outros?		X		X			X			X		
Comporta-se adequadamente nos diferentes locais?		X			X		X			X		

## Anexo O

### Intervenção Grupal – 6ª à 10ª sessão

PEP-R Área Comunicacional	L.V.			I.F.			N.C.			N.R.		
	A	E	NA	A	E	NA	A	E	NA	A	E	NA
Pede ajuda a um adulto?		X		X			X			X		
Põe a mão no ar para pedir ajuda?		X		X			X			X		
Sabe fazer escolhas?	X			X			X			X		
Faz perguntas?		X		X			X			X		
Responde a perguntas?		X		X			X			X		
Envolve-se numa conversaço?			X	X			X			X		
Comunica as suas necessidades e desejos?		X		X			X			X		
Consegues recordar-se das suas experiencias?			X	X			X			X		
É capaz de manifestar a sua frustração?	X			X			X			X		
É capaz de se orientar sozinho?		X			X			X			X	
Ouve e orienta-se para o som?	X			X			X			X		
Reage ao som do assobio?	X			X			X			X		
Reage ao som do bатуque?	X			X			X			X		
Repete sons com instrumentos?	X			X			X			X		
Canta canções sozinho?			X	X				X		X		
Canta canções com os restantes elementos?			X	X				X		X		
Reage à imitação dos seus sons?		X		X			X			X		
Preserva as palavras e os sons?		X		X			X			X		
Repete os sons com ritmo?		X		X			X			X		
Reage ao ruído?	X			X			X			X		
Reage à intensidade do som?	X			X			X			X		

Área Comportamental	L.V.			I.F.			N.C.			N.R.		
	A	E	N A	A	E	N A	A	E	N A	A	E	NA
É capaz de permanecer atento às tarefas?		X		X			X			X		
Sabe preencher o tempo livre, de forma independente?			X		X			X			X	
É capaz de permanecer sentado durante longos períodos de tempo?	X			X			X			X		
Reage ao barulho na sala?	X			X			X			X		
Reage a mudanças e a novas experiências?	X			X			X			X		
Expressa a sua frustração?	X			X			X			X		
É capaz de se acalmar a si próprio?		X			X			X			X	
É capaz de lidar com as situações e atividades recreativas?	X			X			X			X		
Mostra-se agressivo com outras crianças e adultos?		X			X			X			X	
Tem comportamentos que perturbam os outros?		X		X			X			X		
Comporta-se adequadamente nos diferentes locais?		X			X		X			X		

## Anexo P

### Intervenção Grupal– 11ª à 15ª sessão

PEP-R Área Comunicacional	L.V.			I.F.			N.C.			N.R.		
	A	E	NA	A	E	NA	A	E	NA	A	E	NA
Pede ajuda a um adulto?		X		X			X			X		
Põe a mão no ar para pedir ajuda?		X		X			X			X		
Sabe fazer escolhas?	X			X			X			X		
Faz perguntas?		X		X			X			X		
Responde a perguntas?		X		X			X			X		
Envolve-se numa conversaçoão?			X	X			X			X		
Comunica as suas necessidades e desejos?		X		X			X			X		
Consegue recordar-se das suas experiencias?			X	X			X			X		
É capaz de manifestar a sua frustraçoão?	X			X			X			X		
É capaz de se orientar sozinho?		X			X			X			X	
Ouve e orienta-se para o som?	X			X			X			X		
Reage ao som do assobio?	X			X			X			X		
Reage ao som do batoque?	X			X			X			X		
Repete sons com instrumentos?	X			X			X			X		
Canta cançoões sozinho?			X	X				X		X		
Canta cançoões com os restantes elementos?			X	X				X		X		
Reage à imitaçoão dos seus sons?		X		X			X			X		
Preserva as palavras e os sons?		X		X			X			X		
Repete os sons com ritmo?		X		X			X			X		
Reage ao ruído?	X			X			X			X		
Reage à intensidade do som?	X			X			X			X		

Área Comportamental	L.V.			I.F.			N.C.			N.R.		
	A	E	NA	A	E	NA	A	E	NA	A	E	NA
É capaz de permanecer atento às tarefas?		X		X			X			X		
Sabe preencher o tempo livre, de forma independente?			X		X			X			X	
É capaz de permanecer sentado durante longos períodos de tempo?	X			X			X			X		
Reage ao barulho na sala?	X			X			X			X		
Reage a mudanças e a novas experiências?	X			X			X			X		
Expressa a sua frustração?	X			X			X			X		
É capaz de se acalmar a si próprio?		X			X			X			X	
É capaz de lidar com as situações e atividades recreativas?	X			X			X			X		
Mostra-se agressivo com outras crianças e adultos?		X			X			X			X	
Tem comportamentos que perturbam os outros?		X		X			X			X		
Comporta-se adequadamente nos diferentes locais?		X			X		X			X		

## Anexo Q

### Intervenção Grupal – 16ª à 20ª sessão

PEP-R Área Comunicacional	L.V.			I.F.			N.C.			N.R.		
	A	E	NA	A	E	NA	A	E	NA	A	E	NA
Pede ajuda a um adulto?		X		X			X			X		
Põe a mão no ar para pedir ajuda?		X		X			X			X		
Sabe fazer escolhas?	X			X			X			X		
Faz perguntas?		X		X			X			X		
Responde a perguntas?		X		X			X			X		
Envolve-se numa conversação?			X	X			X			X		
Comunica as suas necessidades e desejos?		X		X			X			X		
Consegues recordar-se das suas experiências?			X	X			X			X		
É capaz de manifestar a sua frustração?	X			X			X			X		
É capaz de se orientar sozinho?		X			X			X			X	
Ouve e orienta-se para o som?	X			X			X			X		
Reage ao som do assobio?	X			X			X			X		
Reage ao som do batoque?	X			X			X			X		
Repete sons com instrumentos?	X			X			X			X		
Canta canções sozinho?			X	X				X		X		
Canta canções com os restantes elementos?			X	X				X		X		
Reage à imitação dos seus sons?		X		X			X			X		
Preserva as palavras e os sons?		X		X			X			X		
Repete os sons com ritmo?		X		X			X			X		
Reage ao ruído?	X			X			X			X		
Reage à intensidade do som?	X			X			X			X		

Área Comportamental	L.V.			I.F.			N.C.			N.R.		
	A	E	NA	A	E	NA	A	E	NA	A	E	NA
É capaz de permanecer atento às tarefas?		X		X			X			X		
Sabe preencher o tempo livre, de forma independente?			X		X			X			X	
É capaz de permanecer sentado durante longos períodos de tempo?	X			X			X			X		
Reage ao barulho na sala?	X			X			X			X		
Reage a mudanças e a novas experiências?	X			X			X			X		
Expressa a sua frustração?	X			X			X			X		
É capaz de se acalmar a si próprio?		X			X			X			X	
É capaz de lidar com as situações e atividades recreativas?	X			X			X			X		
Mostra-se agressivo com outras crianças e adultos?		X			X			X			X	
Tem comportamentos que perturbam os outros?		X		X			X			X		
Comporta-se adequadamente nos diferentes locais?		X			X		X			X		

## Anexo R

### Intervenção Grupal – 21ª à 26ª sessão

PEP-R Área Comunicacional	L.V.			I.F.			N.C.			N.R.		
	A	E	NA	A	E	NA	A	E	NA	A	E	NA
Pede ajuda a um adulto?		X		X			X			X		
Põe a mão no ar para pedir ajuda?		X		X			X			X		
Sabe fazer escolhas?	X			X			X			X		
Faz perguntas?		X		X			X			X		
Responde a perguntas?		X		X			X			X		
Envolve-se numa conversaçoão?			X	X			X			X		
Comunica as suas necessidades e desejos?		X		X			X			X		
Consegues recordar-se das suas experiencias?			X	X			X			X		
É capaz de manifestar a sua frustração?	X			X			X			X		
É capaz de se orientar sozinho?		X			X			X			X	
Ouve e orienta-se para o som?	X			X			X			X		
Reage ao som do assobio?	X			X			X			X		
Reage ao som do bатуque?	X			X			X			X		
Repete sons com instrumentos?	X			X			X			X		
Canta canções sozinho?			X	X				X		X		
Canta canções com os restantes elementos?			X	X				X		X		
Reage à imitação dos seus sons?		X		X			X			X		
Preserva as palavras e os sons?		X		X			X			X		
Repete os sons com ritmo?		X		X			X			X		
Reage ao ruído?	X			X			X			X		
Reage à intensidade do som?	X			X			X			X		



Área Comportamental	L.V.			I.F.			N.C.			N.R.		
	A	E	N A	A	E	N A	A	E	N A	A	E	NA
É capaz de permanecer atento às tarefas?		X		X			X			X		
Sabe preencher o tempo livre, de forma independente?			X		X			X			X	
É capaz de permanecer sentado durante longos períodos de tempo?	X			X			X			X		
Reage ao barulho na sala?	X			X			X			X		
Reage a mudanças e a novas experiências?	X			X			X			X		
Expressa a sua frustração?	X			X			X			X		
É capaz de se acalmar a si próprio?		X			X			X			X	
É capaz de lidar com as situações e atividades recreativas?	X			X			X			X		
Mostra-se agressivo com outras crianças e adultos?		X			X			X			X	
Tem comportamentos que perturbam os outros?		X		X			X			X		
Comporta-se adequadamente nos diferentes locais?		X			X		X			X		

## Anexo S

