



Universidades Lusíada

Abreu, Rita Alexandra da Costa, 1987-

O mundo do desconhecido : musicoterapia em jovens adultos com deficiência

<http://hdl.handle.net/11067/3636>

Metadados

Data de Publicação	2013
Resumo	O presente relatório pretende dar a conhecer o estágio de intervenção musicoterapêutica, realizado na CERCICA (Cascais – Lisboa) na resposta social (CAO), frequentado por jovens/adultos com Deficiência. O estágio teve duração de 9 meses, durante os quais, foram realizadas várias sessões individuais e de grupo. Como forma a avaliar a concretização dos objectivos terapêuticos inicialmente delineados pela musicoterapeuta, foi aplicada a avaliação qualitativo. Os resultados desta intervenção, de ...
Palavras Chave	Cooperativa de Educação e Reabilitação do Cidadão Inadaptado do Montijo e Alcochete. Centro Sócio-Educativo - Ensino e estudo (Estágio), Doenças mentais - Tratamento, Musicoterapia - Prática profissional
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-FCHS] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-26T02:25:29Z 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

O mundo do desconhecido: musicoterapia em jovens adultos com deficiência

Realizado por:

Rita Alexandra da Costa Abreu

Supervisionado por:

Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite

Orientado por:

Dr.^a Margarida Correia Ferreira do Nascimento Alves

Constituição do Júri:

Presidente:

Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Orientadora:

Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite

Arguente:

Prof. Doutor Ricardo Nuno Futre Pinheiro

Relatório aprovado em:

7 de Fevereiro de 2014

Lisboa

2013

A VERDADEIRA DEFICIÊNCIA
É AQUELA QUE PRENDE O SER HUMANO
POR DENTRO E POR FORA,
POIS ATÉ OS INCAPACITADOS DE ANDAR
PODEM SER LIVRES DE VOAR.

THAÍS MORAES

AGRADECIMENTOS

O meu agradecimento à Prof. ^a Doutora Teresa Leite, minha orientadora de estágio na Universidade Lusíada de Lisboa, pela orientação prestada e a dedicação prestada para a realização deste trabalho.

Um sincero obrigado à Dra. Margarida Nascimento, psicóloga e orientadora de estágio no CAO, pela disponibilidade, alegria, generosidade, amizade, profissionalismo e sabedoria partilhada ao longo do meu percurso como estagiária na CERCICA. Sempre esteve disposta para me ajudar, sem essa ajuda não seria possível algum do trabalho realizado.

A toda a equipa que pertence ao CAO, quero agradecer pelo carinho, pela calorosa recepção prestada e pela amizade que foi se criando no decorrer do estágio, tiveram sempre disponíveis para me ajudar, quero agradecer aos clientes, sem eles o trabalho não seria realizado, acompanharam-me nesta aprendizagem diária, a eles um sincero obrigado.

O meu apreço a todos que me ajudaram nesta minha caminhada que me possibilitaram a realização deste mestrado, cujo amor, carinho e amizade foram essenciais. Quero agradecer em especial à minha família que sempre esteve ao meu lado nos bons e maus momentos. Um obrigado ao António pelo seu amor e carinho, ajudando-me a concretizar o meu sonho. A minha família foi fundamental para a concretização do mestrado e sem a ajuda e o amor deles, não seria possível. A eles devo um grande e meritíssimo obrigado, são as pessoas mais importantes da minha vida. À minha sobrinha Alba e à minha irmã Filipa, quero agradecer pelo amor, afeto, companhia, compaixão, carinho, alegria e principalmente pela força que me transmitia

todos os dias, mesmo estando longe das pessoas que mais amo, senti que a distância é algo que criamos em nós, porque o importante é a força que nos é transmitida dia após dia. Um obrigado à minha família e aos meus amigos que estiveram sempre ao meu lado, dando-me força e coragem.

APRESENTAÇÃO

O mundo de desconhecido: Musicoterapia em jovens adultos com Deficiência

Rita Alexandra da Costa Abreu

O presente relatório pretende dar a conhecer o estágio de intervenção musicoterapêutica, realizado na CERCICA (Cascais – Lisboa) na resposta social (CAO), frequentado por jovens/adultos com Deficiência.

O estágio teve duração de 9 meses, durante os quais, foram realizadas várias sessões individuais e de grupo.

Como forma a avaliar a concretização dos objectivos terapêuticos inicialmente delineados pela musicoterapeuta, foi aplicada a avaliação qualitativo.

Os resultados desta intervenção, de uma forma geral foram positivos, embora tenham ocorrido alguma mudança no plano terapêutico. Considera-se, portanto a necessidade de dar continuidade ao trabalho desenvolvido.

Palavras-chave: musicoterapia, deficiência, CAO

ABSTRACT

This report aims to make known the stage musician therapeutic intervention, conducted in CERCICA (Cascais – Lisbon) in the valence Occupation Activity Centro (CAO) frequented by young people / adults with disabilities.

The internship had duration of nine months, during which were held several individual and group sessions.

As a way to assess the achievement of therapeutic objectives initially set by the music therapist, has been applied to qualitative evaluation.

The results of this intervention, were generally positive, although there were some change in treatment so it is necessary to continue the work developed.

Keywords: music therapy, disability, CAO

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dados da amostra acompanhados em musicoterapia	29
Tabela 2 - Agenda semanal do estágio na CERCICA na resposta social CAO	35
Tabela 3 - Objectivos gerais, específicos e estratégias e técnicas da intervenção individual.....	39
Tabela 4 - Objectivos gerais, específicos e estratégias e técnicas da intervenção individual.....	50

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

CERCICA – Cooperativa de solidariedade social

CAO – Centro de Actividades Ocupacionais

SR – Síndrome de Rett

ET – Esclerose Tuberosa

PC – Paralisia Cerebral

CET – Centro educativo terapêutico

TVA – Terapia vibroacústica

MTVA – Musicoterapia vibroacústica

SUMÁRIO

Agradecimentos	6
Apresentação	8
Abstract	9
Lista de tabelas	10
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos	11
Sumário	12
1. Introdução	5
2. Caracterização da instituição	7
2.1. caracterização da população-alvo	9
3. Enquadramento teórico	11
3.1. Deficiência	11
3.2. Paralisia cerebral	11
3.2.1. A Musicoterapia na Paralisia Cerebral	15
3.3. Síndrome de Rett	17
3.3.1. Quadro clínico	18
3.3.2. Musicoterapia em crianças com síndrome de Rett	20
3.4. Esclerose tuberosa	21
3.5. Autismo	23
3.5.1. Musicoterapia em crianças com autismo	25
4. Objectivos do estágio	27
5. Metodologia	28
5.1. Descrição da amostra	28
5.2. Procedimento	30
5.3. Técnicas musicoterapêuticas	33
5.4. Recursos materiais	33
5.5. Agenda semanal	33
6. Outras Atividades	36
7. Estudo de caso - Guilherme	37
8. Estudo de caso - Paulo	49
9. Outras intervenções clínicas	57
10. Conclusão	63
11. Reflexão Final	66
12. Referências	70

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo enquadrar a intervenção relativa ao estágio curricular do segundo ano do mestrado de Musicoterapia, sob a orientação da Doutora Teresa Leite, no âmbito de uma parceria entre a Universidade Lusíada de Lisboa e a Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Cascais (CERCICA) cujo objetivo primordial é promover de forma sustentável em contexto profissional de excelência a qualidade de vida e a inclusão das pessoas com deficiência intelectual e incapacidade posicionando-se como parceiro estratégico nuclear para as famílias, entidades públicas, empregadores e outros atores sociais. No local de estágio, a orientação esteve a cargo da Doutora Margarida Nascimento Alves.

No âmbito deste estágio, realizou-se uma intervenção musicoterapêutica junto de um grupo de clientes que estão inseridos no Centro de Actividades Ocupacionais (CAO), todos eles jovens adultos com múltipla deficiência, deficiência intelectual e duplo diagnóstico.

A escolha da população-alvo e do local de estágio teve como critério o gosto pessoal e profissional, tendo por base o aprofundamento de conhecimentos sobre questões da deficiência.

Em termos estruturais, o presente relatório começa por descrever a instituição onde decorre o estágio, a CERCICA. Segue-se um breve enquadramento teórico sobre as patologias em que houve intervenção musicoterapêutica, e uma abordagem dos principais estudos sobre a aplicação da musicoterapia nestas mesmas patologias, assim como a descrição das técnicas utilizadas. A segunda parte deste trabalho diz respeito à metodologia, onde está descrita a intervenção musicoterapêutica e dois estudos de caso.

A intervenção decorreu em sessões individuais e de grupo, ambas com sessões semanais, onde foram aplicadas técnicas musicoterapêuticas, tendo em conta os objetivos

gerais e específicos, aplicados a cada cliente. Os dois estudos de caso foram descritos e refletidos, procurando-se uma fundamentação teórica para cada um deles.

2. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

A CERCICA – Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Cascais, CRL é uma Instituição de Solidariedade Social, sem fins lucrativos, que nasceu a 11 de Março de 1976 para dar resposta às necessidades educativas de crianças e jovens com deficiência intelectual e incapacidades. Tem como missão promover, de forma sustentada e num contexto profissional de excelência, a qualidade de vida e a inclusão das pessoas com deficiência intelectual e incapacidades, posicionando-se como parceiro estratégico e nuclear para as famílias, entidades públicas, empregadores e outros atores sociais.

Desde 1976 que a CERCICA tem desenvolvido, diversificado e atualizado os seus serviços de apoio e intervenção dirigidos, fundamentalmente, a indivíduos com deficiência intelectual, numa perspetiva conjunta de promoção de programas e respostas sociais para o público-alvo referido, aliados a uma estratégia de empreendedorismo, dando resposta a cerca de 1500 clientes das respostas sociais e contando com uma equipa de 25 voluntários e de 229 colaboradores, dos quais 10% com deficiência ou incapacidade.

Na segunda metade da década de 70, a entrada destas crianças no ensino regular era rejeitada, por não haver resposta educativa para esta população com idade escolar.

Um grupo de pais e de técnicos, entre outras pessoas, iniciaram um projeto pedagógico no Estoril para conseguir desenvolver as capacidades de 15 crianças, não tendo estas acesso ao ensino regular. Estas cooperativas enquadraram-se no setor Económico-social, designado de Terceiro Setor. As missões destes setores são económicas e sociais, tendo como principal objectivo o interesse público.

A CERCICA é uma Cooperativa de Solidariedade Social, estando equiparada a Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), com um carácter complementar, na educação e reabilitação social, em relação ao setor público Estado.

A Cooperativa tem por missão a solidariedade e o desenvolvimento de atividades em diferentes domínios de intervenção, dirigidos a uma população com deficiência ou com problemas de inserção socioprofissional, visando a defesa dos seus direitos individuais, de pessoas e de cidadania, nomeadamente: promover a adaptação do indivíduo com deficiência à família e à sociedade; preparar a sua educação social mediante uma melhor integração no meio familiar, escolar e profissional; promover a integração da criança com deficiência e/ou inadaptados nos estabelecimentos de ensino regular; criar, nos locais apropriados, as infra-estruturas que se revelem necessárias ao favorecimento da integração das pessoas com deficiência; dinamizar os pais e a sociedade em geral a prestar e aceitar colaboração ativa de todas as pessoas singulares e coletivas, que visem fins idênticos aos da Cooperativa; dignificar “a imagem” da pessoa com deficiência; promover a sensibilidade e abertura da sociedade à plena integração e cidadania da pessoa com deficiência; promover, entre todos os estudantes de todos os níveis de ensino, o conhecimento da problemática da deficiência e motivá-los para uma futura opção socioprofissional relacionada com a resolução da mesma.

A CERCICA tem como missão ser uma instituição de referência, no âmbito da habilidade e da capacidade das pessoas com deficiência intelectual e incapacidades, na criação de oportunidades inclusivas para o exercício autónomo. As atividades baseiam-se em valores fundamentais, respeito, inovação, transparência, responsabilidade, confiança e empreendedorismo.

Estruturadas Valência

Gabinete de Apoio à Família: O Gabinete de Apoio à Família tem como finalidade ajudar as famílias dos utentes, da instituição ou outras, que acorrem aos serviços da CERCICA, tendo como objetivo dar resposta às suas necessidades e articulando com os vários serviços/recursos da comunidade. **Centro Educativo Terapêutico:** O Centro Educativo Terapêutico (CET) está na génese da CERCI, respondendo a uma necessidade de prestar educação a uma parte da população que não teve resposta no ensino regular. O CET é destinado às crianças e jovens com necessidades educativas especiais que não reúnem as condições necessárias para prosseguir uma via académica.

O Centro de Recursos visa estabelecer um percurso de vida, a jovens maiores de 16 anos e adultos com deficiência intelectual, para os quais os recursos da educação e formação profissional não têm respostas adequadas.

O Centro de Reabilitação profissional visa potenciar e empregabilidade e incentivar a inserção económica e social das pessoas com deficiência intelectual, graves dificuldades de aprendizagem e/ou com dificuldades no mercado de trabalho e com idade igual ou superior a 15 anos.

As Unidades Residenciais são uma valência da CERCICA, visando uma disponibilidade de apoio residencial, permanente ou temporário, a alunos desta instituição.

2.1. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO-ALVO

Na CERCICA, não há uma caracterização da população, tendo uma população vasta ao nível das patologias, não havendo nenhuma em geral, sendo algumas delas, Síndrome de Down (Trissomia 21); Paralesia Cerebral; Deficiência Mental Leve; Deficiência Mental Grave; Microcefalia; Hidrocefalia; Encefalite; Hipotiroidismo Congénito; Síndrome Coreia; Síndrome

Patterson – Stevensen; Síndrome Polimalformativo do 10º Cromossoma; Síndrome de Freccero (alteração cromosónica); Síndrome da Angelman; Síndrome de Rett; Síndrome da “Cri der Chat”; Síndrome de Willians; Síndrome Síndrome Asperger; Autismo; Perturbação Global Desenvolvimento; Deficiência Intelectual Ligeira; Atraso Global Psicomotor; Esquizofrenia com história de Perturbação Global do Desenvolvimento; Atraso de Desenvolvimento Intelectual; ParaseInfantil; Debilidade Mental Profunda por Epilepsia; Deficiência Motora; Perturbação do Foro Psiquiátrico; Esclerose Tuberosa.

Alguns clientes residem em residências da instituição (CERCICA), estando situadas no meio da comunidade, sendo três apartamentos. Alguns clientes moram nas residências permanentemente, outros só permanecem lá quando necessitam de algum apoio ou quando os seus familiares necessitam de algum apoio por parte da instituição. Em cada residência estão permanentemente monitores e funcionários da instituição, onde ajudam nas tarefas diárias e nas necessidades de cada um.

As idades dos clientes da CERCICA vão do ano escolar até à idade adulta.

3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

3.1. DEFICIÊNCIA

Segundo o autor Amiralian et-al, (2000: p.98), descreve a deficiência como: “perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, temporária ou permanente. Incluem-se nessas a ocorrência de uma anomalia, defeito ou perda de um membro, órgão, tecido ou qualquer outra estrutura do corpo, inclusive das funções mentais.”

Amiralian (2000), refere algumas incapacidades e desvantagens da deficiência, a limitação, sendo uma das incapacidades que o ser humano encontra no desempenho de algumas actividades consideradas normais e básicas para uma vida social, no que se refere à mobilidade, comunicação, interacção social e o uso dos sentidos. Para além de todas estas limitações, existem barreiras ambientais, físicas, sociais e económicas, apesar de serem um pouco esquecidas pela sociedade, são factores que contribuem para que o ser humano fique em desvantagem em relação à sociedade.

3.2. PARALISIA CEREBRAL

Segundo Rotta (2002), foi Little que, em 1843, descreveu pela primeira vez a encefalopatia crónica da infância, definindo-a como uma patologia ligada a diversas causas e caracterizada por rigidez muscular. Em 1897, Freud sugeriu a expressão Paralisia Cerebral (PC), sendo mais tarde reconhecida por Phelps, ao referir um grupo de crianças que apresentavam transtornos motores, devido à lesão do sistema nervoso central, semelhantes ao transtorno motor do Síndrome de Little.

A autora França (2000) afirma que a PC é um termo utilizado para a descrição de um grupo com desordens não progressivas que vão ocorrendo em crianças, cujas dificuldades motoras são causadas por uma lesão no sistema nervoso central. As crianças com PC têm uma

incapacidade no controlo motor, sendo que estas dificuldades têm uma diversidade de forma e de gravidade variável. A lesão cerebral, dando origem a distúrbios motores, pode, assim, causar uma variedade de deficiências associadas, atraso mental, dislexia, discalculia, apraxia ou dispraxia, problemas de alteridade, perturbações da linguagem e epilepsia.

O termo de PC é caracterizado como um distúrbio permanente não invariável, do movimento da postura, devido à lesão não progressiva do cérebro no início da vida, sendo descrita por uma alteração de movimentos controlados ou posturais dos pacientes, secundária a uma lesão, danificação ou disfunção do sistema nervoso central, não sendo reconhecida como resultado de uma doença cerebral progressiva ou degenerativa, podendo ocorrer no período pré-natal, perinatal ou pós-natal (Leite & Prado, 2004).

A PC é atualmente definida como um grupo de não progressivas, distúrbios que afetam o movimento e a postura que ocorrem no desenvolvimento fetal ou infantil. Os distúrbios motores da PC são frequentemente acompanhados por perturbações da comunicação, comportamental, sensação e de cognição (Gharib, El-Maksoud, Rezk-Allah, 2001).

Segundo Leite & Prado (2004), há várias causas da PC que podem ocorrer no cérebro. Algumas das mais comuns são: o desenvolvimento congénito anormal do cérebro, peculiarmente do cerebelo; a lesão traumática do cérebro, no nascimento, derivado ao trabalho de parto demorado; infeções cerebrais (encefalite) na fase inicial do período pós-natal.

Blasco (1999) afirma que a PC afeta 3 pessoas por 1.000, tendo algumas dificuldades de aprendizagem, problemas emocionais, problemas de personalidade e de atraso mental. Segundo a Academia Americana, a PC pode classificar-se nos seguintes grupos:

Espasticidade - resulta de uma lesão no sistema nervoso piramidal que se caracteriza por hipertonia permanente dos músculos e rigidez nos movimentos. É apresentada em 50% dos casos.

Atetose - caracterizada por movimentos lentos, involuntários, incontrolados, retorcidos sobre si mesmo, sem propósito. Afeta 25% dos casos.

Rigidez- existindo uma marcha resistente aos movimentos passivos, enquanto os reflexos são normais. Representa 15% dos casos.

Ataxia - é caracterizada por perturbações no equilíbrio, incoordenação e tremor intencional, devido a uma lesão no cérebro. Afeta cerca de 9% dos casos.

Temblor-apresenta 1% dos casos.

Mista: na maioria dos casos, os sintomas não aparecem isolados, derivado a lesões múltiplas, podendo, assim, a criança apresentar mais do que um quadro clínico. Afeta cerca de 1% dos casos.

Na observação clínica da PC, deverá ter-se em consideração a amplitude do distúrbio motor, da intensidade e da caracterização do distúrbio. Da mesma forma, podem-se descrever diversos tipos topográficos, segundo a predominância do problema motor, apresentando, assim, várias formas clínicas segundo Lima e Prado (2004):

Hemiplegia - é a manifestação mais frequente. Maior comprimento do membro superior e do membro inferior do mesmo do corpo. É a comum hipotrofia dos segmentos acometidos, sendo possível a ocorrência de outras hemi-hipoestesia ou hemianopsia.

Hemiplegia bilateral (tetra ou quadriplegia) -afetam cerca de 9 a 43% dos pacientes. É a forma mais severa da PC. Ocorrem lesões difusas bilaterais no sistema piramidal; além da

grave tetraparesiaespástica com muitas retrações em semiflexão, podem ocorrer ainda a deficiência mental, a epilepsia e a microcefalia.

Diplegia – ocorre em cerca de 10 a 30% dos pacientes, sendo a forma mais encontrada em prematuros. Há um comprometimento dos membros inferiores. Esta forma está associada à postura com cruzamento dos membros inferiores e da marcha “em tesoura”.

Discinesia - este é a mais rara, manifestando-se através do movimento involuntário.

Ataxia - também é rara, podendo traduzir-se por hipotonia e podem-se verificar alterações no equilíbrio. A marcha pode apresentar algum tremor.

Formas mistas - é a associação das manifestações anteriores.

O mesmo autor define que, para além do distúrbio motor que caracteriza a PC, o quadro clínico pode incluir outras manifestações como deficiência mental, estando associada às formas tetraplégicas, diplégica ou mista; epilepsia, associado à forma hemiplégica ou tetraplégica; distúrbios da linguagem; distúrbios visuais; distúrbios do comportamento que são mais comuns em crianças com inteligência normal, que se sentem fracassadas pela sua limitação motora; distúrbios ortopédicos. Todos estes distúrbios são derivados das alterações nas áreas motoras cerebrais específicas durante a infância.

França (2000), defende que a diversidade das manifestações clínicas da PC estão sujeitas não só à etiologia, mas poderão depender da topografia da lesão e da sua gravidade, bem como da fase etária em que se verificou o distúrbio na evolução do sistema nervoso central.

A mesma autora descreve que, em Portugal, a PC é uma das doenças mais frequentes na infância. Estas dificuldades devem-se não só ao facto das famílias não recorrerem a centros

especializados, por não terem conhecimento, mas também à própria complexidade da PC que levanta algumas dificuldades no diagnóstico precoce.

3.2.1. A MUSICOTERAPIA NA PARALISIA CEREBRAL

Os autores Rett e Seidler (1996) defendem que a base da musicoterapia nas crianças com lesão no cérebro é a aptidão para a música. A música e sensibilidade musical rítmica são para a criança, com lesão cerebral, um objetivo, não sendo só uma função ou uma capacidade, podendo considerar-se um refúgio. Uma criança saudável procura através da música um conforto, um relaxamento ou mesmo um estímulo. A nossa consciência diz que não pode ficar abandonada somente à música durante a vida. As crianças com PC ou com um atraso mental procurarão viver nestas condições, desenvolvendo no ritmo padrões motores estereotipados no sentido de estereotipias de embalo que podem ser dirigidas através das alterações rítmicas provocando algumas oscilações. “As experiências com a musicoterapia revelam que nem sempre são consideradas estas conclusões de terapeutas que confundem estereotipias motoras com motricidade significativa e não reconhecem como tal o que de facto, nomeadamente acções mentais vazias de sentido, caricaturas sem significado de acções mentais puras que só contribuem para o isolamento, fuga às exigências do meio ambiente.” (Rett & Seidler, 1996: p. 253).

Num estudo de caso com crianças com Paralisia Cerebral, segundo Lima (2004), os objetivos terapêuticos foram: relação terapêutica positiva; crescimento do cliente como ser humano; socialização; desenvolvimento do campo motor. O cliente R1 teve sessões individuais, o R2 e o L tiveram sessões em grupo onde o musicoterapeuta e o fisioterapeuta realizaram sessões em conjunto.

Os instrumentos utilizados durante as sessões eram instrumentos de percussão, instrumentos melódicos (piano, viola) e o próprio corpo. Os clientes, no início das sessões,

apresentavam algumas dificuldades, o R1 apresentava um nível cognitivo bem desenvolvido, falando algumas palavras com alguns erros fonéticos, não conseguia segurar os instrumentos, permanecendo sentado e com bastantes dificuldades em sustentar o pescoço. O R2 falava muito pouco; tendo um vocabulário razoável, tinha bastantes dificuldades em se relacionar, não conseguia manusear os instrumentos e não se conseguia manter em pé. O L. tinha um sistema cognitivo bem desenvolvido, sentindo insegurança quando estava em pé a andar sozinho.

Graças às sessões de musicoterapia, juntamente com o fisioterapeuta, estes clientes conseguiram obter resultados positivos, o R1 conseguiu formar frases ainda com alguns erros fonéticos, conseguiu ficar sentado sem nenhum auxílio e conseguiu segurar os instrumentos musicais. O R2 relacionava-se muito pouco com os terapeutas, mas já obedecia a ordens, conseguindo articular um discurso apesar das suas limitações, também conseguiu ficar em pé durante algum tempo sozinho. O L. não teve muitas melhorias derivado à não comparência às sessões. A musicoterapia teve um papel importante para estas melhorias.

Os autores Rett e Seidler (1996) consideram que a musicoterapia em crianças com lesões cerebrais deve ser considerada como terapia musical pedagógica. A tarefa do musicoterapeuta é conseguir encontrar caminhos para a motivação através da música ou com a música. É possível através da música ativar processos de aprendizagem; sendo que a música é um meio de aprendizagem, a memória pode ser trabalhada através dos textos musicais.

3.3. SÍNDROME DE RETT

Síndrome de Rett (SR), foi diagnosticado pela primeira vez pelo Andreas Rett, em 1966, caracterizado por uma condição de deterioração neurológica em crianças do sexo feminino (Schwartzman, 2003).

O SR é uma doença neurológica que afecta quase exclusivamente crianças do sexo feminino. Após o período inicial as crianças afectadas desenvolvem microcefalias com algumas regressões no desenvolvimento e alterações neurológicas. Já foram encontrados em casos isolados o SR em crianças do sexo masculino, porém a sobrevivência é mais reduzida chegando a horas ou dias (Lira, 2010).

O SR, é caracterizado por um desenvolvimento inicial aparentemente normal, seguindo de uma perda parcial ou completa da linguagem, da marcha e do uso das mãos, estando associado a um atraso no desenvolvimento craniano, normalmente ocorre entre os 7 a 24 meses. As características gerais do SR, perda dos movimentos das mãos, os movimentos estereotipados das mãos e a hiperventilação. A partir dos 4 anos de idade manifesta-se uma ataxia do tronco e uma apraxia, seguida por movimentos característicos do SR. Geralmente o transtorno leva a um atraso mental. (DSM- IV, 2002)

A criança pode evoluir normalmente até os primeiros 6 a 18 meses, segundo os autores Silva & Figueirêdo (2012), neste período pode ocorrer um atraso no crescimento muscular tendo consequências no desenvolvimento motor. A doença pode evoluir após este período, em fases distintas. Os portadores de SR sofrem modificações no social, a linguagem é perdida, hipotonia, dificuldades na marcha, ataxia no tronco e movimentos estereotipados nas mãos.

Lira (2010), afirma que antigamente o diagnóstico do SR era realizado por avaliações clínicas, mas nos dias de hoje é feito através de testes genéricos (diagnóstico molecular). A

causa do SR deve-se uma mutação dominante no cromossoma X com efeito letal no sexo masculino. A mutação em vários genes culminou na descoberta de mutações no gene MECP2 em várias crianças. A mutação da proteína do gene MECP2 presente em um cromossoma X, ocorre a superprodução de algumas proteínas que actuam na deterioração e estagnação no desenvolvimento global como um todo. Esta proteína é importante para o desenvolvimento do cérebro. No caso do sexo feminino eles recebem duas cópias do cromossoma X, como necessitam de só de um cromossoma activo, podem eliminar um deles. No caso de SR, o gene MECP2 responsável pelo desligamento, sofre algumas mutações.

3.3.1. Quadro clínico

A Associação Nacional de Pais e amigos Rett – Portugal, definem os sintomas característicos do SR como uma regressão na comunicação, no desenvolvimento social; pouca capacidade no gatinhar; perda das capacidades manuais, adquiridas anteriormente; movimentos estereotipados como, torcer as mãos, bater palmas, morder as mãos; diminuição no crescimento da cabeça à medida que a idade vai aumentando; falta de solidez no andar, andar com base larga, com as pernas rígidas e por vezes andar com as pontas dos pés; atraso mental; hiperventilação e/ou paragens respiratórias; ranger os dentes; redução na massa muscular e na gordura; balouçar o tronco; espasticidade progressiva (à medida que a idade progride); mobilidade reduzida com a idade; deformação da coluna (escoliose); prisão de ventre; epilepsia (pode ocorrer em qualquer idade); diminuição das características autista, com a idade. Estas características podem não ser comuns em todas as pessoas com SR.

Lima (2010), acrescenta alguns sintomas do SR, constipação crónica; hiper e/ou hipotonia. A presença de alguns sintomas é fulcral para que a hipotonia de SR seja eliminada, tais como: “organomegalia (aumento do volume dos órgãos), sintomas de depósito, retinopatia,

atrofia óptica ou catarata, qualquer evidência de lesão cerebral, aparição de transtornos metabólicos ou neurológicos, progressivos ou secundários por grave infecção ou traumatismo craniano”(Lira, 2010:p.14). Há um risco de morte nas raparigas Rett, derivado ao quadro clínico, podendo sofrer morte súbita. Um dos factores do óbito advém de arritmias cardíacas podendo culminar numa paragem cardíaca. Outros factores que podem causar a morte são problemas na alimentação, diabetes, crises de apnéia e maus cuidados.

O SR é dividido em quatro estágios: estágio de estagnação precoce, estágio rapidamente destrutivo, estágio pseudo-estacionário e deterioração motora tardia (Schwartzman, 2003). O primeiro estágio, estágio de estagnação precoce, inicia-se entre os 6 a 18 meses, tendo uma desaceleração no desenvolvimento, perda da interacção social, isolamento (comum no autismo), irritabilidade, este estágio tem a duração de alguns meses. O segundo estágio, estágio rapidamente destrutivo, inicia-se entre os 3 anos de idade e tem uma duração de semanas ou meses. Sofre uma regressão psicomotora com a presença de choro motivado com períodos de irritabilidade, perda da fala ou da linguagem anteriormente adquirida, apraxia manual, estereotipias manuais, comportamentos do autismo, distúrbios do sono, crises convulsivas começam a manifestarem-se, disfunção respiratória. O terceiro estágio inicia-se entre os 2 a 10 anos de idade, pseudo-estacionário, ocorre uma melhoria em alguns sintomas (em especial no contacto visual), os distúrbios motores são visíveis (apraxia, perda de peso, escleose) e distúrbios gastrointestinais. O quarto estágio inicia-se aos 10 anos de idade, deterioração motora-tardia, há uma progressão lenta dos deficits motores, com presença de escoliose e deficiência mental acentuada e hipotonia.

Ainda o mesmo autor, afirma que as raparigas com SR nascem com um desenvolvimento normal até aos 6 a 18 meses de idade, sabe-se hoje que na maioria dos casos

há um atraso no desenvolvimento motor com hipotonia muscular e dificuldades em gatinhar, sendo os sinais iniciais da patologia.

3.3.2. MUSICOTERAPIA EM CRIANÇAS COM SÍNDROME DE RETT

Em crianças com SR, segundo Lira (2010), pode-se usar a Musicoterapia Criativa e a Musicoterapia Receptiva, podendo responder aos estímulos sonoro-musical de várias formas. Todo o ser é capaz de sentir, ouvir a música, sendo a música como um estímulo.

Os objectivos musicoterapêuticos para crianças com SR segundo Carrer e Lira (2012), é a abertura de canais da comunicação, diminuição dos comportamentos estereotipados manuais, consciencialização motora e a linguagem expressiva e receptiva.

A Musicoterapia Receptiva consiste na escuta auditiva, trabalhando através de música gravada, vibrações com objectivo terapêutico. Algumas das variações encontradas nas experiências receptivas são, a escuta somática (música vibroacústica), escuta para a estimulação; escuta rítmica; reminiscência com canções; discussão de canções; lembranças induzidas pelas canções; comunicação, discussão de canções. A aplicação da escuta somática em crianças com SR é importante para a capacidade sensório motor, necessitando de ser estimulada, permitindo respostas corporais, diminuição de espasmos musculares, espasticidade, hipertonia e outros sintomas (Lira, 2010). A Musicoterapia Criativa consiste na improvisação musical, podendo ser livre ou dirigida, onde o cliente improvisa com instrumentos musicais, com a voz ou pela expressão corporal de forma livre, tendo ou não conhecimento musical. Algumas das técnicas da Musicoterapia Interactiva são, recriação de canções, composição musical, audição musical e improvisação musical (Lira, 2010).

Os métodos baseados na improvisação musical podem contribuir para o cliente podendo promover a sua liberdade interior, a sua criatividade, conhecimento de si próprio, conhecimento

dos outros, aumentar a sua auto-estima, a relação com os outros, respeitar as preferências dos outros e o conhecimento do seu ambiente (Blasco, 1999).

Uma técnica utilizada em crianças com SR é a Musicoterapia Vibroacústica. A terapia Vibroacústica (TVA), conhecida antigamente como banho musical ou massagens de sons de baixa frequência, tendo as suas primeiras publicações no ano de 1980. A TVA foi definida como, “a utilização de ondas sinusoidais, ondas de baixa frequência e onda de pressão sonora combinadas com a música para uso terapêutico” (Lira, 2010: p.32).

A Musicoterapia Vibroacústica (MTVA) procura através das suas aplicações gerar nos portadores de SR resposta comportamentais como a diminuição de comportamentos estereotipados das mãos. A MTVA é dividida em quatro experiências respectivas, a primeira está ligada às experiências direccionadas ao corpo, a segunda é dirigida às experiências dirigidas ao corpo, movimento e gestos corporais, terceiro incorpora a linguagem, a audição e o pensamento, no quarto, sendo o último está mais direccionado para as experiências com música e imagem para promover a estimulação da imaginação e para a percepção (Lira, 2010).

A MTVA é uma modalidade terapêutica inovadora, podendo sensibilizar os portadores de SR não só fisicamente mas também emocionalmente, proporcionando prazer e conforto, diminuindo sintomas através do uso de vibrações e da música relaxante (Lira, 2010). A MTVA pode promover a auto consciência, através dos estímulos vibratórios.

3.4. ESCLEROSE TUBEROSA

Segundo Gomes, Rebola, Carneiro, Lencantre, Silva, E. Silva & Vilhena- Ayres (2007), a Esclerose Tuberosa (ET) foi descrita pela primeira vez por Von Recklinghausen em 1862. A designação de ET deriva do latim *tuber*(tumor) e do grego *scleros*(duro).

Esclerose tuberosa (ET) é uma doença genética rara, causa tumores benignos que crescem no cérebro ou em outros órgãos vitais como no coração, rins, olhos, pulmões e na pele. Uma combinação destes sintomas podem levar a convulsões, atraso no desenvolvimento, alguns problemas no comportamento, anomalias na pele e doença nos rins e pulmões. A ET é causada por transformações em ambos os genes ET1 e ET2, que codificam para as proteínas hamartina e tuberina. São estas proteínas que agem como supressores do crescimento do tumor. (Wikipédia).

O gene ET1 é localizado no cromossoma 9 sendo responsável pela produção da proteína hamartina. O gene ET2 localiza-se no cromossoma 16 sendo responsável pela produção da proteína tuberina. “Estas proteínas são supressoras da divisão celular pelo que a mutação no gene ET1 ou ET2 determina uma perda de controle da divisão celular e predispõe à formação de tumores” (Gomes, Rebola, Carneiro, Lencantre, Silva, E. Silva & Vilhena- Ayres, 2007: p.40-41). Na maioria dos casos o diagnóstico é estabelecido entre os 2 aos 6 anos de vida.

A ET pode atingir qualquer órgão, os mais afectados é o cérebro, coração, rim, pulmão e pele. As alterações no aparelho urinário como angiomiolipomas e quistos renais sucedem em 80% dos doentes com ET. Angiomiolipomas são distúrbios bilateral podendo ser múltiplos, sendo benignos. Os sintomas mais frequentes estão associados à dor lombar, em situações de crescimento excessivo, os doentes podem correr riscos de hemorragias espontâneas ou com traumatismo do angiomiolipoma. (Gomes, Rebola, Carneiro, Lencantre, Silva, E. Silva & Vilhena- Ayres,2007).

As alterações neurológicas da ET incluem 3 tipos de tumores cerebrais: nódulos tuberosos (localizam-se no córtex), nódulos subependimários (localiza-se na parede dos ventrículos) e tumores de células gigantes. Em 80% a 90% dos pacientes com ET têm epilepsia, em alguns casos pode-se verificar algum atraso mental, distúrbios do desenvolvimento,

esquizofrenia, comportamentos autistas e hiperactividade. Não há uma cura para a ET, existem algumas soluções para o tratamento dos sintomas. Nos angiomiolipomas as indicações terapêuticas dependem do tamanho dos tumores. (Gomes, Rebola, Carneiro, Lencantre, Silva, E. Silva & Vilhena- Ayres,2007).

3.5. AUTISMO

Marques (2000) defendeu que o termo Autismo, provém da palavra grega. O autismo pode ser definido como um estado ou condição de alguém que aparenta estar invulgarmente absorvido em si mesmo. Segundo a mesma autora, os primeiros escritos clínicos foram publicados por Kanner em 1943. Nesse ano Kanner começou a descrever e caracterizar os comportamentos de 11 crianças, onde verificou diferentes comportamentos. Kanner pretendeu verificar o autismo como uma identidade diferenciada e diferenciadora das perturbações do desenvolvimento. Em 1944 o médico austríaco Hans Asperger publicou um trabalho sobre “Psicopatologia autista”, onde a definição do autismo era mais completa do que a de Kanner. Asperger desenvolveu a sua actividade como psiquiatra em Viena, não tendo conhecimento do trabalho desenvolvido por Kanner, mas ambos tiveram descrições semelhantes em alguns aspectos. Ambos observaram nestas crianças estereotípias verbais e comportamentais, contacto visual pobre, uma resistência à mudança e uma procura ao isolamento.

Kanner acreditava que todas as crianças com autismo tinham níveis de desenvolvimento intelectual normal o que, mais tarde veio a revelar incorrecto este pensamento. Esta perspectiva fundamentava-se nas teorias psicanalíticas, defendendo que as crianças autistas eram normais no momento do nascimento, mas que, devido a factores familiares o desenvolvimento afectivo da criança era afectado o que provocava um quadro autista. Crianças com autismo revelam dificuldades na aprendizagem, com disfunções na fala, deficiência motora e sensorial (Jordan, n.d.).

A etiologia do autismo ainda não foi definida. Existem factores genéticos e ambientais sendo considerados determinantes, embora alguns autores apontem para a multicausalidade. Os autores Santos & Sousa (n.d.) afirmam que os factores emocionais não são causadores isolados da doença, os factores biológicos aparecem em quase todos os casos do autismo.

Segundo a Organización Mundial de Salud, e a Clasificación General das Enfermedades, Revisión 10º, define o autismo como, “Se trata de un trastorno generalizado del desarrollo, definido por la presencia de un desarrollo alterado o anormal, que se manifiesta antes de los tres años y por un tipo característico de comportamiento anormal que afecta a la interacción social, a la comunicación y la presencia de actividades repetitivas y restrictiva. El trastorno predomina en los chicos con una frecuencia tres a cuatro veces superior a la que se presenta en las chicas.”(Blasco, 1999: p.253)

Kanner definiu as características mais importantes na criança com autismo as seguintes, incapacidades para o relacionamento social; falha da comunicação; obsessão; manter-se isolado; fascínio por objectos; boas capacidades cognitivas.

Blasco (1999), nos últimos anos a origem do autismo parece estar relacionada com as alterações biológicas. As alterações mais específicas nas crianças autistas estão situadas na área da comunicação e na simbologia.

Segundo Santos & Sousa (n.d.), as teorias para a compreensão do autismo são múltiplas, encontram-se algumas teorias comportamentais que visam explicar os sintomas e as características da perturbação com base nos mecanismos psicológicos e cognitivos, outra perspectiva é encontrada nas teorias neurológicas e fisiológicas que tentam fornecer informações da base neurológica.

As características do Autismo apresentam uma dificuldade acentuada na interacção social, comunicação e linguagem. Estas características não se aplicam a todos os autistas, variam dependendo do nível em que se apresentam e na idade do indivíduo. Os estudos epidemiológicos sugerem que a taxa de Autismo de 2-5 casos por 10.000 pessoas. (Gillberg, 2005)

Autismo infantil normalmente é manifestado antes dos três anos de idade, apresentando características do funcionamento na comunicação, interacção social, comportamento repetitivo e focalizado. Além destas características o autismo pode trazer algumas manifestações como fobias, agressividade, birras, perturbações do sono ou de alimentação. Em alguns casos os familiares relatam preocupações com a criança desde o seu nascimento através do desinteresse pela interacção social. (DSM.-IV, 2002). Há casos de autismo que começam por volta dos 18 a 24 meses de idade, mas normalmente esses casos estão associados com a epilepsia como descargas epileptogênicas subjacentes no eletroencefalograma.

As características do Transtorno de Asperger são um défice grave e persistente da interacção social. O desenvolvimento de padrões de comportamento, interesses e actividades são restritas e repetitivas. Ao contrário do Transtorno Autismo, não há atrasos clinicamente significativos na linguagem. (DSM -IV, 2002).

3.5.1. MUSICOTERAPIA EM CRIANÇAS COM AUTISMO

Em dois estudos de caso, “Musicoterapia: estudo de caso de uma criança autista” de Prestes, (n.d.) e “A escuta psicanalítica de uma criança autista” de López (2010), a intervenção musicoterapeuta foi importante no desenvolvimento destas duas crianças referidas nos dois estudos de caso em cima mencionados. Algumas das técnicas utilizadas foram, audição de canções, improvisação livre e estruturada.

Cada estudo aborda casos de autismo infantil, sendo os dois realizados a crianças masculinas, não como objectivos principais iguais. Ambos tiveram um progresso visível em cada ponto do seu estudo. Ao longo das sessões foram evoluindo a sua capacidade de comunicação e de interacção com os outros.

A interacção com a música fez com que os comportamentos estereotipados de ambos fossem mudando ao longo das sessões realizadas. O foco de atenção, a audição o comportamento foram ambos melhorados nas sessões.

4. OBJECTIVOS DO ESTÁGIO

Os objectivos do estágio nesta população alvo é, conseguir com que eles consigam ter mais autonomia, diminuir comportamentos inadequados, estabelecer relações interpessoais e facilitar a comunicação e a expressão emocional. Estes objectivos são gerais, não se aplicam a todos os clientes.

Os objectivos para os clientes com Autismo e Asperger são, aumentar a proximidade física através do canto e da execução de instrumentos, desenvolver a linguagem, interacção social e desenvolver as competências sensoriomotoras.

Nas perturbações mentais ou comportamentais em adultos os objectivos terapêuticos são: comunicação, aumentar a auto-estima, expressão de sentimentos, aumentar a consciência do corpo, diminuir a tensão e diminuir os comportamentos estereotipados.

Com este estágio pretendo trazer para a instituição e principalmente para os clientes uma melhoria das dificuldades de cada um. Pretendo atingir todos os objectivos propostos por mim, tentando com que eles consigam uma melhoria na qualidade de vida, através das sessões de musicoterapia.

5. METODOLOGIA

Neste capítulo, aborda-se a metodologia e todo o processo clínico realizado ao longo do estágio curricular; será também analisado todo o material obtido para a realização de todas as actividades

5.1. DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

A tabela que se segue apresenta os dados pessoais dos clientes acompanhados em musicoterapia, assim como no *setting* o número das sessões. A todos os clientes foram atribuídos nomes fictícios, de forma a assegurar a sua confidencialidade.

Tabela 1 - Dados da amostra acompanhados em musicoterapia

Setting	Nome	Data de nascimento	Data de entrada na CAO	Nº de sessões	Diagnóstico	
Intervenção individual	Paulo	01-05-1984	Setembro 2003	28	Esclerose Tuberosa	
	Guilherme	04-08-1990	Setembro 2008	31	Paralisia Cerebral	
	Laura	04-05-1997	Setembro 2010	10	Síndrome de Rett	
Intervenção de grupo	Grupo I	Verónica	02-03-1977	Setembro 1999	14	Síndrome de Rett;
		Matilde	28-02-1986	Setembro 2008	14	Deficiência Mental Profunda e Epilepsia
	Grupo II	Roberto	07-07-1971	Setembro 2000	13	Deficiência Mental Moderada e Distrofia Miotónica de Steinert
		Pedro	24-07-1966	Setembro 1999	13	Trissomia 21
		Mariana	05-09-1966	Setembro 2004	13	Deficiência Intelectual Moderada/grave e Hidrocefalia
		Bernardo	25-04-1970	Setembro 2000	13	Deficiência Intelectual Ligeira
	Grupo III	Fernando	15-02-1989	Setembro 2008	10	Síndrome de Asperger
		Benjamin	01-08-1973	Setembro 2000	10	Autismo
		Fábio	27-04-1988	Setembro 2010	10	Síndrome de Asperger e Deficiência Intelectual

5.2. PROCEDIMENTO

Fase de observação. A fase da observação direta que antecedeu a constituição da amostra para esta intervenção decorreu durante um período de dois meses, no qual houve a oportunidade de visitar todos os ateliês existentes na CERCICA e acompanhar algumas atividades realizadas pelos clientes.

Este período foi essencial para, de forma objetiva, conhecer a organização da CERCICA e todos os que a regem, de forma a compreender o trabalho notável de todas as equipas que trabalham diretamente com os clientes da CERCICA na resposta social através do Centro de Atividades Ocupacionais (CAO) dividido em três partes - terapêutica, ocupacional e oficial. Foi permitida a observação direta e uma presença participante junto dos 120 clientes.

Foi fornecida toda a informação e disponibilizado o processo de cada cliente junto da equipa técnica, a partir de onde foi possível delinear, em traços gerais, a anamnese de cada cliente.

Foi facilitador o facto da instituição e dos clientes estarem habituados a terem desconhecidos (estagiários de várias áreas e voluntários) entre eles, o que facilitou o processo de integração entre musicoterapeuta e cliente, tratando-se de clientes com bastantes fragilidades e carências.

Na fase da integração, foi permitido assistir a uma sessão de relaxamento na medida em que permitiu observar a reação dos clientes e as suas dificuldades e problemáticas, sendo um fator para a escolha da amostra para a intervenção musicoterapêutica. Outros dados fundamentais para a constituição da amostra foram fornecidos pela orientadora de estágio, Dra. Margarida Nascimento e pela psicóloga, Dra. Sónia Santa-Rita, o que permitiu uma abordagem mais aprofundada de cada cliente. A passagem por cada uma das salas do CAO foi importante

para conversar com o respetivo monitor acerca dos clientes e conhecer melhor cada um deles, os seus gostos musicais e as suas preferências, sendo estes dados fornecidos pelos monitores e pelos psicólogos. A orientadora de estágio, Dra. Margarida Nascimento, foi incansável, estando sempre disponível para a escolha de cada cliente que iria fazer parte do grupo terapêutico.

O ideal para a escolha da amostra seria uma intervenção individual com cada um dos clientes. Tendo em conta a duração do estágio e o número elevado de clientes no CAO, foi impossível realizar uma intervenção com cada um deles. Optou-se por seleccionar grupos com deficiências iguais ou com os mesmos problemas cognitivos e comportamentais, e, para intervenção individual, clientes com problemas mais acentuados e um cliente com problemas menos grave.

Desta forma, a seleção da amostra para a intervenção do grupo I (2 clientes) teve em conta o facto de ambos apresentarem deficiências profundas. O Grupo II (4 clientes) tem alguma uniformidade a nível das capacidades cognitivas, sensoriais e motoras. O Grupo III apresenta, ao nível dos seus 3 clientes, a mesma patologia, comportamentos diferentes e gostos musicais idênticos.

Os clientes individuais foram seleccionados tendo como fundamento a aptidão e o gosto pela música, e, sobretudo, devido às problemáticas de cada um – Paralisia Cerebral; Síndrome de Rett; Esclerose Tuberosa.

A condicionar a escolha da amostra, esteve a questão da disponibilidade dos clientes; uma vez que já tinham os horários preenchidos por diversas atividades. Houve a necessidade de optar por clientes cujo horário fosse mais flexível ou por clientes que não tinham tantas atividades durante a semana. Este foi um critério decisivo na escolha da amostra para a realização da atividade.

A todos os intervenientes e respetivos familiares/responsáveis foi solicitada a autorização no início da intervenção, tal como para a filmagem/áudio das sessões.

Fase de intervenção. Após a fase de integração e a seleção da amostra, seguiu-se o início da intervenção individual e de grupo.

As sessões realizaram-se semanalmente; à segunda-feira, eram realizadas sessões individuais com cerca de 30 minutos e de grupo de 30 a 40 minutos, sendo o horário das 11.00h às 18.00h. À terça-feira, eram realizadas sessões individuais e de grupo, das 9h às 15h com a mesma duração. Os clientes individuais beneficiavam, por terem mais disponibilidade, de duas sessões semanais; quanto ao grupo era mais complicado, derivado aos horários e às atividades que eles já estavam executar.

As sessões, nos primeiros dois meses, não foram filmadas, sendo apenas registadas em papel e formato digital; as restantes sessões foram filmadas, o que permitiu uma melhor observação e uma análise mais pormenorizada das mesmas. Houve ainda o preenchimento de uma grelha de observação após cada sessão individual.

Ao todo, foram realizadas várias sessões individuais e de grupo, não havendo um número idêntico entre umas e outras por problemas ao nível da frequência dos clientes, algo que aconteceu na intervenção individual e de grupo, por motivos pessoais e de saúde. De facto, no grupo era mais comum faltar algum cliente durante as sessões.

Com a proximidade do término das intervenções musicoterapêuticas e do estágio, procedeu-se a uma separação gradual durante os últimos dois meses, tendo atenção às dificuldades emocionais de cada cliente. Após o final das intervenções musicoterapêuticas, o estágio estendeu-se durante todo o mês de julho, com atividades, em saídas ao exterior e em participação nas dinâmicas de grupo.

5.3. TÉCNICAS MUSICOTERAPÊUTICAS

As principais técnicas musicoterapêuticas utilizadas no decorrer deste estágio foram: a) a improvisação, vocal ou instrumental, individual ou em grupo, livre ou com uma referência dada pela facilitadora ou por alguma ideia dos clientes; b) recriação de canções; c) construção de canções, tendo a base harmónica e melódica de um tema de preferência do(s) cliente(s); d) outras técnicas, nomeadamente canções gravadas à escolha do cliente e da facilitadora.

5.4. RECURSOS MATERIAIS

No decorrer das sessões, foram utilizados um rádio, CDs, uma máquina de filmar e um caderno para registo das mesmas. Quanto aos instrumentos foram utilizados instrumentos harmónicos, teclado, instrumentos da família do Instrumento Orff, tais como pandeireta com e sem pele, maracas, tamborim, caixa chinesa, clavas; instrumentos de percussão, tais como djembê, metalofone, xilofone, tambor, caixa da bateria, bomgós, darbuka (instrumento egípcio), taças tibetanas, pau de chuva, calimba, pratos. Outros instrumentos utilizados foram a flauta de bisel, o clarinete e a voz. O *setting* era composto por cadeiras, bancos, colchões, mesa onde os clientes e a facilitadora se distribuía.

5.5. AGENDA SEMANAL

Na fase de integração, tendo em conta a disponibilidade dos clientes e a flexibilidade de horário da estagiária, definiu-se que o estágio iria decorrer às segundas e terças-feiras. Após esta intervenção, optou-se por estabelecer três sessões individuais e três em grupo, as sessões individuais decorreram nos dois dias da semana, exceto uma intervenção individual e as sessões de grupo uma vez por semana. O grupo I e o grupo II trabalharam às segundas-feiras. O grupo I tinha a sua intervenção com a duração média de 30 minutos, entre as 15h e as 15:30; a sessão do grupo II tinha uma duração média de 45 minutos, das 16h às 16:45.

O restante horário do estágio foi preenchido com a preparação das sessões, reuniões de equipa, reunião com a orientadora de estágio, Dra. Margarida Nascimento, relacionamento informal com os clientes e participação em festas realizadas nas CERCICA. Na tabela que se segue figura esta distribuição semanal. Durante o estágio curricular, a estagiária, além do horário abaixo referido, sempre que tivesse um pouco mais de disponibilidade, ia para a CERCICA para reuniões com a orientadora de estágio, realização de atividades e para sessões com os clientes individuais/grupo.

Tabela 2 - Agenda semanal do estágio na CERCICA na resposta social CAO

	Segunda-feira	Terça-feira
9:00	Preparação de sessões	Preparação de sessões
9:30	Reunião com a orientadora de estágio, Dr. Margarida Nascimento	
10:30		Intervenção Individual
11:00		
11:30	Intervenção Individual	Intervenção Individual
12:00		
12:30		Grupo III
13:00	Almoço / relação informal com os clientes	
13:30	Relação informal com os clientes	Almoço / relação informal com os clientes
14:00	Intervenção individual	Intervenção Individual
14:30		
15:00	Grupo I	
15:30		
16:00	Grupo II	
16:30		
17:00		
17:30	Preparação das sessões / visionamento das sessões realizadas	
18:00		

6. OUTRAS ATIVIDADES

Tal como anteriormente referido, foi possível participar durante o estágio em atividades realizadas pela estagiária e outras atividades do CAO, CERCICA, assumindo uma postura mais neutra e outra mais de observação. De realçar que, pouco tempo após o início do estágio, a convite da orientadora de estágio, Dra. Margarida Nascimento e da psicóloga Dra. Sónia Santa-Rita, foi feito um convite para participar na Festa de Natal, na realização de canções de Natal, com vários clientes.

A escolha dos clientes foi feita pela estagiária, pela Dra. Margarida Nascimento e pela Dra. Sónia Santa-Rita. Após a escolha dos clientes, estes foram divididos em dois grupos, o primeiro tinha 12 clientes e cantaram a canção “Broas de Mel”. No segundo grupo participaram 17 clientes e executaram a canção “Jingle Bells”. Os ensaios foram realizados fora das horas de intervenção individual e de grupo, num horário extra, de acordo com a disponibilidade da estagiária e dos clientes. A festa de Natal foi realizada no dia 21 de Dezembro de 2012 contando com a participação da estagiária e clientes do CAO. Foi também possível participar, assumindo uma postura mais neutra e mais observadora na festa realizada a 28 de Julho na CERCICA no SunsetParty. No dia 12 de Julho, foi possível, com os clientes e alguns técnicos, fazer um piquenique no jardim da cerveja em Cascais.

Conforme foi referido anteriormente, todos os nomes usados a partir deste ponto serão fictícios para garantir a confidencialidade dos clientes.

7. ESTUDO DE CASO - GUILHERME

O Guilherme tem 23 anos de idade, frequenta a CERCICA desde Dezembro de 1997. Reside numa freguesia de Cascais, com a mãe e irmão.

O cliente nasceu com graves problemas de saúde e Paralisia Cerebral, com síndrome de abstinência. Filho de pais toxicodependentes foi abandonado à nascença no hospital, sendo posteriormente adotado por uma enfermeira do hospital.

Relativamente á informação anamnésica, existe referência na fase neonatal de asfixia à nascença, síndrome de abstinência, hiperbiliarubinémica (transusão total), ventilação durante três dias e permanência hospitalar durante os seis primeiros meses.

Na fase infantil, o Guilherme era uma criança muito instável não adería a nada, foi estabilizado progressivamente o comportamento com a ajuda farmacológica. Aos nove meses de idade foi-lhe diagnosticado ambliopia bilateral. Entre os 2 e os 6 anos o Guilherme andou num externato, aos sete anos de idade foi para a CERCICA para a valência CAO.

Em 1997 foi sujeito a uma cirurgia na luxação da anca.

Atualmente, a nível da linguagem continua a sofrer de perturbações tendo ecolálias, não tem adquirido controlo de esfíncteres, usa fralda, é uma pessoa totalmente dependente. Gere mal a frustração e a dor física, continuando a ter comportamentos desadequados, tais como, gritando e batendo-se a si próprio, apresenta pequenas melhorias a nível comportamental.

Ao nível dos dados mais recentes, a partir do momento em que passou a frequentar o CAO, Guilherme tem vindo a ter alguns progressos comportamentais, ao nível da agressividade.

Quanto aos elementos que se obtiveram através da observação directa, no momento em que se iniciou o estágio na CERCICA, poder-se-á referir que o Guilherme de destacou ao nível do comportamento, através da postura, gestos e movimentos.

Outras dificuldades relevantes observadas no cliente foram as dificuldades ao toque (não reagia bem quando lhe tocavam), demonstrava instabilidade emocional, baixa autoestima, insegurança, dificuldades na atenção/concentração, agressividade, estereotípias, perturbações na linguagem e ecolálias.

Plano terapêutico

Tendo em conta as características do Guilherme, anteriormente descritas, assim como os problemas observados no cliente, identificaram-se os seguintes objectivos gerais, assim como estratégias e técnicas para atingir:

Tabela 3 - Objectivos gerais, específicos e estratégias e técnicas da intervenção individual

Objectivos gerais	Objectivos específicos	Estratégias / técnicas
Diminuir o isolamento	-Promover a aproximação -Promover a consciência do espaço/corpo	-Jogos ritmicos -improvisação rítmica e vocal
Desenvolver competências na comunicação	-Promover uma maioria de respostas verbais ou não verbais -Aumentar a qualidade das respostas	-Improvisação Vocal livre -Recriações de canções -Variações ritmicas
Promover a auto-confiança	-Promover o relaxamento -Aumentar a auto-estima e auto-confiança -Promover a satisfação na realização de tarefas	-Improvisação vocal/instrumental -Recriação de canções

Processo de intervenção

Durante o estágio, foram realizadas 31 sessões individuais com o Guilherme, durante as quais se registaram períodos de evolução e pouco retrocesso. As oscilações que o Guilherme apresentou durante o estágio foram verificadas quando estava num estado mais agitado e excitado, onde apresentava comportamentos mais agressivos e espontâneos. Desta forma, foi realizada uma análise de todo o processo, sendo o foco o registo das sessões, os elementos avaliativos que se considera importantes para o processo terapêutico do Guilherme.

Neste estudo de caso, optou-se por dividir a intervenção em duas fases para uma melhor compreensão no processo terapêutico e o facto de ele não reagir e de não aceitar o toque e a proximidade das pessoas à sua volta. Desta forma, para clarificar estes dois momentos distintos e fundamentais que se registaram neste processo terapêutico, sendo a primeira parte decorre da 1º à 12º sessão e a segunda da 13º à 31º sessão.

1º fase (1º à 12º sessão). Numa primeira fase, tendo como base o modelo de intervenção musicoterapêutico de Nordoff – Robbins, foi explorada as capacidades e limites do cliente, de forma a perceber a sua sensibilidade musical e quais os aspectos que se poderiam

trabalhar e desenvolver naquele espaço. Foram também avaliadas as habilidades e as suas limitações.

Em termos estruturais, optou-se por numa primeira fase a realização de jogos rítmicos, para perceber quais as suas capacidades e limitações e jogos de imitação vocal, não podendo realizar jogos de espelho devido ao problema visual – ambliopia bilateral. Seguidamente, efetuaram-se atividades de improvisação tal como foi sugerido por Nordoff e Robbins, sendo que esta técnica seria fundamental na mudança terapêutica derivado às componentes ativas e auto regulador.

Estas improvisações foram normalmente livres, instrumentais ou vocais. As sessões iniciavam-se, geralmente, com uma pequena melodia tonal simples, onde era inserido o nome do cliente e terminadas com a mesma melodia inicial, de forma a concluir o fim da sessão de forma harmoniosa.

Desde o início da intervenção, foi sentida uma adesão às sessões de musicoterapia, através de sorrisos e de movimentos corporais realizados pelo Guilherme. O entusiasmo pelas sessões talvez esteja ligado ao enorme gosto que demonstrou sentir pela música, algo que já tinha sido referido na fase de observação directa.

Nas primeiras sessões, o Guilherme demonstrou alguma resistência, não permitindo que o tocasse ou que colocasse algo em cima das suas pernas. A nível do ritmo, manifestou um grande sentido rítmico, interiorizando o tempo estabelecido, do qual não oscilava, mostrando assim, uma grande capacidade de adaptabilidade às mudanças de tempo que eram realizadas pela facilitadora, sobretudo na improvisação livre. Tendo em conta esta capacidade demonstrada pelo cliente, procurou-se que esta intervenção oferecesse um espaço privilegiado ao ritmo e seus elementos, ajudando a estruturar e a tomar contacto com a realidade, captando a sua atenção e envolvendo-o na relação.

Foram utilizadas variações rítmicas, com objectivo de desenvolver a capacidade de adaptação do Guilherme, assim como a sua capacidade de concentração e de atenção, algo que demonstrou ter alguma dificuldade em permanecer concentrado e em permanecer na tarefa que desenvolvia. Foi procurado o aumento da sua concentração durante um período de tempo mais elevado.

Neste período inicial, como referido em cima, o Guilherme continuou a resistir ao toque, permitindo somente a bola nas pernas, algo que lhe remetia à terapia com os cães, sendo a bola um instrumento utilizado pela terapeuta ocupacional nas sessões com os cães. Inicialmente as sessões eram realizadas com uma bola, permitindo assim, uma maior proximidade do cliente. Foram realizados alguns exercícios de ritmo na bola, até tentar trocar a bola por um instrumento de percussão. Ao fim de algumas sessões realizadas com a bola, foi-lhe trocado a bola por maracas em forma de ovos, tentando que houvesse uma proximidade entre a bola e as maracas, sendo as duas redondas. Esta tarefa não foi totalmente conseguida, o cliente rejeitou as maracas mas deixando-as permanecer no seu colo durante a sessão. Durante as próximas sessões, o Guilherme foi ganhando mais confiança, mais auto-estima, deixando dessa forma uma maior proximidade entre terapeuta e cliente. Nestas sessões, utilizou-se a técnica da improvisação livre, vocal ou instrumental, quando a facilitadora estava a improvisar vocalmente, o cliente conseguia controlar os seus movimentos estereotipados, conseguindo permanecer durante num período de tempo elevado, simplesmente a ouvir, por vezes, improvisava com a facilitadora, mas sempre em pequenos momentos e num curto espaço.

Verificou-se também, falta de iniciativa por parte do cliente nas improvisações, sendo esta tarefa iniciada pela musicoterapeuta, assim como a iniciativa de produzir variações rítmicas. Durante a primeira fase o Guilherme não interagiu muito com a musicoterapeuta,

ficando numa posição mais de audição e não de participação, tendo por alguns momentos algumas oscilações e participando vocalmente e ritmicamente.

Na 9ª sessão, após algumas repetições da canção de boas vindas, o Guilherme tomou iniciativa de cantar a melodia do início até ao fim, ao mesmo tempo que cantou, batia o ritmo na sua perna. Foi a única vez que o cliente cantou a melodia, acompanhando com o ritmo. Nessa sessão, a musicoterapeuta sentiu da parte do cliente uma evolução, tanto a nível da autoconfiança como a nível da auto-estima. Também se verificou uma diminuição do isolamento do cliente.

Durante as sessões, o Guilherme produzia sons vocais não verbais, acompanhando a musicoterapeuta no mesmo tom que estava a cantar, mas normalmente sempre num curto tempo. Ao nível do ritmo o cliente conseguia acompanhar a terapeuta permanecendo nessa atividade mais tempo.

Na 12ª sessão, o Guilherme permitiu que lhe colocassem a pandeireta com pele nas suas pernas, conseguindo com que permanecesse durante a sessão inteira. Durante a sessão ele foi executando o ritmo sozinho e algumas vezes com a ajuda da musicoterapeuta. O cliente durante a sessão perguntou qual era o instrumento que a terapeuta lhe estava a dar, sentindo necessidade de saber através do manuseamento do instrumento. Quando lhe foi dito o nome do instrumento o cliente não se esqueceu do nome, repetindo nas várias sessões o nome do instrumento que lhe dava para executar. Através das sessões o cliente foi diminuindo o isolamento através da música.

Nesta primeira fase, o Guilherme teve bastantes progressos, ao longo das sessões conseguiu uma maior interação com a musicoterapeuta, tentando imitando o que estava a se realizado ou acompanhar com o ritmo. Os movimentos estereotipados do cliente, ao longo das sessões foram diminuindo, conseguindo que durante o tempo da intervenção esses movimentos

fossem diminuindo, sendo conseguidos. Em algumas sessões, o Guilherme não teve participação ativa, conseguindo atingir a atenção e o relaxamento passando a sessão inteira de cabeça para baixo a ouvir o que a musicoterapeuta estava a improvisar, interagiu a nível rítmico, mas sempre muito calmo.

Foi sentido no *setting* terapêutico, uma mudança significativa, ao nível do desempenho do Guilherme.

É de salientar que o Guilherme, em contexto externo às sessões, apresentava frequentemente estereotipias, tais como rodar a cabeça e rodar as mãos, algo que, em contexto de sessões de musicoterapia não acontecia com tanta frequência. Verificou-se também, que o Guilherme, num ambiente estruturado, diminuía a ocorrência de estereotipias.

Durante as sessões, o Guilherme manifestou a vontade de estabelecer um discurso verbal, repetindo sempre as mesmas palavras. Como foi referido anteriormente, o Guilherme apresenta perturbações da linguagem, tendo ecolálias, e durante as sessões repetia sempre as mesmas palavras e frases: “gosto muito do piano”, “o Gonçalo comeu a sopa sozinho”, “dá-me um beijinho”, “comi a gelatina de manga”, sendo algumas das frases que ele foi repetindo durante as sessões.

2º fase (13º à 31º sessão). Nesta segunda fase, o Guilherme já permitia o instrumento nas suas pernas e deixando permanecer durante a sessão. Verificou-se uma evolução ao nível do toque, sentindo uma maior confiança entre o cliente e a terapeuta. A música assume um papel de importância pelo apelo à expressão, à emoção e à promoção do desenvolvimento criativo.

O Guilherme sofreu algumas oscilações ao nível dos movimentos estereotipados. Durante as sessões enquanto a musicoterapeuta improvisava juntamente com o cliente, os comportamentos repetitivos era eliminados através da música executada, permanecendo estável na cadeira de rodas com a cabeça para baixo, a ouvir o que se estava a executar, por vezes intervinha com alguns momentos de ritmo. Desta forma, o cliente tem a hipótese de ouvir e explorar diversos sons, assim como cantar, tocar, ouvir para se situe e participe no que rodeia. Estes hábitos irão favorecer o desenvolvimento da memória do cliente, assim como discriminar sons, melodias, ritmos e palavras. A música ao ser ouvida e executada em conjunto com a musicoterapeuta permite uma abertura para a socialização verbal e não-verbal.

As sessões eram iniciadas com uma pequena canção das boas vindas, como referido na primeira fase. Quando esta música era executada, o Guilherme mudava o seu comportamento, sorrindo logo que a canção era cantada pela musicoterapeuta, emitindo sons através do cinto de segurança da cadeira de rodas ou emitindo som com as rodas da sua cadeira. Desta forma o cliente conseguia demonstrar o gosto pela música, como não produzia a letra, o Guilherme chamava pela musicoterapeuta, repetindo várias vezes o nome dela. Era importante a prática da música, sendo que o objetivo não se centrava na aquisição de conhecimentos musicais, mas sim no desenvolvimento da perceção, atenção, memória, emoção e socialização.

Verificou-se, que quando estava mais alterado a nível do comportamento durante as sessões falava muito, repetindo conseqüentemente as mesmas frases ou palavras soltas, tendo sempre comportamentos estereotipados durante as sessões, por vezes esses comportamentos eram controlados pela musicoterapeuta com improvisações com ritmos regulares e lentos, a nível vocal utilizava variações musicais em que o cliente se sentia mais aproximado da facilitadora. Em algumas vezes esta tarefa foi conseguida pela facilitadora.

Na 14ª sessão, a musicoterapeuta introduziu o instrumento de sopros, clarinete, onde o cliente perguntou de seguida que instrumento era. Quando a musicoterapeuta começou a executar e improvisação a reação do cliente foi sorrir e baixar a cabeça e ouvir com muita atenção o que estava a reproduzir, acompanhando a musicoterapeuta com ritmo, percutindo nas suas pernas. Na improvisação a musicoterapeuta começou por introduzir ritmo mais rápido, onde o Guilherme de seguida começou acompanhar o mesmo ritmo nas suas pernas.

Na 15ª sessão, a musicoterapeuta introduziu novamente o clarinete, onde o cliente disse o nome do instrumento. Na improvisação livre a musicoterapeuta começou a tocar no clarinete num registo grave, o Guilherme parou com os comportamentos estereotipados, logo nos primeiros minutos enquanto a musicoterapeuta tocava, onde o cliente começou por bater palmas por um período de tempo muito curto. O cliente acabou a sessão a ouvir com muita concentração o que a facilitadora executava, conseguindo controlar os movimentos estereotipados.

Algumas sessões o cliente cantava acompanhando a musicoterapeuta, sendo esta tarefa bastante curta. Quando lhe era dada a pandeireta, o cliente em algumas sessões tinha algum receio, não executava a tarefa sozinho precisando da ajuda da facilitadora. O Guilherme tinha pouca iniciativa.

Quando o cliente improvisava vocalmente juntamente com a musicoterapeuta, repetia algumas vezes a mesma frase: “O Guilherme é cantor”, estas improvisações eram sempre muito curtas, tinha vários momentos em que cantava ou repetia o que a facilitadora introduzia, mas sempre prestações muito curtas.

Quando a musicoterapeuta introduziu a flauta de bisel nas sessões, o cliente ouviu com muita atenção, por vezes começava com os comportamentos repetidos mas durante pouco tempo. Registou-se, que na maioria das sessões, o Guilherme pedia à musicoterapeuta um

beijinho, e quando a musicoterapeuta lhe respondia que o cumprimento era a música de boas vindas o cliente respondia: “não há beijinhos”. Este ato do cliente era repetido na maioria das sessões. Sempre que havia um momento de silêncio o Guilherme aproveitava para pedir beijinhos ou falar palavras soltas, em algumas situações começava com os comportamentos estereotipados, quando era retomada a tarefa o cliente parava com todo que estava a fazer, ficando a ouvir ou a participar.

Na 23ª sessão, o Guilherme na canção de boas vindas começou por a executar o ritmo e cantou dizendo “Olá Guilherme”, cantando de seguida algumas notas soltas enquanto a musicoterapeuta improvisava. Durante esta sessão, o Guilherme teve vários momentos em que cantou juntamente com a musicoterapeuta, passando a sessão a ouvir sem os comportamentos estereotipados e por vezes fazia o ritmo nas suas pernas.

Na 24ª sessão, o Guilherme durante a tarde “mordeu” o braço à monitora. Após este acontecimento a musicoterapeuta foi a buscar o cliente à sala onde o iria levar para a sessão. A monitora informou à musicoterapeuta o que aconteceu durante a tarde com o Guilherme. Quando entraram na sala o Guilherme virou-se para a musicoterapeuta dizendo que se tinha portado mal, que tinha levantado as mãos. A sessão foi realizada com normalidade, onde o Guilherme esteve sempre com comportamentos normais, sem qualquer alteração emocional e agressiva. Na canção das boas vindas o cliente cantou uma parte da letra: “Olá..olá..”, juntamente a acompanhar com ritmo. Durante as atividades, o cliente ia tendo noção do que tinha feito repetindo várias vezes que se tinha portado mal, a facilitadora não deu importância ao que ele estava a dizer. Nesta sessão, o Guilherme esteve muito falador, sentido um pouco agitado dizendo palavras soltas. A musicoterapeuta aproveitou algumas dessas palavras e construiu uma pequena canção com as frases que o cliente ia dizendo. No geral, o Guilherme teve os mesmos comportamentos que ia tendo ao longo do processo terapêutico.

Nas restantes sessões, o Guilherme ia participando com a musicoterapeuta, cantando, produzindo alguns ritmos, escutando sempre muito atento ao que se estava a executar.

A partir da 26ª sessão foi dado um ênfase à preparação do processo de separação e término da intervenção terapêutica, tentando criar momentos de improvisação que, de certa forma, relatassem o percurso da intervenção.

Na 28ª sessão, foi introduzida a calimba nas sessões com o Guilherme, durante a improvisação não parou com os comportamentos repetitivos. Nessa mesma sessão a musicoterapeuta cantou a canção da Sara Tavares “Chamar a Música”, onde o Guilherme ouviu com atenção e sempre que a musicoterapeuta cantava o refrão o cliente começava por produzir sons nas rodas da cadeira de rodas, sorrindo, demonstrando assim, o seu gosto e a sua satisfação através da música. Verificou-se que a música foi estimulante no processo terapêutico do Guilherme.

Na penúltima sessão, quando a musicoterapeuta disse ao cliente que só iria ter mais uma sessão com ela, ele virou-se e disse: “não há mais música”.

Resultados

Consideramos, que se criou uma linha de comunicação entre o Guilherme e a estagiária, não implicando o uso de palavras ou frases (diálogo não verbal), foi nascendo e crescendo através de sons, gestos, olhar, toque, algo que o Guilherme foi-se tornando mais eficaz do que através do diálogo verbal.

Verificou-se, uma grande evolução ao nível do comportamento como ao nível do seu desempenho e à participação juntamente com a musicoterapeuta, nesta segunda fase, na maioria das sessões o Guilherme cantava, sempre num período muito curto mas essa evolução foi evidente. Nesta segunda fase essa evolução foi significativa a todos os níveis, já reagia com

normalidade ao toque e por vezes era o cliente que esticava o braço para a musicoterapeuta lhe tocar, foram notórias estas atitudes nos registos feitos pela musicoterapeuta.

A música foi um canal de abertura para o Guilherme, conseguindo atingir ao fim dos 9 meses de estágio. O cliente conseguiu através da música, reagir ao toque e à proximidade da terapeuta, melhorando assim, o isolamento, aumentando a comunicação verbal e não-verbal e a memória.

8. ESTUDO DE CASO - PAULO

O Paulo tinha 29 anos de idade, residia numa freguesia de Cascais, com a mãe, irmã e o pai, e frequentava a CERCICA desde Setembro de 2003. Apresentava uma deficiência de Esclerose Tuberosa. Em termos anamnésicos, é referida uma gravidez normal, com vigilância médica normal apesar de ter uma ameaça de aborto. No relatório médico a nível do desenvolvimento psicomotor o seu desenvolvimento foi sem anomalias. Sorriu pela primeira vez no primeiro mês, os primeiros passos foram aos doze meses e as primeiras palavras foi ao ano e meio. A nível da linguagem, o Paulo, sendo um jovem sociável, apresentou algumas dificuldades com alguns traços de ecolalias. No diagnóstico médico da CERCICA, o Paulo apresenta alguns problemas de saúde, tais como epilepsia apesar de não se manifestar durante alguns anos, sofrendo também de problemas renais.

As atividades por que o Paulo se interessa mais são a música, jogar à bola e matraquilhos. O Paulo teve algumas atividades em casa, como por exemplo, aulas de música, tendo alguns instrumentos musicais, tais como, bateria, trompete, xilofone e alguns instrumentos orff.

O Paulo gosta de músicos portugueses como Xutos & Pontapés, Tony Carreira, Marco Paulo, Sara Tavares, Anabela entre outros grupos musicais, tendo uma grande paixão pela bateria.

O Paulo ingressou na escola aos três anos de idade.

Planoterapêutico

Tendo em conta as características do Paulo, anteriormente descritas, identificaram-se os seguintes objetivos gerais, assim como estratégias e técnicas a implementar:

Tabela 4 - Objectivos gerais, específicos e estratégias e técnicas da intervenção individual

Objectivos gerais	Objectivos específicos	Estratégias /técnicas
Promover a comunicação verbal/não verbal	-Promover a comunicação de forma adequada -Promover a escuta activa -Aumentar a iniciativa no diálogo com o outro	-Improvisação vocal/instrumental -Recreação e interpretação de canções da escolha do cliente
Promover situações de prazer e bem-estar	-Aumentar a participação na tarefa -Promover o relaxamento	-Audição de canções da preferência do cliente
Desenvolver a auto-estima	-Promover a participação na tarefa -Promover a satisfação na realização da tarefa	-Improvisação vocal/instrumental -Recreação de canções

Processo de intervenção

Durante o estágio, foram realizadas 28 sessões individuais com o Paulo, durante as quais se registaram períodos de evolução e pouco retrocesso. Desta forma, faremos uma análise de todo o processo, focando-nos nos registos das sessões, nos elementos avaliativos que consideramos importantes para o processo terapêutico do Paulo.

Durante as primeiras sessões, tendo como base o modelo de intervenção musicoterapêutico de Nordoff – Robbins, procurou-se explorar as capacidades e os limites do Paulo, de forma a perceber a sua sensibilidade musical e quais os aspectos que se poderiam trabalhar naquele espaço. Também se procurou avaliar quais as habilidades e as limitações encontradas no cliente.

Na primeira sessão, a facilitadora colocou à disposição do Paulo alguns instrumentos de percussão; o cliente ficou entusiasmado ao ver aqueles instrumentos ali para tocar. Esta

primeira sessão teve a duração de uma hora, em que o Paulo e a musicoterapeuta improvisaram; nesta atividade terapêutica a facilitadora pôde ver algumas limitações do Paulo e algum do seu gosto musical. Durante a sessão foi utilizada improvisação livre e por vezes a improvisação vocal. A segunda sessão foi realizada no ginásio onde não havia muitas condições para se realizar a sessão por não haver instrumentos musicais. A facilitadora realizou alguns jogos rítmicos com bolas que estavam no ginásio, realizaram improvisação livre e improvisação vocal, e foi realizado o jogo do espelho entre o cliente e a facilitadora.

Verificou-se que o Paulo gosta muito de jogos rítmicos, também se constatou que o cliente se dirigia mais para os instrumentos de percussão, conseguindo tocar na caixa da bateria com as duas baquetas, com coordenação das duas mãos e através dessa atividade controlava os movimentos estereotipados, sorrindo sempre que era produzido algum som. Quando a musicoterapeuta introduziu o órgão nas primeiras sessões, o Paulo demonstrou um interesse enorme pelo ele. Quando teve contacto com o órgão começou por descobrir os sons, mas sempre só com a mão direita, deixando a outra mão livre, e com a qual fazia alguns movimentos repetidos. Quando a facilitadora colocou uma batida no órgão, o Paulo disse que aquilo fazia som. Durante esta mesma sessão, o Paulo foi conseguindo introduzir as duas mãos no órgão. Quando a facilitadora foi buscar a caixa da bateria e as duas baquetas, o Paulo pegou nelas e esteve o restante da sessão a tocar na caixa mantendo quase sempre o ritmo, não tendo oscilações de tempo e de ritmo; a facilitadora acompanhava-o no órgão e na voz, improvisando livremente os dois.

Numa das sessões, juntamente com o Paulo, a facilitadora introduziu duas frases que o Paulo disse: “O Paulo gosta de bateria e também gosta de música”; esta frase foi introduzida na canção das boas-vindas. Em todas as sessões, a canção de boas-vindas tinha esta frase do Paulo.

Ele cantava com uma enorme satisfação, demonstrando-o pelo sorriso, pelos movimentos do corpo, balançando-se sempre que se cantava esta canção nas sessões.

O Paulo foi demonstrando o seu gosto musical, dizendo que gostava dos Xutos & Pontapés. Nalgumas sessões, a facilitadora introduziu algumas músicas do grupo Xutos & Pontapés, realizando algumas atividades como cantar a canção, promovendo assim a comunicação verbal do Paulo que repetia algumas vezes as letras. Com a introdução da caixa da bateria, o Paulo conseguiu manter o ritmo na caixa enquanto cantava, por um período de tempo curto, mas aos poucos foi conseguindo aumentar esse período de tempo mantendo o ritmo e fazendo algumas dinâmicas enquanto tocava. Verificou-se que o Paulo, fora das sessões, não era um cliente que falava muito. Sem um discurso coerente e lógico e com algumas dificuldades na expressão verbal, conseguia exprimir-se, mas não conseguia manter uma conversa, dizendo apenas algumas frases soltas. Todavia, quando estava inserido na música, ele conseguia cantar as músicas todas com a respetiva letra, não só as músicas que ele já conhecia e que faziam parte do seu repertório musical, mas teve capacidade de aprender novas canções cujas letras conseguiu decorar com alguma facilidade, não demonstrando essa mesma facilidade no dia-a-dia.

Durante as sessões, o Paulo ia repetindo algumas frases tais como: “faz som”, “ O Paulo gosta de bateria e de música”, estas eram as palavras que o cliente ia dizendo durante as sessões, não mantendo nenhum discurso com a musicoterapeuta.

Durante a intervenção terapêutica, o método utilizado foi o de improvisação vocal e instrumental, em que o cliente conseguia manter a sua postura, eliminando os comportamentos estereotipados e conseguindo manter a tarefa até ao fim.

Na realização de jogos rítmicos, a facilitadora foi conseguindo, ao longo das sessões, a libertação rítmica do cliente, eliminando algumas resistências, deixando-o improvisar com total liberdade, facilitando algumas das dificuldades apresentadas durante as sessões.

Quando o Paulo improvisava no órgão, a musicoterapeuta improvisava em instrumentos de percussão, o momento de improvisação era mágico, pois o Paulo conseguia abstrair-se, relaxando, conseguindo focar-se somente na música e no que se realizava durante as sessões com a musicoterapeuta, diminuindo os comportamentos estereotipados, aumentando a concentração e a duração da tarefa.

Numa fase mais avançada do processo terapêutico, a musicoterapeuta introduziu novamente as músicas dos Xutos & Pontapés, cantando e improvisando com instrumentos de percussão com o Paulo. Ao longo da sessão foram introduzindo novos ritmos às músicas, desmontando um pouco a música original, com a mesma letra mas com ritmos diferentes. O Paulo conseguiu cumprir a tarefa proposta pela musicoterapeuta, demonstrando alguma facilidade em mudanças de ritmo, como observou a musicoterapeuta durante as sessões realizadas.

Na 11ª sessão, a musicoterapeuta introduziu o clarinete na sessão, e improvisou juntamente com o Paulo. Quando a musicoterapeuta começou a tocar no clarinete, o Paulo virou-se para ela e disse: “o clarinete é um instrumento de bandas, e é de homens”, logo após esta frase do cliente, foi verificado que ele tinha um conhecimento abrangente da música, que lhe advém da estimulação que os pais lhe dão. Logo após este comentário do cliente, ele começou a improvisar na caixa da bateria e a facilitadora foi acompanhando. O Paulo, ao longo da improvisação, foi introduzindo dinâmicas e vários ritmos que a musicoterapeuta lhe ia facilitando. Foi observado que o Paulo, na improvisação livre, ia batendo o ritmo com os pés, mantendo sempre a postura, eliminando os comportamentos estereotipados e, enquanto tocava,

sorria. Nesta improvisação, houve um momento que mais parecia uma marcha de banda filarmónica, sendo um ritmo mais marcado e muito idêntico às marchas de rua tocadas por bandas filarmónicas.

O Paulo, ao longo da sessão, ia introduzindo novos ritmos e novas dinâmicas que a musicoterapeuta acompanhou no clarinete. Ao fim da sessão, o Paulo disse que o clarinete tinha um som forte.

No início das sessões, o Paulo escolhia o instrumento que queria tocar, escolhendo na maioria das vezes instrumentos de percussão; tinha muita iniciativa e começava a tocar logo que pegava num instrumento. Nalgumas sessões, introduziram-se novas músicas de vários intérpretes, verificando-se, assim, que o Paulo tinha bastantes conhecimentos musicais e algumas facilidades no ritmo. A musicoterapeuta cantava algumas canções e o Paulo acompanhava nos instrumentos de percussão e também cantava juntamente com a musicoterapeuta; foram introduzidas canções de Sara Tavares, Ala dos Namorados, Rui Veloso, Anabela, entre outros cantores. Da canção da Anabela, o Paulo cantou a letra toda, parando de tocar e focando-se na letra.

A partir da 21ª sessão, foi dada uma ênfase à preparação do processo de separação e término da intervenção terapêutica, tentando criar momentos de improvisação instrumental e vocal que, de certa forma, retratassem o percurso da intervenção.

Na 21ª sessão, o Paulo levou o CD do Tony Carreira; o cliente cantou as músicas e acompanhava fazendo o ritmo nos bongós, parava algumas vezes de tocar para cantar, não conseguindo fazer as duas coisas simultaneamente por muito tempo, por ter alguma dificuldade em coordenar as duas coisas. Nesta mesma sessão, verificou-se que o cliente não teve comportamentos estereotipados, enquanto executava a sessão, ia sorrindo e batia o ritmo com o pé.

Nas improvisações instrumentais, a musicoterapeuta introduzia várias vezes canções que o Paulo conhecia para o cliente conseguir manter as duas funções ao mesmo tempo. Ao longo das sessões, o Paulo foi conseguindo aumentar o seu tempo de execução em ambas as coisas, a improvisação instrumental e a voz, conseguindo cantar ao mesmo tempo que ia acompanhando com o ritmo na caixa da bateria ou noutra instrumento de percussão. Esta tarefa foi evoluindo ao longo das sessões, não só com músicas que o cliente conhecesse, mas também com improvisações livres vocais que a musicoterapeuta ia introduzindo ao longo das sessões em que o Paulo acompanhava.

Verificou-se que o Paulo, quando tocava algum instrumento harmónico, sentia a necessidade de tocar em conjunto com um instrumento de percussão. Quando a musicoterapeuta lhe deu o xilofone, o cliente começou a improvisar, mas ao mesmo tempo fazia batidas num instrumento de percussão que tivesse ao pé dele. Introduzia uma melodia, e também introduzia a batida noutra instrumento, fazendo ambas as coisas; a musicoterapeuta ia facilitando a atividade, dando um suporte rítmico à melodia que estava a executar.

O paciente foi observado na forma de interagir com os instrumentos, com as suas respetivas sonoridades, com a sua própria voz, com o ambiente à sua volta e com a musicoterapeuta.

Resultados

Consideramos que se criou uma linha de comunicação entre o Paulo e a terapeuta, não implicando necessariamente o uso de palavras ou frases, nascendo e crescendo através da intervenção realizada nas sessões, sendo isso possível através de sons, palavras, gestos, olhar e diálogo musical, algo em que o Paulo se foi tornando mais eficaz do que no diálogo verbal.

Verificou-se uma grande evolução ao nível do comportamento, da coordenação como ao nível do seu desempenho e à participação juntamente com a musicoterapeuta. Ficou demonstrada, assim, uma evolução na participação e na iniciativa do cliente, bem patente nos seus atos e nas suas atitudes durante as sessões.

9. OUTRAS INTERVENÇÕES CLÍNICAS

Foram realizadas mais intervenções terapêuticas, individuais e de grupo, com mais clientes.

Nas intervenções individuais, a musicoterapeuta trabalhou com a Laura, nascida em 04-05-1997. O diagnóstico que a cliente apresenta é Síndrome de Rett, sofrendo de algumas dificuldades motoras, com alguma descoordenação. Consegue ter a marcha autónoma, subindo e descendo escadas, mas com um apoio. Tem algumas perturbações de linguagem, apenas se entende quando ela chama a mãe, dizendo “mamã”; também foi dada a informação de que quando alguém não consegue entender o que a Laura quer ou o que está a tentar dizer, ela grita. A nível do comportamento, é uma jovem dócil e calma, não gosta de cheiros desagradáveis, mostra-se intolerante à frustração e a esperar pela sua vez. Na área de interesse, gosta de música.

Como referido acima, apresenta um quadro clínico de síndrome Rett com défice cognitivo severo. Este Síndrome resulta de alteração do gene MECP2 do Cromossoma X.

O grupo I é composto por duas clientes, a Verónica e a Matilde. A Verónica nasceu a 02-03-1977, apresentando um quadro clínico de síndrome de Rett. Teve um desenvolvimento normal até aos 2 anos de idade, mas depois, sem explicações aparentes, teve um retrocesso. Deixou de agarrar as coisas, de gatinhar, subir escadas, de falar, entre outras coisas que foi deixando de fazer como uma criança normal. Não apresenta lesões cerebrais. O meio de expressão da Verónica é através do riso e do choro. A nível da linguagem, não articula as palavras, emite poucos sons, não consegue repetir o que lhe dizem, mas consegue entender o que lhe dizem, a sua atividade preferida é ouvir música.

Matilde nasceu a 28-02-1986, apresenta um quadro clínico de Deficiência Mental Profunda e Epilepsia. A Matilde tem de ter alguns cuidados devido à epilepsia, evitar quedas e proteger sempre a cabeça.

O desenvolvimento psicomotor foi encarado como normal até aos 3 anos de idade, altura em que, com a entrada no infantário, as educadoras se aperceberam de um atraso no desenvolvimento intelectual, tendo então sido observada em psicologia e neurologia pediátrica. Aos 6 anos de idade teve pela primeira vez uma convulsão generalizada tónico-clónica, tendo sido medicada com tegretol(CBZ). Não voltou a ter mais crises até aos 9 anos, nesta altura deixou de ser acompanhada pela terapêutica. Porém as crises voltaram a aparecer com bastante frequência. A reintrodução do CBZ já não foi eficaz, por isso fez posteriormente VPA, VGB, CLN, GBP, PB, LTG, TPM, CLN, PRI, LVT, sempre sem controlo total das crises. Aparentemente, os estudos genéticos efetuados não chegaram a esclarecer a etiopatogenia do quadro. A observação revelou oligofrenia, sem evidências de sinais focais do SNC.

O grupo II foi composto por quatro clientes. Roberto nasceu em 07-07-1971, apresentando um quadro clínico de Deficiência Mental Moderada e Distrofia Miotónica de Steinert.

No relatório de avaliação psicológica, verificou-se uma orientação no sentido de clarificar os recursos intelectuais do examinado e de identificar as áreas de maior dificuldade e de maior facilidade.

Demonstrou pouco empenho e pouco interesse nas tarefas propostas e nas questões colocadas, desistindo com facilidade e verbalizando com frequência que não queria continuar, sendo mas evidente nas tarefas que envolviam manipulação de materiais. Em geral, esteve atento às questões colocadas e às tarefas propostas mas o desinteresse já referido resultou num baixo investimento na conclusão das tarefas.

Apesar de apresentar um discurso perceptível, revelou algumas dificuldades de articulação verbal, acompanhadas de episódios de gaguez, evidentes nos momentos de maior ansiedade. Destacaram-se dificuldades do cliente ao nível da coordenação visuomotora, da capacidade de identificação visual de figuras e ao nível da atenção.

Pedro nasceu em 24-07-1964, apresentando um quadro clínico de Síndrome de Down. No relatório de avaliação psicológica, verificou-se dificuldades ao nível da capacidade para pensar e para agir sobre problemas que exigem maior capacidade de abstração, indicando um nível de pensamento concreto.

Mariana nasceu em 05-09-1966, apresentando um quadro clínico de Deficiência Intelectual Moderada (Grave) e Hidrocefalia.

Ao longo do período de iniciação, foram observadas algumas orientações, sobretudo em termos de humor e sonolência. Os dois aspetos mais significativos consistem numa nítida perda de interesse ou prazer em desfrutar de certas atividades de que inicialmente gostava. Para além destes dois aspectos, será de referir que se mantém bastante apática, isto é, apresenta pouca reatividade ao meio envolvente e não manifesta praticamente nenhuma iniciativa para atividades e para interagir com os colegas. Relacionado com todas estas manifestações, a Mariana apresentou alguma lentificação motora e dificuldade em se concentrar para responder a questões que lhe são colocadas.

Bernardo nasceu em 25-04-1970, apresentando um quadro clínico de Deficiência Intelectual Ligeira.

Bernardo tem sete irmãos, nasceu de uma gravidez de risco. A mãe tinha quarenta anos quando ele nasceu, tendo sofrido sinais de aborto aos três meses de gestação. Em termos de

antecedentes pessoais, regista-se um episódio convulsivo aos vinte e dois dias de idade em reação a uma vacina. Ainda em bebé teve também meningite.

Ao longo da infância registou-se um quadro global de desenvolvimento psicomotor retardado. De salientar ainda a sua maturidade afetiva e as dificuldades de interpretação e adaptação a situações sociais.

O grupo III era composto por três clientes. O Fernando nasceu em 15-02-1989, apresentando um quadro clínico de Síndrome de Asperger.

Fernando vive com a mãe e o pai, tem uma irmã residente na Inglaterra. O ambiente relacional é, aparentemente, positivo com um acompanhamento próximo do percurso do jovem. Em termos de expectativas futuras, a família espera sobretudo a exigência e a aquisição de hábitos e rotinas de trabalho.

O Fernando é um jovem dócil e afável, manifestando contudo um défice evidente na interação social e manutenção espontânea de conversações, o que é próprio do autismo. Apresenta maneirismos motores estereotipados e repetitivos (coçar a barriga e/ou cabeça, sacudir ou rodar as mãos) e interesse marcado por desenhos da Walt Disney.

Em momentos de tensão ou quando corrigido, pode tornar-se mais agitado ao nível motor, não existindo contudo qualquer registo de comportamentos agressivos. Nestas situações, dever-se-á falar com o jovem calmamente e dar-lhe tempo e espaço para se recompor. Manifesta igualmente alguma rejeição/resistência inicial às tarefas propostas, tornando-se coerente face a instruções assertivas.

O desenvolvimento psicomotor foi normal no que se refere à aquisição da marcha e da linguagem, verificando-se ambas aos doze meses. Todavia falava pouco e usufruiu de terapia da fala durante a infância.

Benjamim nasceu em 01-08-1973, apresentando um quadro clínico de Autismo. A avaliação psicológica teve como base a avaliação das funções cognitivas através da escala de Inteligência de Wechsler para Adultos (WAIS). Foi orientada no sentido de clarificar os recursos intelectuais do cliente e de identificar as áreas de maior dificuldade e de maior facilidade. No decorrer da avaliação, o cliente demonstrou empenho e interesse pelas provas apresentadas, embora se verificasse alguma ansiedade. Destacam-se algumas dificuldades do Benjamim, na capacidade de identificação visual das figuras, a nível de atenção aos detalhes e capacidade para os manipular de forma lógica, na capacidade para associação, a nível de compreensão, no autocontrolo e na memória imediata.

Fábio nasceu em 27-04-1988, apresenta um quadro clínico de Deficiência Intelectual e Síndrome de Asperger.

O nascimento do Fábio não foi planeado, tendo os nove meses de gestação sido problemáticos. Aos três meses de gestação, a mãe teve a confirmação da gravidez, até essa altura tomou medicação não aconselhável para grávidas o que lhe provocou grande ansiedade. O parto propriamente dito foi normal, de termo, sem registo de complicações.

Os primeiros tempos de vida do Fábio foram conturbados, com diversos problemas ao nível da saúde física. Aos três meses, foi-lhe diagnosticado um glaucoma congénito, tendo sido submetido a diversas intervenções cirúrgicas, estando controlado desde os três anos, embora apresente uma diminuição na visão. Ao longo deste tempo, teve também várias pneumonias, bronquiolites e meningite infecciosa aos dois anos.

O seu desenvolvimento psicomotor foi tardio no que se refere à aquisição da linguagem e da marcha, verificando-se apenas aos dois anos.

O Fábio, enquanto adolescente, apresentou algumas dificuldades cognitivas, mas realizou uma aprendizagem escolar suficiente, com apoio. Apresentou competências e aptidão musical fora do comum que tiveram de ser valorizadas. Necessitou de psicofarmacoterapia ao longo dos anos para ajudar no controlo da agressividade que surgia nas situações de tensão.

Na área social, o Fábio revelou um comportamento extrovertido e comunicativo. No contacto com o adulto e hierarquia é afável não respeitando, por vezes, a distância das relações. Ocupa os seus tempos de lazer com diversas atividades, revelando maior interesse pela área musical.

Ao nível da autonomia, o Fábio possuiu capacidades necessárias para cuidar de si, nomeadamente no que respeita à higiene pessoal, alimentação, vestir-se/despir-se sozinho. Apresentou algumas dificuldades na utilização do dinheiro e não utiliza transportes públicos de forma autónoma.

10. CONCLUSÃO

Este relatório procurou retratar, de forma clara, o modo com se processou esta primeira experiência com musicoterapia, tentando ter sempre uma postura correta e profissional.

O primeiro impacto com este tipo de população foi agradável, sendo um grupo com que há muito desejava poder trabalhar. Senti, desde o início, uma grande receptividade e uma grande empatia dos clientes, o que poderá estar ligado à área de interesses da maioria deles.

Ao nível do impacto desta intervenção específica para cada cliente, houve uma boa receptividade e interesse por parte de todos, o que poderá estar ligada à música enquanto terapêutica, o que resultou num grande investimento por parte dos clientes.

Face aos objetivos propostos para cada cliente, foi notável na observação de cada cliente a evolução ao longo dos nove meses de estágio, sobretudo ao nível do comportamento, da estimulação da memória, da linguagem verbal e não-verbal. A estimulação da memória a longo prazo é essencial para apelar à imitação de diferentes e diversos sons já conhecidos do cliente. A descoberta de ruídos e de novos sons do meio envolvente é uma atividade que desenvolve as capacidades auditivas, promovendo-se a percepção e a memória auditiva como o raciocínio lógico, auxiliando-se o desenvolvimento cognitivo dos clientes.

Segundo Rett e Seidler (1996: p.254), a musicoterapia é importante para o tratamento de crianças com lesão cerebral, seguindo alguns estudos apontados para as seguintes orientações, “reações emotivas, vegetativas, electroencefalográficas ao ritmo, à melodia, timbre e à intensidade do som por parte das pessoas com lesão cerebral; expressão rítmico-musical diferente conforme os vários grupos de doentes e as suas idades; influência da voz humana na criança com lesão cerebral; possibilidade de estímulos e descontração da motricidade normal e patológica no caso da criança com lesão cerebral; concepção e utilização de processos de

aprendizagem através de exercícios musicais.” os mesmos autores defendem que é possível através da música ativar processos de aprendizagem, sendo tanto mais significativa quanto maior for a falta da fala; a memória pode ser exercitada através de textos musicais.

Neste sentido, poderá dizer-se que foram cumpridos os objetivos propostos para a intervenção musicoterapêutica de cada cliente.

Nas suas improvisações, procuramos segui-los ou apoiá-los musicalmente, deixando-os livres para direcionar as suas improvisações mas sempre atentos para intervir musicalmente.

Na aplicação da técnica musicoterapêutica, procurou-se ir ao encontro do modelo de Nordoff&Robbins (1977), que define a função do terapeuta enquanto elemento de suporte, criativo, e consiste nas características fundamentais presentes no cliente. Desta forma, e de acordo com a metodologia adotada nas intervenções terapêuticas, uma das técnicas mais utilizadas foi a improvisação, o que se comprovou nos estudos de caso. A música é determinada pelo objetivo que se pretende atingir na relação entre o cliente e o terapeuta.

Todo o ser humano tem capacidade inata para responder aos sons da música. Nos estudos de caso, notou-se que a patologia do cliente se refletiu através do comportamento musical, pela forma de comunicar através dos sintomas da patologia; não foi, de certa forma trabalhar os sintomas, mas sim poder trabalhar com eles. A música teve um poder de facilitar a comunicação verbal e não-verbal.

A improvisação livre resultou nos dois estudos de caso, seguindo o modelo de Juliette Alvin. A improvisação livre teve como objetivos promover o desenvolvimento intelectual e emocional.

A nível da comunicação, foi sentida uma forte evolução ao nível da linguagem não-verbal nos dois estudos de caso. Tendo dificuldades em aderir às terapias verbais, conseguiu-se,

nos dois clientes, estabelecer com a facilitadora uma comunicação não-verbal bastante sólida, através das improvisações.

Em conclusão, apesar de se verificar que a musicoterapia ainda é um campo reduzido, principalmente cá em Portugal, procurou-se através da revisão de literatura compreender e conhecer mais um pouco sobre cada patologia e o trabalho musicoterapêutico realizado.

11. REFLEXÃO FINAL

Este estágio foi para mim, uma experiência bastante enriquecedora, tanto a nível pessoal como profissional, vivida de uma forma intensa em todas as suas fases.

Neste período de 10 meses de estágio, senti que a minha relação com os clientes foi melhorando ao longo do tempo, ganhando ambas as partes confiança e afeição uns pelos outros. Num período inicial, os clientes demonstraram alguma insegurança e desconfiança.

Alguns anos atrás, a CERCICA teve um musicoterapeuta na resposta social CAO e ainda hoje alguns clientes se lembram dele; tal facto complicou a minha tarefa de ganhar a confiança deles, uma vez que ainda falavam no musicoterapeuta que tiveram. Não foi nada de constrangedor para mim, e até foi positivo, uma vez que alguns clientes já conheciam o trabalho realizado. Em alguns clientes, senti uma certa resistência, mas com o tempo fui ganhando mais confiança e eles próprios também aprenderam a confiar em mim. Recordo uma situação em que senti dificuldades em chegar até à cliente, havia um afastamento da parte dela, não queria ir para as sessões em grupo, mas com o decorrer do tempo fui conseguindo aproximar-me dela e levá-la para as sessões; já a meio do tempo do estágio, posso dizer que ela era a primeira a levantar-se para ir à sessão, e foi uma cliente que gostou muito da intervenção musicoterapêutica, demonstrando essa gosto durante o tempo de estágio e sobretudo na última sessão em o que demonstrou através do choro.

No grupo II, a que pertencia a cliente acima referida, todos demonstraram a sua tristeza pelas sessões terem chegado ao seu término, com lágrimas, dizendo-me que adoraram as intervenções realizadas em grupo e pedindo-me para ficar; fiquei sensibilizada com as palavras deles e pelas atitudes que estavam a ter perante aquela situação. Senti que necessito de mais experiência e de mais conhecimento não só a nível de musicoterapia, mas também a nível de

psicologia, para saber lidar com estas situações e outras que foram acontecendo ao longo do estágio na CERCICA. A atitude do grupo II, no término das sessões, também foi sentida no grupo III, onde me abordaram com bastantes perguntas, tais como: “Porque é que não podes continuar cá? Porque é que temos que acabar com as sessões?”. Senti-me um pouco impotente, não por não saber explicar o porquê, mas porque me tinha afeiçoado imenso a eles e nesse momento estava a ser difícil explicar o porquê, apesar de já ter os preparado para a separação que iriam ter.

A minha orientadora de estágio, Dra. Margarida Nascimento, foi incansável na minha integração na CERCICA no CAO, e também se mostrou sempre disponível para tirar qualquer dúvida ou resolver algum problema que pudesse surgir. À minha orientadora, devo-lhe um muito obrigado pela ajuda e amizade.

Tive uma boa ligação com todos os profissionais, técnicos, e psicólogos da CERCICA, receberam-me bem, com calor humano, sempre dispostos para me ajudar. Durante todo o estágio, nunca me senti à parte, sempre fizeram questão de me integrar no seu seio.

Uma prova da minha integração aconteceu logo após a minha entrada no CAO; propuseram-me a participação na festa de Natal e aí consegui trabalhar com clientes que não faziam parte das minhas intervenções individuais e de grupo, foi uma experiência enriquecedora para mim. Ainda hoje me falam das canções de Natal e sinto que eles ainda não se esqueceram das canções que aprenderam.

Ao nível das limitações sentidas, convém referir o ginásio no qual se realizavam algumas sessões, o qual, embora munido de recursos materiais necessários, não seria o lugar mais indicado para as fazer, pois apresentava algumas desvantagens, nomeadamente a falta de privacidade, uma vez que tinha ligação para um gabinete de um técnico, onde estava constantemente a passar alguém, outra desvantagem eram as portas que davam acesso ao

exterior serem de vidro. Por outro lado, o material estava todo exposto na sala da descoberta do som, que estava frequentemente ocupada. Apesar destas dificuldades, não senti mais nenhuma dificuldade com espaços ou materiais necessários no decorrer do estágio.

Em termos de aprendizagem, este estágio foi fundamental para perceber quais são as áreas, enquanto futura musicoterapeuta, que ainda necessitam de bastante investimento e trabalho pessoal. Embora me sinta relativamente confortável ao trabalhar com música, tendo em conta que a minha formação é em Educação Musical, seria importante como futura musicoterapeuta investir um pouco na área de psicologia, na medida em que me sentiria mais preparada para algumas situações e problemáticas que podem surgir profissionalmente.

Foi-me concedida autonomia na gestão da intervenção, o que me deu uma sensação de liberdade mas, por outro lado, provocou em mim um certo receio por não estar tão à vontade com algumas problemáticas que alguns clientes apresentavam; senti-me por vezes algo impotente e com uma pressão para fazer o melhor possível na busca da concretização dos objetivos terapêuticos, emergindo, assim, algumas inseguranças e incertezas.

Sinto que a uma futura musicoterapeuta é indispensável um trabalho pessoal de psicoterapia, pois permite lidar com inseguranças e dificuldades que possam surgir no decorrer de um processo musicoterapêutico. Senti neste estágio vários desafios, sendo um deles saber controlar as emoções, o que por vezes se torna difícil, tendo uma população alvo com várias dependências e necessidades a vários níveis. Penso que, embora com alguma dificuldade, este obstáculo foi transposto.

Ao nível das técnicas utilizadas, creio que a improvisação foi a técnica que se revelou mais frequente nos estudos de caso e nos outros clientes que tiveram intervenção musicoterapêutica.

Adorei ter trabalhado com esta população, com estas problemáticas; sinto agora uma necessidade de aprofundar os meus conhecimentos, tanto a nível prático como teórico, e se possível, permanecer como profissional nesta área, sendo esta uma paixão que já me persegue há alguns anos.

Resta-me referir que nem todas as alegrias, tristezas, receios, medos foram transcritas neste relatório. Porém, espero ter conseguido descrever esta aprendizagem de forma mais aprofundada. É complicado demonstrar em papel a vivência intensa que foi ter feito parte da equipa do CAO onde, não me canso de o dizer, fui bem aceite e acolhida de forma calorosa por todos que lá trabalham.

12. REFERÊNCIAS

Batanero, J. M. F., Rogão, M. C. (2010) A Influencia do método de musicoterapia de Jonh Bean e da musicoterapia em geral na representação espacial do corpo de pessoas com paralisia cerebral (2004 – 2010). *Revista Bras. Ed. Esp., Marília*, vol: 16, nº3, pp: 343-358

Batista, C. R., Bosa, C. (2002) Autismo e Educação. *Reflexões e propostas de intervenção*. Porto Alegre: Artmed

Blasco, S. P. (1999). *Compendio de Musicoterapia*. Barcelona : Empresa Editorial Herder.

Christopher, G. (2005) Transtorno do espectro do autismo. São Paulo. Pg. 1-35

Garcia, P. M., Mosqueira, C. F. F. (2011janeiro./junho) causas neurológicas do Autismo. *O Mosaico – Revista de Pesquisa em Artes da Faculdade de arte do Parará*. nº 5

Farrell, M. (2008) Dificuldades de comunicação e autismo. *Estratégias educacionais em necessidades espaciais*. Porto Alegre: Artmed

França, R. A. (2000) A Dinâmica da Relação na Fratria da Criança com Lesão Cerebral. Edição: Quarteto Editora

Frances, A., M. D., Ross, R., M. A. (2002) *DSM-IV-TR- Case Studies. A Clinical Guide to Differential Diagnosis*. American Psychiatric Publishing, Inc.

Jordan, R. (n.d.) Educação de Crianças e Jovens com Autismo. Ministério da Educação – Instituto de Inovação Educacional

Lima, C. L. V. (2004) O papel da Musicoterapia em uma equipa Técnica de Reabilitação. Universidade Cândido Mendes Pós-Graduação “Lato Sensu” Projecto a vez do Mestre. Rio de Janeiro

Leite, J. M. R. S., Prado, G. F. (2004) Paralisia cerebral. *Aspectos Fisioterapêuticos e Clínicos*. Doi: 10.4181

Lira, V. S. (2010) A Musicoterapia Vibroacústica no Tratamento da Síndrome de Rett. *Faculdade Metropolitanas Unidas*. São Paulo

López, A. L. L. (2010) A escuta psicanalítica de uma criança autista. *Círculo Brasileiro de Psicanálise- Seção Rio de Janeiro*. 34

Marques, C. E. C. (2000) Perturbações do Espectro do Autismo. *Ensaio de uma Intervenção Construtiva e Desenvolvimentista com Mães*. Edição: Quarteto Editora

Oliveira, A. P., Farias, C. R. R. (2010) A Paralisia Cerebral e o Ensino do Piano: Estudo de Caso. *Revista de Ciências Humanas e Sociais da FSDB*. Vol: XI

Paulos, J. M. M. (2011). Contributos da Música na inclusão d alunos com Paralisia Cerebral. Dissertação apresentada para obtenção do Grau de Mestre em Educação Especial conferido pela Escola Superior de Educação Almeida Garrett. Lisboa

Peters, J. S. (2000) Music Therapy na introduction springfield, Illinois, Charles c. thomas Publisher

Prestes, C.(s.d.) Musicoterapia: estudo de caso de uma criança autista. Fundação de Ensino e Pesquisa em ciências da saúde (Fepecs)- Instituto Vida Una

Rett, A., Sheidler, H. (1996) A Criança com Lesão Cerebral. *Problemas Médicos, Educativos e Sociais*. Fundação Calouste Gulbenkian

Rotta, N. T. (2002) Paralisia Cerebral, novas perspectivas terapêuticas. *Jornal de Pediatria*. Vol. 78

Schwartzman, J. S. (2003) Síndrome de Rett. *Revista Brasileira Psiquiatria*. 25(2): 110-113

Silva. G. R., Figueirêdo R. A. R. (2012) Síndrome de Rett: artigo de revisão. *Simpósio Paraibano de saúde: tecnologia, Saúde e Meio Ambiente à Serviço da Vida*. Pp: 174-179

Valentin, F., Craveiro, L. S. (2006) Adolescência e autismo: a musicoterapia como auxiliar na diminuição das dificuldades. *Escola de Música e Artes Ciências Universidade Federal de Goiás*. pg. 1-4