



## Universidades Lusíada

Pires, Maria João Almeida, 1972-

### **A musicoterapia : o seu contributo nas crianças e jovens com multideficiência**

<http://hdl.handle.net/11067/4468>

#### **Metadados**

**Data de Publicação**

2018

**Resumo**

A música é considerada uma das mais ricas experiências humanas ao nível emocional, sensorial, motor e cognitivo. Participar em experiências musicais proporciona o desenvolvimento de processos neurofisiológicos e psicológicos que ativam o funcionamento motor, perceptivo, sensorial, cognitivo, afetivo e social. Frequentemente, as crianças e jovens com multideficiência, recebem e tratam a informação de forma fragmentada, distorcida ou incompleta. Nestes casos, a musicoterapia pode proporcionar a es...

Music is considered one of the richest human experiences at emotional, sensorial, motor and cognitive level. To participate in musical experiences provides development of the neurophysiological and psychological processes that activate motor, perceptive, sensorial, cognitive, affective and social functioning. Children and youngsters with multiple disabilities often receive and treat information in a fragmented, distorted or incomplete way. In such cases music therapy may provide to these human ...

**Palavras Chave**

Musicoterapia para crianças, Crianças com deficiência, Jovens com deficiência, Musicoterapia - Prática profissional, Escola E.B. 2/3 Ciclos Dr. António Augusto Louro (Seixal, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)

**Tipo**

masterThesis

**Revisão de Pares**

Não

**Coleções**

[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-07-22T22:29:21Z com informação proveniente do Repositório



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

**A musicoterapia: o seu contributo nas crianças e  
jovens com multideficiência**

**Realizado por:**  
Maria João Almeida Pires

**Supervisionado por:**  
Prof.<sup>a</sup> Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer

**Orientado por:**  
Mestre Sílvia Andreia Brito Monteiro Fernandes

**Constituição do Júri:**

Presidente: Prof.<sup>a</sup> Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos  
Supervisora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer  
Arguente: Prof.<sup>a</sup> Doutora Susana Aurora Gutiérrez Jimenez

Relatório aprovado em: 01 de março de 2019

Lisboa  
2018



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

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

## A musicoterapia: o seu contributo nas crianças e jovens com multideficiência

Maria João Almeida Pires

Lisboa

outubro 2018



**UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA**

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

## A musicoterapia: o seu contributo nas crianças e jovens com multideficiência

Maria João Almeida Pires

Lisboa

outubro 2018

Maria João Almeida Pires

## A musicoterapia: o seu contributo nas crianças e jovens com multideficiência

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

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

Orientadora de estágio: Mestre Sílvia Andreia Brito Monteiro Fernandes

Lisboa

outubro 2018

## Ficha Técnica

**Autora** Maria João Almeida Pires  
**Supervisora de estágio** Prof.<sup>a</sup> Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer  
**Orientadora de estágio** Mestre Sílvia Andreia Brito Monteiro Fernandes  
**Título** A musicoterapia: o seu contributo nas crianças e jovens com multideficiência  
**Local** Lisboa  
**Ano** 2018

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

PIRES, Maria João Almeida, 1972-

A musicoterapia : o seu contributo nas crianças e jovens com multideficiência / Maria João Almeida Pires ; supervisionado por Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer ; orientado por Sílvia Andreia Brito Monteiro Fernandes. - Lisboa : [s.n.], 2018. - Relatório de estágio do Mestrado em Musicoterapia, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa.

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

II - FERNANDES, Sílvia Andreia Brito Monteiro, 1978-

LCSH

1. Musicoterapia para crianças
2. Crianças deficientes
3. Jovens com deficiência
4. Musicoterapia - Prática profissional
5. Escola E.B. 2/3 Ciclos Dr. António Augusto Louro (Seixal, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
6. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
7. Teses - Portugal - Lisboa

1. Music therapy for children
2. Children with disabilities
3. Youth with disabilities
4. Music therapy - Practice
5. Escola E.B. 2/3 Ciclos Dr. António Augusto Louro (Seixal, Portugal) - Study and teaching (Internship)
6. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
7. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. ML3920.P57 2018

## **Agradecimentos**

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

Agradeço também à minha orientadora de estágio no Agrupamento de Escolas António Augusto Louro à Professora e Musicoterapeuta Sílvia Monteiro, pela sua confiança, disponibilidade e pelo partilhar das suas experiências como Musicoterapeuta nesta Instituição ao longo do deste estágio.

A toda a equipa da Unidade de Apoio Especializado à Multideficiência (UAEM) do Agrupamento, cuja dedicação e profissionalismo foram notórios desde o início até ao final do estágio, bem como a todos as crianças e jovens que acompanhei e que me proporcionaram um ambiente em que o processo de aprendizagem e desafios fossem uma força impulsionadora para fazer e dar o melhor de mim neste caminho ainda agora a iniciar.

Agradeço a António Paiva, João Miguel Oliveira e Catarina Graça pelo apoio prestado ao longo desta caminhada.

A todos bem hajam!



*“A música pode nomear o inominável e comunicar o desconhecido”*

Leonard Bernstein



## **Resumo**

A música é considerada uma das mais ricas experiências humanas ao nível emocional, sensorial, motor e cognitivo. Participar em experiências musicais proporciona o desenvolvimento de processos neurofisiológicos e psicológicos que ativam o funcionamento motor, perceptivo, sensorial, cognitivo, afetivo e social.

Frequentemente, as crianças e jovens com multideficiência, recebem e tratam a informação de forma fragmentada, distorcida ou incompleta. Nestes casos, a musicoterapia pode proporcionar a estes seres humanos experiências capazes de estimular e alterar positivamente os processos referidos no parágrafo anterior de forma conexa e integrada. Por exemplo, a musicoterapia poderá melhorar as suas capacidades de comunicação e a forma como se relacionam com os outros e assim contribuir significativamente para a sua inclusão.

O presente relatório pretende dar a conhecer o estágio de intervenção terapêutica, na Escola dos 2.º e 3.º Ciclos Dr. António Augusto Louro na sua Unidade de Apoio Especializado à Multideficiência (UAEM) localizada na Arrentela. O estágio teve a duração de oito meses e incluiu sessões individuais para duas alunas com quadros de multideficiência e atraso global no desenvolvimento, e um aluno com Currículo Específico Individual (CEI). Também incluiu sessões em grupo com dez alunos com CEI, divididos em subgrupos de três. A avaliação foi realizada através da aplicação de uma grelha de observação. Os resultados foram considerados positivos, nomeadamente ao nível das variáveis relacionamento interpessoal, comunicação e desenvolvimento pessoal.

**Palavras-chave:** Musicoterapia, Multideficiência, Comunicação, Relação, Escola.



## **Abstract**

Music is considered one of the richest human experiences at emotional, sensorial, motor and cognitive level. To participate in musical experiences provides development of the neurophysiological and psychological processes that activate motor, perceptive, sensorial, cognitive, affective and social functioning.

Children and youngsters with multiple disabilities often receive and treat information in a fragmented, distorted or incomplete way. In such cases music therapy may provide to these human beings experiences able to stimulate and positively change the processes referred in the previous paragraph in a connected and integrated way. For example, music therapy may improve their communication abilities and the way they relate to others and therefore significantly contribute to their inclusion.

The present report intends to present the therapeutic intervention traineeship at Escola dos 2.º e 3.º Ciclos Dr. António Augusto Louro in its Multi Disabilities Specialized Support Unit (MDSSU) located in Arrentela. This eight month duration traineeship included individual sessions for two female students with multiple disabilities and global developmental delay and one male student Specific Individual Curricula (SIC). It also included group sessions with ten students with SIC, divided into subgroups of three. The assessment was made through an observation grid. The results were considered positive namely at the level of interpersonal relationship, communication and personal development variables.

**Keywords:** Music therapy; Multiple Disabilities; Communication; Relationship; School.



## Lista de Abreviaturas

- AAIDD - Associação Americana Para as Dificuldades Intelectuais e Desenvolvementais
- ADPM - Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor
- CADIN - Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil
- CEI - Currículo Específico Individual
- CID - Código Internacional de Doenças
- CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
- DI - Deficiência Intelectual
- DM - Deficiência Mental
- DSM - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
- GIM - Imagens Guiadas e Música
- HGO - Hospital Garcia da Horta
- ICD - International Classification of Diseases
- IMTAP - Individualized Music Therapy Assessment Profile
- ISSO - Identidade Sonora Individual
- NEE - Necessidades Educativas Especiais
- OMS - Organização Mundial de saúde
- PEI - Programa Educativo Individual
- QI - Quociente de Inteligência
- TASH - The Association for Persons with Several handicaps
- UAEM - Unidade de Apoio Especializado Multideficiência
- WFMT - World Federation of Music Therapy



## Lista de Tabelas

Tabela 1. Elementos da intervenção individual .....	25
Tabela 2. Elementos que constituíram o Grupo 1 .....	26
Tabela 3. Elementos que constituíram o Grupo 2.....	26
Tabela 4. Elementos que constituíram o Grupo 3.....	26
Tabela 5. Agenda Semanal .....	31
Tabela 6. Plano Terapêutico Carla.....	39
Tabela 7. Plano Terapêutico Maria.....	51



## Índice

Agradecimentos .....	V
Resumo .....	IX
Abstract .....	XI
Lista de Abreviaturas .....	XIII
Lista de Tabelas .....	XV
Índice.....	XVII
Introdução .....	1
Caraterização da Instituição.....	3
Criação do Agrupamento .....	3
Objetivos do Agrupamento .....	4
Localização.....	5
População Escolar .....	5
Comunidade Educativa .....	5
População Alvo .....	5
Enquadramento teórico .....	9
Perturbações do Neurodesenvolvimento.....	9
Perturbação do Neurodesenvolvimento Motor .....	9
Multideficiência .....	11
Musicoterapia .....	13
Técnicas .....	16
Competências de um Musicoterapeuta .....	17
Musicoterapia e a Multideficiência .....	19
Objetivos do Estágio .....	23
Metodologia .....	25
Participantes .....	25
Instrumentos de Avaliação .....	27
Procedimentos .....	27
Fase da logística do estágio .....	27
Fase da integração e observação.....	28
Fase da seleção .....	29
Fase de intervenção .....	29

Agenda Semanal.....	30
Técnicas Musicoterapêuticas Utilizadas .....	31
Outras Atividades .....	32
Estudo de Caso 1 – Intervenção Individual .....	35
Descrição do Sujeito.....	35
Avaliação inicial.....	35
Intervenção Musicoterapêutica / Descrição das Sessões.....	40
Conclusão .....	43
Discussão.....	44
Estudo de Caso 2 – Intervenção Individual .....	47
Descrição do Sujeito.....	47
Avaliação Inicial .....	48
Intervenção Musicoterapêutica / Descrição das Sessões.....	52
Conclusão .....	57
Discussão.....	58
Outras Intervenções .....	61
Intervenção Individual.....	61
André .....	61
Casos de Grupo .....	62
Grupo 1 .....	62
Grupo 2 .....	63
Grupo 3 .....	64
Conclusão.....	67
Reflexão Final.....	69
Referências.....	71
Anexos.....	77
Lista de Anexos.....	79
Anexo A.....	81
Anexo B .....	89
Anexo C.....	93

## Introdução

O presente relatório tem como objetivo caracterizar e descrever a intervenção realizada no âmbito do estágio curricular do segundo ano do curso de mestrado em musicoterapia da Universidade Lusfada de Lisboa, realizado na Escola dos 2.º e 3.º Ciclos Dr. António Augusto Louro na Arrentela.

A intervenção foi feita com alunos da Unidade de Multideficiência e com alunos *CEI* - Currículo Específico Individual.

Em termos estruturais, o presente relatório inicia-se com a descrição da instituição, a sua história, seguindo-se uma descrição das características da população-alvo, das suas potencialidades, carências e dos seus objetivos.

Segue-se o enquadramento teórico que serviu de base a toda a intervenção, nomeadamente a problemática da deficiência mental, a evolução da musicoterapia de modo a evidenciar a eficácia deste método terapêutico na melhoria das dimensões relacionais, emocionais e sociais desta população alvo.

Pretende-se assim criar, uma base teórica sólida que fundamente o papel da musicoterapia no âmbito do tratamento da deficiência mental.

Este trabalho visa essencialmente o desenvolvimento de objetivos terapêuticos, no âmbito da comunicação, relação, expressão oral e criativa, atenção, concentração, linguagem, socialização, relaxamento, motricidade, mobilidade, autonomia, estimulação sensório-auditiva e desenvolvimento psicomotor.

Após a reflexão acerca do enquadramento teórico são apresentados os objetivos gerais para o estágio e posteriormente é descrita, de forma pormenorizada, toda a metodologia seguida ao longo deste processo. Nesta secção são referidos os dois estudos de caso seguidos durante o estágio, bem como o trabalho desenvolvidos com os alunos *CEI*.

A intervenção musicoterapêutica decorreu em sessões individuais e sessões de grupo. A nível individual foram seguidos dois casos de alunas com multideficiência e atraso global do desenvolvimento e um aluno CEI. A nível de grupo foram seguidos 3 grupos com alunos (CEI). As sessões decorreram com uma periodicidade semanal e foram aplicadas as técnicas e metodologias mais adequadas a cada individuo ou grupo tendo em conta os objetivos propostos no respetivo plano terapêutico.

As intervenções privilegiaram a musicoterapia ativa sobretudo através de Improvisações instrumentais e vocais, jogos por turnos, toning vocal, recriação de canções, imaginário guiado, construção de canções e escuta musical.

O modelo mais utilizado baseou-se na musicoterapia criativa de Nordoff & Robbins (1977) onde são valorizadas as iniciativas musicais dos clientes e o seu potencial.

A avaliação foi baseada no instrumento (grelha) de avaliação *Individualized music therapy assessment profile*, em que foi adaptada e criada uma ficha de avaliação musicoterapêutica (Camelo, 2015) que permitiu fazer uma comparação entre os resultados no início da intervenção e no final da mesma.

Na parte final do relatório desenvolve-se a análise dos resultados alcançados no estágio em geral, dando destaque aos dois estudos de caso. Como conclusão final do trabalho realizado no âmbito do estágio de musicoterapia pretende-se que este fundamente a importância desta terapia com as populações com deficiência intelectual e multideficiência.

Os nomes próprios utilizados neste relatório são fictícios para proteger a identidade dos alunos.

## **Caraterização da Instituição**

Local onde foi realizado o estágio de musicoterapia.

### **Criação do Agrupamento**

O Agrupamento Vertical de Escolas Dr. António Augusto Louro foi criado no ano letivo de 2003/2004 tendo a Escola dos 2.º e 3.º Ciclos Dr. António Augusto Louro assumido o papel de escola sede deste agrupamento. Inicialmente integravam este agrupamento as escolas EB1 Conde Ferreira, EB1/JI Bairro Novo, EB1/JI Aldeia de Paio Pires, EB1/JI Quinta da Courela e EB1/JI Casal do Marco. No entanto, esta organização foi alterada em 2009, com o encerramento da EB1 Conde Ferreira, uma escola antiga inaugurada em 1866, e a abertura da EB1/JI Quinta dos Franceses, uma escola de arquitetura moderna, que veio dar uma resposta educativa mais diversificada face às necessidades diagnosticadas. Com esta nova infra-estrutura foram introduzidas algumas alterações nomeadamente na escola do Bairro Novo que deixou de ter Jardim de Infância e passou a denominar-se EB1 do Bairro Novo. No entanto no ano letivo 2013/2014, face a novas alterações demográficas, esta escola volta a ter uma sala de JI, voltando a retomar a anterior nomenclatura EB1/JI do Bairro Novo. Adicionalmente, também no ano de 2009, foi inaugurado o Pavilhão Gimnodesportivo da escola sede.

Estas foram as alterações que este agrupamento sofreu, desde a sua implementação, e que se mantêm até aos dias de hoje.

Considera-se ainda pertinente assinalar a data de construção dos edifícios que deram origem às várias escolas deste agrupamento e referir a sua localização, em termos de freguesias. Assim sendo, refira-se: Escola dos 2.º e 3.º Ciclos Dr. António Augusto Louro - sede (1988), sita na freguesia de Arrentela; EB1 Bairro Novo (1970) e EB1/JI Quinta dos Franceses (2009), sitas na freguesia do Seixal; EB1/JI Aldeia de Paio Pires (1963), EB1/JI

Quinta da Courela (1983) e EB1/JI Casal do Marco (1982), sitas na freguesia de Aldeia de Paio Pires. A escola sede foi criada em 1980, tendo iniciado a sua atividade noutra escola do concelho e lecionando apenas o 2.º Ciclo. Registe-se que, em 1988, esta escola passaria a ter instalações próprias. No ano de 1996 viria a ser ampliada, com a construção de um novo pavilhão, o que permitiu acolher alunos do 3.º Ciclo.

A escola EB1/JI Casal do Marco começou a funcionar, por volta do ano de 1968, em pavilhões pré-fabricados. No entanto, com o crescente aumento da população local, as instalações já existentes, para além de precárias, tornaram-se insuficientes. Por este motivo, urgiu proceder-se ao aluguer de salas, em prédios e caves, dispersos pela comunidade. Era aí que funcionavam as aulas. Somente em 1982, esta situação foi regularizada com a construção do atual edifício. Posteriormente, e já no ano letivo de 2001/2002, foi inaugurado o edifício de educação pré-escolar.

### **Objetivos do Agrupamento**

O agrupamento vertical de escolas Dr.: António Augusto Louro é uma unidade organizacional, dotada de órgãos próprios de administração e gestão, constituída por estabelecimentos de educação pré-escolar e de ensino básico dos 1.º, 2.º e 3.º Ciclos que, a partir de um projeto comum, tem em vista a realização das seguintes finalidades:

Melhorar a comunicação entre a escola sede e as escolas básicas do 1.º ciclo/Jardim de Infância (JI) do agrupamento; Promover o conhecimento mútuo; Melhorar o clima de aprendizagem; Promover a abertura da escola à comunidade; Melhorar os espaços físicos das escolas; Fomentar a cooperação entre os vários agentes educativos; Promover o sucesso escolar; Rentabilizar os recursos materiais e humanos.

## **Localização**

O Agrupamento Vertical de Escolas Dr. António Augusto Louro está situado no distrito de Setúbal, concelho do Seixal, atualmente integrado na área metropolitana de Lisboa. A escola sede, Escola Básica 2, 3 Dr. António Augusto Louro, situa-se na freguesia de Arrentela e as restantes escolas do 1.º ciclo e JI localizam-se nas freguesias de Aldeia de Paio Pires e Seixal.

## **População Escolar**

A população escolar do Agrupamento de Escolas Dr. António Augusto Louro é constituída por crianças em idade pré-escolar e educadores de infância, alunos e professores dos três ciclos do ensino básico, assistentes operacionais, guarda-noturno, segurança, assistentes técnicos e técnicos da educação. O número de elementos flutua em cada um dos anos letivos.

## **Comunidade Educativa**

A comunidade educativa engloba alunos, pessoal docente e não docente, encarregados de educação, pais e as entidades que desenvolvem parcerias socioeducativas com o agrupamento.

## **População Alvo**

Dos 1964 alunos, 6,26% são alunos com Necessidades Educativas Especiais (NEE) e estão distribuídos por todas as escolas do agrupamento. Os alunos com NEE têm beneficiado de apoio de professores especializados e de professores de apoio educativo, numa perspetiva de inclusão nas escolas e nas turmas do agrupamento. Estes alunos merecem, por parte de todo o corpo docente e não docente, a atenção necessária para que o seu processo de inclusão se desenvolva com toda a eficiência e eficácia, permitindo também uma verdadeira integração na vida ativa. Destes alunos, 1,06% frequentam salas de unidades de

multideficiência e usufruem de várias terapias corretivas. Para dar apoio aos docentes de Ensino Especial, dispõe-se de um parceiro (CERCIZIMBRA) que coloca no nosso agrupamento técnicos especializados, na área da terapia da fala, psicologia, fisioterapia e psicomotricidade. Colabora, ainda, nesta área, outra instituição, a LAPSIS, que também disponibiliza psicólogos e terapeutas da fala.

Estas Unidades de Apoio Especializado à Multideficiência (UAEM) constituem um recurso pedagógico, técnico e terapêutico especializado das escolas, destinado aos alunos com multideficiência ou com surdo cegueira congénita, e possibilitam uma melhor gestão dos recursos humanos e materiais, concentrando o número de técnicos que completam o trabalho realizado pelos docentes e o trabalho que se desenvolve na escola e com os pares da restante comunidade escolar, proporcionando experiências significativas organizadas e diversificadas, de acordo com a aptidão e funcionalidade de cada aluno.

Em Portugal a intervenção precoce está regulamentada pelo Decreto de Lei n.º 281/2009 de 6 de Outubro e é da responsabilidade do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância.

A Intervenção Precoce abrange todas as crianças até aos 6 anos de idade, que apresentem alterações nas estruturas ou funções do corpo. O nosso Estado deve assegurar que todas as crianças que mostrem algum tipo de desenvolvimento atípico tenham direito a usufruir do apoio das equipas de intervenção precoce. Estas equipas são constituídas por técnicos das diversas áreas, geralmente provenientes do Ministério da Educação, Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho e Segurança Social.

Crianças abrangidas pela intervenção precoce devem ter um Plano Individual de Intervenção Precoce, cujo documento permite organizar toda a informação sobre a criança, registar aspetos da intervenção, e as metodologias utilizadas para obter os objetivos

propostos. Este documento é elaborado pelas equipas de intervenção precoce e os pais da criança, deve ser sempre um documento elaborado em parceria. Depois dos seis anos são encaminhados para as escolas com as devidas valências para assegurar o desenvolvimento e as necessidades das crianças e jovens.

O agrupamento de escolas Dr. António Augusto Louro tem UAEM a funcionar no 1º, 2º e 3º ciclos. A UAEM no segundo ciclo é composta por duas professoras do ensino especial, duas auxiliares, uma psicomotricista, uma terapeuta da fala, uma psicóloga, uma fisioterapeuta, uma musicoterapeuta e um professor de boccia.



## **Enquadramento teórico**

Pretende-se através do enquadramento teórico caracterizar a deficiência mental e a importância da musicoterapia no trabalho com esta população.

### **Perturbações do Neurodesenvolvimento**

As perturbações do neurodesenvolvimento são um grupo de perturbações com início no período de desenvolvimento. São caracterizadas por défices do desenvolvimento que condicionam a nível pessoal, social, académico e ocupacional. A abrangência dos défices de desenvolvimento varia desde limitações muito específicas na aprendizagem ou controlo de funções executivas, até défices globais de inteligência ou das capacidades sociais. A incapacidade intelectual ( perturbação do desenvolvimento intelectual ) é caracterizado por défices de capacidades mentais gerais, como o raciocínio, a resolução de problemas, o planeamento, o pensamento abstrato, o discernimento, aprendizagem académica e a aprendizagem pela experiência. (American Psychiatric Association, 2013, p. 35)

Os défices levam a incapacidade no funcionamento adaptativo, de tal forma que o indivíduo falha em atingir os padrões de independência pessoal e responsabilidade social num ou mais aspetos da vida diária, incluindo comunicação, participação social, funcionamento académico ou ocupacional e independência pessoal em casa ou na comunidade. (American Psychiatric Association, 2013, p. 35)

### **Perturbação do Neurodesenvolvimento Motor**

As perturbações do neurodesenvolvimento motor incluem a perturbação do desenvolvimento da coordenação, a perturbação de movimentos estereotipados e as perturbações de tiques. A perturbação do desenvolvimento da coordenação é caracterizada por défices na aquisição e execução de habilidades motoras coordenadas manifesta-se a por inépcia e lentidão ou imprecisão no desempenho de capacidades motoras, causando

interferência nas atividades da vida diária. A perturbação de movimentos estereotipados é diagnosticada quando um indivíduo tem comportamentos motores repetitivos, aparentemente não dirigidos e sem propósito, tal como agitar as mãos, balancear o corpo, bater com a cabeça, morder ou bater em si próprio. (American Psychiatric Association, 2013, p. 35)

Adicionalmente aos especificadores que descrevem a apresentação clínica, como idade de início ou classificação de gravidade, as perturbações do neurodesenvolvimento podem incluir o especificador “associado a uma condição médica ou genética ou fator ambiental”.

O termo diagnóstico *incapacidade intelectual* é o termo equivalente do diagnóstico de *perturbações do desenvolvimento intelectual* do ICD-10 (World Health Organization, 1994)

Ambos os termos são usados no título para clarificar as relações com outros sistemas de classificação. O termo foi substituído, num estatuto federal dos EUA (Lei Pública 111-256, lei Rosa ) onde a terminologia *atraso mental* por substituída *incapacidade intelectual*. Assim, *incapacidade intelectual* é o termo usado por profissionais de saúde, de educação e grupos de apoio.

O Código ICD-9-CM para incapacidade intelectual ( perturbação do desenvolvimento intelectual ) é o 319, o qual é atribuído independentemente do especificador de gravidade. O Código ICD-10 CM depende do especificador de gravidade : Ligeira; Moderada; Grave; Profunda.

Os Especificadores são definidos com base no fundamento adaptativo e não pelos valores de QI, já que é o funcionamento adaptativo que determina qual o nível de suporte requerido. Além disso, as medições de QI no extremo inferior do intervalo dos valores de QI têm menor validade.

A ICD-11 usa o termo *perturbações do desenvolvimento intelectual* para indicar que estas são perturbações que envolvem um funcionamento cerebral comprometido precocemente na vida. Estas perturbações são descritas na ICD-11 tal como na anterior : Ligeira, moderada, grave e profunda.

A Associação Americana da Incapacidades Intelectuais e do Desenvolvimento (AAIDD) usa também o termo *incapacidade intelectual* com significado do termo semelhante ao que é usado no DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). A classificação da AAIDD é multidimensional em vez de categorial e baseia-se no constructo de incapacidade. Em vez de listar especificadores, como é feito na DSM-5, a AAIDD enfatiza um perfil de suportes baseado na gravidade.

Segundo o DSM-5, a incapacidade intelectual tem uma prevalência global na população geral de aproximadamente 1% e as taxas de prevalência variam com a idade. A prevalência de incapacidade grave é de aproximadamente 6 em 1100.

Segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde (CIF) Versão para Crianças e Jovens, durante a infância e adolescência, as limitações e as restrições podem também tomar a forma de atrasos ou lacunas na emergência da componente *Atividade e Participação*. (Centro de Psicologia do Desenvolvimento e da Educação da Criança, 2003)

## **Multideficiência**

Orelove e Sobsy (2000) definem as pessoas com multideficiência como sendo indivíduos com limitações acentuadas no domínio cognitivo, associadas a limitações no domínio motor ou no domínio sensorial (visão ou audição) que requerem apoio permanente, podendo ainda necessitar de cuidados de saúde específicos. De acordo com *The Association for Persons with Severe Handicaps* (TASH) esta população “inclui indivíduos de todas as idades que necessitam de apoio intenso e continuado em mais de que uma atividade normal

do dia a dia, por forma a poderem participar em atividades na comunidade”. (Saramago, *et al.*, 2004, p. 29)

A multideficiência é uma condição que resulta, frequentemente, de uma etiologia congénita ou adquirida, e que do ponto de vista educacional exige recursos e meios adicionais que respondam adequadamente às necessidades desses indivíduos. Estas pessoas com multideficiência manifestam dificuldades, tanto no desenvolvimento como na aprendizagem e na participação, que resultam da combinação das limitações que apresentam. A ausência de visão funcional e as dificuldades de movimentação influenciam a capacidade de localização, quer delas próprias, quer dos estímulos à sua volta, reduzindo drasticamente a capacidade de exploração. A ausência de formas de comunicação eficiente reduz a sua capacidade de interação com os parceiros nas atividades de vida diária, limitando as suas capacidades de acesso à informação e de alargamento de conhecimentos. (Saramago, *et al.*, 2004, p. 30)

As pessoas com multideficiência não procuram a informação de forma ativa. O acesso ao ambiente que as rodeia está condicionado pelas suas limitações a nível cognitivo, motor e sensorial e a sua capacidade de canalizar a atenção para estímulos significativos está diminuída devido à sua dificuldade de os selecionar.

A informação que recebem é frequentemente fragmentada, distorcida e incompleta, em consequência quer das limitações que apresentam, quer das suas escassas oportunidades de vivenciar experiências significativas. Neste sentido, tudo o que as pessoas com multideficiência aprendem tem de lhe ser ensinado.

Em síntese, apresentam dificuldades específicas nas aprendizagens, resultantes de : limitações no acesso ao ambiente; dificuldades em dirigir a atenção para estímulos relevantes; dificuldades na interpretação da informação; dificuldades de generalização.

Embora seja considerada como a forma mais comum de comunicação, a fala não é um objetivo realista para muitas crianças / Jovens com multideficiência (Haring & Breen, 1989). Frequentemente estas funcionam a um nível pré-linguístico que requer o uso de formas não linguísticas de comunicação (Downing, 1999, Siegel-Causey & Guess, 1989).

Para estes o desenvolvimento da comunicação requer por parte dos parceiros uma capacidade de deteção e de resposta a formas de comunicação não linguísticas tais como: o choro, o riso, as expressões faciais, os movimentos, o contacto visual, os gestos e os objetos. Dada a natureza destas formas de comunicação, o conteúdo e a função que exprimem vão estar sempre dependentes dos contextos específicos em que são utilizados.

### **Musicoterapia**

Quanto ao valor curativo da música, Aristóteles pode ser considerado o precursor da musicoterapia, pois recomendava-a a pessoas dominadas por emoções incontroláveis, afirmando que após a audição de uma determinada música, comovia a alma, sentia-se sereno e era capaz de escutar cânticos sagrados, caracterizando este fenómeno como uma espécie de cura, de purificação moral. Apesar desta prática remontar à origem da humanidade, ela renasce após a Segunda Guerra Mundial (Costa, 1989).

Desde a antiguidade, os povos atribuíam-lhe um valor considerável. O uso da música no combate às enfermidades remonta a épocas primitivas da história da humanidade. Na Cultura Ocidental, os antigos gregos desenvolveram um processo de cura por meio do uso de intervalos e ritmos da melodia; considerava-se que a música era a primeira forma de sabedoria desenvolvida pelo homem, assim, por meio de certos ritmos e melodias julgava-se possível a cura para as paixões humanas e hábitos considerados não saudáveis. Assim, a desarmonia interna dos humores do corpo provocava patologias, as quais poderiam ser curadas pela música, devido ao seu poder de restaurar a ordem e a harmonia (Sachs, 2007).

Para a Association Française de Musicothérapie (1985:6 cit. in Leonido, 2006) a par da definição Oficial da Federação Mundial de Musicoterapia, considera que a musicoterapia é a utilização da música e/ou seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia), por um musicoterapeuta qualificado, com um cliente ou grupo, num processo destinado a facilitarmos e promover comunicação, relacionamento, aprendizagens, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, a fim de atender às suas necessidades físicas, mentais, sociais e cognitivas. A musicoterapia procura desenvolver potenciais e/ou restaurar funções do indivíduo para que este alcance uma melhor organização intra e/ou interpessoal e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida, através da prevenção, reabilitação ou tratamento.

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

A Musicoterapia é a utilização da música e/ou dos seus elementos (ritmo, melodia, harmonia, altura, intensidade e timbre) por um musicoterapeuta qualificado, com um cliente – individual ou grupo.

Num processo planificado que tem como objetivo de facilitar e promover a comunicação, a relação, a aprendizagem, a mobilidade, a expressão, a organização e outros objetivos terapêuticos importantes, que vão ao encontro das necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais ou cognitivas desse(s) mesmo(s) cliente(s). (Comissão de Prática Clínica da Federação Mundial de Musicoterapia, 1996)

A musicoterapia desenvolve-se assim num processo interpessoal, no qual a relação estabelecida entre o musicoterapeuta e o paciente é a base de toda a intervenção. “O musicoterapeuta utiliza a música em todas as suas vertentes (fisiológica, emocional, cognitiva, social, estética e espiritual) para auxiliar os pacientes a melhorarem, restaurarem-se ou manterem o seu estado saudável” (Bruscia, 1987).

A musicoterapia possui uma ampla possibilidade de objetivos que poderão ser trabalhados pelo musicoterapeuta, sendo um deles, a facilitação e promoção da comunicação de um indivíduo através da música, pretendendo assim alcançar uma melhor qualidade de vida. (World Federation of Music Therapy, 2011)

Segundo Chadas e Pedro (2008) Os objetivos da produção musical durante uma sessão de musicoterapia não são meramente artísticos mas sim com a finalidade de serem terapêuticos, onde se pretendem, recriar, transformar determinadas situações, limitações ou conflitos da vida do indivíduo através da música e, por isso, não é necessário que o paciente detenha algum conhecimento musical neste tratamento.

O 9º Congresso Mundial de Musicoterapia em Washington (1999) apresentou cinco Modelos internacionalmente conhecidos de musicoterapia. Esses cinco Modelos foram introduzidos e ilustrados a partir de diferentes perspectivas: história, teoria, prática clínica, pesquisa e incluíram: Imagens guiadas e Música (desenvolvida por Helen Bonny), Musicoterapia Analítica (desenvolvida por Mary Priestley), Creative Music Therapy (desenvolvido por Paul Nordoff e Clive Robbins), Benenzon Music Therapy (desenvolvido por Rolando Benenzon) e Behavioral Music Terapia (desenvolvido entre outros por, Clifford K. Madsen).

## **Técnicas**

Na abordagem humanista existencial, "o terapeuta tem o papel de facilitador, daquele que se "introduz" no mundo percetivo do cliente e partilha com ele os seus sentimentos e suas percepções" (Barcellos 1994, p. 39).

As técnicas mais utilizadas nesta abordagem são: recriação, a improvisação, a composição e a audição musical. Estas técnicas podem ser utilizadas isoladamente ou combinadas, dependendo da situação (Bruscia, 1998).

Para Bruscia (1991) os candidatos à improvisação necessitam de desenvolver a espontaneidade, iniciativa, criatividade, liberdade de expressão, habilidades interpessoais e tomada de decisões. Além disto, ajuda o terapeuta a estabelecer um meio de comunicação com o cliente e habilita-o a expressar sentimentos que são difíceis de expressar verbalmente. Produz um lugar seguro de experimentação de comportamentos, papéis ou modelos de interação, enquanto desenvolve a habilidade de fazer coisas e tomar decisões dentro dos limites estabelecidos. Admite-se ainda que mesmo as pessoas que participam nesta técnica, tendo antecedentes musicais diferentes, podem estabelecer situações onde sejam capazes de interagir ou de comunicar desenvolvendo as suas potencialidades. Na recriação os potenciais candidatos a esta técnica são clientes que necessitam de desenvolver habilidades sensório-motoras, apreender comportamentos adaptados, preservar a orientação da realidade, identificar-se com sentimentos e ideias de outros, trabalhar cooperativamente em metas comuns e dominar os diferentes papéis comportamentais.

A metodologia predominantemente utilizada foi a de Nordoff- Robbins, que utiliza a improvisação musical, e a sua posterior análise, como principal ferramenta. Segundo Nordoff - Robbins todo o ser-humano tem uma capacidade inata para responder à música e a sua

utilização para fins terapêuticos pode estimular e generalizar para as várias dimensões do indivíduo (Robbins & Robbins, 1991).

Chagas e Pedro (2008) salientam que este método, através da conceção de que todos possuímos um núcleo musical interno, se propõe promover o crescimento de todo o *self*, através da experiência musical criativa. As intervenções musicoterapêuticas modificam as condições impeditivas de expressão da musicalidade, facilitando o acesso a energias básicas, sensibilidades e integração do *self*.

Os elementos melódicos contêm tudo o que foi descrito anteriormente com a evolução para o discurso que obtém paralelo nas canções. Estes são os conceitos inerentes e dinâmicos que ocorrem na relação indivíduo – música (Nordoff & Robbins, 1977).

Eagle (1996 cit in McFerran & Shanahan, 2011) teorizou que todas as pessoas possuem algum grau de musicalidade independentemente das suas deficiências ou dificuldades.

### **Competências de um Musicoterapeuta**

Com bases científicas solidamente construídas e reconhecidas ao longo do século vinte, a musicoterapia é uma área de conhecimento baseada num processo de intervenção, no qual o terapeuta auxilia o utente a promover a saúde, utilizando como ferramenta as experiências musicais. O paciente e o terapeuta interagem de diversas formas. Cabe ao terapeuta, conceber, esboçar e analisar as formas com que o paciente experimente a música, seja por meio da escuta, do improviso ou da recreação da composição musical (Bruscia, 2000).

Na musicoterapia o mais importante é a relação entre a música e o utente e não a música em si mesma com os seus conceitos estéticos, não é necessário que o musicoterapeuta seja obrigatoriamente exímio instrumentista ou cantor, porém, é importante que conheça bem

os elementos que constroem a música como melodia, timbre, andamento e seus possíveis efeitos sobre o ser humano (Louro, Alonso e Andrade, 2006).

Gerárd Ducourneau (1984, p.33) acresce a essa afirmação quando menciona que para o musicoterapeuta "o importante não é uma grande cultura musical. É muito mais importante conhecer os elementos fundamentais e os efeitos produzidos por eles". Sendo assim, não é o gosto musical do terapeuta que está em jogo, mas sim, o gosto musical ou sons com os quais os pacientes se identificam.

O musicoterapeuta, em conjunto com o terapeuta ocupacional, opera as transformações necessárias, quer no instrumento, quer na forma de execução (mesmo que esteja em causa a forma teoricamente correta de executar esse instrumento), de modo a que as pessoas que encontravam barreiras, motoras ou intelectuais para chegarem ao instrumento musical, o passem a encontrar adaptado a si. Os instrumentos devem adaptar-se ao homem, quando este não se pode adaptar a eles (Bruscia, 2000).

Na abordagem humanista existencial, "o terapeuta tem o papel de facilitador, daquele que se "introduz" no mundo percetivo do cliente e partilha com ele os seus sentimentos e suas perceções" (Barcellos 1994, p. 39).

Cunha e Volpi (2008) defendem que a intervenção musicoterapêutica deverá passar pela construção de estratégias que possibilitem dignidade e qualidade de vida às pessoas com deficiência acrescida. Deve ser considerado pelo musicoterapeuta, na sua abordagem, facilitar o desenvolvimento pleno dessas pessoas, focado nas suas potencialidades e não nas suas limitações. O musicoterapeuta deve avaliar o estado cognitivo, emocional, físico, comportamental, comunicativo através de respostas dadas pela música. As sessões podem ser individuais, ou de grupo, dependendo das necessidades do sujeito/paciente, abrangem o

improviso musical, criatividade, audição, composição, discussão, imaginação, desempenho através da música (Ferraz, 2009).

### **Musicoterapia e a Multideficiência**

A música é sem dúvida uma das mais ricas experiências humanas ao nível emocional, sensorio motor e cognitivo. Envolve ouvir, observar, sentir, mover e coordenar, recordar e expectar elementos musicais. Para as crianças e jovens com multideficiência é muitas vezes impossível realizarem a exploração sensorial do meio envolvente por iniciativa própria, pelo que recebem a informação de forma fragmentada, distorcida ou incompleta. Assim, participar em experiências musicais proporciona o desenvolvimento de processos neurofisiológicos e psicológicos que ativam o funcionamento motor, perceptivo, sensorial cognitivo, afetivo e social. Estudos demonstram que a música evoca respostas positivas nas crianças com esta problemática. A sua capacidade de estimular o sistema límbico provoca o despertar da motivação, o interesse e as emoções, essenciais para o desenvolvimento psicomotor. (Benezon, 1988)

Sendo uma linguagem não-verbal, abre canais comunicativos, que proporcionam um recurso expressivo dificilmente acedido por outros meios. “A música pode fornecer meios de comunicação não-verbais ou pode servir de ponte para conectar canais de comunicação verbais e não-verbais. (Bruscia, 1987).

Para Gainza (1988), a música é um elemento de fundamental importância, pois movimenta, mobiliza e, por isso, contribui para a transformação e o desenvolvimento. Ela atinge a motricidade e a sensorialidade por meio do ritmo do som e por meio da melodia, atingindo desta forma a afetividade.

Em relação às pessoas com Necessidades Educativas Especiais, Birkenshaw-Fleming (1993) acrescenta que também para estes indivíduos, a música traz benefícios importantes

como: a valorização da autoestima, uma vez que aos indivíduos é permitido realizar as atividades em seu próprio ritmo e a interação social. Em muitos casos, algumas incapacidades devem-se ao isolamento do indivíduo; O desenvolvimento das capacidades motoras, da força muscular e da fala podem ser alcançados por meio de atividades musicais que contenham movimentos e palavras.

O desenvolvimento de todas as facetas da audição, como, por exemplo, sensibilização ao som, a audição sequencial e a memória. O estímulo total do cérebro. Tanto o lado direito (afetivo) quanto o esquerdo (lógico), são, igualmente, estimulados durante um programa ativo em música. A música é um dos mais potentes estímulos para os circuitos do cérebro (Brito, 2003). Segundo Riccardi (2005), os efeitos das aprendizagens musicais nas crianças com DM são extraordinários, ajudando-as no seu desenvolvimento global.

Segundo o autor Costa (1989, cit. por Pocinho, 1999, p.45), a "música é mais do que um aglomerado de sons e o efeito que ela provoca vai além daquele provocado por cada sonoridade. A Música nos alunos com DM proporciona-lhes vivências com o meio envolvente e "dá-lhes a oportunidade de ouvir e explorar diferentes sons, cantar, dançar, tocar para que se situe e participe no mundo que o rodeia" (Pocinho, 1999, p. 112). Na maior parte dos casos, a musicoterapia é ativa, ou seja, o aluno com DM toca os instrumentos musicais, canta, dança ou realiza outras atividades em conjunto com o terapeuta. Os mais usados são a guitarra, o piano e instrumentos de percussão. Atualmente, existem novas formas terapêuticas na área da musicoterapia, uma delas elas é a musicoterapia digital, ou por outras palavras musicoterapia com base nos instrumentos eletrónicos tal como guitarras elétricas, sintetizadores, baterias eletrónicas (Ferraz, 2009).

A musicoterapia utiliza esses efeitos que a música pode produzir nos seres humanos nos níveis: físico, mental, emocional e também social, atuando como um facilitador da

expressão humana, dos movimentos e sentimentos, promovendo a sua evolução. Contudo o corpo é considerado como o “instrumento musical” mais completo podendo-se mesmo dizer que é um emissor de energia, primeiro produtor de sons, a primeira fonte sonora, o primeiro instrumento musical na expressão de ritmos e sons variáveis, dando assim origem a todos os instrumentos musicais, sendo estes considerados, na verdade, um prolongamento do mesmo por seus inúmeros fenómenos sonoros naturais, tais como: cantar, bater palmas, gritar, chorar, inspirar, rir, bocejar, falar, sapatear. Possui em si mesmo várias alternativas de produções sonoras como a boca, laringe, as mãos, os dedos e a pele (Von Baranow, 1999).



### **Objetivos do Estágio**

Durante a caracterização da população intervencionada, e através da pesquisa bibliográfica é de realçar a importância da musicoterapia nesta população que tem défices psicossociais e cognitivos. Com o benefício das qualidades terapêuticas da musicoterapia promove-se a inclusão e qualidade de vida na população intervencionada. Os objetivos gerais da intervenção são:

- Promover e desenvolver as competências sociais e o contato interpessoal:
- Promover a comunicação através de atividades musicais (verbais e não verbais)
- Estimular as competências cognitivas (orientação, consciência, atenção, concentração e memória)
- Trabalhar em parceria com todos os elementos da equipa técnica, para transmitir, partilhar informações para que se possam elaborar estratégias para melhorar os projetos de intervenção.



## Metodologia

Neste ponto são descritas metodologias e procedimentos e a sua introdução fraseada adotados no estágio que decorreu entre Novembro 2017 a Junho de 2018, na Escola dos 2.º e 3.º Ciclos Dr. António Augusto Louro na Arrentela na UAEM.

## Participantes

Participaram neste projeto 13 utentes . Destes, 3 tiveram acompanhamento musicoterapêutico individual e 10 tiveram acompanhamento musicoterapêutico em grupo. Estes 10 foram distribuídos por três grupos. Todos estes jovens iniciaram as sessões em musicoterapia este ano pela primeira vez. As 2 utentes já beneficiavam de sessões em grupo com a musicoterapeuta da escola e uma delas com sessões individuais, sendo que as outras duas iniciaram este ano. Os elementos foram escolhidos pelas professoras responsáveis.

A tabela que se segue apresenta os dados pessoais dos utentes e o número de sessões assistidas.

Foram atribuídos nomes fictícios a todos os utentes para manter a confidencialidade.

Tabela 1

### *Casos de intervenção individual*

Nome	Idade	Ano	Diagnóstico	N.º Sessões frequentadas
André	12	6.º ano	Dificuldade cognitivas	20
Carla	14	6.º ano	Défice cognitivo e Perturbação do desenvolvimento da linguagem	23
Maria	17	7.º ano	Síndrome de Angelman	24

Tabela 2

*Elementos que constituíram o Grupo 1*

<b>Nome</b>	<b>Idade</b>	<b>Ano</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>N.º Sessões frequentadas</b>
Elsa	17	9.º ano	Défice cognitivo	21
António	17	8.º ano	Défice cognitivo	20
João	17	9.º ano	Défice cognitivo	21

Tabela 3

*Elementos que constituíram o Grupo 2*

<b>Nome</b>	<b>Idade</b>	<b>Ano</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>N.º Sessões frequentadas</b>
Filipe	12	6.º ano	Défice cognitivo	21
Elisabete	15	6.º ano	Défice cognitivo	21

Tabela 4

*Elementos que constituíram o Grupo 3*

<b>Nome</b>	<b>Idade</b>	<b>Ano</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>N.º Sessões frequentadas</b>
Carolina	15	8.º ano	Défice cognitivo	17
Gabriel	14	7.º anos	Défice cognitivo	16
Daniel	16	5.º ano	Défice cognitivo	4
Fátima	17	9.ºano	Défice cognitivo	15
Manuel	16	7.º ano	Défice cognitivo	17

## **Instrumentos de Avaliação**

Foram preenchidos pela estagiária uma ficha (Anexo B) para a descrição das sessões, bem como a grelha de avaliação preenchido após a sua realização. Na ficha eram descritos os comportamentos, a relação estabelecida com a estagiária e se em grupo também com os seus pares, os instrumentos utilizados, a música produzida e as reações pessoais nas atividades.

A grelha de avaliação musicoterapêutica *Individualized music therapy assessment profile*, foi adaptada e criada uma ficha de avaliação musicoterapêutica (Camelo, 2015) divide-se por seis áreas: psicomotora, cognitiva, sócio emocional, sensório - perceptiva, comunicação/relação e musicalidade. Estas áreas são divididas ainda em sub- áreas onde a sua pontuação na sua totalidade é dividida pela pontuação efetiva, onde os resultados apresentam-se em percentagens.

Todas as sessões foram registadas em vídeo com o devido consentimento dos encarregados de educação.

Todos estes instrumentos de avaliação foram utilizados para avaliar o progresso terapêutico dos utentes.

## **Procedimentos**

A intervenção no estágio desenvolveu-se ao longo de quatro fases distintas: primeira fase de logística; a segunda de integração e observação; a terceira fase da seleção e organização e por último a fase da intervenção.

### **Fase da logística do estágio**

Inicialmente a musicoterapeuta deslocou-se à Escola dos 2.º e 3.º Ciclos Dr. António Augusto Louro na Arrentela onde funciona a UAEM para reunir com a Coordenadora do Ensino Especial e a professora/musicoterapeuta responsáveis pelos alunos que iria trabalhar nas sessões de musicoterapia. Foi relatado o trabalho efetuado pela musicoterapeuta da escola

com os alunos, sendo então definidos os objetivos a atingir, bem como as expectativas com a realização da musicoterapia nos restantes alunos com Necessidades Educativas Especiais. Desta forma beneficiariam das sessões de musicoterapia, uma mais-valia na escola para colmatar as poucas respostas ou as menos conseguidas para as dificuldades dos alunos por parte da escola. A problemática em alguns dos casos era de abandono e absentismo escolar. A escolha dos alunos recaiu para aqueles com maiores problemas de integração e problemas a nível socio afetivo, cognitivo e motor. O estágio ficou assim organizado com três casos individuais e os restantes com sessões divididos dos em três grupos.

### **Fase da integração e observação**

A fase de observação direta ocorreu durante um mês e meio, sendo esta uma fase crucial e bastante necessária para conhecer as dinâmicas de todos os envolvidos nesta comunidade. Permitiu o conhecimento aprofundado sobre a instituição, as suas valências, as suas carências e os seus objetivos. A integração foi rápida e facilitada por toda a equipa técnica que trabalha com os alunos, desta forma fui convidada a participar e colaborar em algumas atividades do diário dos alunos na escola.

Foi feita a recolha da informação clínica e pedagógica junto da equipa técnica. Tive um contato informal com os Encarregados de Educação das alunas (os dois estudos de caso das utentes da UAEM). Acedi a todos os processos individuais de cada aluno o que permitiu juntamente com a anamnese de cada utente ter um conhecimento aprofundado do seu histórico de vida, as suas respetivas características, comportamento e interesses.

Depois de toda a informação recolhida a estagiária começou a estruturar a intervenção. No espaço da UAEM existiam muitos estímulos musicais, a música era ouvida pela rádio ou em vídeos, bem como a música que era ouvida do recreio durante os intervalos das aulas. Era um momento de convívio e de união entre os pares, muitas vezes cantavam em

conjunto e dançavam. Todos eles gostavam de ouvir música, tocar instrumentos e dançar. Foi uma forma de observar a relação e a reação que estes tinham com a música.

É reconhecida por parte da comunidade escolar a importância da musicoterapia, já que existe uma musicoterapeuta há cinco anos nesta escola. Não sendo portanto novidade as suas mais-valias para com esta população. Desta forma penso que facilitou a integração nesta comunidade. Sempre que necessário esclarecia dúvidas com a musicoterapeuta da escola e com os restantes membros da equipa técnica.

### **Fase da seleção**

Foi nesta fase que ficaram definitivamente selecionados os alunos que iriam beneficiar das sessões de musicoterapia. Os que trabalhariam em sessões de grupo e os que trabalhariam nas sessões individuais.

Apesar das atividades que os alunos já tinham na sua rotina diária escolar, foi fácil gerir o horário das sessões. Os dois estudos de caso escolhidos para este trabalho foi realizado com utentes da UAEM, os restantes eram utentes que frequentavam o ensino regular sendo categorizados no Ensino especial (Alunos CEI).

Foi pedido a todos os responsáveis e intervenientes, a autorização para a participação das sessões na intervenção e para a gravação áudio e filmagem das mesmas. A intervenção só começou a realizar-se depois da autorização ser devidamente assinada.

### **Fase de intervenção**

As sessões tiveram início em Janeiro e terminaram em Junho. As sessões de grupo realizavam-se semanalmente às terças – feiras, com a duração de 45 minutos cada grupo. O Horário era entre as 8.20h às 12.30h. Um dos casos individuais era das 12:30h às 13:15h também às terças-feiras. As alunas da UAMD tinham as sessões individuais à quarta-feira das 14h às 15:40h com a duração de 45 minutos.

As primeiras sessões tiveram como objetivo elaborar um diagnóstico (juntando a toda a informação já recolhida) sobre o comportamento na sessão, relação com a música, com os instrumentos musicais, a voz e com a musicoterapeuta estagiária. Desta forma iniciou-se o preenchimento da grelha de avaliação musicoterapêutica (Anexo A).

Os planos para as sessões poderiam ser alterados durante as mesmas, dependendo das necessidades terapêuticas que iam surgindo durante as sessões. No total foram realizadas 240 sessões. Houve por parte de alguns utentes (na maioria nas sessões de grupo) faltas que se justificavam por motivos de ordem pessoal, doença e por estarem ausentes da escola (processos disciplinares).

Nas últimas sessões os utentes foram informados, da aproximação do seu término, fator primordial para finalizar a relação terapêutica. (importante para o utente)

Finalizou-se o preenchimento das grelhas para desta forma analisar a evolução da intervenção.

### **Agenda Semanal**

Na fase de observação/integração que durou cerca de um mês e meio a estagiária deslocou-se todos os dias da semana (trabalho referido na fase de observação) à Escola.

Na fase de intervenção foi estabelecido um horário consoante a disponibilidade dos alunos. As sessões individuais e de grupo tiveram uma duração de 45 minutos. Na figura que se segue estão distribuídas os horários das sessões. Nos restantes dias da semana a musicoterapeuta geria o horário com as necessidades da equipa nas atividades bem como para preparação da sala, consulta de processos, o planeamento e avaliação das sessões.

Tabela 5

*Agenda Semanal*

<b>Dias da semana/hora</b>	<b>Terça – Feira</b>	<b>Quarta - Feira</b>
08:20h – 9:05h	Preparação do espaço	
09:05h – 9.50h	Grupo 1	
10:10h - 10:50h	Planeamento sessões	
10:50h – 11:35h	Grupo 2	
11:45h – 12:30h	Grupo 3	
12:30h – 13:15h	Sessão individual André	
14:00h – 14:45h		Sessão Individual - Carla
14:55h – 15:40h		Sessão Individual - Maria

**Técnicas Musicoterapêuticas Utilizadas**

Era sempre tido em conta as necessidades dos utentes e desta forma as sessões eram planificadas e os objetivos definidos consoante as problemáticas dos utentes eram tidas em conta as necessidades dos mesmos. Conforme já foi dito anteriormente, as técnicas mais utilizadas foram : recriação, a improvisação, a composição e a audição musical. Estas técnicas foram utilizadas isoladamente ou combinadas, dependendo da situação. Com a técnica de improvisação vocal e ou instrumental, desenvolveram a espontaneidade, iniciativa, criatividade, liberdade de expressão, habilidades interpessoais e tomadas de decisões. A criação de letras bem como a sua composição também foram utilizadas para promoverem um meio de comunicação com os utentes e desta forma expressar sentimentos que são difíceis de expressar verbalmente. Produziu-se um lugar seguro de experimentação de comportamentos, papéis ou modelos de interação, enquanto desenvolviam a habilidade de fazer coisas e tomar decisões dentro dos limites estabelecidos. Muitos dos utentes que participaram através desta técnica estabeleceram situações onde foram capazes de interagir e

de comunicar desenvolvendo as suas potencialidades. Eagle (1996 cit em McFerran &Shanahan, 2011) teorizou que todas as pessoas possuem algum grau de musicalidade independentemente das suas deficiências ou dificuldades.

### **Outras Atividades**

Além das sessões de musicoterapia, a estagiária foi convidada pela equipa da UAEM a participar em várias atividades em que os alunos que seguia na musicoterapia bem como os restantes estavam envolvidos. Desta forma participava de forma ativa no quotidiano dos alunos.

- Realizaram-se sessões de dinâmica de grupo com os todos os alunos da UAEM envolvidos bem como os do Ensino Especial, sendo liderado pela professora e musicoterapeuta da UAEM.
- Participação no campeonato de Boccia ( modalidade desportiva destinado a indivíduos portadores de deficiência motora grave )
- Cantafest ( festival de canções )
- Feira das ciências
- Venda de Waffles ( para angariar dinheiro para a UAEM)
- Acompanhamento dos alunos em atividades de expressão plástica alusivas às datas festivas do calendário
- Acompanhamento no treino das atividades da vida diária dos alunos
- Participação musical nos aniversários
- Visita de estudo ao parque urbano em Albarquel para atividades desportivas adaptadas  
Visita ao Fórum Cultural do Seixal para visionamento de um filme
- Jogos tradicionais;
- Higiene, pequeno almoço, almoço e lanche com os alunos .

- Tudo isto contribuiu para um aprofundamento do conhecimento da realidade onde estive inserida e uma maior convivência com a comunidade do espaço onde foi realizado o estágio.



## **Estudo de Caso 1 – Intervenção Individual**

Esta utente foi indicada pela musicoterapeuta da escola para beneficiar das sessões de musicoterapia.

### **Descrição do Sujeito**

A Carla tem 14 anos, é de nacionalidade Portuguesa. Iniciou o acompanhamento pela equipa de Intervenção Precoce, após o encaminhamento feito pelo Centro de Desenvolvimento da Criança onde permaneceu até ao ano letivo 2010/2011. No ano letivo 2017/2018 frequenta a UAEM na Escola 2º,3º ciclos António Augusto Louro.

Vive com a mãe e com o companheiro desta. Mantém uma relação próxima com o seu pai. A Maria é a filha mais nova de uma fratria de dois. A gestação da Carla foi de termo, sem complicações pré e pós parto. As primeiras palavras surgiram por volta dos quatro anos. Ao nível de desenvolvimento motor, a aluna sentou-se por volta dos onze meses e iniciou a marcha independente com quinze meses. É acompanhada clinicamente no Hospital Garcia da Orta ( HGO ), na consulta desenvolvimento , sendo o seu diagnóstico: “*Défice cognitivo e Perturbação do desenvolvimento da linguagem*”. A Carla apresenta ainda uma forma de epilepsia caracterizada por momentos de ausência.

A Carla tem um currículo específico individual que incluiu as seguintes áreas específicas que não fazem parte da estrutura curricular: Socialização; Comunicação; Números, Geometria e Medida, Autonomia Pessoal; Conhecimento de Si e do Meio que a Rodeia.

### **Avaliação inicial**

A Carla apresenta um grave défice de atenção e concentração, que condiciona de forma muito significativa o processo de aquisição das aprendizagens. Em todas as atividades ela necessita de forma sistemática da supervisão do adulto para que canalize a atenção para a

tarefa solicitada mesmo na relação de um para um, a Carla não consegue manter o contato visual com o seu interlocutor o tempo necessário à apropriação da informação.

Nas palavras de referência não apresenta dificuldades de leitura. Associa palavras aos desenhos correspondentes, completa lacunas de palavras trabalhadas tendo como referência a respetiva imagem. Consegue escrever frases muito simples a partir de palavras dadas ou de imagens com exploração oral prévia.

A Carla apresenta ainda algumas dificuldades na associação de alguns grafemas de impressa com manuscritos mas executa-os de forma legível.

Na aplicação de conceitos de numeracia verificou-se um retrocesso na aplicação dos conteúdos trabalhados ao nível do conhecimento dos números, nas noções temporais e na adição e subtração. Quanto às noções temporais, a Carla evidencia dificuldades mais acentuadas. Não consegue ainda situar-se no dia da semana, identificar os dias da semana, situar-se no mês do ano, identificar os meses do ano, identificar os dias do mês e identificar as estações do ano. Encontra-se igualmente por consolidar o dia e o mês em que faz anos. É de salientar que estas noções são trabalhadas diariamente em sala de aula e na sala da Unidade.

A Carla consegue ler números até 30 com alguma dificuldade. Elabora sequências de números até 30. Consegue compreender e realizar operações envolvendo números até dez, com recurso a materiais concretos e ao colar de contas.

Relativamente à orientação espacial e lateralidade a Carla revela muitas lacunas, não tendo interiorizado a direita e a esquerda em relação a ela, ao outro e aos objetos. Identifica as figuras quadradas, círculo, retângulo e triângulo e desenha-as através do modelo. Realiza composições e decomposições de figuras geométricas.

Na área da comunicação/linguagem a Carla apresenta um vocabulário muito imaturo com incorreções de sintaxe, de semântica e ao nível da articulação. Gosta de narrar acontecimentos vividos, imaginados embora ainda evidencie algumas dificuldades significativas na sequência temporal dos mesmos.

A Carla gosta particularmente de canções, lengalengas, histórias e mantém uma boa capacidade em memorizar e reter pequenas informações a partir de um enunciado oral.

Relativamente à autonomia pessoal é independente na higiene embora continue a necessitar de supervisão durante o ciclo menstrual. Na alimentação compões o tabuleiro e transporta-o até à mesa, inicia a refeição, mas nem sempre utiliza os talheres corretamente. Para o corte dos alimentos ainda necessita de supervisão.

Ao nível da socialização encontra-se numa fase de adaptação à nova turma manifestando intenção de interagir com os seus pares. Mantém uma boa relação com os adultos. Consegue seguir as regras de um jogo com orientação do adulto e esperar pela sua vez. Ajuda o adulto nas tarefas e faz recados simples.

O comportamento em sala de aula ou em apoio individualizado está mais controlado, contudo ainda manifesta por vezes atitudes desajustadas como risos, intervenções descontextualizadas perturbando o trabalho a realizar. A Carla mantém a adoção de comportamentos de cortesia como dizer obrigada e, espontaneamente, usa palavras de saudação de forma correta.

É alegre, bem-disposta, gosta de brincar e de ajudar, todavia devido à sua imaturidade acentuada assume comportamentos/atitudes normalmente associados a crianças com uma faixa etária muito inferior.

Com a informação anteriormente recolhida e com a presença da Carla nas primeiras sessões (observação direta) foi elaborado um plano terapêutico (Anexo C) onde se detetam os

seus problemas e se definem os objetivos e terapêuticos para desta forma superar os problemas no processo de intervenção.

As primeiras sessões foram destinadas à observação do seu comportamento, expressividade, gostos musicais e outros gostos, bem como compreender as suas necessidades. Nesta fase a musicoterapeuta estagiária começou a preencher a grelha de avaliação musicoterapêutica.

Segundo as sessões levadas a cabo em setting musicoterapêutico, a Carla revelou ser uma jovem acessível, disponível, apresentando contudo alguma dificuldade no contato visual e relacional. Tinha apetência pelos instrumentos e gostava de cantar, apresentava ainda capacidade de tomar iniciativa e quando estimulada alguma criatividade.

Quando contrariada mostrava o seu desagrado de forma extrema e desadequada. Por vezes executava movimentos bruscos como forma de manifestar uma baixa resistência à frustração e a tempos de espera.

A nível musical a Carla conseguia manter durante um tempo razoável a pulsação das músicas bem como memorizava algumas canções. Com a associação de gestos e palavras a Carla lembrava-se das letras. A postura corporal não era a mais correta, quando sentada inclina-se para a frente, baixando a cabeça.

Os objetivos terapêuticos foram definidos de modo a favorecer o desenvolvimento - psicomotor e emocional, a relação interpessoal, e as competências cognitivas da Carla tanto quanto possível no âmbito da sua patologia.

Tabela 6

*Plano Terapêutico Carla*

---

**Problema Nº1**

- Comportamento impulsivo e onnipotente
- 

**Objetivo:**

- Aumentar a capacidade da resistência à frustração e aceitar limites

**Sub-objetivos:**

- Conter reações impulsivas através de exercícios de turn-taking
  - Promover a colaboração numa produção musical partilhada.
  - Aumentar a contingência de variações e mudanças rítmicas e melódicas
- 

**Problema Nº2**

- Limitações na concentração
- 

**Objetivo:**

- Aumentar e melhorar a capacidade de concentração

**Sub-objetivos:**

- Promover a atenção partilhada num enquadramento musical
  - Aumentar o número de repostas corretas
  - Diminuir os momentos de distratctibilidade
- 

**Problema Nº3**

- Défice de coordenação motora
- 

**Objetivo:**

- Melhorar a coordenação motora

**Sub-objetivos:**

- Melhorar a integração dos movimentos corporais.
  - Melhorar a noção de lateralidade.
  - Melhorar o controlo da postura
-

### **Intervenção Musicoterapêutica / Descrição das Sessões**

A intervenção musicoterapêutica com a Carla iniciou-se no mês de Dezembro e decorreu até final de Junho. O processo decorreu ao longo de sessões semanais com a duração de 45 minutos. As sessões decorreram na Escola básica 2ºe 3º ciclo António Augusto Louro, na sala da UAME, disponível para outras atividades, e na qual a musicoterapeuta da escola realizava também as suas sessões de musicoterapia onde estavam presentes os materiais que utilizei para as sessões: os instrumentos musicais, letras das musicas e pictogramas que serviram para reforçar a comunicação e memória.

A sala era um espaço acolhedor e agradável, apesar de nos intervalos haver muito barulho, com o fechar das janelas e baixar as persianas eram reduzidos os fatores distratores. Muitas vezes, a Carla estava sentada no colchão, na cadeira ou em pé, consoante a atividade realizada na sessão. Para as sessões foram utilizados: Teclado Midi; Guitarra acústica; Cavaquinho; Instrumentos de percussão étnicos e Orff.

A Carla já mantinha um contato com a estagiária aquando do início das sessões de musicoterapia. O mês que antecedeu às sessões foi passado numa sala com todos os alunos da UAEM.

A Carla já estava familiarizada com o setting onde decorreram as sessões, uma vez que participava nas sessões de musicoterapia em grupo com a musicoterapeuta da escola. O fato de esta já estar familiarizada com o espaço contribuiu para que não houvesse o fator novidade. Não houve qualquer tipo de reação desfavorável, até pelo contrário, notou-se um à vontade com o espaço. Ela sabia onde se encontravam os instrumentos e material necessário para as sessões.

Relativamente à relação inicial com a estagiária também não houve qualquer tipo de resistência ou desconforto. Desde o início desenvolveu-se uma relação de empatia.

As primeiras sessões foram destinadas à observação do seu comportamento, expressividade e gostos musicais, bem como compreender as suas necessidades, tal como referido na avaliação inicial.

No início de cada sessão era cantada a canção do Olá, quando a Carla entrava na sala e no final de cada sessão a canção do Adeus. Desta forma ajudava a Carla a tomar a consciência dos limites do espaço terapêutico.

O método utilizado foi baseado no modelo de musicoterapia criativa centrada na música e na relação – sonoro musical, fazendo uma improvisação "bilateral" entre a estagiária e a Carla.

A abordagem desta intervenção foi baseada no modelo Musicoterapia Criativa e de improvisação na dimensão não – verbal e a interacção sonora – musical entre paciente e terapeuta desenvolvido nos anos 70 por Nordoff & Robbins descrito na revisão bibliográfica. A composição e as letras das musicas eram improvisadas pela estagiária e pela Carla. A Carla contava uma história ou falava de algo do seu agrado e as letras surgiam conforme os seus interesses, indo revelando o seu estado emocional e potencializando desta forma a sua autoestima bem como a sua individualidade. A Carla gostava que as canções contassem as suas histórias, ela verbalizava e a estagiária cantava de seguida, manifestando este imenso prazer quando a estagiária cantava, memorizando-as desta forma rapidamente. Eram músicas melodicamente e ritmicamente simples, bem como as letras (dois versos máximo) sendo mais fácil de memorizar.

O reportório em português tornou-se o mais utilizado para que esta melhorasse a língua materna. A Carla gostava de cantar também em Inglês. Por vezes tinha dificuldade na dicção quando a música era mais ritmada.

A escolha dos instrumentos foram algumas vezes sugeridas pela estagiária sendo na maioria das vezes escolhidos pela Carla. Entrou várias vezes em confronto com a estagiária quando queria o instrumento esta estava a tocar. Desta forma tentei inculcar regras de comportamento, devido à sua recusa de regras na relação .

A estagiária comunicava musicalmente com a Carla improvisando músicas com letras em que neste caso específico focavam esta problemática da atitude desafiante para com o outro. Tornou-se mais tolerante. Na prática instrumental as suas iniciativas musicais e de contato foram aumentando de forma gradual. Com a continuidade das sessões notou-se uma progressão a nível da estrutura e organização musical. Os ritmos passaram da pulsação para outros mais complexos.

A nível melódico notou-se também uma evolução, o piano era inicialmente tocado com as mãos abertas de forma grosseira e passou a ser tocado ao longo das sessões de forma mais coordenada . Quando ouvia sons graves e agudos, estes provocavam –lhe sentimentos que descrevia como : triste ou mau ( os graves ), feliz, contente, bom ( os agudos). Desta forma quando era escolhido um tema a tratar, eram improvisações bastante interessantes. Conseguiu-se criar assim , uma concepção interna de estrutura, com princípio, meio e fim. A Voz e a guitarra foram os seus instrumento de eleição. Gostava de cantar e movimentar-se ao som das músicas. Cantar e ouvir cantar foi onde se notou o seu maior envolvimento nas sessões, foi também notório uma evolução ao nível do contato visual e da intencionalidade comunicativa.

A carla mantinha a afinação nas canções, embora manifestasse dificuldade em gerir as dinâmicas. Os instrumentos de percussão , através das dinâmicas de pergunta – resposta foram utilizados para gerir e conter os ritmos descontrolados e as dinâmicas. Devido ao crescente envolvimento e comunicação com a terapeuta, houve maior proximidade corporal.

Realizaram-se, através da expressão corporal, jogos de imitação, espelho e dança, sempre com suporte musical. A improvisação rítmica e vocal livre, os exercícios de turn-taking, a reprodução de sons, expressões, gestos a pedido ou por imitação, a exploração dos instrumentos musicais, foram algumas estratégias/técnicas para melhorar a sua problemática.

Todas estas e outras técnicas foram executadas tendo em atenção os objetivos terapêuticos. Segundo Kim e Gold (2009) é pela partilha e criação de uma estrutura musical empática que se envolve o paciente no processo terapêutico. Desta forma, a estagiária sempre tentou ir de encontro à sua identidade musical (ISO), estando sempre atenta às suas necessidades e limitações, dando-lhe autonomia (exigindo apenas regras de comportamento) e incentivo para exprimir as suas emoções através do estímulo musical.

Durante o período da intervenção musicoterapêutica houve mais momentos em que se registou evolução e raros os de retrocesso ou estagnação. Por vezes a Carla vinha menos predisposta, queixando-se nessas ocasiões de dores ou cansaço físico.

Ao longo do processo de intervenção foram evidentes algumas evoluções ao nível dos objetivos propostos no plano terapêutico.

## **Conclusão**

Verificaram-se progressos na articulação das palavras, entoação melódica das canções e expressão oral em geral. A Carla revelou facilidade na expressão criativa quando improvisava nos instrumentos Orff. Foi seletiva na escolha tímbrica, sendo os seus instrumentos de eleição a guitarra e voz. Participava nas atividades musicais com atenção e concentração. Foram elaboradas canções cuja temática era escolhida por ela. Memorizava com bastante facilidade. As melodias eram curtas para desta forma ser mais fácil a sua memorização. Nas sessões, quando falávamos sobre o tema, a Carla cantava a melodia e vice versa. Teve bastantes interpretações musicais, onde utilizava maioritariamente um microfone,

dando-lhe protagonismo e melhorando a sua autoestima. Como consequência estimulava a expressão motora e verbal. Melhorou a sua postura corporal , projetando a voz (mantendo para isso a cabeça mais direita).

Apesar das dificuldades evidenciadas ao nível da verbalização de algumas palavras e momentos de “ausência” devido à sua patologia (epilepsia), esta conseguiu concretizar numerosas interpretações vocais de repertório escolhido por si e elaboradas pela estagiária com boa afinação e no tempo rítmico pretendido. A Carla manteve a motivação e disponibilidade para todas as atividades realizadas. A área musical é manifestamente do seu interesse, pelo que se retiraram benefícios da sua utilização terapêutica.

### **Discussão**

De acordo com a literatura estudada para a elaboração deste trabalho é de evidenciar impactos positivos ao nível da comunicação, da qualidade de vida, das capacidades motoras, do estímulo a reações comportamentais através da musicoterapia. Face a estes resultados, conclui-se que a musicoterapia pode e deve ser usada como complemento terapêutico para esta população, portadora de multideficiência.

Bruscia (2007) descreve quatro tipos de experiências em Musicoterapia sendo que, cada uma possui características particulares onde envolve uma série de comportamentos sensório motores distintos e requerem diferentes tipos de habilidades percetivas e cognitivas levando por sua vez, a diferentes tipos de emoções. Apresenta-as como sendo os principais métodos de Musicoterapia: Experiências de improvisação onde o paciente faz música para tocar ou a cantar, criando uma melodia, um ritmo, uma canção ou uma peça musical de improviso; Experiências recreativas onde o paciente aprende ou executa músicas instrumentais ou vocais ou reproduções de qualquer tipo musical; Experiências de composição onde o terapeuta ajuda o paciente a escreverem canções, letras ou peças

instrumentais, ou a criar qualquer tipo de produto musical; Experiências recetivas onde o paciente ouve música e responde à experiência de forma silenciosa, verbalmente ou através de outra modalidade.

Estes quatro tipos de métodos acima mencionados foram trabalhados ao longo do processo terapêutico da Carla. Na descrição das sessões da Carla foram detalhadas as técnicas/métodos adotadas, bem como na conclusão dos resultados obtidos.

Ao longo do processo de intervenção a Carla evoluiu de forma contínua, sobretudo na área sócio emocional e cognitiva. Foi possível observar um aumento da capacidade da resistência à frustração e aceitar limites reduzindo as reações impulsivas, melhorou a capacidade de concentração, melhorou a noção de lateralidade bem como o controlo da postura.

Para Gainza (1988), a música é um elemento de fundamental importância, pois movimenta, mobiliza e, por isso contribui para a transformação e o desenvolvimento. Ela atinge a motricidade e a sensorialidade por meio do ritmo do som e por meio da melodia, atingindo desta forma a afetividade.

Desde o início das sessões existiu uma relação empática entre a estagiária e a utente.

A musicoterapia desenvolve-se assim num processo interpessoal, no qual a relação estabelecida entre o musicoterapeuta e o paciente é a base de toda a intervenção. “O musicoterapeuta utiliza a música em todas as suas vertentes (fisiológica, emocional, cognitiva, social, estética e espiritual) para auxiliar os pacientes a melhorarem, restaurarem-se ou manterem o seu estado saudável” (Bruscia, 1987).



## **Estudo de Caso 2 – Intervenção Individual**

Esta utente foi indicada pela musicoterapeuta da escola para beneficiar das sessões de musicoterapia. Já beneficiava nos anos anteriores de sessões de musicoterapia com a musicoterapeuta da escola em sessões de grupo.

### **Descrição do Sujeito**

A Maria tem 17 anos é de nacionalidade portuguesa, é a 2ª de uma fratria de dois, tendo um irmão mais velho por parte da mãe. Os pais separam-se quando a Maria tinha 13 anos, sendo a guarda partilhada por ambos. Foi apoiada pelo Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. Segundo o relatório médico do processo da Maria datado de 4/08/2010, da consulta externa de neuropediatria do Hospital Garcia de Orta, a Maria está afeta de síndrome de Angelman (SA) caracterizado por atraso de desenvolvimento grave, ausência de linguagem, marcha atáxica e trémula, protusão da língua, prognatismo e sialorreia.

São também características desta síndrome a hipotonia (baixo tónus muscular), atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (dificuldade em começar a gatinhar, sentar, caminhar), deficit cognitivo grave e deficit de atenção. No caso específico da Maria existe também associada à síndrome, epilepsia.

O rosto das pessoas com esta patologia (caso da Maria) é muito característico: face triangular, boca e maxilar inferior grande (prognatismo mandibular), maxilar superior pequeno (hipoplásico), protusão da língua, dentes separados, cabeça pequena e achatada na região occipital (microbraquicefalia). O comportamento hipermotor (hiperatividade) é provavelmente o comportamento mais típico. Em casos extremos, o movimento constante pode causar acidentes ou contusões. Agarrar, beliscar e morder crianças maiores é uma consequência frequente da atividade hipermotora da Maria.

A mimica facial de riso é muito frequente na Maria. Este parece ser, fundamentalmente, uma manifestação de hiperatividade motora, e não uma expressão de sentimentos ou uma forma de comunicação. A maioria das reações aos estímulos físicos e mentais acompanha-se de riso.

Quanto às aquisições linguísticas, alguns portadores desta síndrome demonstram ter muita compreensão. Porém, mesmo nos de mais alto nível de desenvolvimento, a linguagem não se desenvolve, nunca ultrapassando o seu vocabulário mais de seis palavras. A capacidade de comunicação não-verbal é muito variável, sendo que os mais desenvolvidos são capazes de aprender alguns sinais e usá-los como forma de expressão e comunicação.

A Maria apresenta dificuldades em coordenar a musculatura voluntária, necessita de suporte intenso e de supervisão apesar de conseguem apesar de ter desenvolvido algum grau de independência na realização de atividades, desde que não impliquem uma grande coordenação motora fina.

A aluna frequentou o externato Pequeno Polegar desde o ano letivo 2002/2003 até ao ano 2007. No ano letivo de 2007/2008 iniciou o 1.CEB, integrando a UAEM, onde se encontra até ao momento beneficiando de todas as valências da UAEM conforme descritas anteriormente na População – Alvo.

### **Avaliação Inicial**

Com a informação anteriormente recolhida e com a presença da Maria nas primeiras sessões (observação direta) a estagiária pode detetar os seus deficits e elaborar um plano terapêutico. Definindo os objetivos terapêuticos de modo a melhorar as competências deficitárias ao longo do processo de intervenção.

A Maria apresenta um grande desejo de comunicar, diz poucas palavras, comunica com gestos e o olhar, demonstrando compreensão. Regra geral é sorridente e bem-disposta.

Tem preferência pela água e brincadeira, mostrando menos interesse por atividades que exijam esforço e atenção/concentração.

As primeiras sessões foram destinadas à observação do seu comportamento, expressividade, bem como compreender as suas necessidades. Nesta fase a estagiária iniciou o preenchimento a grelha de avaliação musicoterapêutica.

Do comportamento observado, a Maria revelou ser uma jovem acessível, gostava do contato físico (expressando-o através de abraços), mantinha contato visual mas muita das vezes tinha um olhar ausente. Tinha apetência pelos instrumentos e gostava que eu os tocasse. No entanto não conseguia manipulá-los.

A Maria mostrou-se na maior parte do tempo atenta aos movimentos da estagiária e reagia aos sons, produzidos quer dentro do *setting*, quer fora dele. Ouvia com atenção, mas não tinha capacidade de tomar iniciativa e criatividade quando estimulada.

A Maria, devido às suas dificuldades de locomoção, queria estar sentada na cadeira, pufe ou no colchão. A melhor opção era mantê-la na cadeira porque aqui melhorava a sua postura e equilíbrio, o que não acontecia no pufe e no colchão onde acabava por se deitar.

A nível do comportamento musical, através do estilo livre, assente na improvisação eram utilizados os únicos vocalizos produzidos (mama, bebe, bá) pela Maria para os diálogos musicais. As dinâmicas musicais e os graus de intensidade provocavam-lhe um tremor grosseiro ficando extremamente excitada. A sialorreia (produção de saliva em excesso) foi também um dos sintomas observados quando esta se mostrava mais ansiosa.

Nas duas primeiras sessões a Maria queria sair da sala, a estagiária optou por fechar a porta, situação lhe provocou grande ansiedade, levando a estagiária a procurar outra solução para resolver este problema.

Nas sessões seguintes a estagiária ia buscá-la e trazia-a pela mão para o *setting* terapêutico, tendo esta estratégia resultado pois não voltou a sair da sala.

No *setting* terapêutico havia um espelho onde a Maria fixava o olhar, por este motivo o espelho ficava sempre tapado para não haver fatores distratores. Nas primeiras sessões foram observadas comportamento de autoestimulação como pôr instrumentos na boca e outros comportamentos repetitivos como esconder os instrumentos por debaixo da roupa e tapar a cara.

Os objetivos terapêuticos foram definidos de modo a favorecer o desenvolvimento - psicomotor e emocional, a relação interpessoal, e as competências cognitivas da Maria tanto quanto possível no âmbito da sua patologia.

Tabela 7

*Plano Terapêutico Maria*

---

**Problema Nº1**

Dificuldades de interação e relacionamento

**Objetivo:**

Promover a interação relacional

**Sub-objetivos**

- Reagir a instruções adequadamente
  - Aumentar a iniciativa de comunicação
  - Aumentar a frequência de respostas contingentes de estímulo interativo
- 

**Problema nº2**

Regulação emocional

---

**Objetivo:**

- Promover a regulação emocional

**Sub-objetivos**

- Aumentar número de momentos de atenção partilhada numa atividade musical
  - Aumentar a iniciativa de participação numa atividade musical
  - Aumentar as reações físicas ao estímulo musical
- 

**Problema nº3**

Produção sonora estereotipada

---

**Objetivo:**

Aumentar a produção sonora com intenção comunicativa

**Sub-objetivos**

- Aumentar as vocalizações interativas
  - Aumentar a produção de dinâmicas musicais
  - Incentivar à comunicação através da expressão corporal
-

### **Intervenção Musicoterapêutica / Descrição das Sessões**

A intervenção musicoterapêutica com a Maria iniciou-se no mês de Dezembro e decorreu até final de Junho. O processo decorreu ao longo de sessões semanais com a duração de cerca de 45 minutos. As sessões decorreram na Escola básica 2º e 3º ciclo António Augusto Louro, na sala da UAEM disponível para outras atividades, e na qual a musicoterapeuta da escola realizava também as suas sessões e onde estavam presentes os materiais que utilizei para as sessões.

A maioria das vezes a Maria ficava sentada na cadeira. Devido às suas dificuldades motoras, a cadeira era o local onde esta mantinha fisicamente uma postura correta. Para as sessões foram utilizados: Teclado Midi; Guitarra acústica; Cavaquinho; Instrumentos de percussão étnicos e Orff.

A Maria já mantinha um contato com a estagiária aquando do início das sessões de musicoterapia. O mês que antecedeu às sessões foi passado numa sala com todos os alunos da UAEM.

A Maria estava também familiarizada com o *setting* onde decorreram as sessões, uma vez que participava nas sessões de musicoterapia em grupo com a musicoterapeuta da escola. O fato de esta já estar familiarizada com o espaço contribuiu para um maior conforto no *setting* terapêutico.

Relativamente à relação inicial com a musicoterapeuta também não houve qualquer tipo de resistência ou desconforto. Desde o início desenvolveu-se uma relação de empatia, onde era visível o agrado da Maria expressando alegria quando estava em contato com a estagiária.

As primeiras sessões foram destinadas à observação do seu comportamento, expressividade, bem como compreender as suas necessidades, tal como referi na avaliação

preliminar. As sessões tinham alguns rituais segurizantes, a música do Olá, cantada quando a Maria entrava na sala e no final de cada sessão a canção do Adeus. Este ritual ajudava a Maria a tomar consciência dos limites do espaço terapêutico.

O método utilizado foi baseado no modelo de musicoterapia criativa centrada na música e na relação sonoro - musical, fazendo uma improvisação "bilateral" entre a musicoterapeuta estagiária e a Maria.

Este Modelo, Musicoterapia Criativa e de improvisação, foi desenvolvido, nos anos 70 por Nordoff&Robbins . A metodologia desta intervenção é baseada na dimensão não – verbal e na interacção sonora – musical entre utente e terapeuta.

A composição e as letras das musicas eram improvisadas pela estagiária, a Maria apenas vocalizava (mama, bá, bebe), era através desta interação musical por turnos que comunicávamos ao longo das sessões. A Maria quando entrava no setting terapêutico sentava-se ao piano junto da estagiária enquanto esta cantava a canção do Olá.

Foi notória a sua preferência ao longo das sessões por este instrumento. Inicialmente ficava apenas a ouvir e a observar não tocando no instrumento, apenas reagia verbalmente com os seus usuais vocalizos aos sons do piano, quando a altura entre eles, geralmente ultrapassava a oitava, às dinâmicas rítmicas e intensidade dos sons (por vezes aumentava o volume).

A Maria gesticulava desordenadamente quando a estagiária tocava piano, passando do lento ao rápido. A estagiária começou a tocar piano, intervalando com os gestos que procuravam imitar os da Maria. Desta forma começou a tocar (bater) no piano tentando imita-la. Nas sessões seguintes a estagiária começou a gesticular de forma mais organizada e a Maria começou a gesticular tocando no piano de forma mais controlada. Parecia ter

entendido porque a sua expressão facial espelhou surpresa e contentamento e abraçava-me sempre durante esta atividade.

Numa fase inicial não foi recusado por parte da estagiária o contato (físico) porque esta poderia sentir desconforto ou tristeza, pois esta era uma forma de comunicação por parte da Maria. No entanto, a estagiária estava atenta a algum movimento que pudesse magoá-la e com o devido cuidado aos poucos foi evitando o contato físico. Esta dinâmica musical foi evoluindo ao longo das sessões, observando-se um comportamento mais contido e uma maior interação com a estagiária, que foi aumentando na sua periodicidade e duração.

O reforço positivo dado pela estagiária foi transmitido através linguagem verbal e não-verbal.

Foi necessário estimulá-la de várias formas, verbais, não-verbais e através do movimento, desenvolvendo assim novas competências sempre com intencionalidade comunicativa. Uma das formas de comunicação foi a associação de palavras a gestos (movimentos). A Maria muitas das vezes levantava a mão e a estagiária batia na mão dela também com a sua e dizia truz, levantava a perna dando o pé e a estagiária dizia plim. Associei palavras aos movimentos (sendo repetidos várias vezes em todas as sessões) e desta forma cada vez que lhe era dito truz esta levantava a mão e quando lhe era dito plim ela levantava a perna e dava-me o pé.

Durante as primeiras sessões, a Maria tinha por vezes comportamentos disruptivos (cuspiu, atirava os instrumentos para o chão e de encontro à estagiária). Na tentativa de controlar este comportamento a estagiária verbalizava a palavra *Não* associada e uma mimica facial congruente, e deste modo, este comportamento da Maria foi-se extinguido ao longo das sessões.

A ligação empática entretanto construída foi permitindo á Maria perceber e intencionalidade das expressões da estagiária e reagir adequadamente a estas. Na prática instrumental (instrumentos de percussão) as suas iniciativas musicais e de contato foram aumentando de forma gradual. Com a continuidade das sessões notou-se uma progressão a nível da estrutura rítmica e uma partilha musical onde os ritmos descompensados passaram a ter uma pulsação mais ou menos constante. Aqui assistiu-se a uma melhoria do comportamento desafiante para com o outro, tornando-se mais tolerante à frustração. Era uma partilha dinâmica e intencional.

Os instrumentos de percussão, através das dinâmicas de pergunta – resposta foram utilizados para gerir e conter os ritmos descontrolados e as intensidades. O instrumento jogo de sinos foi muito utilizado (percutido com as baquetas), permitiu-lhe melhorar a sua coordenação motora e levando-a mais tarde a conseguir tocar com as duas baquetas. A intensidade e dinâmica musical tornou-se mais controlada e isso foi-se observando ao longo das sessões devido à cessação dos comportamentos disruptivos da Maria.

Realizaram-se através da expressão corporal, jogos de imitação, espelho e dança, sempre com suporte musical. Estas técnicas revelaram-se uma mais-valia para o desenvolvimento psico-motor da Maria.

As interações que foram ocorrendo nas sessões, na sua maioria não eram conscientes nem intencionais por parte da Maria, sendo mais uma reação aos estímulos musicais. A improvisação rítmica e vocal livre, os exercícios de turn-taking, a reprodução de sons, expressões, gestos a pedido ou por imitação, a exploração dos instrumentos musicais com o mínimo contato visual, foram algumas técnicas para melhorar a sua problemática.

Foram sendo visíveis alterações nas reações da Maria à medida que ia demonstrando alguma compreensão de si e do outro. Um dos instrumentos frequentemente utilizado foi o

Ocean Drum que devido às suas características ( produz um som parecido com um mar quando agitado sendo revestido com plástico, parecendo um espelho ). Este instrumento acalmava-a, por vezes utilizava-o como espelho para observar o que se passava à sua volta e outras vezes escondia-se atrás dele.

A estagiária começou a imitá-la com o timbale (instrumento parecido pela forma e também de percussão). A Maria ficava surpreendida com o “desaparecimento” da estagiária vocalizando bá, como sinal de chamada de atenção. Deixando a estagiária de tapar a cara quando esta a chamava, optou por vocalizar com bá também e a Maria deixou de tapar a cara. Manteve-se bastante envolvida nesta dinâmica de troca de turnos de vocalizos com entoação e começou a tocar no instrumento com ritmos idênticos a pulsações e com intensidades variadas, em parceria com a estagiária.

Houve sempre a tentativa de manter o contato visual para que desta forma a comunicação com a Maria não se perdesse nos momentos de silêncio, pausas e no diálogo musical.

Devido às suas dificuldades de coordenação motora foram utilizados os sinos musicais em forma de campainhas com as oito notas musicais, tendo assim diferentes sonoridades. Foram expostos no chão em frente à Maria (encostada à parede para não se deitar) desta forma ela explorou os sons sozinha (variando entre os agudos e graves). Foi notório o seu progresso na coordenação motora necessária para agarrar estes instrumentos, o seu progresso revelou-se tanto pela forma correta como os segurava e agitava, bem como uma maior rapidez na troca entre eles. Parecia estar em busca de sonoridades diferentes.

Desta forma, a estagiária tentou sempre ir de encontro à sua identidade musical (ISO), estando atenta às suas necessidades e limitações, incentivando-a a exprimir as suas emoções através do estímulo musical. A estagiária interagiu com um tambor na atividade com os sinos

musicais, batendo uma pulsação para dar estrutura e forma à sonoridade praticada pela Maria. A estagiária cantava músicas com variadas letras introduzindo entre elas os vocalizos (bebe, mama, Be, Plim, Truz) reagindo com um olhar de contentamento em resposta ao reconhecimento sonoro das mesmas. Todas estas técnicas foram utilizadas na persecução dos objetivos terapêuticos definidos.

Sendo evidente ao longo do processo de intervenção uma evolução significativa no sentido de alcançar os objetivos propostos.

### **Conclusão**

A qualidade integradora da experiência musical e o seu carácter espontâneo permitiram a evolução ao nível dos processos de perceção e execução.

Através das experiências sensoriais foi notória a evolução a vários níveis.

A nível da audição a Maria passou a reconhecer e a utilizar intencionalmente alguns sons.

A nível motor conseguiu (apesar das suas dificuldades de coordenação) tocar de forma intencional nos instrumentos e mover-se à pulsação da música. A Maria gostava muito de estar sentada ao piano e encostava a cara (ouvido) ao piano. Foi conseguido ao longo das sessões que esta se posicionasse de forma a melhorar a sua postura corporal (escoliose grave). Percebi que com ritmos mais acentuados e rápidos estimulava a atenção e alguma agitação, então quando esta se preparava para se debruçar novamente no piano introduzia estes elementos musicais para se posicionar na cadeira de forma correta.

A nível cognitivo começou a associar palavras (trús e plim) a movimentos (dar a mão e pé), um bom início para generalizar este tipo de associação. Este exercício ao longo das várias sessões permitiu também trabalhar a atenção, a concentração e a memória. Apesar do grave défice cognitivo da Maria, foi verbalizado sempre em todas as sessões o que ia

estagiária ia fazendo. Muitas das vezes improvisava com a letra das tarefas que ia realizando como por exemplo, cantava exp: “agora está na hora de arrumar para irmos papar: E ela respondia com os seus vocalizos. Na última sessão fui-me despedindo da Maria com letras improvisadas sobre o término da sessão, aquando do arrumar dos instrumentos esta começou a arrumá-los dentro dos sacos próprios. Nunca o tinha feito anteriormente.

A nível da expressão emocional foi possível alguma evolução. Consoante os sons ouvidos (altura, intensidade e ritmo) a Maria expressava estados de ânimo ou desânimo.

A nível da regulação emocional a Maria foi ficando mais contida, praticamente sem comportamentos disruptivos e com melhor controlo da sialorreia.

A nível sócio emocional melhorou a comunicação relacional através das atividades desenvolvidas em conjunto com a estagiária, conseguindo por vezes respeitar uma interação musical por turnos.

Na área da musicalidade foi seletiva na escolha tímbrica, onde os seus instrumentos de eleição foram o piano, o ocean drum e pau de chuva, a sonoridade destes dois últimos tranquilizavam-na e o fato do pau de chuva ser transparente (ela olhava através dele), e o ocean drum por ser revestido com material de plástico refletia as imagens e tinha um efeito espelho. Estes comportamentos fazem parte da problemática dos pacientes com síndrome de Angelman (descritos na descrição anteriormente).

Ao longo do processo de intervenção procurou-se caminhar no sentido dos objetivos propostos, sendo naturalmente a evolução desigual ao nível dos vários níveis avaliados.

## **Discussão**

Sendo a musicoterapia uma terapia que faz uso da música, ou de parte dos seus componentes: som, melodia, ritmo e harmonia, com o objetivo de alterar positivamente o

estado emocional, físico, comportamental e cognitivo, através de respostas ativadas pela música, considera-se importante a musicoterapia aos utentes com multideficiência.

A musicoterapia facilita nas crianças com deficiência as competências comunicacionais, verbais ou não verbais (através de gestos, contato visual, postura e movimentos).

Ao longo do processo de intervenção a Maria evoluiu de forma contínua, sobretudo na área sócio emocional. Na descrição das sessões da Maria foram detalhadas as técnicas adotadas, bem como na conclusão os resultados obtidos. Foi possível observar uma crescente intencionalidade comunicativa.

Benenson (1988) considera que na aplicação com os deficientes mentais é importante o uso do corpo como instrumento de movimento e de percussão. Considera-se que através da música, somos capazes de transformar sensações corporais internas, permitindo a expressão corporal através do som quando cantamos, dançamos ou executamos qualquer instrumento musical ou ritmos corporais. Neste contexto, libertam-se energias internas para o exterior fazendo do nosso corpo fonte de comunicação.

A Maria começou a reagir às instruções mais adequadamente, aumentou a iniciativa de comunicação bem como a frequência de respostas contingentes de estímulo interativo. Aumentaram por parte da Maria os números de momentos de atenção partilhada numa atividade musical, a iniciativa de participação numa atividade musical bem como as reações físicas ao estímulo musical. A Maria aumentou as vocalizações interativas, a produção de dinâmicas musicais e comunicava através da expressão corporal.

Desde o início das sessões existiu uma relação empática entre a estagiária e a utente.

A musicoterapia desenvolve-se assim num processo interpessoal, no qual a relação estabelecida entre o musicoterapeuta e o paciente é a base de toda a intervenção. “O

musicoterapeuta utiliza a música em todas as suas vertentes (fisiológica, emocional, cognitiva, social, estética e espiritual) para auxiliar os pacientes a melhorarem, restaurarem-se ou manterem o seu estado saudável” (Bruscia, 1987).

## **Outras Intervenções**

Estes alunos foram propostos pela musicoterapeuta da escola. Todos eles apresentam défice cognitivo.

### **Intervenção Individual**

#### **André**

O André, tem 12 anos, vive com os pais, duas irmãs e um irmão mais novo. Beneficia de currículo específico individual, tendo sido elaborado um plano pedagógico personalizado onde se pretende estimular e reforçar competências e aptidões envolvidas na aprendizagem, reforço e desenvolvimento de competências específicas.

O André apresenta défice cognitivo. É uma criança comunicativa quando a interação parte do outro, e com um ritmo de iniciativa e ação bastante lento, a não ser que seja estimulado.

Houve desde o início uma relação empática entre a estagiária e o utente. Observaram-se dificuldades a nível da concentração, atenção e memória. Em todas as sessões demonstrou interesse pelas atividades propostas no entanto com uma atitude passiva. Aguardava sempre pelas propostas da estagiária para intervir. Manuseava todos os instrumentos tendo preferência pelo piano. Foram trabalhadas as dinâmicas e intensidades bem como os ritmos, devido à sua dificuldade na gestão das mesmas.

Regra geral utilizava sons agudos e ritmos lentos. Não manifestava preferências por nenhum género musical em particular.

Foram desenvolvidas técnicas para melhorar as suas dificuldades, onde a improvisação e o diálogo musical resultou numa melhoria da dinâmica musical, onde os ritmos alternavam entre o lento e rápido bem como as intensidades passavam do fraco ao

forte e os sons graves aos agudos. O André reagia sempre com satisfação e verbalizava-a, sendo dado por parte da estagiária um reforço positivo pela sua evolução.

Os objetivos terapêuticos foram atingidos. Em termos comunicacionais, a sua progressão foi notória na alteração do comportamento e atitude, este passou de uma atitude passiva para uma atitude ativa tendo também aumentado a capacidade de reação e iniciativa.

## **Casos de Grupo**

### **Grupo 1**

Este grupo foi composto pela Elsa, o António e o João. Beneficiam de um currículo específico individual, tendo sido elaborado um plano pedagógico personalizado para cada um deles, onde se pretende estimular e reforçar competências e aptidões envolvidas na aprendizagem, reforço e desenvolvimento de competências específicas. Todos apresentam défice cognitivo. A Elsa apresenta ainda deficiências graves nas funções da voz, articulação, fluência e ritmo da fala.

Foi um grupo homogêneo, quer no comportamento, quer na musicalidade e foram assíduos. Estes já mantinham um relacionamento de amizade porque foram colegas de turma durante vários anos. Trata-se de um grupo coeso e de fortes laços entre eles. As dificuldades de comunicação por parte da Elsa devido à sua problemática não foram obstáculo de comunicação entre a estagiária e os restantes utentes. Ao longo das sessões foram promovidas por parte da estagiária atividades que estimulassem a partilha e gostos musicais por parte dos utentes. Manteve-se sempre uma relação de empatia entre os utentes e a estagiária. Todos participavam e respeitavam o espaço musical e ISO de cada um. Houve troca de instrumentos, comunicação interativa e intencional com momentos de pergunta –resposta onde era respeitado o tempo que cada utente necessitava. Respeitaram assim os turnos de

uma forma natural e onde as dinâmicas musicais eram um ponto de referência sobre quando seria o outro a participar (baixavam a intensidade e ritmo).

Os objetivos terapêuticos foram atingidos. Foi possível observar a evolução da relação entre os utentes, interagindo de forma coesa dando espaço à Elsa. As produções sonoras comunicativas e interativas aumentaram por parte da Elsa, melhorando as suas deficiências graves nas funções da voz, articulação, fluência e ritmo da fala.

## **Grupo 2**

Este grupo foi composto pela Elisabete e Filipe. Beneficiam de um currículo específico individual, tendo sido elaborado um plano pedagógico personalizado para cada um deles, onde se pretende estimular e reforçar competências e aptidões envolvidas na aprendizagem, reforço e desenvolvimento de competências específicas. Apresentam défice cognitivo.

A metodologia adotada foi diretiva e estruturada. A Elisabete teve uma atitude de passividade durante as primeiras sessões. Destacou-se o Filipe como líder. O facto de serem um grupo de dois utentes não proporcionou uma grande interação por parte dos mesmos. Ao contrário do que aconteceu no grupo um, neste não existia afinidade por parte dos utentes. O fato de ser um grupo com dois utentes, deveu-se ao facto de que não existirem utentes com horário disponível para integrar este grupo.

De qualquer forma, através das técnicas utilizadas foi possível observar algumas melhorias significativas na participação da Elisabete, contendo o Filipe nas atividades. As sessões começaram por ser iniciadas com exercícios de improvisação e exploração de instrumentos musicais, procurando explorar o ISO do grupo. Foi necessário a promoção de atividades que estimulassem a consciência de si e do outro, para desta forma melhorar a relação grupal.

Os objetivos terapêuticos foram atingidos. Foi melhorada a passividade por parte da Elisabete desde as primeiras sessões, onde esta começou a interagir também com perguntas – respostas não só com a estagiária mas também com o Filipe. As músicas mais utilizadas eram na sua maioria músicas tradicionais portuguesas que eram conhecidas por todos e desta forma cantavam e tocavam os seus ritmos nos instrumentos de percussão respeitando a musicalidade individual. Desta forma promoveu-se um sentido de partilha e relação entre o grupo deixando de haver liderança por parte do Filipe.

### **Grupo 3**

Este grupo foi composto pela Carolina, Gabriel, Daniel, Fátima e Manuel. Beneficiam de um currículo específico individual, tendo sido elaborado um plano pedagógico personalizado para cada um deles, onde se pretende estimular e reforçar competências e aptidões envolvidas na aprendizagem, reforço e desenvolvimento de competências específicas. Todos eles apresentam défice cognitivo.

O grupo no seu geral estava inserido na problemática do absentismo escolar. Os elementos são na sua maioria de etnia cigana. Um dos elementos do grupo participou em apenas 5 sessões. Foram os próprios elementos do grupo que lhe sugeriram ser melhor deixar o mesmo, porque era um elemento bastante perturbador. A estagiária já o tinha informado logo na segunda sessão que se mantivesse a sua atitude perturbadora teria que sair. Inicialmente teve uma melhoria significativa do seu comportamento nas três sessões seguintes, mas logo voltou a reincidir pelo que abandonou o grupo definitivamente.

Os objetivos principais traçados para este grupo tiveram como base promover a consciência de si e do outro, desenvolver a criatividade e a autoestima, aquisição de competências interpessoais e melhorar a comunicação.

Nas primeiras sessões assistiu-se a uma fase de criação do grupo, apesar das semelhanças entre pares mostraram alguma reserva entre eles e com a estagiária.

A agitação foi uma constante nas sessões iniciais, chegando a levantar-se para dançar, tocar de pé, falarem entre si e trocarem instrumentos durante as atividades. Foi necessário por parte da estagiária dar uma estrutura e desenvolver atividades para criar uma dinâmica que permitisse descentrar os elementos do “eu” conduzindo-os para o “nós” grupo.

A metodologia adotada foi diretiva, recorrendo à improvisação nos momentos mais livres. Aquando da improvisação e da recriação musical, a música produzida pelos utentes era na sua maioria baseada na identidade cultural da música cigana. Nesta fase todos eram líderes.

Através de estratégias para conter os elementos do grupo foi promovida a partilha verbal sobre músicas selecionadas por cada elemento, para desta forma reconhecerem o seu ISO e a aceitarem do ISO do outro, bem como as suas diferenças passando assim a partilhar experiências e saberes.

O grupo melhorou a sua interação, com as estratégias que foram adotadas ficaram mais contidos nos seus comportamentos onde a partilha de e expressão de emoções através das atividades propostas foram um objetivo atingido.

Foram efetuadas atividades através da improvisação com a exploração do ISO individual, da composição musical e recriação musical, em que o objetivo era promover a escuta ativa, a capacidade de esperar pelo outro e a satisfação de realização de atividades musicais. Observaram-se bastantes progressos na comunicação interativa entre o grupo, respeitaram os turnos nas dinâmicas musicais e troca de instrumentos. Foi um desafio para a estagiária devido ao comportamento destes utentes, sendo que alguns dos objetivos terapêuticos tivessem que ser revistos e reformulados com o decorrer das sessões.

No final das sessões o resultado foi positivo. Os utentes melhoraram o seu comportamento, bem como a assiduidade nas atividades escolares.

## Conclusão

Com este relatório pretende-se descrever o percurso e a experiência como estagiária em musicoterapia dentro desta Instituição. Ao longo do estágio houveram várias fases (já mencionadas anteriormente) e todas elas foram essenciais e primordiais para o conhecimento de tudo o que a Musicoterapia envolve. Todo o percurso foi necessário para uma maior maturação onde as mudanças e os desafios fizeram parte do seu diário enquanto musicoterapeuta estagiária. Desta forma nunca foram tomadas como certezas absolutas os seus conhecimentos para que não me acomodasse num saber que não pode, no processo terapêutico tornar-se estanque.

Foi dado o tempo necessário a cada utente, para que estes, dentro das suas capacidades e limites conseguissem o seu tempo de maturação para que a mudança ocorresse de forma fluida. Desta forma evitou-se a frustração para que os objetivos terapêuticos específicos para cada caso fossem atingidos. A relação foi baseada nestes princípios, sem estes, a frustração criaria barreiras na relação entre a musicoterapeuta estagiária e o utente e consequentemente dificuldades na comunicação. Comunicar é relacionar, e é nesta base que a relação melhorou quando na comunicação a estagiária esteve atenta às iniciativas, às capacidades, às necessidades, aos gostos musicais dos utentes contribuindo assim para uma comunicação interativa e intencional. Foi promovido um ambiente musical rico e estimulante potenciando também a partilha musical, sincronização musical, atenção conjunta, jogos por turnos, fatores estes estruturantes para nos utentes. Foi notória a alteração e evolução nos seus comportamentos (contenção), nos seus estados emocionais (regulação) bem como na sua atenção (concentração e memória).

Terminada a avaliação (através da observação e dos documentos de avaliação) conclui-se progressos com a intervenção musicoterapêutica. Houve casos de maior progresso

(casos individuais), nos outros casos, devido à pouca assiduidade às sessões, como o caso dos alunos em que a problemática se inseria- no absentismo escolar, não se notaram em alguns os utentes uma melhoria significativa. No entanto, apesar de muitos dos casos não frequentarem as aulas, estes compareciam com frequência às sessões. Aqui foi notório a evolução a nível do contexto social, alguns dos utentes começaram a frequentar com maior assiduidade as aulas.

Como conclusão, considera a musicoterapeuta estagiária que a intervenção musicoterapêutica dentro da população com multideficiência e deficiência intelectual é indicada devido aos resultados alcançados no estágio, fundamentado pela literatura existente sobre a musicoterapia nesta população estudada. A musicoterapia tem demonstrado os seus efeitos positivos a vários níveis: competências sociais, competências psicomotoras e pré-académicas, comunicação, regulação emocional, comunicação, relação e linguagem.

A musicoterapia já era valorizada na instituição, sendo reconhecida por toda a comunidade escolar como sendo uma mais-valia no trabalho com os utentes. A estagiária contribuiu para reforçar a sua importância com o trabalho realizado, tendo sempre um reforço positivo por parte dos utentes bem como por toda a equipa da UAEM.

### **Reflexão Final**

A música sempre me fez reagir. O «eu» musical sempre esteve presente em mim, sendo construído e desenvolvido desde que me lembro. A música é uma constante no meu diário de vida. Seja pela sua audição, seja através do tocar de um qualquer instrumento musical, seja pelo canto ou apenas pela sua evocação, sempre imaginei a música como parte do meu corpo e também como uma conselheira, uma amiga que me faz pensar, que me conforta e cuida deixando eu também cuidar-me por ela.

Muitas vezes o arrepio sentido não é culpa de frio mas sim da música! O simples sorriso não é sempre provocado por algo visto, que me é dito ou que digo, mas é sempre desencadeado pela música... e se o choro pode ser igualmente provocado pela música, no final é a mesma que acaba por me confortar!

Descubro-me através da música, transformo-me com ela e é este o significado, a importância que lhe dou!

O estágio académico em musicoterapia na Escola Básica 2, 3 - Dr. António Augusto Louro na Arrentela foi bastante enriquecedor tanto a nível pessoal como profissional. Da teoria passei à prática e consegui avançar (apesar dos receios iniciais e de alguma ansiedade sentida pelo fato de estar a trabalhar numa área que me era desconhecida) criando expectativas positivas que foram sendo reforçadas pela equipa da UAEM e pelo trabalho desenvolvido com os utentes. Sentia que estava tudo a correr bem! Mesmo quando o resultado não era o esperado, talvez pela impaciência e alguma frustração por desejar que o trabalho desenvolvido evoluísse rapidamente, aprendi que o tempo não pode ser um fator determinante porque cada utente tem o seu e varia de indivíduo para indivíduo. Passei desta forma dar a importância justa ao tempo, mas também ao silêncio, ao pequeno gesto, mas também à inatividade, ao escutar, à focalização e atenção numa disponibilidade física e

mental que curiosamente não representava qualquer esforço mas sim, também por esse motivo, um enorme prazer. Através desse prazer descoberto percebi rapidamente possuir as capacidades para me tornar uma boa profissional enquanto musicoterapeuta.

O essencial é gostar das pessoas! Perceber que a música tem para cada um o seu espaço e tempo e que cada um se relaciona com ela de uma forma única como único é cada ser.

Durante o estágio foi-me dada toda a autonomia para a realização do meu trabalho. Para alguma dúvida tinha o apoio da musicoterapeuta da escola. Fui bem acolhida desde o início pela equipa sendo extremamente motivador e um fator facilitador na minha integração.

Pelo que sinto pela música e pelo seu potencial, acredito no seu poder transformador sobre os outros. Nesta população específica com que trabalhei, foram visíveis as diferentes formas como a musicoterapia os atingiu e como todos nós beneficiámos nesta troca entre terapeuta e utente com ganhos em termos de desenvolvimento e crescimento pessoal.

Nunca fiquei indiferente a tudo aquilo que acontecia de diferente e no entanto, tão diferente fiquei...

No futuro imagino-me a trabalhar com esta população, pretendendo continuar a aprofundar a minha formação nesta área.

## Referências

- Agrupamento de Escolas Dr. António Augusto Louro. (2014). *Projeto Educativo 2014/2017*. Seixal. Obtido em Abril 2018, de <http://www.ebaal.com/portal/images/Documentos/pe.pdf>.
- Aigen, K. (2005a). *Being in music: Foundations of Nordoff-Robbins music therapy*. Vol 1. Gilsum: Barcelona Publishers.
- Aigen, K. (2005b). *Music-Centered music therapy*. Gilsum: Barcelona Publishers.
- Alvin, J. (1967). *Musicoterapia*. Barcelona. Ediciones Paidós Iberica.
- American Psychiatric Association (2013) DSM – 5- TM. Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais (5.<sup>a</sup> Ed). Lisboa: Climepsi Editores.
- Ansdell, G. (1995). *Music for life: Aspects of creative music therapy with adult clientes*. London: Jessica Kingsley Publishers Ltd.
- Barcellos, L. R. (2004). *Musicoterapia: Alguns escritos*. Rio de Janeiro RJ: Enelivros.
- Barcelos, L. R. M. (org.) (1999). *Musicoterapia: transferência, contratransferência e resistência*. Rio de Janeiro: Enelivros.
- Baxter, H.T., Berghofer, J.A., MacEwan, L., Nelson, J., Peters, K., Roberts, P. (2007). *The Individualized Music Therapy Assessment Profile*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Benenzon, R. (1985). *Manual de Musicoterapia*: Ediciones Paídos Educator.
- Benenzon, R. (1988). *Teoria da Musicoterapia: contribuição ao conhecimento do contexto não-verbal*. São Paulo: Summus.
- Bennis, W. & Shepard, H. (1974). *A theory of group development*. In G. Gibbard, J.
- Betés de Toro, M. (2000). *Fundamentos de musicoterapia*. Madrid. Ediciones Morata.

- Birkenshaw-Fleming, L. (1993) - *Music for All: Teaching Music to People With Special Needs*. Toronto: Gordon V. Thompson Music.
- Bruscia, K.E. (1999). *Modelos de improvisación en musicoterapia*. Barcelona Publisher.
- Bruscia, K. (1987). *Improvisation/Models of Music Therapy*. USA: Charles C. Thomas.
- Bruscia, K. (1988). A Survey of treatment procedures in improvisational music therapy. *Psychology of Music*, 16, 1-24.
- Bruscia, K. (1998). *Definindo Musicoterapia*. Barcelona, Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. (2007). *Musicoterapia: Métodos y practicas* (2.ª Ed.). Santa Cruz. Editorial Pax México.
- Cadima, A. (1997). A Experiência de um círculo de Estudos para uma Pedagogia.
- Camelo, C.V. (2015). *A comunicação e a relação em musicoterapia na deficiência mental*. Lisboa: Universidade Lusíada. Obtido em Abril 2018, de <http://repositorio.ulusiada.pt/handle/11067/1930>.
- Centro de Psicologia do Desenvolvimento e da Educação da Criança. (2003). Classificação Internacional da Funcionalidade Incapacidade e Saúde: Versão para Crianças e Jovens Actividades de Participação Factores Ambientais. Versão Experimental traduzida e adaptada, com base na CIF (2003) e ICF-CY (no prelo)
- Chagas, M. & Pedro, R. (2008). *Musicoterapia: Desafios entre a modernidade e a contemporaneidade - como sofrem os híbridos e como se divertem*. Rio de Janeiro. Mauad editora.
- Chess, S.; Hassbi, M. (1982). *Princípio e prática na psiquiatria Infantil*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Costa, C. M. (1989). *O despertar para o outro: musicoterapia*, São Paulo: Sumus.
- Costa, C.M. (1995). *Musicoterapia para doenças mentais*. Rio de Janeiro, Editora Clío.

- Cunha, R. & Volpi, S. (2008). A prática da musicoterapia em diferentes áreas de atuação. *Revista Científica/FAP*, 3, 85-97.
- Declaração de Salamanca (1994). Conferencia Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais. Acesso e qualidade.
- Duffy, B. & Fuller, R. (2000). Role of music therapy in social skills development in children with moderate intelectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 13, 77-89.
- Federação Mundial de Musicoterapia. (1996). *Musicoterapia*. Obtido em 2 Janeiro 2018, de: <https://www.apmtmusicoterapia.com/o-que---a-musicoterapia-csgz>.
- Fernandes, S. (2013) *Projeto de Intervenção Musicoterapia nas Unidades de Apoio Especializado à Multideficiência no Agrupamento de Escolas Doutor António Augusto Louro*. Seixal.
- Gaston, T. (1968). *Tratado de Musicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- Ghetti, C. (2002). Comparison of the effectiveness of three music therapy conditions to modulate behavior states in students with profund disabilities: A pilot study. *Music Therapy Perspectives*, 20(1), 20 – 30.
- Gold, C., Voracek, M. & Wigram, T. (2004). Effects of music therapy for children and adolescents with psychopathology: a meta-analysis. *Journal of Child and Psychology and Psychiatry*, 45(6), 1054-1063.
- Graham, J. (2004). Communicating with the uncommunicative: music therapy with pre-verbal adults. *British Journal of Learning Disabilities*, 34, 24-29.
- Griggs-Drane, E. & Wheeler, J. (1997). The use of functional assessment procedures and individualized schedules in the tratment of autism: recomendations for music therapists. *Music Therapy Perspectives*, 15(2), 87-93.

- Hartman & R. Mann (Eds.). *Analysis of groups: contributions to theory, research, and practice* (pp. 127-153). São Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- L. Wheeler, B. (2015). *Music Therapy Handbook : Creative arts and play therapy*. Barbara Guilford Publications.
- Leonido, L. (2006). Musicoterapia. *Revista de Música Clásica y Reflexión Musical*. Obtido em 14 Fevereiro 2018, de:  
<http://www.sinfoniavirtual.com/revista/001/musicoterapia.php>.
- Madureira, I. e Leite, T. (2003). *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Universidade Aberta.
- McFerran, K. & Shanahan, E. (2011). Music Therapy Practice in Special Education and Children's Hospice: A Systematic Comparison of Two Music Therapists Strategies with Three Preadolescent Boys. *Music Therapy Perspectives*, 2(2), 103–111.
- Nordoff, P. & Robbins, C. (1997). *Criative Music Therapy*. New York: John Day Co.
- Oldfield, A. (1995). Communicatin through music: The balance between following and initiating. Em Wigram, T., Saperston, B. & West, R. (Eds.), *The art & science of music therapy: A handbook*. 226 – 237. New York, Routledge.
- Priestley, M. (1994). *Essays on analytical music therapy*. Gilsum: Barcelona Publishers.
- Sadock, B.J., Sadock, V.A. (2008). *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica* (9.ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Saramago, A. R., Gonçalves, A., Nunes, C., Duarte, F. e Amaral, I. (2004). *Avaliação e Intervenção em Multideficiência*. Lisboa: Centro de Recursos para a Multideficiência, Direcção de Serviços de Educação Especial e Apoio Sócio-Educativo DGIDC.

- Schwartzberg, E. & Silverman, M. (2014). Music therapy song repertoire for children with autismo spectrum disorder: A descriptive analysis by treatment áreas, song types, and presentation styles. *The Arts in Psychotherapy*, 41, 240 – 249.
- Swedberg Yinger, O. (2017). *Music Therapy: Research and Evidence-Based Practice* (1<sup>a</sup> ed.). Elsevier - Health Sciences Division.
- Tuesday Baxter, H., Allis Berghofer, J., MacEwan, L., Nelson, J., Peters, K., Roberts, P. (2007). *The Individualized Music Therapy Assessment Profile*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Van der Puten, A., Vlaskamp, C., Reynders, K. & Nakken, H. (2005). Children with profound intelectual and multiple disabilities: the effects of functional movement activities. *Clinical Rehabilitation*, 19, 613-620. Doi: 10.1191/0269215505cr899oa
- Wheeler, B. L. (2015). *Music Therapy Handbook, Creative Arts and Play Therapy*. New York: Guilford Press.
- Wigram, T. (1988). Music Therapy – developments in mental handicap. *Psychology of Music*, 16, 42-51.
- Wigram, T. (2004). *Improvisation Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Wigram, T., Baker, F. (2005). *Songwriting Methods, Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Wigram, T., Pedersen, I. & Bonde, L. (2002). *Comprehensive guide to music therapy: theory, clinical practice, research and training*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- World Federation of Music Therapy (2011). *What is music therapy?*. Obtido em 14 Fevereiro 2018, de [http://musictherapyworld.net/WFMT/About\\_WFMT.html](http://musictherapyworld.net/WFMT/About_WFMT.html).

World Health Organization. (1994). *The ICD-10: Classification of mental and behavioural disorders*. Geneva: World Health Organization.

Yinger, O.S. (2017). *Music Therapy: Research and Evidence-Based Practice* (1ª ed.). Elsevier - Health Sciences Division.

Ziljstra, H. & Vlaskamp, C. (2005). The impact of medical conditions on the support of children with profound intellectual and multiple disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 18, 151-161.

**Anexos**

---



### **Lista de Anexos**

**Anexo A** - Grelha de Avaliação Musicoterapêutica.

**Anexo B** - Registo de Sessão (Individual e Grupo).

**Anexo C** - Plano terapêutico.



**Anexo A**

---

Grelha de Avaliação Musicoterapêutica<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Camelo, C.V. (2015). *A comunicação e a relação em musicoterapia na deficiência mental*. Lisboa: Universidade Lusíada. Obtido de <http://repositorio.ulusiada.pt/handle/11067/1930>.



Questionário de Observação - Musicoterapia					
Paciente:			Data:		
Respostas: (1) Nunca = 0% (2) Raramente = <50% (3) Inconstante = 50%-79% (4) Constante = >80%					
Área cognitiva	Objectivo				
<b>A. Memória longo prazo</b>	- Recorda o nome do terapeuta	1	2	3	4
	- Recorda canções já aprendidas	1	2	3	4
	- Pede actividades/canções já aprendidas	1	2	3	4
<b>B. Memória curto prazo</b>	- Recorda as instruções dadas	1	2	3	4
	- Recorda o título da canção que foi cantada/ouvida	1	2	3	4
	- Recorda e repete um ritmo dado	1	2	3	4
	- Recorda e repete um conjunto de instrumento tocados	1	2	3	4
	- Aprende novas canções	1	2	3	4
<b>C. Cognição</b>	- Demonstra compreensão das regras/estrutura	1	2	3	4
	- Procura objectos caídos	1	2	3	4
	- Consegue recorrer ao pensamento simbólico	1	2	3	4
	- Manifesta criatividade em tarefas não direccionadas	1	2	3	4
	- Segue instruções	1	2	3	4
<b>D. Atenção</b>	- focaliza a atenção na tarefa musical	1	2	3	4
	- Mantém a atenção durante a maior parte do tempo da sessão	1	2	3	4
<b>E. Concentração</b>	- Mantém a concentração na tarefa musical	1	2	3	4
	- Mantém a concentração durante a maior parte do tempo da sessão	1	2	3	4
Área Psicomotora	Objectivo				
<b>A. Psicomotricidade</b>	- Integra dois estímulos distintos	1	2	3	4
	- Movimenta-se ao som da música	1	2	3	4
<b>B. Motricidade Grossa</b>	- Move-se espontaneamente	1	2	3	4
	- Lateralidade definida	1	2	3	4
	- Manipula instrumentos	1	2	3	4
	- Consegue realizar actos motores pedidos	1	2	3	4
	- Coordena dois instrumentos	1	2	3	4
	- Move-se de forma organizada	1	2	3	4
	- Demonstra agitação motora (tremores/espasmos)	1	2	3	4
<b>C. Motricidade Fina</b>	- Consegue agarrar objetos com firmeza	1	2	3	4
	- Consegue agarrar objetos com pouca firmeza	1	2	3	4
	- Organiza e alterna as mãos a tocar	1	2	3	4
	- Consegue tocar com baquetas por mais de 4''	1	2	3	4
Área Sócio-emocional	Objectivo				
	- Sorri/Ri durante a sessão	1	2	3	4

<b>A. Expressão Emocional</b>	- Demonstra variedade de afetos	1	2	3	4
	- Expressa emoções apropriadas ao contexto	1	2	3	4
	- Demonstra sensibilidade aos componentes musicais	1	2	3	4
<b>B. Regulação Emocional</b>	- Canaliza a agitação através de um instrumento de percussão	1	2	3	4
	- Acalma-se com suporte musical	1	2	3	4
	- Controla a impulsividade	1	2	3	4
	- Auto-regula-se numa actividade musical	1	2	3	4
<b>C. Social</b>	- Responde pelo nome	1	2	3	4
	- Demonstra interesse nas actividades	1	2	3	4
	- Utiliza normas sociais adequadas	1	2	3	4
	- Mantém contacto visual apropriado	1	2	3	4
<b>D. Participação e interacção</b>	- Entra na sala com indicação mínima	1	2	3	4
	- Toca com o terapeuta	1	2	3	4
	- Envolve-se na interacção musical	1	2	3	4
	- Demonstra flexibilidade na interacção musical	1	2	3	4
	- Participa numa actividade de audição em grupo	1	2	3	4
	- Participa numa actividade de canto em grupo	1	2	3	4
	- Interactua a nível verbal com colegas e terapeuta	1	2	3	4
	- Interactua a nível não-verbal (contacto físico/musical)	1	2	3	4
<b>E. Turnos</b>	- Antecipa o seu turno	1	2	3	4
	- Espera pela vez	1	2	3	4
	- Pede a vez quando apropriado	1	2	3	4
<b>Área Sensório-Perceptiva</b>	<b>Objectivo</b>				
<b>A. Percepção/discriminação sonora</b>	- Busca estímulos auditivos	1	2	3	4
	- Discrimina diferentes sonoridades	1	2	3	4
	- Demonstra atenção/resposta ao estímulo auditivo	1	2	3	4
	- Reconhece melodias	1	2	3	4
<b>B. Percepção/discriminação visual</b>	- Demonstra percepção a estímulos visuais	1	2	3	4
<b>Área Comunicação</b>	<b>Objectivo</b>				
<b>A. Comunicação Receptiva/Percepção Auditiva</b>	- Discrimina som e silêncio	1	2	3	4
	- Segue instruções verbais	1	2	3	4
	- Localiza a fonte sonora	1	2	3	4
	- Demonstra percepção de mudanças bruscas na intensidade	1	2	3	4
	- Demonstra percepção de mudanças bruscas na velocidade	1	2	3	4
	- Demonstra percepção de mudanças bruscas na dinâmica	1	2	3	4
<b>B. Comunicação Expressiva</b>	- Procura comunicar	1	2	3	4
	- Comunica desejos e ideias	1	2	3	4
	- Comunica sem frustração	1	2	3	4
<b>C. Comunicação Não verbal</b>	- Gesticula	1	2	3	4

<b>D. Vocalização</b>	- Vocaliza com volume apropriado	1	2	3	4
	- Vocaliza com o terapeuta	1	2	3	4
	- Vocaliza apenas por imitação	1	2	3	4
<b>E. Verbalização</b>	- Verbalização imperceptível	1	2	3	4
	- Verbaliza palavras individuais	1	2	3	4
	- Verbaliza frases completas	1	2	3	4
<b>F. Comunicação Relacional</b>	- Participa em conversa recíproca	1	2	3	4
	- Responde a questões	1	2	3	4
<b>G. Idiosincrasias Vocais</b>	- Vocalizações com balbuceio	1	2	3	4
	- Vocalizações com ecolália	1	2	3	4
	- Vocalizações inconstantes	1	2	3	4
	- Vocalizações em <i>stacatto</i>	1	2	3	4
<b>Área Musicalidade</b>	<b>Objetivo</b>				
<b>A. Comportamento Musical</b>	- Expressa satisfação pela música	1	2	3	4
	- Indica desejo para tocar instrumentos	1	2	3	4
	- Manipula instrumento quando lhe é dado	1	2	3	4
	- Explora o instrumento	1	2	3	4
	- Toca instrumentos espontaneamente	1	2	3	4
	- Canta espontaneamente	1	2	3	4
<b>B. Percepção e Expressão no Tempo</b>	- Toca no seu próprio tempo	1	2	3	4
	- Toca no tempo do terapeuta	1	2	3	4
	- Inicia mudanças no tempo	1	2	3	4
	- Adapta-se às mudanças no tempo	1	2	3	4
<b>C. Percepção e Expressão Rítmica</b>	- Imita padrões rítmicos simples	1	2	3	4
	- Imita padrões rítmicos intermédios	1	2	3	4
	- Muda ritmo em resposta à música	1	2	3	4
	- Inicia diferentes padrões rítmicos nos jogos por turnos	1	2	3	4
<b>D. Dinâmica Musical</b>	- Demonstra plasticidade nas dinâmicas musicais	1	2	3	4
	- Inicia diferentes dinâmicas musicais	1	2	3	4
	- Utiliza expressivamente <i>crescendo/diminuendo</i>	1	2	3	4
<b>E. Musicalidade Vocal</b>	- Vocalizações em resposta a estímulo musical	1	2	3	4
	- Vocalizações comunicativas	1	2	3	4
	- Completa canções conhecidas	1	2	3	4
	- É capaz de improvisar uma canção	1	2	3	4
	- Aprecia quando lhe cantam uma canção composta para determinadas situações	1	2	3	4
	- Canta no tom	1	2	3	4
	- Responde a indicações sugeridas através do canto	1	2	3	4
<b>F. Criatividade e Desenvolvimento de Ideias Musicais</b>	- Cria melodias independentes	1	2	3	4
	- Improvisa estrutura rítmica	1	2	3	4
	- Improvisa melodias para um padrão rítmico	1	2	3	4
	- Apresenta liberdade rítmica (responde ao terapeuta)	1	2	3	4

<b>Perfil de Improvisação</b>	- Apresenta um ritmo estável (autoexpressão)	1	2	3	4
	- Apresenta golpeado evasivo	1	2	3	4
	- Resposta rítmica compulsiva (apenas no seu "tempo")	1	2	3	4
	- Resposta rítmica limitada (dependente de certos estímulos)	1	2	3	4

**Sumário Avaliação**

Área	Cognitiva			
Sub-Domínio	N/R	Pontuação Efectiva	Pontuação Possível	Pontuação Final
A. Memória longo prazo			:12	%
B. Memória curto prazo			:20	%
C. Cognição			:20	%
D. Atenção			:8	%
E. Concentração			:8	%
<b>Total</b>			:68	%

Área	Psicomotora			
Sub-Domínio	N/R	Pontuação Efectiva	Pontuação Possível	Pontuação Final
A. Psicomotricidade			:8	%
B. Motricidade Grossa			:28	%
C. Motricidade Fina			:16	%
<b>Total</b>			:52	%

Área	Sócio Emocional			
Sub-Domínio	N/R	Pontuação Efectiva	Pontuação Possível	Pontuação Final
A. Expressão emocional			:16	%
B. Regulação emocional			:16	%
C. Social			:16	%
D. Participação e interacção			:32	%
E. Turnos			:12	%
<b>Total</b>			:92	%

Área	Sensório Perceptiva			
Sub-Domínio	N/R	Pontuação Efectiva	Pontuação Possível	Pontuação Final
A. Percepção/ Discriminação auditiva			:16	%
B. Percepção/ Discriminação visual			:4	%
<b>Total</b>			:20	%

Área	Comunicação			
Sub-Domínio	N/R	Pontuação Efectiva	Pontuação Possível	Pontuação Final
A. Comunicação receptiva/percepção auditiva			:24	%
B. Comunicação expressiva			:12	%
C. Comunicação não-verbal			:8	%
D. Vocalização			:12	%
E. Verbalização			:12	%
F. Comunicação relacional			:8	%
G. Idiossincrasias vocais			:16	%
<b>Total</b>			:92	%

Área	Musicalidade			
Sub-Domínio	N/R	Pontuação Efectiva	Pontuação Possível	Pontuação Final
A. Comportamento musical			:24	%
B. Percepção e expressão no tempo			:16	%
C. Percepção e expressão rítmica			:16	%
D. Dinâmica musical			:12	%
E. Musicalidade vocal			:28	%
F. Criatividade e desenvolvimento de ideias musicais			:12	%
<b>Total</b>			:108	%

Área	Perfil de Improvisação			
Sub-Domínio	N/R	Pontuação Efectiva	Pontuação Possível	Pontuação Final
A. Liberdade rítmica			:4	%
B. Ritmo estável			:4	%
C. Golpeado evasivo			:4	%
D. Resposta rítmica compulsiva			:4	%
E. Resposta rítmica limitada			:4	%
<b>Total</b>			:24	%



**Anexo B**

---

Registo de Sessão (Individual e Grupo)<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Documentos cedidos pela Prof.<sup>a</sup> Doutora Teresa Leite.



## REGISTO DE SESSÃO INDIVIDUAL - MT

**NOME DO UTENTE:** \_\_\_\_\_

**DATA:** \_\_\_\_\_ **TERAPEUTA:** \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÃO DIRECTA DO UTENTE:

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DA SESSÃO:

TEMAS CENTRAIS:

NOVIDADES OU MUDANÇAS:

MÚSICA PRODUZIDA (instrumentos, repertório)

REACÇÕES PESSOAIS:

A FAZER...

## REGISTO DE SESSÃO DE GRUPO - MT

**IDENTIFICAÇÃO DO GRUPO:** \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_ TERAPEUTA: \_\_\_\_\_

PRESENTES:
FALTARAM:
DESCRIÇÃO SUMÁRIA DA SESSÃO:
TEMAS CENTRAIS:
OBSERVAÇÕES ESPECÍFICAS (aspectos individuais ou processo de grupo)
MÚSICA PRODUZIDA (actividade, instrumentos, repertório)
NOVIDADES OU MUDANÇAS:
REACÇÕES PESSOAIS:
A FAZER...

---

**Anexo C**  
Plano terapêutico<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Documento cedido pela Prof.<sup>a</sup> Doutora Teresa Leite.



## PLANO TERAPÊUTICO EM MUSICOTERAPIA

**NOME DO UTENTE:** \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_ INÍCIO DO TRATAMENTO: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

INFORMAÇÕES PRIORITÁRIAS:		
PROBLEMA Nº 1:		
OBJECTIVO:		
SUB-OBJECTIVOS:		
PROBLEMA Nº 2:		
OBJECTIVO:		
SUB-OBJECTIVOS:		
PROBLEMA Nº 3:		
OBJECTIVO:		
SUB-OBJECTIVOS:		

