

Universidades Lusíada

Ferreira, Inês Lopes, 1996-

A musicoterapia com jovens adultos com trissomia 21 e deficiência intelectual

<http://hdl.handle.net/11067/6847>

Metadados

Data de Publicação

2022

Resumo

A Musicoterapia é uma disciplina, uma profissão e uma área de estudo, que é pensada para a pessoa ou para o grupo de pessoas que dela usufrui. Deste modo, é possível intervir junto da população com Trissomia 21 e Deficiência Intelectual. O presente relatório descreve o estágio de Musicoterapia, realizado na associação Os Malmequeres, instituição particular de solidariedade social, situado em Leiria, que apresenta como resposta social, um Centro de Atividades Ocupacionais (CAO), para jovens adult...

Music Therapy is a discipline, a profession and a field of studies designed for the person or the group of people who partake in it. Therefore, it is possible for it to be used to intervene on people with down syndrome and intellectual disabilities. The following report describes the internship in Music Therapy which took place at "Os Malmequeres" association, a private institution for social solidarity located in Leiria, that presents as a social answer, a center for occupational activities (CA...

Palavras Chave

Síndrome de Down, Pessoas com deficiência mental, Musicoterapia - Prática profissional, Os Malmequeres (Leiria, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)

Tipo

masterThesis

Revisão de Pares

Não

Coleções

[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2025-05-17T09:00:28Z com informação proveniente do Repositório



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

**A musicoterapia com jovens adultos com trissomia 21
e deficiência intelectual**

Realizado por:
Inês Lopes Ferreira

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

Orientado por:
Dr.^a Edite Maria Ribeiro Dinis

Constituição do Júri:

Presidente: Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Supervisora: Prof.^a Doutora Susana Aurora Gutiérrez Jiménez
Arguente: Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer

Dissertação aprovada em: 9 de março de 2023

Lisboa

2022



UNIVERSIDADE LUSÍADA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Musicoterapia

A musicoterapia com jovens adultos com trissomia 21 e deficiência intelectual

Inês Lopes Ferreira

Lisboa

Agosto 2022



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

I N S T I T U T O D E P S I C O L O G I A E C I Ê N C I A S D A E D U C A Ç Ã O

Mestrado em Musicoterapia

**A musicoterapia com jovens adultos com
trissomia 21 e deficiência intelectual**

Inês Lopes Ferreira

Lisboa

Agosto 2022

Inês Lopes Ferreira

A musicoterapia com jovens adultos com trissomia 21 e deficiência intelectual

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

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

Orientadora de estágio: Dr.^a Edite Maria Ribeiro Dinis

Lisboa

Agosto 2022

FICHA TÉCNICA

Autora Inês Lopes Ferreira

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

Orientadora de estágio Dr.^a Edite Maria Ribeiro Dinis

Título A musicoterapia com jovens adultos com trissomia 21 e deficiência intelectual

Local Lisboa

Ano 2022

MEDIATECA DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

FERREIRA, Inês Lopes, 1996-

A musicoterapia com jovens adultos com trissomia 21 e deficiência intelectual / Inês Lopes Ferreira ; supervisionado por Susana Aurora Gutiérrez Jiménez ; orientado por Edite Maria Ribeiro Dinis. - Lisboa : [s.n.], 2022. - Relatório de estágio do Mestrado em Musicoterapia, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I – GUTIÉRREZ JIMÉNEZ, Susana Aurora, 1971-

II - DINIS, Edite Maria Ribeiro, 1962-

LCSH

1. Síndrome de Down
2. Pessoas com deficiência mental
3. Musicoterapia - Prática profissional
4. Os Malmequeres (Leiria, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
6. Teses - Portugal - Lisboa

1. Down syndrome

2. People with mental disabilities

3. Music therapy - Practice

4. Os Malmequeres (Leiria, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)

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

6. Dissertations, academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. ML3920.F47 2022

Agradecimentos

Agradeço à Professora Doutora Susana Jimenez, supervisora do meu estágio, por todo o apoio que me deu ao longo deste ano, incentivando-me a ser cada vez melhor, mostrando o que é verdadeiramente a Musicoterapia e transmitindo para nós a sua paixão por esta profissão tão bonita. Agradeço também à minha orientadora Dra. Edite Dinis, por todos os ensinamentos que me transmitiu e pelo apoio que me foi dado ao longo do estágio. Também a toda a equipa técnica, o meu muito obrigada, pelo trabalho em equipa e por me fazerem sentir parte da instituição. E aos utentes d'Os Malmequeres, também estou muito grata pela relação que foi criada e por todos os momentos passados.

Agradeço aos meus pais que sempre me inculcaram a ideia de que devo seguir os meus sonhos e os meus objetivos, sendo sempre fiel a mim própria e persistente. Graças a estes valores, orgulho-me de ter chegado até aqui e de todo o meu trabalho que fez com que este objetivo fosse alcançado. Agradeço aos meus avós, Natalina e António, por me incentivarem desde sempre a ter a música presente na minha vida!

Quero agradecer a todos os meus amigos que me acompanharam e ouviram os meus anseios.

Agradeço à Lucie e ao Bruno, por me terem aberto a porta de vossa casa no primeiro ano, permitindo a minha presença e ouvindo todos os meus desabafos após cada dia de aulas.

Agradeço imenso também à Magda, que me incentivou a avançar com a ideia de tirar este mestrado e que me ajudou muito ao longo do segundo ano, apoiando-me em tudo o que precisei! E agradeço ao meu companheiro e melhor amigo, Raphaël, pelo apoio incondicional que me dá, por me incentivar a seguir os meus objetivos e pela paciência que teve ao longo destes dois anos, fazendo-me ver que eu estava a seguir o caminho certo.

Obrigada por tudo! Resta-me agradecer aos meus colegas de turma que foram espetaculares e com os quais partilhei momentos muito bons!

Resumo

A Musicoterapia é uma disciplina, uma profissão e uma área de estudo, que é pensada para a pessoa ou para o grupo de pessoas que dela usufrui. Deste modo, é possível intervir junto da população com Trissomia 21 e Deficiência Intelectual. O presente relatório descreve o estágio de Musicoterapia, realizado na associação Os Malmequeres, instituição particular de solidariedade social, situado em Leiria, que apresenta como resposta social, um Centro de Atividades Ocupacionais (CAO), para jovens adultos com Deficiência Intelectual.

O estágio teve a duração de 9 meses, de outubro de 2021 a junho de 2022, sendo desenvolvidas sessões individuais e em grupo, que ocorriam semanalmente. As sessões contaram com a presença de 13 utentes, tendo sido escolhidos para os dois estudos de caso, um utente com Deficiência Intelectual e um caso de grupo com utentes com Trissomia 21.

Com base na Escala de avaliação IMCAP (The Individual Music-Centered Assessment Profile for Neuridesenvolvimental Disorders) foi criada uma grelha com o objetivo de avaliar os resultados da intervenção efetuada. Esta, foi aplicada no início, a meio e no fim de cada processo terapêutico. De acordo com os resultados analisados, verificaram-se melhorias em todos os domínios, que são: atenção musical, afeto musical, adaptação ao jogo musical, envolvimento e relação musical e comunicação e socialização. Contudo é de destacar as melhorias mais significativas, que foram as dos domínios da adaptação ao jogo musical, o envolvimento e a relação musical e a comunicação e socialização.

Palavras-chave: Musicoterapia, Musicoterapia em Grupo, Trissomia 21, Deficiência Intelectual.

Abstract

Music Therapy is a discipline, a profession and a field of studies designed for the person or the group of people who partake in it. Therefore, it is possible for it to be used to intervene on people with down syndrome and intellectual disabilities. The following report describes the internship in Music Therapy which took place at "Os Malmequeres" association, a private institution for social solidarity located in Leiria, that presents as a social answer, a center for occupational activities (CAO), for young adults with intellectual disabilities.

The internship occurred over a period of 9 months, from October 2021 to June 2022, in which both individual and group sessions took place on a weekly basis. The sessions had 13 participants in which were chosen for two cases studies, a patient with intellectual disabilities and a group study with patients with down syndrome.

Based on the evaluation scale IMCAP ((The Individual Music-Centered Assessment Profile for Neuridesenvolvimental Disordes) a chart was created to evaluate the results of the intervention made. The chart was used in the beginning, halfway and on the end of each therapeutical process. According to the analyzed results, improvements were seen in all domains: musical attention, musical affection, adaptation to musical game, involvement and music relation and communication and socialization. However, the most significant improvement to contrast was the adaptation to musical game, the involvement and musical relation and the communication and socialization.

Keywords: Music Therapy, Group Music Therapy, Down Syndrome, Intellectual Disabilities.

Lista de tabelas

Tabela 1 <i>Descrição dos participantes das sessões de Musicoterapia</i>	48
Tabela 2 <i>Avaliação Inicial W.D.</i>	58
Tabela 3 <i>Avaliação Intermédia e Final do W.D.</i>	61
Tabela 4 <i>Avaliação Inicial Grupo 2</i>	67
Tabela 5 <i>Avaliação Intermédia e Final Grupo 2</i>	70

Lista de abreviaturas

APMT	Associação Portuguesa de Musicoterapia
CACI	Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão
CAO	Centro de Atividades Ocupacionais
IMCAP-ND	The Individual Music-Centered Assessment Profile for Neurodesenvolvimental Disorders
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
MIT	Melodic Intonation Training
WFMT	World Federation of Music Therapy

Índice

Resumo	III
Abstract.....	V
Lista de tabelas.....	VII
Lista de abreviaturas	IX
Índice.....	XI
Introdução	1
Instituição e Público-alvo	3
Enquadramento Teórico.....	5
Trissomia 21	5
Deficiência Intelectual.....	9
Musicoterapia	13
O Profissional Musicoterapeuta.....	18
Musicoterapia em Grupo	23
Modelo Nordoff-Robbins	27
Improvisação	31
Musicoterapia em Pessoa com Trissomia 21.....	36
Musicoterapia na Deficiência Intelectual	39
Avaliação em Musicoterapia	42
Objetivos Gerais do Estágio.....	45
Metodologia	47
Participantes	47
Procedimentos Metodológicos	49
Técnicas e Métodos da Musicoterapia	51
Outras Atividades Realizadas.....	52
Interrupções.....	53
Estudos de Caso	55
Estudo de Caso: W.D.	55
Avaliação Inicial.....	56
Objetivos.....	59
Avaliação Intermédia e Final.....	59
Resultados e Conclusões	62

Estudo de Caso: Grupo 2.....	63
Avaliação Inicial.....	66
Objetivos.....	68
Avaliação Intermédia e Final.....	68
Resultados e Conclusões	71
Outras Intervenções	74
Intervenções Individuais	74
Caso A.P.	74
Caso F.A.	76
Caso I.S.....	78
Intervenções em Grupo	80
Caso Grupo 1	80
Discussão	86
Conclusão.....	90
Reflexão Final.....	93
Referências.....	95
Anexos	105
Lista de Anexos.....	107
Anexo A	109
Anexo B.....	113
Anexo C.....	117
Anexo D	121
Anexo E.....	125
Anexo F.....	129
Anexo G	133

Introdução

O presente relatório pretende descrever a intervenção que foi realizada no âmbito do estágio curricular do Mestrado de Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa. O estágio foi realizado na instituição Os Malmequeres – Associação, em Leiria.

Os Malmequeres – Associação é uma Instituição Social de Solidariedade Social (IPSS) que tem o objetivo de integrar os seus utentes, através do reconhecimento do valor do seu trabalho e a mudança das mentalidades, apresentando como resposta social um Centro de Atividades Ocupacionais (CAO).

No presente relatório será apresentada a descrição da instituição e do público-alvo, o enquadramento teórico, os objetivos a alcançar ao longo do estágio e a metodologia aplicada.

Na descrição da instituição e do público-alvo, pretende-se compreender as características dos mesmos, bem como as atividades que são realizadas. No enquadramento teórico será apresentado as definições de Deficiência Intelectual e Trissomia 21. Também serão abordadas as temáticas relacionadas com a Musicoterapia, nomeadamente, o Profissional Musicoterapeuta, o Modelo Nordoff-Robbins, a Improvisação, a Musicoterapia em Deficiência Intelectual e Trissomia 21 e a Avaliação em Musicoterapia.

Promover as competências ou aptidões sociais entre pares e intervir para favorecer a comunicação e a interação a todos os níveis: verbal, não verbal e de expressão emocional, foram os objetivos da intervenção. A metodologia contém a descrição dos participantes na intervenção em musicoterapia, os procedimentos metodológicos, as técnicas e métodos utilizados, outras atividades realizadas e as interrupções que surgiram ao longo do estágio.

Após a conclusão das intervenções, verificou-se uma melhoria em todos os domínios, destacando-se os domínios da adaptação ao jogo musical, do envolvimento e relação musical,

bem como e da comunicação e relação. Estas resultaram de uma maior capacidade de adaptação, de comunicação não verbal e de relação.

Instituição e Público-alvo

A instituição na qual é realizado o estágio, tem o nome de Os Malmequeres- Associação. Trata-se de uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), que foi fundada em 1988, pelos pais e amigos de um jovem com Síndrome de Down.

Inicialmente começaram com 4 jovens com Perturbação do Desenvolvimento Intelectual, que tinham terminado o seu percurso escolar e não seriam incluídos no mercado de trabalho.

Assim sendo, desde 1990 a Instituição Os Malmequeres-Associação apresentou como resposta social um Centro de Atividades Ocupacionais (CAO), contudo a partir do dia 26 de março de 2023, passar-se-á a designar por Centro de Atividade e Capacitação para a Inclusão (CACI). Tem como principal objetivo, integrar os seus utentes, por meio do reconhecimento do valor do seu trabalho e a mudança das mentalidades, por parte da comunidade, face à pessoa com défice através do reconhecimento da utilidade do que produzem e dos serviços que podem prestar aos outros (Malequeres, s.d.).

Os Malmequeres-Associação responde a 17 jovens adultos com idades entre os 18 e os 56 anos, com Deficiência Intelectual, com origem em patologias como Síndrome de Down, Paralisia Cerebral, X Frágil e causas perinatais. Todos os utentes são autónomos e realizam minimamente bem as atividades de vida diária. Cada um tem uma responsabilidade que deve cumprir diariamente, de modo a mostrar-lhes o que é o sentido de responsabilidade e a sua importância.

Os Malmequeres-Associação presta os seus serviços com base nos seguintes valores: solidariedade, proatividade/melhoria contínua, alegria, inclusão social, valorização pessoal, trabalho, afeto, dignidade, flexibilidade/polivalência, confidencialidade, rigor/exigência, transparência, persistência, comunicação, privacidade e integridade (Malequeres, s.d.).

Atualmente, esta Instituição conta com 3 monitoras, 1 Técnica de Reabilitação, 1 Assistente Social, 1 Administrativa e a Diretora Técnica, que é licenciada em Psicologia. As monitoras são profissionais das seguintes áreas: Animação e Artes Plásticas.

Tem como atividades principais a criação de brinquedos em madeira e a Ludoteca. A Ludoteca trata-se de uma atividade itinerante, na qual duas técnicas e três utentes se deslocam a jardins de infância, escolas, centros de tempos livres, e outros espaços onde apresentam diversas atividades como: histórias dramatizadas em sombras chinesas; ateliês, nos quais as crianças lixam e pintam brinquedos em madeira; e uma pequena ludoteca com um conjunto de jogos em madeira produzidos pelos utentes.

Têm outras atividades, tais como: saídas; visitas de estudo; campo de férias; projeto “Os Amigos”; apoio pedagógico; hora do conto; atividades de vida diária; sessões de dinâmica de grupo; tarefas de responsabilidade; atividades de suporte (alimentação, higiene e transportes); participação em festas; participação em diferentes projetos; atividades de segurança; atividades livres da hora de almoço; atividades cívicas; intercâmbios; caminhadas/ginástica; movimento expressivo e criativo e jogos.

Enquadramento Teórico

Após o conhecimento das características do público-alvo, é pertinente compreender, numa revisão da literatura, as seguintes temáticas: Trissomia 21 e Deficiência Intelectual. Também serão abordadas as temáticas relacionadas com a Musicoterapia, nomeadamente, o Profissional Musicoterapeuta, o Modelo Nordoff-Robbins, a Improvisação, a Musicoterapia em pessoa com Trissomia 21, a Musicoterapia na Deficiência Intelectual e a Avaliação em Musicoterapia.

Trissomia 21

A Trissomia 21 ou Síndrome de Down trata-se de uma síndrome genética que tem como principal consequência a Deficiência Intelectual (Minetto M. , 2006). É causada pela trissomia no par do cromossoma 21, e ocorre, aproximadamente, 1 em 792 nados vivos, estando a sua prevalência ligada a factos como o tempo de gestação na verificação e a idade maternal. É caracterizada tendo em conta vários aspetos, tais como, o físico, o orgânico, o cognitivo e o motor (Nardi *et al.*, 2020). Assim sendo, há uma crescente tendência na rescisão de gestações com anomalias a nível dos cromossomas devido à triagem pré-natal (Hart *et al.*, 2021). Trata-se de uma doença congénita, relacionada com anormalidades craniofaciais e dentais, retardo mental e malformações a nível físico (Pinheiro, 2021).

A Trissomia 21 foi descrita em 1866 por John Langdon Down, citada por Casarin (2007), evidenciando os detalhes físicos típicos de quem tem a doença, isto é, “cabelo liso, rosto largo e achatado, sem proeminência, face arredondada, olhos oblíquos, fissuras palpebrais estreitas, lábios grandes e grossos, com fissuras transversais, nariz pequeno, pele com pouca elasticidade, parecendo ser grande demais para o corpo” (Casarin, 2007).

Relativamente às causas, que levam ao diagnóstico de Trissomia 21, ainda são desconhecidas, pelo que a sua identificação e a caracterização, são grandes desafios da

genética. Contudo, alguns estudos consideram que a idade avançada da mãe, fatores de exposição ambiental e ocupacional, agentes de habituação e fatores de risco intrínsecos, podem ser considerados causas que originam a Trissomia 21 (Vieira C. , 2017).

John Down (1866), citado por Casarin (2007), também observou outras características, tais como, o sentido de humor, a capacidade de imitação e a dificuldade em áreas como a fala, a linguagem e a parte motora. Contudo, o mesmo defendia que essa boa capacidade de imitação poderia ser utilizada para atividades da vida diária, que exercícios de linguagem poderiam diminuir a dificuldade na fala e ainda treino motor para melhorar a motricidade fina e grossa (Casarin, 2007). Também se verificaram melhorias nas condições de vida destas pessoas devido ao tratamento de cardiopatias congênitas e infecções respiratórias, bem como, devido ao aumento da mobilidade e da integração destas pessoas na sociedade, permitindo-lhes ter um papel social (Hart *et al.*, 2021)

Minetto (2006), refere que existe um consenso entre a comunidade científica, na qual defendem que não existem graus dentro da Trissomia 21, e que os desenvolvimentos que ocorrem na pessoa são desenvolvimentos de características individuais que estão relacionados com a genética, com a educação, com o estímulo, entre outras aspetos que vão influenciando a vida do indivíduo. Desta forma, considera não ser adequado realizar um prognóstico inicial, pois ao longo da sua vida podem ocorrer mais ou menos desenvolvimentos. A autora, menciona a plasticidade cerebral, referindo que “os conceitos de plasticidade sugerem que podemos substituir uma função exercida por uma área lesada do cérebro por outra não lesada ou menos lesada”, e na Trissomia 21, muitas das áreas cerebrais são suscetíveis de sofrer alterações, o que indica que há diferenças de pessoa para pessoa, comprovando que se houver um processo de estimulação adequado no início de vida, poderá desenvolver modificações qualitativas, significativas.

Na pessoa com Trissomia 21 torna-se importante a questão do desenvolvimento neuropsicológico, porque as suas dificuldades estão interligadas com a própria constituição orgânica, e ao desenvolver este aspeto a intervenção psicológica e educacional é mais eficaz (Casarin, 2007).

Em questões ligadas ao pensamento, verifica-se que os adultos, em geral, adquirem o pensamento formal abstrato, no entanto, adultos com Trissomia 21, apresentam dificuldades concretas. É visível, em testes aplicados a crianças, que a nível de pensamento, o das crianças com Trissomia 21, não se distancia muito das crianças sem Trissomia 21. No entanto, com o crescimento, verifica-se um grande desnível na idade adulta, pelo que se constata que há uma deterioração gradual nas pessoas com Trissomia 21, com o passar dos anos (Vieira, 2017).

Quanto à saúde, a pessoa com Trissomia 21 apresenta complicação relativamente às alterações imunológicas, originado infeções e dificuldade no seu tratamento. É importante ter em atenção as pneumonias e a doenças autoimunes (Minetto *et al.*, 2017). A população afetada, têm tendência para fatores de risco relacionados com a obesidade, distúrbios metabólicos e problemas a nível arterial. Também podem apresentar uma perda auditiva, devido ao facto de terem tendência a desenvolver processos inflamatórios, nomeadamente na orelha. Verificam-se diversas manifestações neurológicas que englobam: o neuromuscular, a epilepsia, a deficiência intelectual, os problemas neuropsiquiátricos, a compressão da medula vertical, dificuldade na marcha, distúrbios do sono e defeitos na visão e na audição (Hart *et al.*, 2021).

Pelo que na idade adulta é importante, que a pessoa com Trissomia 21, tenha um cuidado regular com a saúde, de modo que seja possível detetar doenças mais comuns. Existindo um aconselhamento para testagens regulares à visão, audição e tiroide, e também, idas regulares ao dentista (Selikowitz, 2008).

Os jovens, adultos e idosos com Trissomia 21, precisam de usufruir de programas de acompanhamento e ter trabalhos eficientes de forma longitudinal (Minetto, 2006). Na idade adulta, têm uma vida social e profissional muito limitada, porque podem não ter habilidades desenvolvidas ou ter comportamentos ligados à impulsividade e à depressão, impossibilitando a sua adaptação num local de trabalho (Casarin, 2007). É necessário que tenham alguma ocupação, pois uma pessoa com Trissomia 21 ao estar envolvida num processo produtivo e criativo, consegue aumentar a sua autoestima, promover os contactos sociais, trabalhar competências sociais e melhorar em determinadas habilidades (Casarin, 2007).

É essencial que exista uma estimulação educativa ao longo de toda a vida da pessoa com Trissomia 21, de modo a potenciar aprendizagem, tendo em conta as capacidades cognitivas individuais. Os adultos com Trissomia 21, apresentam uma necessidade de relação direta com os objetos, de modo a conseguir alcançar avanços no seu pensamento (Vieira, 2017).

A nível da linguagem, para além de perdas auditivas, também tem dificuldades motoras orofaciais e dificuldades na memória auditiva, o que provoca complicações no desenvolvimento da linguagem, recorrendo muitas vezes à linguagem não verbal (Minetto *et al.*, 2017).

A nível comportamental, é importante ter em conta que apresentam padrões relacionados com o “falar sozinho” e com o facto de terem amigos imaginários, e neste caso, este tipo de comportamentos deve ser visto como comportamentos adaptativos e não patológicos, pois trata-se de comportamentos que não estão associados à comunicação ou à socialização (Hart *et al.*, 2021). Problemas comportamentais, relacionados com perturbação da comunicação e ansiedade, em jovens adultos com Trissomia 21, podem melhorar com o

avançar do crescimento. Mas sintomas depressivos e problemas de comportamento ligados ao relacionamento com os outros, podem permanecer na vida adulta. Contudo esta depressão, que em muitos casos, é visível em adultos com Trissomia 21, pode estar associada, no fim da idade adulta e ao surgimento de demência (Hart *et al.*, 2021).

Ao nível de memória, esta população, apresenta limitações, nomeadamente no que diz respeito à memória a curto prazo, essencialmente verbal e semântica. A memória vai-se deteriorando gradualmente com o passar dos anos, no entanto, em pessoas com trissomia 21, essa deterioração é mais notória, devido a essas limitações que têm na memória a curto prazo (Vieira, 2017).

Deficiência Intelectual

A Deficiência Intelectual é um transtorno com início no período de desenvolvimento e que leva a défices de funcionamento intelectual e adaptativo, a nível conceptual, social e prático (DSM, 2013).

Segundo a OMS, a deficiência “é complexa, dinâmica, multidimensional e questionada” (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2011). Nas últimas décadas, surge a ideia de transição da perspectiva individual e médica para a perspectiva social e estrutural, surgindo assim o “modelo médico” e o “modelo social” ligados à deficiência. Muitas vezes ambos os modelos aparecem como separados, mas a deficiência não deve ser vista como sendo só médica ou só social, pois é necessário ter uma visão mais equilibrada, porque a deficiência apresenta diferentes fatores, que variam de pessoa para pessoa (OMS, 2011).

A Deficiência Intelectual é caracterizada por défices nas habilidades mentais, tais como, raciocínio, resolução de problemas, planeamento, pensamento abstrato e aprendizagem. Com défices surgem deficiências de comportamento adaptativo, levando à dificuldade de obter independência e responsabilidade social, incluindo a comunicação, a

participação social, a independência pessoal, na casa e na comunidade (DSM, 2013). Outras características identificadas nesta patologia são a baixa capacidade de aprendizagem, um baixo quociente de inteligência, incapacidades evidentes e o surgimento do diagnóstico antes dos 18 anos (Marques P. , 2016).

Schalock *et al.* (2010), citado por Santos (2017), caracteriza a Deficiência Intelectual como significativas limitações, quer no funcionamento intelectual, como em comportamentos relacionados com habilidades conceituais, práticas e sociais, antes dos 18 anos de idade. Em Portugal esta definição também é utilizada, mas a nível de diagnóstico, e é baseado unicamente em medidas de quociente de inteligência (QI) (Santos, 2017). As causas deste diagnóstico estão relacionadas com complicações com o parto, o contacto com agentes tóxicos na gravidez ou anomalias genéticas (Topper, Ober & Das, 2011, citado por Vieira, 2018).

Marques (2016), refere que, segundo a Associação Americana para a Deficiência Mental, os principais fatores de risco são, infeções ou intoxicações, trauma ou agente físico, metabolismo ou nutrição, malformações congénitas, influências pré-natais por conhecer, anomalias nos cromossomas, distúrbios da gestação e influências ambientais variadas.

Melo *et al.* (2018), também define a Deficiência Intelectual como um transtorno do desenvolvimento a nível conceitual, social e prático, que afeta funções intelectuais tais como o raciocínio, a resolução de problemas, o planeamento, o pensamento abstrato, o julgamento e a aprendizagem. Segundo os autores, também afeta funções adaptativas que dificultam que a pessoa com Deficiência Intelectual consiga atingir independência pessoal e responsabilidade social.

Considerando o seu diagnóstico possível a partir dos 5 anos de idade, caso sejam visíveis as funções intelectuais e adaptativas afetadas (Melo *et al.*, 2018), existem vários

critérios que permitem obter um diagnóstico, tais como: o funcionamento intelectual inferior; dificuldades no funcionamento adaptativo atual; e diversas formas de comunicação e comportamento (Marques, 2015).

Na Deficiência Intelectual, é importante o comportamento adaptativo, que tem como principais características a idade, o funcionamento intelectual, o contexto (Hallberg & Bandeira, 2021), e as habilidades práticas e sociais (Reis *et al.*, 2019). Entende-se por comportamento adaptativo, a escrita, a leitura e a capacidade de compreensão, também é importante mencionar as capacidades sociais que permitem obedecer ou seguir regras, e as habilidades práticas que permitem desenvolver práticas do dia-a-dia, criando rotinas (Marques, 2015).

Historicamente, as pessoas com deficiência, são vistas e tratadas com uma diferenciação, comparativamente às pessoas que não têm nenhuma deficiência, sem haver a preocupação de que o ser humano e a sua constituição devem ter em conta as condições exatas de cada um (Lopes *et al.*, 2021).

Ainda se vê muitos entraves à inclusão social e educacional da pessoa com Deficiência Intelectual, pois a representação social de incapacidade predomina, levando à inferiorização da autoimagem, à limitação da autonomia e da participação social (Reis *et al.*, 2019).

Essa representação social de incapacidade, predomina porque no imaginário social, a pessoa com deficiência é vista como uma pessoa com falta de inteligência, incapacidade para aprender e improdutividade, e é esta visão que leva à exclusão e desigualdade (Reis *et al.*, 2019).

Para a pessoa com Deficiência Intelectual, há uma enorme dificuldade em ter pensamento lógico e abstrato, o que proporciona dificuldades na organização e planeamento

de atividades de forma independente, sendo também difícil resolver problemas e situações complexas. Têm dificuldades em realizar atividades da vida diária de modo independente, pois tarefas como tratar das refeições, manter os compromissos ou até mesmo tomar medicação, são tarefas difíceis de organizar (Hallberg e Bandeira, 2021).

Torna-se importante promover a autonomia e a privacidade desta população, de modo a ter em conta as suas características e necessidades no meio social e local onde vivem, olhando para os seus direitos e deveres dentro desse contexto (Wertonge *et al.*, 2021). Pode vir a desenvolver-se tendo em conta uma perspetiva coletiva, através da interação com os seus pares no meio social e de trabalho, de modo a sentirem-se valorizadas como sujeito social (Silva *et al.*, 2019).

Num estudo de Wertonge *et al.* (2021), percebeu-se que planear e realizar tarefas que se enquadrem em atividades de vida doméstica, de vida comunitária e atividades que envolvam aprendizagens ao longo da vida, conduzem a uma melhoria da sua autonomia, e por sua vez melhorando o seu funcionamento a nível familiar e social (Wertonge *et al.*, 2021).

Ainda no mesmo estudo, os autores salientam “que é imprescindível oferecer oportunidades de execução das tarefas para que o sujeito possa aprimorar suas habilidades e desempenho”. Desta forma, fica evidenciado que há uma diminuição significativa na necessidade que essas pessoas têm em ter apoio. É bastante importante realizar atividades que promovam a autonomia, a autodeterminação e a autogestão, sempre tendo em conta as necessidades e interesses da pessoa com Deficiência Intelectual, de modo a focar no seu potencial, bem-estar e realização pessoal (Wertonge *et al.*, 2021).

Ter um trabalho é marcante na vida da pessoa com Deficiência Intelectual, porque lhe permite ter a oportunidade de realizar diversas atividades e desenvolver habilidades,

potencialidades e talentos, o que permite fomentar a sua autonomia (Silva *et al.*, 2019), e é também um meio de integração na sociedade (Marques, 2016).

A nível de saúde, a pessoa com deficiência tem tendência para doenças infecciosas, problemas crónicos de saúde e lesões. Em relação às doenças infecciosas, predominam a tuberculose, o HIV/SIDA e filaríase linfática. Nas doenças crónicas, trata-se de diabetes, doença cardíaca e AVC, complicações mentais, cancro e doenças respiratórias. Por fim em relação às lesões destacam-se as lesões ocupacionais (OMS, 2011). Alguns estudos também afirmam que as pessoas com Deficiência Intelectual têm taxas mais elevadas de diabetes, hipertensão, doença cardiovascular, obesidade, osteoporose, estas doenças devem-se à pouca atividade física que realizam (Aldao *et al.*, 2019).

Musicoterapia

A música consiste na organização de sons e vibrações, possuindo propriedades físicas e acústicas específicas, que são uteis em contexto terapêutico (Bruscia, 2018).

Leão (2001), cit. in Nardi *et al.* (2020), refere que uma pessoa que esteja inserida na música, tem a possibilidade de desenvolver aspetos motores, tais como equilíbrio dinâmico e estático, capacidade de coordenar mãos e olhos, capacidades de desenvolver a escuta estimulando o pensamento linear e a planificação de ação.

A Musicoterapia, para além de uma profissão, é uma disciplina e uma área de estudo, que se tem vindo a desenvolver ao longo de 75 anos em diversos países (Bonde, A Therapeutic Understanding of Music., 2019). A sua definição tem sofrido alterações ao longo dos anos e consoante os autores. A World Federation of Music Therapy (WFMT), definiu a Musicoterapia, em 1996, como:

A utilização da música e/ou dos seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) por um musicoterapeuta qualificado, com um cliente ou grupo, num processo de facilitação e promoção da comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos

terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas (Associação Portuguesa de Musicoterapia [APMT], sd)

E refere que “a Musicoterapia objetiva desenvolver potenciais e/ou restabelecer funções do indivíduo para que ele/ela possa alcançar uma melhor integração intra e/ou interpessoal e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida, através da prevenção, reabilitação ou tratamento” (APMT, O que é a Musicoterapia., s.d.)

A Musicoterapia é uma disciplina prática, pois a sua prática é a aplicação dos conhecimentos adquiridos enquanto disciplina teórica. Enquanto prática, a Musicoterapia é definida com um foco principal, que é, o processo no qual os Musicoterapeutas utilizam as experiências musicais e a relação terapêutica como meio de ajudar o cliente (Bruscia, 2014). A Musicoterapia permite presenciar uma experiência no momento, que promove a expressão pessoal, a experimentação, a criatividade e a mudança, através da relação com o outro e da música (Lapa, 2012).

Trata-se de um processo metódico com dois aspetos importantes a ter em conta. Primeiro é a sessão, esta deve ter em atenção que todas as ações do utente e do musicoterapeuta devem promover o envolvimento do utente no processo terapêutico, a fim de conseguir trabalhar para atingir os objetivos pretendidos com aquele utente. O outro aspeto importante é o setting terapêutico, a maneira como o sítio onde se realiza a sessão está preparado, pois será aí que o utente vai ter a oportunidade de se envolver e utilizar os recursos necessários. Com estes dois elementos bem trabalhados, o utente tem a oportunidade de poder ter um processo de aprendizagem, crescimento ou mudança significativa de desenvolvimento, no fundo, chegar aos objetivos terapêuticos (Bruscia, 2014).

Hakvoort *et al.*, (2012), afirmam que a Musicoterapia é aplicada em diversas áreas relacionadas com os cuidados de saúde, referindo que existem várias teorias que relacionam

reações musicais frequentes a reações psicossociais e emocionais dos utentes a diversos estímulos.

Rocha (2013), afirma que os aspetos fundamentais da Musicoterapia são o processo terapêutico, a sua estrutura, as características pessoais do musicoterapeuta e as competências profissionais do mesmo. Segundo a autora, todos estes aspetos podem influenciar no desenvolvimento do processo.

Em áreas como educação especial, reabilitação neurológica, psicoterapia musical, a utilização terapêutica da música, proporciona a aprendizagem de estratégias que levam ao autocuidado, à manutenção do relaxamento e à redução do stress, ajudando também a influenciar a saúde física (Rudd, 2008).

Em Musicoterapia, é feita uma ligação entre vários elementos essenciais, que são: o(s) utente(s), o terapeuta, a música. Deste modo, a ação da música e do terapeuta é feita perante o utente, e a música torna-se intermediária entre terapeuta e utente. Contudo, a música é o elemento mais importante, pois define como os restantes elementos se vão ligar entre si, mais especificamente, como será a experiência musical do utente. A todas estas possibilidades de ação, Bruscia (2018), chama de “dinâmicas da terapia” (Bruscia, 2018). A Musicoterapia vai ao encontro da pessoa que está a usufruir da mesma, ao estado em que está, os seus pontos fortes e as suas capacidades, o que leva a que o utente consiga exprimir sentimentos e pensamentos através da música (Martins, 2016).

Bruscia (2014) refere que a Musicoterapia é centrada na criatividade e, portanto, tem por base um processo criativo. Segundo o autor, quando um utente ouve ou faz música, é envolvido num processo criativo que inclui sons, a exploração de diferentes maneiras de produzir som, a perceção e a interpretação. A criatividade, em Musicoterapia, permite ao cliente resolver “problemas musicais”. E como essa resolução é semelhante ao processo de

resolução de problemas de vida, com a prática musical, o cliente adquire competências de resolução que podem ser aplicadas no dia a dia. Deste modo, permite criar condições através da música, em pessoas que não conseguem criar as suas próprias condições, seja por motivos físicos, sociais, emocionais ou cognitivos (Aigen, 2014).

Existem modelos diversos na prática da Musicoterapia, tais como a Musicoterapia Comportamental, a Musicoterapia Psicoterapêutica e a Musicoterapia Educacional entre outras. A Musicoterapia Comportamental pretende que através da música se aumentem, diminuam ou modifiquem comportamentos, ou seja, a música é utilizada como reforço positivo ou negativo. A Musicoterapia Psicoterapêutica pretende trabalhar o *insight* e pode ser realizada pela forma não verbal, ou uma mistura entre o não-verbal, a experiência musical e a reflexão verbal. E a Musicoterapia Educacional é aplicada em instituições educativas, com objetivos relacionados com o programa educacional (Bonde, 2019).

Existem quatro tipos de experiência musical que são utilizados na Musicoterapia e são eles: escuta musical, improvisação, recriação musical e composição. Estas quatro experiências musicais podem ser utilizadas individualmente em cada sessão ou combiná-las e utilizar mais do que uma na mesma sessão, sendo que cada uma delas pode ser utilizada de diferentes maneiras. Estas experiências musicais utilizadas em processo terapêutico, podem trabalhar aspetos físico, emocionais, mentais e relacionais (Bruscia, 2014).

Em relação à escuta musical, o facto de o utente ouvir música, permite-o chegar a aspetos físicos, emocionais, intelectuais, estéticos e/ou espirituais da música, o que proporciona repostas por parte do utente que são trabalhadas consoante os objetivos terapêuticos. A improvisação, ocorre quando o utente faz música através da voz, do corpo ou de instrumentos musicais, podendo improvisar sozinho, em grupo e/ou com o musicoterapeuta, e o mesmo ajuda o(s) utente(s) dando-lhe(s) suporte musical e também

ideias não musicais. Na recriação musical, o utente executa, reproduz, transforma e interpreta partes ou o todo de um momento musical que já exista. Na composição, o musicoterapeuta ajuda o utente a criar algum momento musical, pode ser uma letra de canção, uma melodia, um ritmo e até mesmo vídeos com música. O utente pode criar a melodia e o musicoterapeuta o acompanhamento harmónico, ou o utente pode escrever a letra de uma canção e o musicoterapeuta compor a melodia e a harmonia (Pereira, 2015).

É possível entender a Musicoterapia como um amplo campo interdisciplinar, pelo que a mesma pode ser vista como um laboratório que estuda como existem alterações tendo em conta a influência da música. Assim sendo, as teorias da medicina, da psicologia, da sociologia e da musicologia, permitem a compreensão da influência da música na vida do ser humano, levando a Musicoterapia a tornar-se um estudo interdisciplinar de como se pode utilizar a música de modo a promover bem-estar e saúde (Rudd, 2008).

Relativamente às “dinâmicas da terapia”, Bruscia (2018), refere que existem 6 modelos dinâmicos na prática da Musicoterapia, que são: 1) a música como uma experiência objetiva, isto é, quando a música é utilizada como meio de influenciar o corpo ou o comportamento do utente, ou quando é utilizado um estímulo não musical pra levar a uma resposta musical específica do utente, ou seja, a música pode ser um estímulo ou uma resposta; 2) a música como forma de energia universal, ou seja, a música é uma criação humana, feita por pessoas com propriedades específicas, e portanto é utilizada para fins terapêuticos; 3) música como uma experiência subjetiva, na qual o foco é no processo de fazer ou ouvir música (o chamado “music-as-process”) e no produto musical (intitulado por “music-as-representation”); 4) música enquanto experiência coletiva, na qual a música é utilizada como ritual, identidade coletiva ou arquétipo; 5) música como experiência estética, isto é, experimentar a música em si mesma e por si mesma, utilizada no processo terapêutico

pelo seu próprio valor intrínseco; 6) música enquanto experiência transpessoal, neste caso a música pode ser o meio que leva ao transpessoal, ou ser parte integrante do espaço transpessoal (Bruscia, 2018).

É importante estar consciente de que, quando as pessoas são referenciadas para Musicoterapia, apresentam necessidades muito diferentes, embora na maior parte das vezes se trate de necessidades a nível de comunicação e interação, mas também podem ser referenciados devido a experiências que vivenciaram que causaram infelicidade ou angústia. Cada utente é diferente e cada um vem com uma história diferente para partilhar (Watson, 2007).

Cada pessoa usufrui da Musicoterapia de uma maneira única, pois existem diferentes fatores que fazem com que o utente se sinta seguro em sessão, isto é, condições físicas, qualidade e variedade dos instrumentos e a relação que envolve a pessoa na música e no setting (Bunt & Hoskyns, 2002).

O Profissional Musicoterapeuta

Um profissional Musicoterapeuta é uma pessoa que aceita o compromisso de auxiliar um utente, tendo por base metas relacionadas com a saúde, que devem ser alcançadas através da música. Para definir este profissional é necessário ter em conta: o compromisso, o papel de assistência perante o utente, o processo terapêutico com base na música, qualificações e relação profissional (Bruscia, 2016).

Segundo a Associação Portuguesa de Musicoterapia (APMT), um Musicoterapeuta é “um profissional com formação específica em musicoterapia”, e para preencher os requisitos específicos de um Musicoterapeuta, é necessária formação na área da música, supervisão clínica, formação complementar e desenvolvimento pessoal (APMT, s.d.).

O Musicoterapeuta na sua intervenção tem em conta as suas diferenças culturais, os limites profissionais e as suas emoções, pelo que se torna importante ser reflexivo e estar bem informado em relação à musicoterapia e à pessoa com quem se vai trabalhar, a fim de assegurar que o bem-estar do cliente está sempre em primeiro lugar. A primeira maneira de ajudar o utente é estar presente e permitir uma abertura por parte do mesmo, criar empatia e entender as suas circunstâncias, acompanhá-lo e proporcionar-lhe o apoio necessário e apropriado (Bruscia, 2014). O Musicoterapeuta, para começar a sua prática terapêutica, utiliza a música como meio de autoexpressão e comunicação (Bonde, 2019). Assim sendo, o Musicoterapeuta, deve ter em mente que cada pessoa tem a sua própria identidade, que é benéfico conhecer o utente o melhor possível e que tem de saber atuar com todo o tipo de população, seja de fácil comunicação ou não (Freitas, 2013).

Na sua prática terapêutica, o Musicoterapeuta avalia:

O bem-estar físico e emocional, o funcionamento social, competências de comunicação, cognitivas e motoras através de respostas musicais; as sessões de musicoterapia são planeadas para os indivíduos e/ou grupos com base nas necessidades do paciente, utilizando a improvisação sonoro-musical, audição recetiva sonoro-musical, escrita de canções, discussão lírica, musical e imaginária, a prática musical, e a aprendizagem através da música; participam em equipas multidisciplinares, através de avaliações contínuas, e acompanhamento de pacientes (APMT, s.d.).

Existem dois termos importantes no trabalho de um Musicoterapeuta, “atitude terapêutica”, ou seja, a maneira como o profissional pensa acerca do seu trabalho, e a “presença terapêutica”, isto é, a maneira como o terapeuta está presente na sessão perante o utente. Trata-se de conceitos que estão relacionados com os valores, as crenças e a

autoconsciência do Musicoterapeuta. O utente necessita de sentir que o terapeuta está na sessão para o ajudar, e o mesmo deve sentir-se seguro (Bunt e Hoskyns, 2002).

O Musicoterapeuta deve ter em conta dois aspetos fundamentais, o cuidar e o profissionalismo. Pois para que seja possível cuidar da pessoa, esse cuidado deve passar por uma relação profissional, que não ultrapasse a relação terapêutica terapeuta-cliente, e, por pressuposto, o Musicoterapeuta deve saber juntar o profissionalismo, a ética e a emoção (Borczon, 2004).

Rocha (2013), afirma que o Musicoterapeuta deve ter em conta as competências pessoais e profissionais. Em relação às competências pessoais, ao estarem envolvidas no processo terapêutico, a autora referênciava aspetos importantes a ter, tais como a estabilidade, a confiança, a coerência, a criatividade, a autenticidade, a flexibilidade, a clareza a compreensão, a consciência sentimental e a contratransferência. Relativamente às competências profissionais, a autora destaca a criatividade e a liberdade através da improvisação.

É da responsabilidade do Musicoterapeuta o envolvimento do utente na música, criando uma convergência no desenvolvimento de experiências pessoais e musicais. Assim sendo, o Musicoterapeuta cria estratégias de modo a desenvolver as experiências musicais do utente, existindo na terapia variedade, complexidade e profundidade (Aigen, 2014). E são inúmeros os recursos que o Musicoterapeuta utiliza nas sessões, quer individuais, quer de grupo, de modo a conseguir satisfazer as necessidades terapêuticas da(s) pessoa(s) (Esperidião & Sá, 2005).

Tanto o utente como o Musicoterapeuta ao entrarem na sessão, levam consigo as suas histórias musicais, os seus valores e as suas experiências. Por suposto, em cada sessão pode ser observada uma tríade na relação entre o indivíduo, a música e o Musicoterapeuta,

podendo haver também o trabalho em grupo. Deste modo, o utente procura a Musicoterapia devido às suas necessidades, e o Musicoterapeuta deve procurar responder a essas necessidades e ser vigilante em relação aos seus comportamentos e evolução (Bunt e Hoskyns, 2002).

É importante que se crie uma aliança terapêutica, para isso o terapeuta e o utente devem concordar com os objetivos traçados, e depois o terapeuta atribui tarefas, que podem acontecer numa sessão ou em várias. Numa boa aliança terapêutica, o terapeuta deve ter uma postura calorosa, de confiança, de interesse, de respeito, de honestidade e abertura. Durante a terapia, é essencial que o terapeuta esteja alerta e seja flexível e que potencie um envolvimento do utente, de modo que o mesmo consiga desenvolver as suas necessidades, sentido suporte e empatia por parte do terapeuta. Assim sendo, o musicoterapeuta deve atender às experiências do utente, ajudando a facilitar a expressão e a exploração (Page & Stritzke, 2006).

Borczon (2004) refere que o Musicoterapeuta tem várias qualidades, uma delas está relacionada com a paciência. A paciência é uma virtude porque por vezes os limites do Musicoterapeuta são testados e é importante que ele consiga controlar a sua própria frustração ao longo do processo, e isto é algo que se pode ir conseguindo ao longo das sessões. Por isso, para o Musicoterapeuta, é importante que ele tenha cuidado com a sua aprendizagem, com a sua autoavaliação e com o processo do utente.

Outra qualidade a destacar num Musicoterapeuta é a criatividade, pois como referido anteriormente, a Musicoterapia tem por base um processo criativo. Deste modo, a criatividade está constantemente presente no desenvolvimento da experiência musical, ou seja, mesmo que o Musicoterapeuta tenha as sessões planeadas, devem ser planos fluentes, nos quais seja possível, através da criatividade, reorganizar a música feita pelo cliente,

perceber as reações do cliente, compreender o que o cliente pretende transmitir através da música e as suas respostas físicas ao longo da sessão. Assim sendo, será através da criatividade do Musicoterapeuta que o mesmo conseguirá dar as respostas necessárias (Borczon, 2004).

Bruscia (2018), refere seis modelos dinâmicos na prática da Musicoterapia, e para cada um deles, o Musicoterapeuta deve: saber como é que as diferentes propriedades da música conseguem estimular terapeuticamente, em diferentes situações terapêuticas, quer seja com um utente ou grupo, e também as diferentes respostas musicais são indicativas de mudanças terapêuticas em áreas não musicais; ter em conta que a relação terapeuta-utente deve ser de suporte, mas no qual a música prevaleça e não o terapeuta; utilizar o seu próprio eu subjetivo de modo a conseguir criar relação terapêutica com o utente; lembrar tudo o que o(s) conecta à comunidade, dando ênfase ao grupo como contexto de significado para o indivíduo; auxiliar o utente a ter experiências musicais com beleza e significado estético; ter um papel essencialmente facilitador e não diretivo.

Um conceito importante, em que o Musicoterapeuta deve ter consideração, é o tempo terapêutico. Este tempo trata-se da comunicação entre utente e Musicoterapeuta, e onde é perceptível o tempo biológico e corporal de cada um. Quando estes tempos se encontram, pode criar-se um vínculo, ao qual é chamado tempo terapêutico (Rocha, 2013).

Um Musicoterapeuta pode trabalhar em diferentes contextos, tais como: hospitais psiquiátricos, instalações de reabilitação, creches, instituições, centros de saúde mental, centros comunitários, programas de substâncias psicoativas e álcool, centros de dia e lares residenciais, programas de cuidados paliativos, instalações prisionais, centros de reabilitação, escolas, clínica privada, entre outros (APTMM, s.d.).

Musicoterapia em Grupo

A musicoterapia realizada em grupo, segundo Plach (1980), citado por Bruscia (2016, pág. 279) é “a utilização da música ou de atividades musicais como estímulo para promover novos comportamentos e explorar os objetivos individuais ou grupais predeterminados num setting grupal”. Torna-se vantajoso utilizar a música neste contexto, pois permite chegar a sentimentos, construir vínculos para a expressão, promover a verbalização e ajudar a criar um ponto de partida comum dos membros do grupo (Bruscia, 2016). O desenvolvimento do grupo acaba por ser o resultado do produto dos membros individuais que interagem entre si e também com o terapeuta (Rutan *et al.*, 2007), e o *setting* grupal permite desencadear interações sociais e interpessoais (Pellitteri, 2000, cit. in Martins, 2016).

Ao falar de grupos com dinâmica, é relevante ter em atenção ao grupo na sua totalidade, isto é, considerar todas as perspectivas. O grupo pode ser visto tal como um contexto familiar, no qual os pais transmitem valores e ensinamentos aos filhos. Assim sendo, nem sempre se torna uma transmissão consciente, porque os valores são influenciados por outros pequenos grupos e pela cultura a que os membros do grupo pertencem (Rutan *et al.*, 2007).

O musicoterapeuta deve fazer uma observação e uma análise à movimentação grupal que ocorre, as características musicais de cada participante e as relações que existem entre a parte musical e o papel que cada um desempenha no grupo, de modo a perceber a dinâmica do grupo (Almeida *et al.*, 2012). Pois, tanto os utentes como o musicoterapeuta trazem para a sessão as suas histórias, valores e experiências musicais, pelo que é visível um relacionamento triangular entre o utente, a música e o terapeuta, adicionando isto à dinâmica do trabalho em grupo (Bunt e Hoskyns, 2002).

Bruscia (2000), citado por Galvão e Zanini (2017), também refere que o *feedback* em musicoterapia é muito importante porque:

Primeiro ele dá insight ao cliente. Ouvir-se a si próprio por seus próprios ouvidos e através dos ouvidos do terapeuta ajuda o cliente reconhecer a necessidade de mudança e a identificar os tipos específicos de mudanças que devem ser feitas. Segundo, o *feedback* é um meio de experimentar e de lidar com a realidade. Uma vez exteriorizado, o self do cliente tem de negociar com as demandas do mundo externo. (Galvão e Zanini, 2017).

Compreender e conhecer a cultura dos membros do grupo, ajuda o terapeuta a perspetivar os princípios pelos quais os membros do grupo se relacionam entre si e com o terapeuta, criando-se assim uma forma de organização grupal. Pois todo o grupo, quer consciente quer inconscientemente, cria normas e comportamentos considerados adequados (Rutan *et al.*, 2007).

O *feedback* acaba por estar envolvido na música e por sua vez torna-se benéfico para o terapeuta e para o próprio grupo, pois com a música criamos som para fora que em seguida é ouvido, fazemo-nos soar e em seguida ouvimos como soa, e assim ciclicamente, pelo que este *feedback* é muito importante para a terapia, pois torna-se a base na qual a pessoa e o grupo reconhece a necessidade de mudança e identifica as diferentes mudanças a realizar (Galvão e Zanini, 2017).

Com o avançar do processo terapêutico esse reconhecimento é importante, pois surgem diversas formas de lidar com conflitos e afetos, formas essas que se enquadram na interação do grupo. Como dentro de cada grupo, os seus membros têm as suas próprias características, por vezes essas características individuais dificultem a maneira de expressar ou lidar com sentimentos e frustrações (Rutan *et al.*, 2007).

E tendo em conta que dentro do grupo, cada elemento têm características individuais, a Musicoterapia permite desenvolver o funcionamento em grupo, a emergência de lideranças, os vínculos que existem, a adequação de recursos, a escuta e a análise (Esperidião & Sá, 2005).

Este *feedback* é representado esquematicamente como um ciclo, no qual estão representadas as díades participante-terapeuta, terapeuta-grupo, participante-participante e participante-grupo. Este ciclo pode acontecer verbalmente ou musicalmente, e ser consciente ou inconsciente (Galvão e Zanini, 2017).

Conhecer a evolução do grupo, as tarefas desenvolvidas ao longo do processo terapêutico, é fulcral para o terapeuta, pois permite ter consciência das ideias e associações feitas pelos membros do grupo e ter uma avaliação dos graus de desenvolvimento. Assim sendo, o desenvolvimento de um grupo pode ser determinado por quatro etapas distintas: a formação; a fase reativa; a maturação; e a terminação (Rutan *et al.*, 2007).

A importância de ter um *feedback* torna-se num objetivo para a terapia, pois permite levar a que cada membro do grupo tenha consciência da sua própria música e da música do outro, através da interação musical que surge das relações que se desenvolvem ao longo do processo terapêutico (Galvão e Zanini, 2017). E isto é visível, através de um estudo de Galvão e Zanini (2017), no qual se percebeu a importância do *feedback* num grupo de musicoterapia, pois os participantes do grupo, no fim do processo referiram as seguintes palavras: “alegria, saudade, leveza, satisfação e descoberta” (Galvão e Zanini, 2017, p.44).

Para além do *feedback*, outro aspeto relevante são os valores e normas de cada membro do grupo e do próprio grupo. Tudo isto é observável através das interações entre os membros do grupo, do que os membros do grupo consideram interessante e do que eles

ignoram, pois, esta observação possibilitará a percepção de quais as ideias que são reforçadas e quais são ignoradas (Rutan *et al.*, 2007).

Rutan (2007), citado por Lapa (2012), refere que existem três dimensões no trabalho terapêutico em grupo, que são a dimensão intrapsíquica (que contém a personalidade e mecanismos de defesa), a dimensão interpessoal (que contém a parte relacional, os conflitos internos e os papéis sociais) e por fim a dimensão grupal (que contém as normas e valores do grupo).

Num estudo de Almeida *et al.* (2012), é referido que durante uma sessão de grupo, o líder produz algo estruturado, no qual os participantes tocassem em conjunto, pelo que o grupo aderiu à proposta, o que, por conseguinte, facilitou a interação. A atenção que o líder deve ter em relação aos limites do grupo, permite compreender a natureza das relações entre membros do grupo e terapeuta, e a maneira como se pode proceder para alcançar os objetivos (Rutan *et al.*, 2007). Assim sendo, essa produção feita pelo líder foi uma canção, e a canção permite ajudar a resolver situações e pode representar um objeto transacional, servindo de apoio (Almeida *et al.*, 2012).

Num grupo, é importante criar situações imaginárias, o chamado *role playing*, e neste caso é importante que o terapeuta tenha criado limites flexíveis, de modo a garantir a integridade do grupo (Rutan *et al.*, 2007). Contudo, os grupos promovem a experimentação de novos “papéis”, com o objetivo de desenvolver a flexibilidade do “papel”, perante a rigidez do “papel” (Rutan *et al.*, 2007).

Ao criar estas situações imaginárias, o conceito de *role playing* pode ser utilizado para retratar comportamentos em grupo, e assim sendo, é essencial distinguir as funções dentro do grupo e padrões comportamentais de caráter individual. Isto porque, ao misturar os dois aspetos, e nomear logo à partida o “papel” de cada um no grupo, pode confundir o propósito

e o que é mais importante a trabalhar (Rutan *et al.*, 2007). Mackenzie (1990), citado por Rutan *et al.* (2007), resume diversos aspetos pessoais, nos seguintes “papeis”: “estrutural, sociável, divergente e cauteloso.”

A nível de comportamento, estes pretendem satisfazer as necessidades individuais, mesmo promovendo o aparecimento, muitas vezes inconsciente, de gatilhos específicos. Esses gatilhos podem surgir ao longo do discurso e tornarem-se fortes dentro do grupo. Contudo, é certo que nem todo o comportamento aponta para um padrão autodestrutivo ou patológico, pois podem conduzir a um processo adaptativo, de modo a servir o propósito ou o objetivo. Por conseguinte, é importante que o terapeuta consiga fazer essa distinção, a fim de auxiliar o indivíduo e o grupo (Rutan *et al.*, 2007).

Watson (2007), descreve um caso no qual um utente que participava em sessões de grupo, utilizava os instrumentos para partilhar sentimentos com os restantes utentes, nomeadamente a ansiedade e o medo. Isto levou a que a confiança cresce dentro do grupo, levando a relacionamento grupal positivo e de apoio, pois este utente a participação no grupo, permitiu-lhe desenvolver experiências em comunidade e uma saúde mental positiva.

Modelo Nordoff-Robbins

Existem vários modelos de intervenção em Musicoterapia, e um deles é o modelo Nordoff-Robbins. O Modelo Nordoff-Robbins também conhecido como “Creative Music Therapy” foi criado por Paul Nordoff e Clive Robbins. Paul Nordoff era um compositor e pianista, Clive Robbins era professor de Educação Especial. Deram início a este modelo trabalhando com crianças e utilizando como principal ferramenta a improvisação (daí também ser chamada de *Musicoterapia Criativa*). Posteriormente, este modelo também começou a ser utilizado no trabalho com adultos que necessitem de intervenção nas áreas da neuro reabilitação, psiquiatria e cuidados paliativos (Bonde & Trondalen, 2019).

Este modelo é normalmente aplicado por dois terapeutas que trabalham ao mesmo tempo com o utente, isto é, trabalham em co-terapia. Deste modo, pretendem ajudar o utente a envolver-se na interação musical com instrumentos e/ou voz, trabalhando os dois como parceiros e com papéis e responsabilidades definidas (Cooper, 2010).

O modelo Nordoff-Robbins foi criado com a ideia de que todas as pessoas têm direito natural à música e à autorrealização, pelo que dificuldades a nível da comunicação e mobilidade, ou deficiência intelectual não impedem a inteligência musical. Pelo que, a centralidade musical neste modelo permite desenvolver o funcionamento inteligente do ser humano, que de outra forma não seria desenvolvido (Aigen, 2014).

O modelo é considerado criativo, porque o terapeuta cria música consoante a evolução do processo terapêutico e desde o seu início que, o modelo Nordoff-Robbins, é utilizado em sessões individuais, como em sessões de grupo. Nas sessões individuais, um terapeuta improvisa de modo a envolver o utente, enquanto o outro terapeuta auxilia o utente. Nas sessões de grupo, ambos os terapeutas envolvem os utentes nos momentos musicais (Mahoney, s.d.).

O modelo de Nordoff-Robbins, trata-se de um processo que inclui a relação terapêutica, através da interação musical, de modo a incluir a experiência intersubjetiva do utente e do musicoterapeuta. Tendo em conta este processo, é possível para o musicoterapeuta conhecer bem o utente e proporcionar-lhe experiências musicais desafiantes direcionadas aos objetivos terapêuticos e à melhor qualidade de vida. Nordoff e Robbins dão ênfase à importância da relação entre terapeuta e utente, de modo a criarem um vínculo musical (Birnbaum, 2014). Para além da relação terapêutica, Nordoff e Robbins também dão importância à ideia de que o utente deve “ser ouvido” pelo terapeuta, levando a que se crie

conexões mais profundas na relação terapêutica, fazendo desta ideia um elemento transformador deste modelo (Cooper, 2010).

Há uma grande ênfase na música centrada na pessoa, pelo que, importa perceber o que motiva mais o utente. Em alguns casos, a grande motivação do utente é criar música, noutros casos o utente está focado em desenvolver outros aspetos que vão ao encontro dos objetivos terapêuticos, e o terapeuta consegue perceber isso explicitamente, através do utente, ou implicitamente através de reações do utente. Quando se trata de utentes com dificuldade na comunicação verbal, o terapeuta tem de conseguir interpretar, através da comunicação não verbal, quando o utente está motivado e ficado em criar música. Pois para Nordoff e Robbins, os comportamentos musicais têm significado clínico, consoante o comprometimento e a motivação do cliente (Aigen, 2014).

Neste modelo, também é muito importante a relação entre o cliente e o terapeuta, pelo que se torna importante criar uma relação de proximidade, aceitando a pessoa como ela é, reconhecendo-a, respeitando os seus sentimentos e ajudando na tomada de decisões, de modo não diretivo e dando-lhe autonomia. O Musicoterapeuta, unicamente deve conduzir a pessoa e ajudá-la (Bonde & Trondalen, 2019). Assim sendo, a Musicoterapia de Nordoff-Robbins é um modelo relacional, onde a experiência interpessoal é o agente terapêutico de mudança, e a improvisação clínica é um canal entre os sentimentos conscientes e inconscientes (Birnbbaum, 2014).

A prática do modelo de Nordoff-Robbins, leva a ter duas áreas em consideração. Uma delas é o estado de ser do terapeuta, que é central no foco da improvisação clínica; a outra área é a utilização *self* pelo terapeuta e o papel da contratransferência (Cooper, 2010).

Nesta abordagem terapêutica, a música é o meio de comunicação e de interação, Nordoff e Robbins promovem uma interação musical com o utente, de modo que o mesmo

desenvolva a sua atenção, a audição e reciprocidade. Assim, o utente demonstra capacidade de se motivar para se expressar e lidar com a frustração, desenvolvendo um interesse em relacionar-se com os outros e ter um sentimento de pertença (Guerrero *et. al*, 2015).

A ligação entre o processo pessoal e musical do utente, reflete-se de diferentes maneiras no modelo de Nordoff-Robbins. O terapeuta expande a expressão musical do utente, para que ele consiga experienciar todos os aspetos a nível emocional. Quando o utente, através da musicoterapia, desenvolve competências relacionadas com a dimensão expressiva da música, vai desenvolvendo, ao mesmo tempo, a capacidade de tolerar e depois de desfrutar a experiência emocional (Aigen, 2014).

O que o terapeuta sente em relação ao cliente acaba por influenciar, consciente e/ou inconscientemente a maneira como toca. Ou seja, fazer uma intervenção clínica eficaz não se trata só de aprender novas técnicas, mas também de descobrir como o terapeuta se sente em relação a um cliente e isso influencia a maneira como vai tocar. Desta forma, visto que este modelo dá ênfase à relação entre terapeuta e cliente, o terapeuta acaba por se conectar emocional e psicologicamente com o cliente e pode criar música que surge do espaço intersubjetivo (Birnbaum, 2014). E ainda, este modelo permite ao utente comunicar de forma imediata e de maneira criativa e essencial, mas o terapeuta deve confiar na sua intuição de modo a conseguir conduzir o utente a experiências intrapessoais e interpessoais através da música (Cooper, 2010).

Segundo Nordoff e Robbins (1977), citado por Lapa (2012), o musicoterapeuta neste modelo deve ter três características fundamentais, que são as seguintes: 1) ser exploratório, isto é, compreender o que o utente consegue fazer, como responde à música, que experiências estimulam o utente e qual o seu potencial de evolução; 2) ser consistente, ou seja, manter a mesma dinâmica nas sessões, pois vai permitir ao utente sentir-se seguro e com suporte

musical; 3) ser flexível, pois é importante que o musicoterapeuta consiga adaptar-se às diferentes respostas do utente.

O modelo Nordoff-Robbins também se foca nas manifestações comportamentais, com o objetivo de compreender a dinâmica interna, a estrutura, os pontos fortes e as limitações que existem na pessoa (Aigen, 2014). Este modelo difere de muitas outras abordagens, devido ao facto de defender que o utente e terapeuta conseguem conhecer-se e encontrar exclusivamente através da improvisação musical, que é criada em conjunto e espontaneamente entre eles (Brown & Pavlicevic, 1997).

Improvisação

Improvisar é uma atividade criativa que permite ter acontecimentos comuns com a vida do dia a dia, tanto na improvisação realizada em diferentes artes, como na improvisação aplicada em terapias (Bruscia, 1987), e é também uma forma de proporcionar experiências (Rudd, 2008).

A improvisação é um método utilizado por musicoterapeutas, aplicável a uma grande área de populações clínicas e com diferentes resultados terapêuticos. É um método bastante benéfico nos vários momentos da intervenção terapêutica, isto é, na avaliação, no tratamento e na reavaliação, sendo eficaz tanto numa abordagem individual como numa abordagem de grupo, desenvolvendo competências cognitivas, afetivas, sensoriomotoras e comunicativas (Roth, 2014).

Improvisar juntamente com o utente, quer se trate de um indivíduo ou de um grupo, permite utilizar técnicas, ferramentas, truques e habilidades, de modo que seja possível ir ao encontro das suas necessidades e consegui-lo(s) envolver a nível terapêutico (Wigram, *Defining musical improvisation and clinical improvisation.*, 2004). Um dos objetivos da

improvisação é ajudar o utente a encontrar e permanecer num estado de bem-estar (Bruscia, 1987).

Ao utilizar a improvisação na Musicoterapia, o material musical que se cria, é importante para compreender o estado do cliente, o diálogo que se cria entre o terapeuta e o cliente e ainda os elementos musicais que permitiram iniciar esse diálogo. Tal como o diálogo verbal permite conhecer direta, indireta ou metaforicamente o cliente, o diálogo musical também permite ter esse conhecimento. A improvisação livre permite desenvolver e explorar, e se tiver um conceito temático, este pode ser o ponto de partida para desencadear a improvisação (Wigram, 1997). As improvisações musicais, tornam-se um meio de desenvolver a liberdade e a expressão, permitem chegar à simplicidade, estabelecer relação intrapessoal e desenvolver uma postura criativa (Albornoz, 2012).

A aplicação de técnicas musicais e de métodos terapêuticos, na improvisação, é decidida pelo musicoterapeuta ao trabalhar com o indivíduo ou grupo. Essas decisões podem ter surgido consoante as necessidades do cliente, ou de forma espontânea ao longo do processo terapêutico. Pois fazer música trata-se de um procedimento temporal, e na improvisação acaba por haver um processo evolutivo contínuo, de modo que a música permaneça consistente (Wigram, 2004).

A improvisação permite ao musicoterapeuta conhecer e adaptar o repertório musical do utente, de modo a conseguir aproximar-se do mesmo (Rudd, 2008). É importante compreender e identificar as ideias que o cliente está a produzir musicalmente, definir a sua motivação e conseguir perceber a diferença de um movimento patológico para um movimento consciente ou inconsciente. Pois o consciente e o inconsciente afetam bastante a interação musical que se desencadeia ao longo de uma improvisação, e ao analisar essa

interação, devemos incluir a empatia, a intuição, a resistência e fenômenos de transferência (Wigram, 1997).

Ao improvisar, o terapeuta deve ter em conta as seguintes competências: improvisar em instrumentos de percussão; desenvolver melodias, acompanhamentos ou pequenos momentos musicais que sejam originais, através do canto ou da prática de instrumentos; e improvisar em pequenos grupos (Gardstrom, 2007).

No que diz respeito à transferência, e por sua vez à contratransferência também, é importante perceber o seu papel na musicoterapia, e, em primeiro lugar, perceber as possíveis estruturas da improvisação. A estrutura pode passar por selecionar um tema, começar esse tema, dar uma resposta, desenvolver o tema, fazer alterações, recapitular o tema e terminá-lo (Wigram, 1997). Para compreender o processo de transferência, Wigram (1997) refere a ideia de Juliette Alvin, afirmando que a “música e os instrumentos são os objetos principais de transferência, em vez do terapeuta”. Deste modo, o cliente projeta nos instrumentos musicais todos os seus sentimentos, relacionados a pessoas ou a situações, em vez de fazer essa projeção no terapeuta. Por conseguinte a transferência é feita através do objeto, e pode ser uma transferência positiva ou negativa (Wigram, 1997).

Watson (2007), dá um exemplo de transferência relacionado com a escolha de instrumentos, pois o utente pode ir com a expectativa que o terapeuta irá fazer sempre as escolhas dos instrumentos a tocar, e o terapeuta pode fazer essa transferência para o utente, de modo a permitir-lhe desenvolver a tomada de decisão.

Em relação à contratransferência, Wigram (1997) volta a basear-se da ideia de outro autor, desta vez de Bruscia que define diferentes formas de contratransferência. Desta forma, pode ser positiva “quando o terapeuta pode observar as suas reações pessoais durante a terapia e utilizá-las para beneficiar o cliente”. Pode ser negativa “quando o terapeuta não está

consciente das suas reações perante o cliente ou não está disposto a observá-las”. Pode ainda ser contratransferência empática, na qual “o terapeuta se identifica com o cliente e experimenta o que o cliente está a experimentar até certo ponto” (Wigram, 1997).

Priestly (1994), citada por Bunt e Hoskyns (2002), refere que a contratransferência se trata de todas as reações inconscientes do terapeuta perante o utente, e também perante a transferência do utente. As reflexões que têm sido feitas em relação à contratransferências, tornam-se uma forma de obter insights acerca do processo terapêutico (Bunt e Hoskyns, 2002).

A improvisação tem um papel relevante, pois trata-se de uma técnica de carácter regulativo e estruturante, que permite criar experiências de ordenar, repetir, antecipar, ser previsível e conseguir dar continuidade, ajuda o utente a estar no aqui e agora, possibilita a comunicação não verbal, levando a que a mesma seja uma ponte para a comunicação verbal, e leva o utente a ter experiências ligadas à reciprocidade e à alteração com o outro, principalmente quando é realizada em grupo (Lapa, 2012).

Relativamente às técnicas musicais e aos métodos terapêuticos, a música pode ser improvisada por qualquer pessoa, em qualquer objeto, instrumento ou até mesmo no próprio corpo, e neste processo está presente a técnica musical. Relativamente aos métodos terapêuticos, estes surgem quando a improvisação é utilizada com fim em contextos terapêuticos (Wigram, 2004).

Martins (2016), tem como uma das principais características, o facto de ser imprevisível, pois trata-se de o ato imediato de criar e interpretar a música. Outra característica importante, que ocorre na improvisação em grupo, é o facto de o coletivo influenciar cada utente mutuamente, criando vínculos sociais (Martins, 2016).

É importante distinguir improvisação musical de improvisação clínica, bem como saber a distinção de técnicas musicais de métodos terapêuticos. Assim sendo, em relação aos primeiros dois conceitos, a improvisação musical trata-se da combinação e criação de sons, dentro de uma estrutura com início e fim. Relativamente à improvisação clínica, diz respeito ao uso da improvisação musical, num ambiente de confiança e suporte criado para responder às necessidades dos clientes (Wigram, 2004). A improvisação clínica é importante na Musicoterapia Neurológica, pois é considerada uma das várias experiências terapêuticas nas intervenções musicais terapêuticas (Roth, 2014).

Um musicoterapeuta deve ter uma capacidade de improvisação clínica, para que lhe seja possível trabalhar juntamente com o utente, de forma dinâmica, o relacionamento através da prática musical. Assim sendo, as técnicas de improvisação clínica permitem que, o utente se oiça enquanto som, dentro de uma relação musical, e que o terapeuta consiga avaliar e desenvolver as dificuldades pessoais do utente, fazendo desta técnica uma forma de relação terapêutica, em vez de ser meramente musical, embora o produto final possa ser considerado uma forma de arte (Brown & Pavlicevic, 1997).

Além de criar canais de comunicação não verbais que estabelecem ponte para a comunicação verbal, também tem como objetivos desenvolver a relação interpessoal, promover a autoexpressão, desenvolver capacidades grupais, estimular a criatividade, proporcionar liberdade de expressão, trabalhar os sentidos e estimular capacidades perceptivas e cognitivas (Pereira, 2015).

A improvisação pode ter início a partir de uma ideia que é repetida (Ponces, 2018), também pode ter uma estrutura, e a mesma pode ser determinada pelo terapeuta e pelo cliente em conjunto, decidindo que elementos vão utilizar ao longo da improvisação. Assim sendo, ambos podem decidir como vai começar e terminar a improvisação, bem como perceber o

que pode acontecer no meio. Após a realização dessa estrutura, a improvisação pode acontecer das seguintes maneiras: “improvisação livre e não estruturada por meio de um diálogo vocal utilizando um meio interno; improvisação de um desenho, utilizando instrumentos de percussão tonal de maneira pentatônica, com estrutura parcial; e utilizar um tema emocional, ouvir música gravada, tonal e pré-composta com um período de comentário posterior (feedback)” (Wigram, 1997).

Através da musicoterapia, o utente consegue explorar a sua autêntica expressão, pela música que está a criar. Isto é feito através da exploração das características do utente, juntamente com ideias da sua história musical e pessoal, em diálogo com o terapeuta ou com outro utente, caso se trate de sessões em grupo (Bunt e Hoskyns, 2002).

Musicoterapia em Pessoa com Trissomia 21

A relevância de proporcionar estímulo à pessoa com Trissomia 21, surge da necessidade de desenvolvimento e exploração de capacidades. A musicoterapia, devido às suas técnicas específicas e individualizadas, promove uma melhor qualidade de vida a todos os seus pacientes. E quando aplicada em pessoas com Trissomia 21, permite o seu desenvolvimento global, a estimulação das suas capacidades, através do trabalho com o som e com as suas habilidades funcionais, promovido pelo incentivo de tocar instrumentos e cantar, permite também uma adaptação ao meio (Nardi *et al*, 2020).

Segundo estudo de Augusto (2011), é visível que a alguns níveis de desenvolvimento mental, prejudicam o desempenho cognitivo na Pessoa com Trissomia 21, e assim sendo a música torna-se benéfica devido à sua estimulação sonora. Isto é, essa estimulação deve ser específica, indo ao encontro das necessidades de cada pessoa, de modo a promover o desenvolvimento através de atividades rítmicas, melódicas ou de coordenação corporal.

A prática musical permite criar ferramentas de aprendizagem e desenvolvimento para todos, e especialmente em pessoas com Trissomia 21, porque facilita o processo de aprendizagem, pois a prática musical implica ouvir, criar resposta, cooperar e recorrer à autoexpressão (Barker, 1999).

O desenvolvimento psicomotor é estimulado pois, com a música, o utente aprende a controlar os músculos, porque a perceção rítmica engloba áreas motoras do cérebro, sinalizando mecanismos de integração multissensorial e motor (Nardi *et al.*, 2020).

A musicoterapia também estimula as áreas cognitivas, sensoriomotoras e afetivas, avalia as dificuldades apresentadas pelo utente, nomeadamente a nível linguístico, motor, auditivo e visual, e utiliza métodos terapêuticos que permitam ao utente desenvolver o equilíbrio social, físico e psicológico, através de técnicas ligadas à recriação, composição, improvisação e escuta musical (Souza & Sampaio, 2016).

Segundo Nardi *et al.* (2020), a relação que é criada entre a música e a pessoa com Trissomia 21, atua em todo o seu desenvolvimento, devido ao estímulo que lhe é proporcionado, destacando o desenvolvimento intelectual, devido ao facto de ver, ouvir e tocar, estimulando também os sentidos. Os autores também referem que, devido a técnicas como tocar instrumentos com diferentes materiais (fazendo uma tríade entre material, música e estímulo), o desempenho do utente com Trissomia 21 é muito positivo e benéfico, tendo bons prognósticos (Nardi *et al.*, 2020). A musicoterapia, aplicada a este público-alvo, quer em contexto individual como em contexto de grupo, procura diminuir as dificuldades na fala, na socialização, na expressão, na interação, na criatividade e na construção de identidade (Brito *et al.*, 2017).

Guy e Neve (2005), reforçam também a importância da musicoterapia com pessoas com Trissomia 21, no trabalho de competências cognitivas, competências motoras e

competências sociais. As autoras referem que em relação às competências cognitivas, a musicoterapia ajuda a trabalhar aspetos da memória e desenvolver a capacidade de aprendizagem; relativamente às competências motoras, a musicoterapia permite trabalhar a motricidade e a postura; e quanto às competências sociais, defendem que, a musicoterapia permite desenvolver o relacionamento social, levando a experiências positivas entre pares, que por sua vez permitem construir um conceito positivo de autoimagem, sendo uma competência para trabalhar em sessões de grupo.

Em relação às sessões em grupo, Belotti (2014) refere que são enriquecedoras, pois observa-se a individualidade de cada utente e são criadas relações sociais, porque estão a ser estimulados a interagir entre si, desenvolvendo competências linguísticas, corporais, interpessoais, intrapessoais e emocionais.

Estudos revelam que utilização terapêutica da música em utentes com Trissomia 21, promovem avanços a nível cognitivo, na linguagem verbal e não verbal, na leitura, nas emoções, nas imitações (som, palavras e ritmos) e a nível motor (Nardi *et al.*, 2020).

Relativamente à linguagem, as pessoas com Trissomia 21 apresentam dificuldades na fala e cantar, ou o ato de produzir sons, ajuda a desenvolver e a estimular a fala. Pois ao cantar, ou emitir som, a pessoa vai estar a estimular diretamente a musculatura associada à respiração, fonação, articulação e ressonância. Cantar envolve a realização de inspirações fortes e rápidas, seguidas de expirações prolongadas e regulares. Pelo que o ato de cantar requiere que a respiração seja regulada, a fim de sustentar as notas (Wan *et al.*, 2010).

Abordando também este tema, do canto como forma de estimular a fala, Buckley (2006), relata um exemplo de um adulto de 30 anos com Trissomia 21 que teve aulas de canto, e que através do ato de cantar conseguiu desenvolver a linguagem. Assim sendo, a musicoterapia proporciona, às pessoas com Trissomia 21, benefícios relacionados com a

autoexpressão, com o comportamento e também com a parte prazerosa e motivadora (Buckley, 2006).

A estimulação musical a partir do canto, desenvolve uma competência importante que é a discriminação auditiva, o que é bastante importante para pessoas com dificuldades de aprendizagem e dificuldades cognitivas, tais como as pessoas com Trissomia 21. Pelo que se torna essencial, para o desenvolvimento destas pessoas, a música e o canto, pois permite-lhes trabalhar a expressão através de palavras, da música, da dança e de gestos, e também ajuda a memorizar palavras e a construir frases (Barker, 1999).

Musicoterapia na Deficiência Intelectual

Qualquer pessoa, quer tenha algum tipo de deficiência ou não, traz consigo uma identidade sonora que adquiriu desde a fase intrauterina até à idade adulta, e através da música, nomeadamente, da musicoterapia, é possível promover a relação entre utente(s) e o musicoterapeuta, ajudando à recuperação de funções e potencialidades que sejam necessárias para uma melhor qualidade de vida (Freitas, 2013).

Uma das maiores dificuldades apresentadas pelas pessoas com Deficiência Intelectual é a comunicação, e neste sentido a musicoterapia torna-se benéfica, pois promove e estimula a comunicação dos utentes através da música. As atividades desenvolvidas em processo terapêutico auxiliam o utente com Deficiência Intelectual na questão da relação através da criação ou recriação de canções ou momentos rítmicos. As sessões podem ser realizadas individualmente ou em grupo (Freitas, 2013). A música também permite que o utente explore questões emocionais, tornando-se intermediária na relação terapêutica (Gale, 1989).

A nível terapêutico, a música pode ter uma importância ligada à motivação de realização de tarefas, auxiliando na comunicação e nos comportamentos menos adequados (Ponces, 2018), pois o comportamento em sessão é um dos aspetos a trabalhar em

musicoterapia, dando ênfase à qualidade da experiência (Warner, 2005). E como tal, num estudo de Uricoechea (1997), a autora refere que a musicoterapia ajuda no desenvolvimento das competências sociais, pois o(s) utente(s) desenvolvem a sua capacidade de ter iniciativa e desejo, acabando por chegar a respostas para as suas questões. Neste estudo, estes comportamentos foram observados em contexto institucional e familiar.

Um dos focos da musicoterapia com esta população é a comunicação e a relação (Warner, 2005). E em relação a esses dois aspetos, cantar é importante, pois desenvolve as dificuldades motoras que implicam a fala, devido a fatores como estar a vocalizar de forma contínua e o aumento da consciência de fonemas (Wan *et al.*, 2010).

Com esta população, por vezes surgem momentos de musicalidade comunicativa, que proporcionam uma intenção de comunicar e procurar o outro, criando sincronização musical através da partilha musical (Camelo, 2016).

No decorrer de uma experiência musical, acontecem vários processos ao mesmo tempo, isto é: na parte sensorial, através do ouvir, reconhecer e discriminar sons/músicas; na parte motora, através da prática de instrumentos e no movimento; na parte emocional, ao expressar sentimentos; na parte cognitiva, por trabalhar vários aspetos como a atenção ou a concentração; e na parte social, através da participação sonoro-musical com os pares (Sabbatella, 2002).

A abrangência e a interdisciplinaridade da música, torna a musicoterapia adequada à pessoa com deficiência intelectual, pois reforça outras terapias que possam estar a ser realizadas (Silva, 2020). Na interação musical com pessoas com deficiência intelectual, existem elementos importantes que são os silêncios e os momentos de espera, pois são nesses momentos que é possível desenvolver a iniciativa com o utente (Gale, 1989).

Hooper *et al.* (2008), referem vários estudos que demonstram a relevância do impacto da música, quando está presente na vida da pessoa com deficiência intelectual, pois verificam-se melhorias nas habilidades musicais básicas, na resposta rítmica, e apresentam capacidade na prática musical (tanto a cantar como a tocar instrumentos), deste modo, conseguem melhorar habilidades musicais, tais como bater palmas, imitar ritmos e manter ritmos enquanto tocam um instrumento.

Como a musicoterapia é realizada, tendo por base, a escuta musical e a prática musical, permite ajudar a desenvolver e melhorar capacidades relacionadas com a tolerância e flexibilidade, bem como resposta emocional e atenção. Para além de melhorar habilidades, a musicoterapia também ajuda na redução de stress e na promoção do bem-estar geral das pessoas com Deficiência Intelectual (Poquérusse, et al., 2018).

As lesões cerebrais podem causar problemas, a nível de sistema locomotor, funções cognitivas, linguagem e memória. Também podem alterar comportamentos, personalidades, criar situações de stress e depressão. No entanto, a utilização da música de forma criativa, potencia diversas áreas do cérebro, ajudando a criar vias neurais. Estas novas vias neurais ativam áreas do cérebro e funções cognitivas e, para além disso, também trabalham a perceção física e visual (através do uso dos instrumentos), formam estruturas mentais, há um processamento de sons, trabalha a parte afetiva, criam sensações físicas através das ondas sonoras e há movimento físico devido ao jogo musical (Hald & Ridder, 2019). Quando pessoas com lesão cerebral são referenciadas para a Musicoterapia, normalmente necessitam de treino de funções específicas, interação social, e trabalhar a identidade, a emoção, as relações e a parte psicossocial (Hald & Ridder, 2019).

Uma pessoa com deficiência intelectual tem menos possibilidade de chegar à experiência do *self*, pois o défice intelectual leva a que o sentido de *self* coerente possa não

ser adquirido. E deste modo, a musicoterapia, através da improvisação, permite que o musicoterapeuta consiga, através da relação musical, desenvolver o *self* fragmentado do utente (Richard, 2007, cit. in Martins, 2016). Para além da questão do *self*, a musicoterapia, com o uso da improvisação, também possibilita que o utente com deficiência intelectual possa criar canais de comunicação verbais e não verbais (Freitas, 2013).

Avaliação em Musicoterapia

A utilização de instrumentos de avaliação na Musicoterapia tem aumentado, devido ao desenvolvimento da prática e à melhoria na compreensão dos efeitos das intervenções realizadas (Cripps et al, 2016, citado por Zmitrowicz & Moura, 2018), e a avaliação está presente na prática, na pesquisa, no ensino e na supervisão em musicoterapia (Gattino, 2021).

O processo de musicoterapia implica quatro fases, tais como, avaliação diagnóstica, tratamento, avaliação e conclusão. Deste modo, e levando o foco para as avaliações, a avaliação diagnóstica ajuda o musicoterapeuta a compreender o cliente enquanto pessoa, a identificar problemas e recursos. A avaliação diagnóstica também permite criar metas e objetivos (Bruscia, 2016). A avaliação que é feita numa fase mais avançada do processo, permite dar a perceção ao musicoterapeuta, se o cliente está a ter progressos, e se as metas e os objetivos estão a ser alcançados (Bruscia, 2016).

Em Musicoterapia, a avaliação é o momento no qual o musicoterapeuta observa o paciente, enquanto este está a realizar experiências musicais, de modo a perceber os problemas clínicos e emocionais, as expectativas, os anseios e outras questões relevantes (Zmitrowicz & Moura, 2018).

Os instrumentos de avaliação utilizados em Musicoterapia têm como objetivo possibilitar ao musicoterapeuta uma avaliação objetiva do quadro clínico do cliente, de modo a criar um plano terapêutico e o seu desenvolvimento (Zmitrowicz & Moura, 2018).

A avaliação em musicoterapia inclui respostas empáticas, que estão ligadas a decisões sobre o utente, através das intervenções durante o processo terapêutico. Assim sendo, a avaliação permite entender melhor o processo, e o utente beneficia da mesma, pois permite tomar consciência de características ou comportamentos, de modo a levar a novas atitudes, que podem ser físicas, sociais e/ou mentais (Gattino, 2021).

Quando o musicoterapeuta planeia a avaliação, tem em conta a organização do setting, se é mais apropriado uma abordagem mais estruturada ou mais livre, e qual a forma mais eficaz de poder dar o auxílio que o utente precisa, tendo em conta as suas necessidades (Watson, 2007).

Para realizar esse plano de avaliação, o musicoterapeuta, deve ter em conta os critérios de avaliação, isto é, deve ter em atenção as seguintes questões: quais as transformações mais relevantes a serem observadas (exteriores e/ou interiores); se as transformações esperadas são de longo e/ou curto prazo; se as transformações ocorrem dentro e/ou fora das sessões; quais as evidências de transformações são apropriadas (musicais e/ou não musicais); essas evidências devem ser objetivas e/ou subjetivas; e quem deve ter a decisão acerca destas questões, o terapeuta e/ou o utente (Bruscia, 2016).

Assim sendo, é importante compreender as escalas de avaliação que pertencem ao IMPCA-ND, que serviu de base para a criação da grelha de avaliação a aplicar nos clientes do CAO da instituição Os Malmequeres-Associação, na qual o estágio foi realizado.

O Individual Music-Centered Assessment Profile for Neurodevelopmental Disorders (IMCAP-ND), trata-se de uma avaliação que referencia a interação, a comunicação, a cognição e a perceção que ocorrem ao longo de um momento musical com indivíduos com perturbações do neuro desenvolvimento (Carpenter, 2013). É um método que permite observar, ouvir e atribuir uma classificação às respostas dadas pelo utente, de modo a

entender como o utente, juntamente com o terapeuta, compreende, interpreta e cria música (Carpenter, 2013).

O IMCAP-ND inclui três escalas de avaliação:

- Musical Emotional Assessment Rating Scale (MEARS) – Escala I (Anexo A)
- Musical Cognitive/Perception Scale (MCPS) – Escala II (Anexo B)
- Musical Responsiveness Scale (MRS) – Escala III (Anexo C)

(Carpenter, 2013).

A Escala I, intitulada de MEARS, é uma escala que permite ao terapeuta avaliar como é a participação musical do utente, como é que o mesmo responde afetivamente, como é que se adapta, se envolve e se interrelaciona. A Escala II, Escala MCPS, permite avaliar a capacidade do utente na reação, na focalização, na recordação, no seguimento e na iniciação de um ritmo, uma melodia, uma dinâmica e um timbre durante um jogo musical. E a Escala III, MRS, analisa a resposta do utente, em relação às suas áreas de preferência musicais, através de variações no andamento, na dinâmica, na altura e no ataque, durante o momento musical (Carpente, 2013).

Objetivos Gerais do Estágio

Com a realização deste estágio, pretende-se que a Musicoterapia auxilie a Instituição a alcançar os seus objetivos e os seus valores. Tendo em conta que o objetivo d'*Os Malmequeres* é a integração destes jovens adultos, a valorização do seu trabalho e a mudança de mentalidades na sociedade para que eles possam realizar as suas atividades fora da Instituição e interagirem com outras pessoas para além da família e elementos da Instituição, considero importante trabalhar os aspetos relacionais, sociais e comunicativos. Trata-se de aspetos na qual a Musicoterapia consegue intervir, e por isso mesmo, os objetivos gerais para este estágio são:

- Promover as competências ou aptidões sociais entre pares.
- Favorecer a comunicação e interação a todos os níveis: verbal, não verbal e de expressão emocional.

Metodologia

No presente capítulo será feita uma descrição, na qual é possível caracterizar os participantes, os procedimentos metodológicos, as técnicas e métodos, o material utilizado e os instrumentos de avaliação. Também serão mencionadas outras atividades e projetos realizados no âmbito do estágio. O estágio n'Os Malmequeres – Associação teve início a 4 de outubro de 2021.

Participantes

No presente estágio participaram uma amostra de 13 clientes de Os Malmequeres – Associação. Nesta amostra estão presentes 7 indivíduos do sexo feminino e 6 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 18 e os 49 anos. As intervenções foram realizadas em sessões de grupo e sessões individuais. Nas sessões de grupo estavam presentes dois grupos de 5 participantes e nas sessões individuais, 4 participantes. De referir que um dos participantes estava presente num grupo, mas também realizava sessões individuais.

A escolha dos participantes foi realizada juntamente com a orientadora do local de estágio. Essa escolha, bem como a sua descrição, encontra-se seguidamente na Tabela 1., na qual se encontram os nomes, as idades, o tempo de permanência na instituição, o diagnóstico e atividades que têm regularmente. Devido à confidencialidade, não são apresentados os nomes dos participantes, mas sim as iniciais.

Tabela 1*Descrição dos participantes das sessões de Musicoterapia*

Nome	Idade	Género	Tempo de permanência na instituição (em anos)	Diagnóstico	Outras atividades
A.I.	29	F	14	Trissomia 21	Piscina Atividade Física Artes Plásticas - Madeiras
A.P.	35	M	16	Trissomia 21	Piscina Atividade Física Artes Plásticas - Madeiras
A. M.	49	M	25	Trissomia 21	Piscina Atividade Física Artes Plásticas - Madeiras
B.C.	19	F	2	Trissomia 21	Piscina Atividade Física Artes Plásticas - Madeiras
B.J.	22	F	5	Trissomia 21	Atividade Física Artes Plásticas - Madeiras
F.A.	27	M	11	X-Frágil	Piscina Atividade Física Artes Plásticas - Madeiras
I.S	31	F	12	Trissomia 21	Piscina Atividade Física Artes Plásticas - Madeiras
M.C	24	M	6	Trissomia 21	Piscina Atividade Física Artes Plásticas - Madeiras
M.G.	45	F	29	Deficiência Intelectual	Piscina Atividade Física Artes Plásticas - Madeiras Ludoteca
R.D.	18	M	1	Deficiência Intelectual	Piscina Atividade Física Artes Plásticas - Madeiras
S.A.	27	F	8	Trissomia 21	Piscina Atividade Física Artes Plásticas - Madeiras Ludoteca
S.R.	46	F	24	Deficiência Intelectual	Piscina Atividade Física Artes Plásticas - Madeiras Ludoteca
W.D.	37	M	2	Deficiência Intelectual	Piscina Atividade Física Artes Plásticas - Madeiras

Procedimentos Metodológicos

O presente estágio teve início em outubro de 2021 e terminou a junho de 2022. Este decorreu em quatro fases distintas: a fase da observação, a fase seleção de utentes, a fase da avaliação inicial e da intervenção e a fase da avaliação final.

Ao longo do estágio a esquipa de técnicas sofreu algumas alterações. O início do estágio foi realizado sob orientação da Terapeuta Ocupacional, que acompanhou a estagiária durante os meses de outubro, novembro e dezembro. Devido a motivos profissionais e pessoais, a Terapeuta Ocupacional (primeira orientadora), saiu da instituição a fins de dezembro. Assim sendo, a partir de janeiro, a estagiária ficou sob orientação da Diretora Técnica e Psicóloga da instituição, que foi a segunda orientadora, tenho acompanhado o estágio até ao seu fim, no mês de junho.

Durante o mês de outubro, decorreu a fase da observação, pois ao longo de todo o mês foi realizado um primeiro contacto com os utentes e equipa técnica. Foi possível conhecer as rotinas diárias da instituição, estar presente nas atividades que eram realizadas semanalmente e ter a confirmação que a instituição e nenhum dos utentes tinha tido sessões de musicoterapia anteriormente. Este mês de observação, permitiu ter conhecimento das características e das necessidades de cada utente, através de reuniões realizadas com a primeira orientadora do local de estágio.

A fase de seleção de utentes para a intervenção em musicoterapia, foi feita em dois momentos. O primeiro momento decorreu ao longo do segundo mês de estágio, no qual foram escolhidos 4 utentes para sessões individuais com a colaboração da primeira orientadora. Após a seleção foram feitas as primeiras sessões, nas quais se verificaram que seria mais interessante para uma das utentes a modalidade grupal, pois as suas necessidades eram no âmbito das competências sociais, e deste modo só poderiam ser trabalhadas em

grupo. Assim sendo, a estagiária e a primeira orientadora decidiram convidar essa utente a participar nas sessões de grupo. Os membros dos grupos ainda estavam a ser analisados. Pelo que ficaram 3 utentes com sessões individuais.

O segundo momento da seleção dos utentes foi realizado em janeiro, depois de ter ocorrido uma mudança na equipa técnica e ter sido alterada a orientadora do local de estágio. Assim sendo, juntamente com a nova orientadora foram escolhidos os restantes utentes. Foi escolhida mais uma utente para as sessões individuais, voltando a ser 4 utentes em sessões individuais e foram também escolhidos os membros dos grupos. Foram criados dois grupos com 5 utentes. Num dos grupos, está presente um utente que tem sessões individuais, pelo que dá um total de 13 utentes a usufruir de intervenção em musicoterapia.

Após a seleção dos utentes, foi realizada a fase da avaliação inicial e da intervenção. A avaliação inicial foi feita com base no instrumento de avaliação IMCAP, nas seguintes áreas: atenção musical; afeto musical; adaptação ao jogo musical; envolvimento e relação musical; comunicação e socialização. Os dados adquiridos na avaliação inicial, foram obtidos através da observação direta em sessão, do visionamento dos vídeos gravados em sessão e da ficha de registo das sessões (Anexo D), e permitiram criar objetivos terapêuticos para as sessões individuais e grupais.

É importante realçar que a ficha de registo de sessões contém o planeamento de cada sessão bem como as observações feitas no fim da sessão, descrevendo aspetos relevantes que tenham ocorrido durante a mesma. Esta ficha foi criada com a colaboração da primeira orientadora do local de estágio.

Na fase da intervenção, foram realizadas sessões semanais, quer de grupo quer individuais, de 45 minutos. As sessões eram planeadas com antecedência através da ficha de

registo de sessão, tal como referi anteriormente, e o planeamento era realizado consoante os objetivos gerais de cada utente e grupo.

As sessões do grupo 1 eram realizadas à segunda-feira, as quatro sessões individuais à quinta-feira e o grupo 2 realizava as sessões à sexta-feira. As sessões decorriam sempre na mesma sala, que tinha sido escolhida para a musicoterapia no mês de janeiro. Até essa data, as sessões, que ocorreram foram realizadas nas salas que se encontravam disponíveis no momento.

O *setting* terapêutico era preparado pela estagiária antes de cada sessão. Continha um instrumento harmónico, a guitarra, e diversos instrumentos de percussão, tais como: boomwhackers, ocean drum, djambé, ovos, pandeiretas, guizeiras, shanti, kalimba, reco-reco, maracas, clavas, triângulo, tamborim e xilofone. Nem sempre eram utilizados todos os instrumentos. A sala era pequena, tinha um movel, uma mesa e três cadeiras. A estagiária preparava os instrumentos, colocando-os em cima de uma mesa, e escolhia os que se adequavam ao planeamento de cada sessão. Nas sessões individuais, estagiária e utente estavam sentados, em cadeiras, frente a frente. Nas sessões de grupo estavam sentados em almofadas no chão e em roda.

A fase da avaliação final, foi realizada com a mesma grelha de avaliação utilizada na avaliação inicial, avaliando as mesmas áreas, de modo a comparar os dados.

Técnicas e Métodos da Musicoterapia

As técnicas e os métodos utilizados nas sessões de Musicoterapia, variam consoante os objetivos, as características e as necessidades de cada cliente ou grupo. No entanto o método que foi utilizado com todos os utentes e grupo foi a improvisação musical livre. Também foi realizada uma improvisação mais estruturada, na qual eram aplicadas técnicas

como turn-taking, espelhar e copiar. Com alguns dos utentes das sessões individuais também foi utilizada a técnica MIT (Melodic Intonation Training).

O MIT é uma técnica que pretende simplificar e exagerar a prosódia, enquanto se faz uma batida (como se fosse um metrónomo) com a mão. Trata-se de uma técnica que tem quatro etapas de realização e necessita ser efetuada com alguma regularidade para que sejam visíveis os resultados. As quatro etapas são as seguintes: o terapeuta canta a frase batendo ritmo com o utente; posteriormente cantam os dois, depois o utente canta sozinho e por fim é feita a integração do canto para redescobrir a prosódia no discurso normal (Hald e Ridder, 2019).

Outras Atividades Realizadas

A estagiária esteve presente em diversas atividades que permitiram um maior conhecimento acerca dos utentes, equipa técnica e rotinas da instituição. Durante o primeiro mês, a estagiária teve a possibilidade de observar como funciona a atividade da Produção, na qual os utentes produzem brinquedos em madeira, e participou em diversas atividades de caráter físico, tal como as danças (atividade que é feita semanalmente, na qual realizam danças de roda).

Em novembro, foi pedido à estagiária que criasse um momento musical para ser apresentado na festa de Natal. A atividade, que não é musicoterapia, mas sim uma atividade lúdica, foi pensada juntamente com a orientadora, na qual foi definido ensaiar 7 utentes que iriam tocar instrumentos de percussão ao som de uma música de Natal, intitulada *Rock Natal*. Os ensaios decorreram durante o mês de novembro e inícios de dezembro, sendo o momento musical apresentado a 16 de dezembro na Festa de Natal.

Em maio, a estagiária sugeriu a uma das monitoras, criar uma canção para a instituição. Deste modo, a estagiária com essa mesma monitora, juntou todos os utentes da

instituição e foi-lhes pedido que sugerissem ideias para a letra da canção. A canção foi construída com base numa música já existente, da banda Xutos e Pontapés, intitulada “Aqui ao luar”. A letra foi adaptada pela estagiária e pela monitora, tomando como base as frases e palavras sugeridas pelos utentes. A canção ficou intitulada “Aqui nos Malmequeres” (Anexo E).

Nos restantes meses, a estagiária participou algumas vezes nas atividades das caminhadas e piscina, de modo a auxiliar a técnica que estava responsável pelas mesmas.

A estagiária apresentou, no 1.º Simpósio Internacional de Investigação e Boa Praxis em Musicoterapia, um poster científico no qual descrevia o estudo de caso do Grupo 2 (Anexo F).

Interrupções

O estágio teve dois momentos de interrupção. O primeiro foi na semana de 8 a 12 de novembro de 2021, no qual a instituição esteve encerrada para obras. O segundo momento foi em dezembro 2021 e janeiro de 2022, no qual a instituição encerrou de 20 a 31 de dezembro para férias de Natal e encerrou de 3 a 14 de janeiro por precaução, devido ao elevado número de casos de COVID-19 em Portugal. Apesar de a instituição não ter encerrado em mais nenhum momento, entre o final de março e início de abril, as sessões de musicoterapia foram afetadas devido ao elevado número de utentes da instituição que testou positivo à COVID-19, não permitindo a sua presença.

A COVID-19 é uma doença que surgiu do coronavírus SARS-COV-2, o qual pode causar uma infeção respiratória. Esta doença é de rápida propagação, tendo iniciado em finais de 2019 em Wuhan, China, mas rapidamente se propagou pelos restantes países do mundo. É uma doença semelhante a uma gripe, contudo pode evoluir para uma doença mais grave, nomeadamente uma pneumonia (SNS24, 2022).

Estudos de Caso

No presente capítulo, serão apresentados dois estudos de caso, realizados durante o estágio, na instituição Os Malmequeres. Trata-se de um caso de intervenção individual e outro de intervenção em grupo, e para cada um deles será feita a descrição dos utentes, as avaliações iniciais, intermédias e finais, os objetivos, os resultados e as conclusões.

Estudo de Caso: W.D.

O W.D. é um adulto do sexo masculino, com 37 anos de idade. Tem diagnóstico de Deficiência Intelectual, e pensa-se que a mesma tenha tido origem no período perinatal. O W.D. vive com os pais e o irmão e frequenta a instituição há 2 anos. Na instituição, realiza várias atividades, nomeadamente: piscina, atividade física e artes plásticas, principalmente trabalho em madeira. O W.D. toma medicação prescrita pelo psiquiatra.

O W.D. gosta de estar sentado sem realizar nenhuma atividade, com uma postura muito fechada, de cabeça para baixo. Quando tem tempo livre joga sempre o mesmo jogo repetidamente e conversa pouco com os colegas. Contudo, relaciona-se com a equipa técnica e colegas, mas as conversas são muito curtas e repetitivas. Quando é chamado à atenção ou quando está mais ansioso repete, falando muito rápido e alto as frases “amanhã é sábado?”, “vamos embora às quatro e meia, não é?”. Quando está calmo, a pergunta também é sempre a mesma, pois gosta de perguntar aos membros da equipa técnica e aos colegas se têm filhos ou irmãos e quais os nomes. Nas atividades de vida diária é autónomo, sabe tudo o que tem de fazer, contudo muitas vezes pergunta repetidamente, com voz alta e muito acelerado, o que tem de fazer, acabando por dar a sua própria resposta.

Nas atividades da instituição, nem sempre demonstra interesse nem iniciativa. As atividades que demonstra maior interesse e satisfação são as caminhadas, a piscina e algumas atividades que se realizam na Produção (local onde se trabalha a madeira). Também

demonstra interesse por música, por vezes canta com os colegas e assim que ouve música bate a pulsação com a mão.

Devido ao facto de ter interesse por música e às suas características pouco comunicativas, considerou-se pertinente convidar o W.D. a participar nas sessões de musicoterapia individuais e em grupo, participando, desta forma, no Grupo 1.

Avaliação Inicial

A primeira sessão individual de musicoterapia foi realizada em novembro de 2021. O W.D. acompanhou a estagiária até à sala onde decorreu a sessão e manteve sempre uma postura tensa e fechada, sem realizar contacto ocular. Devido às reuniões que foram realizadas entre estagiária e orientadora, a fim de decidir que utentes seriam encaminhados para a musicoterapia, a estagiária já sabia que o W.D. gostava da música tradicional portuguesa “Apita o Comboio”. Assim sendo, e a fim de reduzir a postura tensa, a estagiária começou a sessão com essa canção. O W.D. demonstrou gosto pela mesma, mas a sua postura tensa e fechada manteve-se. Continuou-se com canções tradicionais portuguesas, com o intuito de conhecer os gostos musicais do W.D., percebendo-se que o repertório do seu interesse se enquadrava em música popular portuguesa. Durante as canções, algumas acompanhadas com guitarra outras por áudio, o W.D. cantou pequenas frases das canções, mas manteve sempre uma postura fechada, com cabeça baixa e sem contacto ocular.

De seguida foi realizada improvisação rítmica livre com diversos instrumentos de percussão. No início da improvisação foi dito ao W.D. que poderia tocar nos instrumentos que quisesse e poderia trocar de instrumento sempre que tivesse vontade de o fazer. Contudo o W.D. nunca o fez por iniciativa própria, só trocava quando a estagiária lhe propunha trocar. A nível de improvisação, o W.D. tem um enorme sentido rítmico, sendo capaz de manter as

frases rítmicas criadas por ele durante algum tempo. Fez poucas mudanças rítmicas e não teve tendência de imitar a estagiária, mas sim de manter a sua sequência rítmica.

A sessão terminou com um momento de movimento, com o objetivo de relaxar, pois a sua postura manteve-se tensa durante toda a sessão. O W.D. realiza poucos movimentos, mexe só os braços e bate o ritmo com a perna, mantendo a tensão que teve durante toda a sessão.

Em relação à participação do W.D. no Grupo 1, a primeira sessão do grupo foi realizada em janeiro. Ao longo da sessão foi feita uma improvisação em grupo, um jogo musical e foram entoadas canções em grupo, a fim de conhecer os gostos musicais do grupo. O W.D. esteve durante toda a sessão com a cabeça para baixo e com a sua postura fechada, e nem sempre fazia o que era pedido, começando logo a dizer as suas frases típicas quando está mais nervoso ou stressado, tais como “amanhã é sábado?”. Com estas frases percebeu-se, nas sessões de musicoterapia, principalmente de grupo, e noutras atividades do dia a dia que o W.D. nem sempre tem vontade de fazer as atividades da instituição referindo não querer estar na mesma, embora acabe por realizar as mesmas sem estar contrariado. Em relação à atividade de cantar em grupo, na primeira sessão, o W.D. não cantou, e quando lhe foi pedido que sugerisse uma canção, ele sugeriu a canção “Apita o Comboio”, mas também não a cantou.

Foi feita a avaliação inicial, com base na grelha de avaliação criada pela estagiária (Anexo G) após a primeira sessão individual, com base na observação direta e na análise de vídeo, e voltou a ser confirmada a avaliação, nomeadamente na componente da comunicação e da socialização, após a primeira sessão de grupo, levando aos respetivos resultados, descritos na tabela seguinte.

Tabela 2*Avaliação Inicial W.D.*

Atenção Musical	Consegue focar no jogo musical constantemente
	Por vezes mantém a atenção ao longo da sessão
	Nunca partilha a atenção de aspetos musicais com a musicoterapeuta
Afeto Musical	Nunca demonstra afeto através da parte facial, perante o jogo musical
	Nunca demonstra afeto com a voz através da resposta
	Nunca demonstra afeto através do movimento
	Por vezes demonstra satisfação pela música
	Por vezes acalma-se com o suporte musical
	Por vezes demonstra agitação motora
Adaptação ao Jogo Musical	Entra constantemente no jogo musical
	Por vezes adapta a sua participação
	Cria, poucas vezes, alternativas no jogo musical
	Por vezes indica o desejo para tocar instrumentos
Envolvimento e Relação Musical	Nunca imita respostas musicais criadas pela musicoterapeuta
	Envolve-se constantemente na interação musical
	Nunca antecipa respostas musicais
	Nunca finaliza com respostas musicais
	Por vezes inicia uma interação musical
	Por vezes lidera uma interação musical
	Raramente procura instrumentos
	Raramente explora os instrumentos
	Participa constantemente numa atividade de tocar instrumentos
Por vezes participa numa atividade de canto	
Comunicação e Socialização	Compreende regras/estrutura constantemente
	Respeita constantemente os colegas/musicoterapeuta
	Raramente se relaciona com os colegas/musicoterapeuta
	Nunca sorri/Ri durante a sessão
	Por vezes demonstra interesse na atividade
	Raramente mantém contacto visual
	Por vezes completa a letra das canções
	Nunca comunica desejos e ideias
	Raramente interage verbalmente
	Raramente interage não-verbalmente
	Por vezes espera pela sua vez na atividade
	Nunca antecipa o seu turno
	Toca constantemente no seu próprio tempo
Raramente toca no tempo do terapeuta	

Objetivos

Após a realização da avaliação inicial, foi considerado trabalhar sobre os seguintes objetivos:

- Objetivo 1: Fomentar gosto pelas atividades da instituição
- Objetivo 2: Melhorar a postura

Subjetivo a. Estimular o contacto ocular

Subjetivo b. Incentivar o utente a manter uma postura com a cabeça levantada

- Objetivo 3: Desenvolver a socialização

Subjetivo a. Promover a comunicação verbal e não verbal

Subjetivo b. Desenvolver a sua participação em grupo

Avaliação Intermédia e Final

Com base na observação direta e na análise de vídeos, foram realizadas as avaliações intermédias e finais. A realização das sessões nem sempre foi regular, pois ocorreram algumas interrupções, tais como, as férias de Natal em dezembro e interrupções devido à pandemia COVID-19 em janeiro e em finais de março.

Ao longo das sessões foram realizados momentos no qual o utente tinha de cantar canções populares portuguesas, às quais o W.D. cantou sempre, e muitas vezes sozinho com iniciativa própria, e momentos de improvisação rítmica, nos quais, em algumas sessões o W.D. demonstrou iniciativa em trocar de instrumentos ao longo da improvisação, procurando e explorando um pouco mais os instrumentos. Em todas as sessões foi realizado um exercício musical no qual a estagiária segurava o instrumento, mantendo-o levantado, e, em conjunto com o utente, teriam de o tocar com uma baqueta. Inicialmente no exercício foi utilizado o xilofone, mas no decorrer das sessões passaram a utilizar-se outros instrumentos, tais como o

tamborim e a pandeireta. Foi visível que, inicialmente o W.D. explorava o instrumento, tocando repetidamente e depois fazia o turn-taking com a estagiária, tocando alternadamente, criando momentos de pergunta resposta. Este exercício permitia que o W.D. mantivesse a cabeça levantada e fizesse contacto ocular, o que ajudou a melhorar a sua postura nas sessões, estando com uma postura mais aberta, a cabeça não estava tão para baixo e o contacto ocular era realizado muito mais vezes. Com este exercício também era trabalhada a comunicação não verbal.

Também houve uma tentativa de criar uma canção sobre a instituição, contudo o W.D. simplesmente criou uma linha melódica na qual canta sempre a mesma frase “Eu gosto do/a ...” e a frase era preenchida com o nome de alguém da instituição, tanto equipa técnica, como utentes.

Nas sessões de grupo, foram realizadas várias atividades musicais com o objetivo de trabalhar a comunicação e a socialização entre o grupo, as trocas de papéis e o respeito pelos membros do grupo. O W.D., apresentou sempre uma postura mais fechada do que nas sessões individuais, realizou algum contacto ocular com os colegas e com a estagiária. Nestas sessões, foram realizadas improvisações grupais, nas quais o W.D. mantinha a sua frase rítmica, criando poucas alterações, e por vezes iniciando a improvisação. Nos exercícios de trocas de papéis, o W.D. sempre respeitou quando fazia papel de “liderado”, mas tinha bastante dificuldade em fazer papel de “líder”, tomando iniciativas e decisões. Quando o grupo cantava canções, o W.D. cantava também.

Verificaram-se melhorias em todos os domínios de avaliação, exceto o domínio da atenção musical que sofreu uma regressão da avaliação intermédia para a avaliação final, tal como se verifica na tabela seguinte.

Tabela 3*Avaliação Intermédia e Final do W.D.*

	Avaliação Intermédia	Avaliação Final
Atenção Musical	Consegue focar constantemente no jogo musical	Nem sempre consegue focar no jogo musical
	Por vezes mantém a atenção ao longo da sessão	Por vezes mantém a atenção ao longo da sessão
	Raramente partilha a atenção de aspetos musicais com a musicoterapeuta	Raramente partilha a atenção de aspetos musicais com a musicoterapeuta
Afeto Musical	Por vezes demonstra afeto através da parte facial, perante o jogo musical	Por vezes demonstra afeto através da parte facial, perante o jogo musical
	Por vezes demonstra afeto com a voz através da resposta	Por vezes demonstra afeto com a voz através da resposta
	Raramente demonstra afeto através do movimento	Por vezes demonstra afeto através do movimento
	Demonstra constantemente satisfação pela música	Demonstra constantemente satisfação pela música
	Por vezes acalma-se com o suporte musical	Acalma-se constantemente com o suporte musical
	Por vezes demonstra agitação motora	Raramente demonstra agitação motora
Adaptação ao Jogo Musical	Entra constantemente no jogo musical	Entra constantemente no jogo musical
	Por vezes adapta a sua participação	Adapta constantemente a sua participação
	Por vezes cria alternativas no jogo musical	Por vezes cria alternativas no jogo musical
	Por vezes indica o desejo para tocar instrumentos	Por vezes indica o desejo para tocar instrumentos

Envolvimento e Relação Musical	Raramente imita respostas musicais criadas pela musicoterapeuta	Raramente imita respostas musicais criadas pela musicoterapeuta
	Envolve-se constantemente na interação musical	Envolve-se constantemente na interação musical
	Raramente antecipa respostas musicais	Por vezes antecipa respostas musicais
	Nunca finaliza com respostas musicais	Raramente finaliza com respostas musicais
	Inicia constantemente uma interação musical	Inicia constantemente uma interação musical
	Por vezes lidera uma interação musical	Por vezes lidera uma interação musical
	Por vezes procura instrumentos	Por vezes procura instrumentos
	Por vezes explora instrumentos	Por vezes explora instrumentos
	Participa constantemente numa atividade de tocar instrumentos	Participa constantemente numa atividade de tocar instrumentos
	Participa constantemente numa atividade de canto	Participa constantemente numa atividade de canto
Comunicação e Socialização	Compreende constantemente regras/estrutura	Compreende constantemente regras/estrutura
	Respeita constantemente os colegas/musicoterapeuta	Por vezes respeita os colegas/musicoterapeuta
	Por vezes relaciona-se com os colegas/musicoterapeuta	Por vezes relaciona-se com os colegas/musicoterapeuta
	Por vezes sorri/Ri durante a sessão	Raramente sorri/Ri durante a sessão
	Por vezes demonstra interesse na atividade	Por vezes demonstra interesse na atividade
	Por vezes mantém contacto visual	Por vezes mantém contacto visual
	Completa constantemente a letra das canções	Completa constantemente a letra das canções
	Raramente comunica desejos e ideias	Por vezes comunica desejos e ideias
	Por vezes interage verbalmente	Interage verbalmente constantemente
	Raramente interage não-verbalmente	Por vezes interage não-verbalmente
	Por vezes espera pela sua vez na atividade	Por vezes espera pela sua vez na atividade
	Nunca antecipa o seu turno	Por vezes antecipa o seu turno
	Toca constantemente no seu próprio tempo	Toca constantemente no seu próprio tempo
	Por vezes toca no tempo do terapeuta	Por vezes toca no tempo do terapeuta

Resultados e Conclusões

Verificou-se uma melhoria em todos os domínios de avaliação. Relativamente ao objetivo de fomentar o gosto pelas atividades da instituição, foi perceptível que o W.D. começou a referir menos vezes que não queria participar nas sessões quando começou a cantar em sessão a frase “eu gosto muito do/a...” referindo o nome de alguém da instituição.

Também se verificou uma melhoria na sua postura, deixando de ser tão fechada, isto porque a musicoterapia, tal como refere Lapa (2013), promove a relação, e foi notória a melhoria da relação terapêutica entre o utente e a estagiária, levando a que o utente levantasse mais vezes a cabeça e procurasse olhar para a estagiária. Assim sendo, a nível de comunicação, nomeadamente comunicação não verbal, também se verificou uma melhoria, devido ao papel da improvisação, que tal como refere Lapa (2012), desenvolve a comunicação não verbal, tornando-se uma ponte para a verbal.

No que diz respeito ao desenvolvimento da socialização, também se verificou uma pequena melhoria, perceptível através do contacto ocular que o W.D. foi fazendo mais vezes ao longo do processo terapêutico. Esta melhoria, deve-se também às sessões de grupo, que tal como afirma Wigram (2016), permitiram ao W.D. criar vínculos de expressão e criar pontos de partida em comum com os restantes membros do grupo.

Por fim, também é notório o papel da improvisação ao longo de todo o processo terapêutico, pois improvisar juntamente com o utente permite ao musicoterapeuta ir ao encontro das necessidades terapêuticas do utente (Wigram, 2004), e a improvisação permitiu chegar muitas vezes ao W.D.

Estudo de Caso: Grupo 2

O Grupo 2 é composto por cinco elementos, três do sexo feminino e dois do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 19 e os 49 anos. Trata-se de um grupo, no qual todos os seus elementos foram diagnosticados com Trissomia 21, são autónomos e apresentam dificuldades na fala.

A A.I. é uma jovem adulta, do sexo feminino, com 29 anos de idade. Vive com os pais e frequenta a instituição há 14 anos. Na instituição, realiza várias atividades, nomeadamente: piscina, atividade física e artes plásticas, principalmente trabalho em

madeira. Trata-se de uma jovem muito conversadora, com espírito de iniciativa, relaciona-se bem com a equipa técnica e com os colegas e demonstra sempre muito entusiasmo nas atividades da instituição. Contudo, por vezes, nem sempre conta as coisas como são na realidade e gosta do papel de vítima. Nas atividades de vida diária é autónoma e não apresenta dificuldades em realizar as tarefas.

O A.M. é um adulto, do sexo masculino, com 49 anos. Vive com a mãe e frequenta a instituição há 25 anos. Na instituição, realiza várias atividades, nomeadamente: piscina, atividade física e artes plásticas, principalmente trabalho em madeira. Trata-se de um adulto que gosta de conversar, gosta de contacto físico, nomeadamente abraços, relaciona-se bem com a equipa técnica e com os colegas. Contudo, também gosta de fingir dores que não tem para que não realize certas atividades/tarefas e por vezes inventa histórias que não são reais. Nas atividades de vida diária é autónomo e não apresenta dificuldades em realizar as tarefas. Nas atividades da instituição, demonstra gosto e interesse na atividade da piscina e na atividade das danças, mas não demonstra gosto nem interesse nas atividades físicas.

A B.C. é uma jovem adulta, do sexo feminino, com 19 anos. Vive com a mãe, o padrasto e com os irmãos e frequenta a instituição há 2 anos. Na instituição, realiza várias atividades, nomeadamente: piscina, atividade física e artes plásticas, principalmente trabalho em madeira. Trata-se de uma jovem muito extrovertida, que gosta de dançar e cantar, é conversadora, relaciona-se bem com a equipa técnica e com os colegas e participa nas atividades da instituição demonstrando gosto e entusiasmo. Contudo, a B.C. gosta de ser o centro das atenções, por vezes cria pequenas mentiras de modo a ter algum proveito disso. Nas atividades e por vezes no dia-a-dia, gosta de tentar fazer as coisas à sua maneira, mesmo que lhe tenha sido pedido algo diferente. Nas atividades de vida diária é autónoma e não apresenta dificuldades em realizar as tarefas. A B.C. inicialmente participou em sessões

individuais de musicoterapia, mas as mesmas não estavam a resultar muito bem, pois percebeu-se que seria importante trabalhar com a utente, questões ligadas à relação e parte social, e por isso mesmo, juntamente com a orientadora do local de estágio e a supervisora, foi decido convidar a B.C. a participar em sessões de grupo, em vez das sessões individuais.

O M.C. é um jovem adulto, do sexo masculino, com 24 anos. Vive com os seus pais e com o irmão e frequenta a instituição há 6 anos. Na instituição, realiza várias atividades, nomeadamente: piscina, atividade física e artes plásticas, principalmente trabalho em madeira. Trata-se de um jovem tímido e introvertido, que se relaciona bem com a equipa técnica e com os colegas e participa nas atividades da instituição demonstrando gosto e entusiasmo. Contudo, por vezes finge não perceber o que lhe é dito e por vezes fica nervoso ao interagir, parecendo estar pouco à vontade. Nas atividades de vida diária é autónomo e não apresenta dificuldades em realizar as tarefas.

A S.A. é uma jovem adulta, do sexo feminino, com 27 anos. Vive com os seus pais e frequenta a instituição há 8 anos. Na instituição, realiza várias atividades, nomeadamente: piscina, Ludoteca, atividade física e artes plásticas, principalmente trabalho em madeira. Trata-se de uma jovem calma, que gosta de conversar e cantar, gosta de contacto físico, nomeadamente abraços, relaciona-se bem com a equipa técnica e com os colegas e participa nas atividades da instituição demonstrando gosto, interesse e entusiasmo. Nas atividades de vida diária é autónoma e não apresenta dificuldades em realizar as tarefas.

Tendo em conta todas as características dos utentes acima referidas, foi considerado pertinente convidá-los a participarem nas sessões de musicoterapia em grupo, a fim de trabalhar questões sociais e de relação.

Avaliação Inicial

Após os primeiros meses a conhecer os utentes, juntamente com a orientadora do local de estágio, considerou-se pertinente juntar os cinco utentes referidos acima, de modo a participarem em sessões de musicoterapia em grupo. Todos eles foram chamados para a primeira sessão e iam entusiasmados.

A sessão começou por ouvir uma música que ouvem muito na instituição, a “Pera Verde”, na qual teriam de fazer percussão corporal. De seguida foi feito um jogo musical e uma improvisação em grupo. A sessão terminou com canções em grupo, a fim da estagiária conhecer os gostos musicais do grupo.

Nesta primeira sessão verificou-se que a A.I. é o membro do grupo com mais iniciativa e que sempre que é perguntado quem quer começar, é a primeira a voluntariar-se. A B.C. apresentou alguma dificuldade em respeitar as regras, tentando fazer à sua maneira. O M.C. é muito tímido, com uma postura fechada e com pouco contacto ocular durante quase toda a sessão, sendo de destacar a atividade em que todo o grupo estava a cantar, mas quando estavam todos a cantar o M.C. foi o único que não cantou. Também se verificou que o A.M e a S.A. não apresentam iniciativa para fazer, fazem quando lhes é dito que é a sua vez, mas estiveram a sessão toda entusiasmados com o que estava a ser feito.

É importante referir que na primeira improvisação em grupo, foi perceptível que estavam a tocar cada um para si, que cada um explorava o instrumento que tinha na mão, que a maior parte não tinha muita iniciativa para trocar de instrumento e que não havia comunicação entre si. Na percussão corporal, foi notório que os movimentos eram muito repetidos e que se imitavam uns aos outros. Quando cantaram todos juntos, verificou-se que se trata de um grupo que canta de um modo atonal e têm pouco sentido rítmico a cantar, cada um canta com o seu ritmo.

Foi feita a avaliação inicial, com base na grelha de avaliação criada pela estagiária (Anexo G) com base na observação direta da sessão, na qual se verificaram os resultados, apresentados na seguinte tabela.

Tabela 4

Avaliação Inicial Grupo 2

Atenção Musical	Por vezes conseguem focar no jogo musical
	Por vezes a atenção é mantida ao longo da sessão
Afeto Musical	Raramente partilham a atenção de aspetos musicais com a musicoterapeuta
	Por vezes demonstram afeto através da parte facial, perante o jogo musical
	Por vezes demonstram afeto com a voz através da resposta
	Poucas vezes demonstram afeto através do movimento
	Demonstram satisfação pela música
	Por vezes acalmam-se com o suporte musical
Adaptação ao Jogo Musical	Poucas vezes demonstram agitação motora
	Entram constantemente no jogo musical
	Por vezes adaptam a sua participação
	Poucas vezes criam alternativas no jogo musical
Envolvimento e Relação Musical	Indicam o desejo para tocar instrumentos
	Poucas vezes imitam respostas musicais criadas pela musicoterapeuta
	Envolvem-se constantemente na interação musical
	Raramente antecipam respostas musicais
	Raramente finalizam com respostas musicais
	Raramente iniciam uma interação musical
	Raramente lideram uma interação musical
	Procuram instrumentos
	Por vezes exploram os instrumentos
	Participam constantemente numa atividade de tocar instrumentos
Participam muitas vezes numa atividade de canto	
Comunicação e Socialização	Compreendem bem regras/estrutura
	Por vezes respeitam os colegas/musicoterapeuta
	Relacionam-se constantemente com os colegas/musicoterapeuta
	Sorriem durante a sessão
	Demonstram interesse na atividade
	Mantêm contacto visual
	Por vezes completam a letra das canções
	Raramente comunicam desejos e ideias
	Por vezes interagem verbalmente
	Por vezes interage não-verbalmente
	Por vezes esperam pela sua vez na atividade
	Raramente antecipam o turno
Tocam constantemente no próprio tempo	
Nem sempre tocam no tempo do terapeuta	

Objetivos

Após a realização da avaliação inicial, feita a cada utente pertencente ao Grupo 2, foi considerado trabalhar sobre os seguintes objetivos:

- Objetivo 1: Desenvolver aspetos sociais

Subjetivo a. Trabalhar a relação e a comunicação

Subjetivo b. Promover a participação em diferentes papéis no grupo

Subjetivo c. Promover a tomada de decisão

- Objetivo 2: Estimular a criatividade

Subjetivo a. Fomentar a expressão musical

Avaliação Intermédia e Final

Ao longo do processo terapêutico com o Grupo 2, foram realizados jogos musicais de imitação, de espelhar, improvisações em grupos e pares, jogos de trocas de papéis, cantar canções em grupo, jogos musicais que permitiam desenvolver o trabalho em equipa, percussão corporal e jogos de tomada de decisão. Todos os jogos eram feitos com base na improvisação, sendo na maior parte das vezes improvisações estruturadas e com base numa regra, só a improvisação em grupo ou pares é que se tratava de uma improvisação livre.

Nos jogos de imitação e do espelhar, foi notório que o M.C., o A.M e a S.A., apresentavam dificuldade em criar, pelo que todos eles referiram que preferiam imitar, a B.C. apresentou dificuldade em imitar, preferindo ser sempre ela a criar, e a A.I. apresentou facilidade em fazer ambas. Nas improvisações livres, quer a grupos, quer a pares, verificou-se uma melhoria, pois já se começava a ver interação entre os membros do grupo e já não estava cada um a tocar para si.

Nos jogos das trocas de papéis, da tomada de decisão e do reforço do trabalho em equipa, verificou-se sempre que a A.I. é sempre o membro do grupo que tem a iniciativa e que não apresenta dificuldade em tomar decisões. Contudo nesses jogos, também se verificou que a B.C. começou a cumprir mais as regras e também a apresentar alguma iniciativa, pois começou a voluntariar-se sempre a seguir à A.I. Na percussão corporal e quando cantavam canções em conjunto, também se verificou que a A.I. tinha a iniciativa de criar os movimentos e de sugerir canções. O M.C. começou a sentir-se mais à vontade, e começou a cantar, e em algumas sessões sugeriu canções.

Por fim verificou-se que o A.M. e a S.A. continuaram a não ter iniciativa de começar nenhuma atividade musical, mas continuaram a participar sempre com muito entusiasmo, e notou-se bastante nas improvisações livres que comunicavam cada vez mais a nível não verbal.

Deste modo, verificou-se uma melhoria ao longo das sessões, tal como é visível na tabela seguinte, que apresenta os domínios da avaliação, analisados na avaliação intermédia e final.

Tabela 5*Avaliação Intermédia e Final Grupo 2*

	Avaliação Intermédia	Avaliação Final	
Atenção Musical	Por vezes conseguem focar no jogo musical	Conseguem focar quase sempre no jogo musical	
	Por vezes a atenção é mantida ao longo da sessão	Conseguem manter atenção ao longo da sessão	
	Por vezes partilham a atenção de aspetos musicais com a musicoterapeuta	Por vezes partilham a atenção de aspetos musicais com a musicoterapeuta	
Afeto Musical	Por vezes demonstram afeto através da parte facial, perante o jogo musical	Muitas vezes demonstram afeto através da parte facial, perante o jogo musical	
	Muitas vezes demonstram afeto com a voz através da resposta	Demonstram constantemente afeto com a voz através da resposta	
	Por vezes demonstram afeto através do movimento	Por vezes demonstram afeto através do movimento	
	Demonstram constantemente satisfação pela música	Demonstram constantemente satisfação pela música	
	Acalmam-se com o suporte musical	Acalmam-se muitas vezes com o suporte musical	
	Poucas vezes demonstram agitação motora	Raramente demonstram agitação motora	
	Adaptação ao Jogo Musical	Entram constantemente no jogo musical	Entram constantemente no jogo musical
		Por vezes adaptam a sua participação	Muitas vezes adaptam a sua participação
Por vezes criam alternativas no jogo musical		Muitas vezes criam alternativas no jogo musical	
Indicam constantemente o desejo para tocar instrumentos		Indicam constantemente o desejo para tocar instrumentos	
Envolvimento e Relação Musical	Por vezes imitam respostas musicais criadas pela musicoterapeuta	Por vezes imitam respostas musicais criadas pela musicoterapeuta	
	Envolvem-se constantemente na interação musical	Envolvem-se constantemente na interação musical	
	Por vezes antecipam respostas musicais	Antecipam muitas vezes respostas musicais	
	Por vezes finalizam com respostas musicais	Finalizam constantemente com respostas musicais	
	Iniciam muitas vezes uma interação musical	Iniciam constantemente uma interação musical	
	Por vezes lideram uma interação musical	Por vezes lideram uma interação musical	
	Procuram sempre instrumentos	Procuram sempre instrumentos	
	Por vezes exploram os instrumentos	Exploram constantemente os instrumentos	
	Participam constantemente numa atividade de tocar instrumentos	Participam constantemente numa atividade de tocar instrumentos	
	Participam muitas vezes numa atividade de canto	Participam constantemente numa atividade de canto	

Comunicação e Socialização	Compreendem bem regras/estrutura	Compreendem bem regras/estrutura
	Respeitam constantemente os colegas/musicoterapeuta	Respeitam constantemente os colegas/musicoterapeuta
	Relacionam-se constantemente com os colegas/musicoterapeuta	Relacionam-se constantemente com os colegas/musicoterapeuta
	Sorriem durante a sessão	Sorriem durante a sessão
	Demonstram sempre interesse na atividade	Demonstram sempre interesse na atividade
	Mantêm contacto visual	Mantêm contacto visual
	Muitas vezes completam a letra das canções	Completam constantemente a letra das canções
	Por vezes comunicam desejos e ideias	Comunicam muitas vezes desejos e ideias
	Por vezes interagem verbalmente	Interagem verbalmente constantemente
	Por vezes interage não-verbalmente	Muitas vezes interage não-verbalmente
	Por vezes esperam pela sua vez na atividade	Esperam constantemente pela sua vez na atividade
	Por vezes antecipam o turno	Por vezes antecipam o turno
	Tocam constantemente no próprio tempo	Tocam constantemente no próprio tempo
	Por vezes tocam no tempo do terapeuta	Por vezes tocam no tempo do terapeuta

Resultados e Conclusões

O Grupo 2 apresentou melhorias em todos os domínios da avaliação, desenvolveram aspetos sociais e a criatividade, pois como afirmam os autores Nardi *et al.* (2020), a musicoterapia quando aplicada a pessoa com Trissomia 21, com a utilização do som e de todas as características musicais, permite o desenvolvimento global, a estimulação de capacidades e a adaptação ao meio.

Verificou-se a melhoria a nível social, nomeadamente no trabalho da relação e da comunicação, que melhorou, e mais uma vez a improvisação teve um papel importante nessa melhoria. Pois, como afirma Pereira (2015) a improvisação permite desenvolver a relação interpessoal, a autoexpressão e as capacidades grupais. No que diz respeito às trocas de papéis e à tomada de decisão, embora nem todos os membros do grupo o façam constantemente, verificou-se que ao aplicar jogos musicais com esses objetivos, permitiram criar um maior à vontade entre os membros do grupo, pois como afirmam Rutan *et al.* (2007), trabalhar em grupo promove a experimentação de novos papéis.

Em relação ao desenvolvimento da criatividade, também foi visível que os membros do grupo começaram a ser mais criativos quando produziam momentos musicais, pois tal como Pereira (2015) afirma, a improvisação estimula a criatividade.

A musicoterapia demonstra ser uma boa terapia a aplicar com pessoas com Trissomia 21, pois como afirmam Nardi *et al.* (2020), existe uma relação entre a música e a pessoa com Trissomia 21, e essa relação permite desenvolver o seu todo, devido aos estímulos que lhe são proporcionados, e esse desenvolvimento foi perceptível no Grupo 2.

Outras Intervenções

Neste capítulo estarão presentes as restantes intervenções que foram realizadas ao longo do estágio. Serão apresentados três casos individuais e um caso de grupo, nos quais será feita uma breve apresentação dos utentes e dos processos terapêuticos.

Intervenções Individuais

Caso A.P.

O A.P. é um jovem adulto, do sexo masculino, com 35 anos de idade e foi diagnosticado com Trissomia 21. Vive com os pais e está na instituição há 16 anos. Na instituição, realiza várias atividades, nomeadamente: piscina, atividade física e artes plásticas, principalmente trabalho em madeira. É um jovem adulto que tem imenso gosto por ópera, conversar sobre música e temas do seu interesse, relaciona-se bem com a equipa técnica e com os colegas. Nas atividades de vida diária é autónomo e não apresenta dificuldades em realizar as tarefas. Nas atividades da instituição, demonstra gosto pelas mesmas, mas está constantemente distraído. Apresenta dificuldades na fala, nomeadamente gaguez, tem uma postura muito tensa e por vezes parece estar nervoso ou stressado. Foi encaminhado para as sessões de musicoterapia devido ao seu gosto por música e à necessidade de relaxar.

O A.P. foi convidado para a primeira sessão, em novembro, e quando percebeu que se tratava de música, acompanhou a estagiária bastante entusiasmado. A sessão começou pela prática da escuta musical, a fim de conhecer os seus gostos musicais. O A.P. escolhia as músicas, a estagiária colocava em áudio, e o utente inicialmente acompanhava a cantar e posteriormente a cantar e a tocar com um instrumento de percussão. Foi perceptível que A.P. tem um enorme gosto por ópera e por música popular portuguesa, nomeadamente os cantores Quim Barreiros e Tony Carreira. Foi realizada, também, uma improvisação livre com instrumentos de percussão, na qual foi perceptível que o A.P. tem um pouco de sentido rítmico

e que toca completamente desligado da estagiária, tocando para si. Por fim, foi feito um momento de relaxamento, no qual o A.P. teria de se movimentar ao som da música “Amanhecer” de Grieg, pelo que o utente apresentou movimentos muito repetidos e tensos. Com a primeira sessão, a estagiária também ficou a saber que o A.P. já teve aulas de trombone e flauta de bisel.

Após a primeira avaliação realizada com o A.P., considerou-se pertinente trabalhar perante os seguintes objetivos: promover o relaxamento; a relação com o outro; desenvolver a criatividade a partir da expressão musical.

Com o decorrer do processo terapêutico, foi notório que A.P. está constantemente desligado de tudo o que acontece à sua volta, não prestando atenção. Nas sessões de musicoterapia essa característica era bastante visível, pois o A.P. nem sempre ouvia com atenção o que lhe era dito e quando se fazia improvisação livre ou jogos musicais (baseados em improvisação estruturada), era visível que o utente estava a tocar só para si, sem ter em conta que estava a tocar com a estagiária, chegando a referir que prefere tocar sozinho. Assim sendo, foram realizadas improvisações livres, jogos musicais com a finalidade de trabalhar a relação, a atenção e a criatividade. Devido à sua postura tensa e, por vezes, nervosa eram sempre realizados momentos de relaxamento.

A meio do processo terapêutico, o A.P. pediu para começar a levar a flauta de bisel para as sessões. A estagiária concordou e as sessões começavam sempre com o utente a tocar livremente. Iniciar assim foi muito positivo para o utente, pois levou-o a sentir-se mais confiante. No entanto, por vezes, nas sessões em que apresentava maior tensão e nervosismo, o A.P. mostrava-se com vontade de só tocar, flauta durante a sessão toda. De referir que esta situação acabou por não se verificar, pois o utente ao perceber que tinha outros instrumentos musicais para explorar e jogos musicais para realizar, modificava a sua atitude inicial.

Em relação às avaliações, desde a inicial até à final, no que diz respeito ao domínio de atenção musical, verifica-se uma pequena melhoria, embora o A.P. tenha apresentado sempre dificuldades em se concentrar. No domínio do afeto musical, também se verificou pequenas melhorias, destacando o facto de a música o acalmar e conseguir diminuir a sua agitação motora e alguns movimentos estereotipados que ia apresentado quando estava mais tenso e nervoso. Na adaptação ao jogo musical, o A.P. apresentou-se mais criativo e com mais capacidade de adaptar a sua participação musical. Em relação ao envolvimento e relação musical e à comunicação e socialização, trata-se de domínios que foram oscilando ao longo das sessões, pois em certas sessões o A.P. estava mais comunicativo e envolvido na relação terapêutica e nos momentos musicais, noutras sessões apresentava-se mais distante.

Em suma, o A.P. apresenta pequenas melhorias em todos os domínios. É um facto que o seu enorme gosto por música ajuda-o a relaxar e por vezes a estabelecer relação e foco no que estava a fazer.

Caso F.A.

O F.A. é um jovem adulto, do sexo masculino, com 27 anos de idade e foi diagnosticado de X-Frágil. Vive com os pais e os irmãos e está na instituição há 11 anos. Na instituição, realiza várias atividades, nomeadamente: piscina, atividade física e artes plásticas, principalmente trabalho em madeira. É um jovem que tem imenso gosto por futebol, sendo as suas conversas maioritariamente sobre esse tema, está constantemente com um sorriso na cara, relaciona-se bem com a equipa técnica e com os colegas e participa nas atividades da instituição com gosto. Nas atividades de vida diária é autónomo e não apresenta dificuldades em realizar as tarefas. O F.A. apresenta dificuldades na fala e nervosismo na interação. Devido a estas características, foi encaminhado para as sessões de musicoterapia.

Quando o F.A. foi chamado para a primeira sessão de musicoterapia, realizada em novembro, acompanhou a estagiária apresentando alguns nervos. A sessão iniciou com escuta musical, a fim de tentar conhecer os gostos do F.A., embora ele não tenha indicado nenhuma música, ficava nervoso e referia que não se lembrava. Contudo a estagiária conseguiu perceber que o F.A. gosta de música popular portuguesa e da música “Pera Verde”, pois é muito utilizada na instituição. De seguida foi realizada uma improvisação livre, na qual foi perceptível as inseguranças do utente, pois só trocava de instrumento se lhe fosse sugerido, quando agarrava um instrumento perguntava sempre se estava a fazer bem e fazia sempre a mesma frase rítmica, parando várias vezes. Por fim, foi realizada uma atividade de movimento, na qual foi perceptível que o F.A. estava bastante tenso e nervoso, devido à sua postura e movimentos estereotipados com as mãos.

Após a avaliação inicial, considerou-se pertinente criar os seguintes objetivos: promover o relaxamento; trabalhar a relação com o outro; estimular a tomada de decisão; trabalhar a fala.

Com o decorrer do processo terapêutico, foram realizadas mais improvisações livres, jogos musicais, tais como, jogo de tomada de decisão e jogos de espelhar e imitar. Também se realizou o MIT (Melodic Intonation Training) e entoar canções, ambas com a finalidade de trabalhar a fala. No fim de cada sessão era feito um momento de relaxamento que por vezes era associado a movimento, outras vezes passava pelo utente tocar instrumentos mais relaxantes tais como o ocean drum. A esses momentos de relaxamento também foi associado exercícios de respiração.

Quando se apresentava nervoso durante a sessão, o F.A. tinha tendência em começar a falar de futebol, fazendo perguntas sobre data de jogos que ele sabia, e por vezes também apresentava um movimento estereotipado, abanado as mãos. Contudo, as improvisações

livres, os jogos musicais e os momentos de relaxamento ajudaram o utente a reduzir o nervosismo e a tensão, pelo que mais para o fim do processo terapêutico, o F.A. já era capaz de decidir que instrumento tocar, sem perguntar se estava a fazê-lo corretamente. Ao cantar e ao fazer o MIT, também se verificou que com o passar das sessões cantava mais alto e mais confiante.

Deste modo, verificou-se melhorias em todos os domínios, principalmente na adaptação ao jogo musical, no envolvimento e na relação musical e na comunicação e socialização. Em relação à técnica do MIT, deveria ter sido iniciada no começo do processo terapêutico, pois tal como afirmam Hald e Ridder (2019), é uma técnica que tem várias etapas de realização e necessita regularidade para obter resultados, pelo que se considera que neste caso não foi aplicada durante um período considerado suficiente para que a avaliação final pudesse ser correta.

Caso I.S.

A I.S. é uma jovem adulta, do sexo feminino, com 31 anos de idade e foi diagnosticada com Trissomia 21. Vive com os pais e está na instituição há 12 anos. Na instituição, realiza várias atividades, nomeadamente: piscina, atividade física e artes plásticas, principalmente trabalho em madeira. É uma jovem pouco conversadora, muito carinhosa, que se relaciona bem com a equipa técnica e com os seus colegas e participa nas atividades da instituição demonstrando gosto pelas mesmas. Nas atividades de vida diária é autónoma e não apresenta dificuldades em realizar as tarefas. A I.S. apresenta dificuldades na fala e movimentos estereotipados, balançando o corpo quando fica muito contente ou nervosa. Devido a estas características, foi encaminhada para as sessões de musicoterapia.

A primeira sessão teve início em janeiro, e começou pela escuta musical, de modo a conhecer melhor a utente. Pelo que foi perceptível, o seu gosto musical estava

maioritariamente relacionado com música infantil e não se sentia confiante para cantar. De seguida foi realizada uma improvisação livre com os instrumentos de percussão, na qual se verificou que a I.S. não tinha iniciativa de escolher, trocar de instrumentos e não criava ritmos, mas imitava o que a estagiária estava a tocar. A sessão foi finalizada com um momento de relaxamento, na qual a utente e a estagiária tocavam instrumentos com baixa intensidade e procurando sons mais suaves, relaxantes, ajudando a I.S. a sentir-se calma. Também foi observável ao longo da primeira sessão, que a utente apresentava uma postura fechada, com o olhar para baixo, no entanto mantinha, algumas vezes, o contacto ocular.

Após a primeira avaliação, considerou-se pertinente trabalhar os seguintes objetivos: trabalhar a fala, promover a tomada de decisão e estimular o contacto ocular e uma postura mais aberta.

Com o decorrer do processo terapêutico, foram realizadas mais improvisações livres, jogos musicais, tais como, jogo de tomada de decisão e jogos de espelhar e imitar. Também se realizou o MIT (Melodic Intonation Training) e entoar canções, ambas com a finalidade de trabalhar a fala. Os momentos de relaxamento eram realizados no fim de cada sessão.

Após cantar algumas canções para iniciar, foi realizado em todas as sessões, um exercício na qual a utente e a estagiária tinham de improvisar no xilofone em conjunto, com o xilofone levantado, a fim da I.S. manter a cabeça mais erguida e realizar mais contacto ocular. Inicialmente a I.S. imitava o que a estagiária fazia, mas com o decorrer das sessões começou a criar frases rítmicas e a fazer turn-taking com a estagiária. Nas improvisações livres, também começou a criar frases rítmicas e a conseguir tomar decisão em relação à escolha e troca de instrumento. Os jogos musicais de tomada de decisão e de espelhar, permitiram que essa melhoria se verificasse.

Tal como com o utente F.A., referido anteriormente, a I.S. também não apresentou resultados com o MIT, pois esta técnica com a utente também foi iniciada, numa altura mais avançada do processo terapêutico. Contudo ao cantar canções no início de cada sessão, a I.S. começou a ter mais à vontade para cantar, entoando frases completas em vez de pronunciar apenas a última palavra de cada frase. Verificou-se, também, que passou a entoar as canções com mais intensidade.

Através das avaliações intermédias e finais, verificou-se uma melhoria em todos os domínios de avaliação, nomeadamente na adaptação ao jogo musical e no envolvimento e relação musical.

Intervenções em Grupo

Caso Grupo 1

O Grupo 1 é formado por 5 utentes, 3 do sexo feminino e 2 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 18 e os 46 anos.

A B.J. é uma jovem adulta, do sexo feminino, com 22 anos de idade e foi diagnosticada com Trissomia 21. Vive com os seus pais e frequenta a instituição há 5 anos. Na instituição, realiza várias atividades, nomeadamente: atividade física e artes plásticas, principalmente trabalho em madeira. É uma jovem pouco conversadora, apresenta dificuldade na fala e gosta de fazer as atividades da instituição, relaciona-se bem com os colegas e com a equipa técnica. Contudo o seu comportamento nem sempre é o mais adequado, pois a B.J. tenta, muitas vezes, escapar às suas responsabilidades, finge que não percebe o que lhe é dito e desafia as monitoras. Nas atividades de vida diária é autónoma, sabe tudo o que tem de fazer, embora por vezes finja que não sabe, mas quando realiza as tarefas, realiza-as corretamente.

A M.G. é uma adulta, do sexo feminino, com 45 anos de idade e foi diagnosticada com Deficiência Intelectual, que teve origem no período perinatal. Vive com uma cuidadora e frequenta a instituição há 29 anos. Na instituição, realiza várias atividades, nomeadamente: piscina, Ludoteca, atividade física e artes plásticas, principalmente trabalho em madeira. A M.G. é conversadora, gosta imenso de participar na Ludoteca e relaciona-se bem com a equipa técnica. Também tem uma boa relação com os colegas, mas por vezes cria algumas complicações, devido ao facto de ser uma pessoa autoritária e fazendo comentários desadequados. Nas atividades de vida diária é autónoma e não apresenta dificuldades em realizar as tarefas.

O R.D. é um jovem, do sexo masculino, com 18 anos de idade e foi diagnosticado com Deficiência Intelectual, esse diagnóstico deve-se a problemas no período perinatal. Vive com a mãe, o padrasto e o irmão e frequenta a instituição há 1 ano. Na instituição, realiza várias atividades, nomeadamente: piscina, Ludoteca, atividade física e artes plásticas, principalmente trabalho em madeira. É um jovem que gosta imenso de futebol e de falar sobre esse tema, tem espírito de iniciativa, tem uma boa relação com os colegas e com a equipa técnica. Nas atividades da instituição, está sempre com uma postura de aborrecido na maior parte das atividades, exceto na piscina, embora depois se perceba que apesar da sua postura, ele está a gostar do que está a fazer. É um jovem que por vezes tenta ser desobediente e fazer asneiras “pela calada”. Nas atividades de vida diária é autónomo e não apresenta dificuldades em realizar as tarefas.

A S.R. é uma adulta, do sexo feminino, com 46 anos de idade e foi diagnosticada com Deficiência Intelectual, devido a complicações no período perinatal. Vive com os padrinhos e frequenta a instituição há 24 anos. Na instituição, realiza várias atividades, nomeadamente: piscina, Ludoteca, atividade física e artes plásticas, principalmente trabalho em madeira. A

S.R. é muito conversadora e está sempre entusiasmada com tudo o que faz, seja atividades da instituição seja tarefas do dia a dia. Demonstra um enorme sentido de responsabilidade na atividade da Ludoteca e em todas as tarefas da instituição que são da sua responsabilidade. No entanto, a S.R. é muito insegura, sente necessidade de confirmar se está a fazer tudo correto e por vezes está nervosa. Nas atividades de vida diária é autónomo e não apresenta dificuldades em realizar as tarefas.

O quinto elemento deste grupo é o W.D., que é o primeiro estudo de caso referido no capítulo dos Estudos de Caso. Tendo em conta as características destes cinco utentes, considerou-se benéfico juntá-los em grupo a fim de participarem nas sessões de Musicoterapia.

A primeira sessão teve início em janeiro, na qual foi realizada uma improvisação grupal, um jogo musical e entoar canções em grupo. A improvisação era livre e tinha vários instrumentos à escolha dos utentes, podendo trocar quando pretendessem. Foi notório que o R.D. e a M.G. tinham iniciativa para tocar e trocar de instrumento, que a S.R. e a B.J. só o faziam depois de ver que os colegas o faziam e que o W.D. só trocava de instrumento depois de lhe ser perguntado se o queria fazer. Durante toda a improvisação, era visível que cada um estava a tocar e a explorar o instrumento para si, sem realizarem interação uns com os outros. No jogo musical, verificou-se que todos eram capazes de cumprir as regras, à exceção da B.J. que tentava fazer sempre algo diferente, embora tenha percebido o que era para fazer. No momento de entoar canções em grupo, a fim de conhecer os gostos musicais dos utentes, poucos sugeriram músicas. A M.G., o R.D. e o W.D. foram os únicos elementos a indicar uma canção para entoar, no entanto quando se passou à prática vocal, não cantaram.

Após a realização da primeira avaliação, e ao se verificar que os elementos do grupo apresentavam dificuldades na relação, na comunicação, na participação e na tomada de decisão, ficou decidido que os objetivos da intervenção grupal seriam:

- Promover a comunicação, a relação e a interação entre os utentes;
- Motivar a participação nos diferentes papéis na dinâmica grupal;
- Aumentar as tomadas de decisão dos utentes individual e coletivamente.

Ao longo das sessões, foram realizadas mais improvisações livres, jogos musicais relacionados com a troca de papéis e tomada de decisão, e jogos de imitação e de espelhar. Também foram realizados jogos musicais com o intuito de desenvolver o trabalho de equipa, jogos de percussão corporal e cantar em grupo.

Com as improvisações livres, o grupo começou a melhorar a interação entre si. Os jogos ajudaram a colocar os diferentes utentes em diferentes papéis dentro do grupo, levando a que alguns se sentissem mais à vontade, conseguindo tomar decisões e criar momentos musicais. O R.D. era o utente que apresentava papel de líder, pois era o que tinha mais espírito de iniciativa, contudo participava sempre com uma postura de aborrecido embora referisse sempre que estava a gostar e inclusive chegou a dar ideias e a comentar aspetos com a estagiária. Nunca cantava, pois apresentava desconforto a fazê-lo, mas mais para o fim do processo terapêutico começou a cantar, numa intensidade baixa.

A M.G. devido ao seu carácter autoritário, muitas vezes tentava impor-se perante os colegas, pelo que os jogos musicais contribuíram para que ela fosse “líder” e “liderada” e a trabalhar em equipa. A B.J., entre a avaliação inicial e intermédia, verificou-se uma regressão a nível de comportamento e comunicação. Apresentava, constantemente, comportamentos desafiadores, desrespeitando regras, colegas e estagiária. Quando abordada pela estagiária,

recorria à imitação do que lhe estava a ser questionado, fingindo não estar a perceber a pergunta para não ter de responder. Contudo, com o avançar das sessões e com a realização dos jogos, verificou-se que a B.J. começou a respeitar, mais, todos os que estavam na sessão, bem como o trabalho que estava a ser realizado. Assim sendo, considera-se que as sessões e os jogos realizados ajudaram a B.J. no domínio do respeito.

A S.R. demonstrava em sessão a sua personalidade insegura, questionando sempre se estava a tocar corretamente nos instrumentos e questionando sempre as regras dos jogos musicais a fim de não falhar, pois ela apresenta um elevado sentimento de frustração quando sente que falha. Contudo, com o decorrer das sessões a S.R. começou a sentir-se menos nervosa e insegura, criando cada vez mais momentos musicais e sugerindo canções, sendo também capaz de tomar decisões.

Através das avaliações intermédia e final, verificou-se uma melhoria em todos os domínios, nomeadamente a adaptação ao jogo musical, o envolvimento e relação musical e a comunicação e socialização, pois como refere Ponces (2018), a música, ao ser utilizada de forma terapêutica e ligada à motivação, ajuda a desenvolver a comunicação e a melhorar o comportamento menos adequados.

Discussão

Como refere Freitas (2013), qualquer indivíduo carrega consigo uma identidade sonora, e por isso através da musicoterapia, e da relação terapeuta utente, é possível melhorar a qualidade de vida.

Em relação à pessoa com Trissomia 21, Nardi *et al.* (2020), afirmam que é importante proporcionar estímulo, a fim de desenvolver e explorar capacidades, e a aplicação da musicoterapia permite o seu desenvolvimento, a estimulação de capacidades e a adaptação ao meio, e estes estímulos foram visíveis ao longo do estágio e com o passar das sessões. Na pessoa com Deficiência Intelectual, tal como afirma Freitas (2020), a musicoterapia ajuda a desenvolver a comunicação, que é promovida através da música, e a relação que é desenvolvida através da criação ou recriação de momentos rítmicos, e através da prática musical, nomeadamente da improvisação, foi possível verificar que houve desenvolvimentos na comunicação e na relação.

Ao longo do estágio, foi aplicada uma Grelha de Avaliação, criada pela estagiária com base na Escala de Avaliação IMCAP. Essa Grelha avaliou os seguintes domínios: atenção musical; afeto musical; adaptação ao jogo musical; envolvimento e relação musical; e comunicação e socialização. Em geral, verificou-se uma melhoria em todos os domínios, embora alguns deles tenham sido mais evidentes.

Os domínios da adaptação ao jogo musical, do envolvimento e relação, e da comunicação e socialização, foram os domínios com melhorias mais significativas. Ao longo do processo terapêutico, verificou-se que os utentes iam criando cada vez mais momentos musicais, adaptavam aquilo que tocavam durante as improvisações, começaram a liderar e/ou a iniciar momentos musicais, exploravam cada vez mais os instrumentos e melhoraram a

comunicação não verbal, e por consequência também a verbal, comunicando mais desejos e ideias.

Ao longo do estágio, e tendo em conta os resultados obtidos, foi possível verificar que, tal como refere Brito, Amaral e Santos (2017), a musicoterapia ao ser aplicada a esta população, permitiu desenvolver a socialização, a expressão, a interação e a criatividade, pelo que é de destacar das sessões, melhorias significativas na interação e na criatividade. Assim sendo, as sessões de musicoterapia permitiram desenvolver competências sociais, e como refere Uricoechea (1999), desenvolve a capacidade de iniciativa e de desejo. Relativamente à capacidade de iniciativa, inicialmente em sessão era notório que os utentes tinham dificuldade em ter iniciativa e também tomada de decisão, preferiam que decidissem por eles, e com o avançar das sessões verificou-se que já existia alguma iniciativa e mais tomada de decisão. Todos estes aspetos ajudaram a desenvolver também a comunicação e a relação, confirmando a ideia de Warner (2005), que refere que a comunicação e a relação são dos focos principais da musicoterapia aplicada à deficiência intelectual, e por sua vez, também à trissomia 21.

Embora os utentes participassem em grupo ou individualmente, usufruindo apenas de numa sessão semanal, o caso do W.D. foi diferente, pois este utente participou nas sessões individuais e nas de grupo, o que foi muito benéfico para ele, tendo em conta as suas dificuldades na interação, relação e comunicação. As sessões individuais permitiram melhorar a interação e a relação, nomeadamente a terapêutica, já as sessões de grupo permitiram a possibilidade do W.D. desencadear interações sociais e interpessoais, tal como afirma Pellitteri (2000, cit. in Martins, 2016).

A base da interação terapêutica foi o modelo Nordoff-Robbins, nomeadamente a improvisação. Visto que este modelo passa por um processo que inclui a relação terapêutica

através da música (Birnbaum, 2014), foi benéfica a sua utilização, pois permitiu as melhorias na relação e na interação. A utilização da improvisação também foi uma mais-valia, pois, tal como afirma Wigram (1997) ao ser um material musical que se cria, que permite conhecer o utente e desenvolver e explorar, tornou-se benéfico para a estagiária ter um maior conhecimento acerca dos utentes, para desenvolver a comunicação e explorar as capacidades e potencialidades de cada um.

Em relação á musicoterapia em grupo, verificou-se o que é referido por Bruscia (2016), que ajuda a criar um ponto de partida entre o grupo, construindo vínculos para a expressão, e o Grupo 2 é exemplo disso, pois com este grupo verificaram-se melhorias na relação e na comunicação.

Também, nas sessões de grupo, é de destacar a importância da improvisação, que foi o elemento principal que permitiu atingir os objetivos. E em ambos os grupos, foi notório os desenvolvimentos que surgiram com a improvisação, que vão ao encontro do que Albornoz (2012) referiu, pois, a improvisação permitiu desenvolver a expressão, a relação intrapessoal e a criatividade.

Em suma, é possível considerar que se verificou uma melhoria em todos os domínios da avaliação, pois os objetivos inicialmente propostos foram alcançados de forma bastante satisfatória. O contributo final com a realização do estágio, promoveu as competências sociais e favoreceu na comunicação e interação. Desta forma, e tendo em conta a bibliografia consultada, a musicoterapia teve um papel importante na qualidade de vida destes utentes contribuindo para a relação entre pares e a comunicação. Verificaram-se pontos fortes durante a intervenção terapêutica, nomeadamente com a utilização da improvisação, que permitiu que os utentes desenvolvessem aspetos da comunicação não verbal, fazendo ponte para a comunicação verbal, tal como refere Lapa (2012). E também se verificaram pontos

mais fracos, relacionados com a utilização tardia do método MIT, pois esta técnica foi iniciada a meio da intervenção terapêutica, tendo sido praticada num curto período de tempo, e deste modo, não foi possível obter os resultados esperados desse método.

Conclusão

O presente relatório pretende relatar a experiência obtida em estágio, no âmbito da aplicação da Musicoterapia. O estágio realizado na instituição Os Malmequeres – Associação, em Leiria, foi realizado com jovens adultos com Trissomia 21 e Deficiência Intelectual, nos quais foi aplicada a musicoterapia. Estes meses de estágio permitiram à estagiária ter contacto com o trabalho realizado em musicoterapia, na prática, aprendendo como agir enquanto musicoterapeuta e a saber o que fazer em sessão com esta população. Os Malmequeres – Associação, nunca tiveram um profissional desta área, pelo que a estagiária realizou uma apresentação sobre musicoterapia, a fim de transmitir informação acerca da mesma à equipa técnica.

Foram criadas sessões individuais e sessões de grupo, consoante as necessidades dos utentes, pois tal como refere Martins (2016), a musicoterapia vai ao encontro da pessoa, das suas necessidades, capacidades, sentimentos e pensamentos. E a nível de grupo, também se torna benéfica, porque permite criar vínculos para a expressão, promove a verbalização e permite criar pontos de partida em comum entre os utentes, tal como afirma Bruscia (2016). E no presente estágio, foram visíveis esses benefícios e melhorias, quer nas sessões de grupo como nas sessões individuais.

A maior parte dos utentes apresentava dificuldade na comunicação e alguns na relação. Contudo também existiam dificuldades na fala, em alguns casos, e no cumprimento de regras e respeito pelos colegas e estagiária, noutros casos. Assim sendo, a estagiária tentou ir ao encontro das necessidades dos utentes, juntando em grupo os que precisavam de trabalhar aspetos sociais e realizando sessões individualmente com aqueles que apresentavam mais dificuldade na interação, nervosismo e movimentos estereotipados. Foi notório, que as

sessões de grupo permitiram trabalhar a relação, diminuindo comportamentos inadequados entre pares, e fomentando o respeito pelos colegas do grupo.

O presente estágio tem definido os seguintes objetivos gerais: promover as competências ou aptidões sociais entre pares; e favorecer a comunicação e interação a todos os níveis: verbal, não verbal e de expressão emocional.

De modo a alcançar os objetivos, foi feita uma abordagem terapêutica baseada no modelo de Nordoff-Robbins e no método de improvisação. Foi reconhecida a eficácia da improvisação para promover as competências e aptidões sociais e para favorecer a comunicação. Tanto nas sessões individuais, ao improvisar com a estagiária, como nas sessões em grupo, ao improvisar com os colegas, se verificou que se iam sentindo mais desinibidos, mais criativos, mais comunicativos e mais motivados.

Através das melhorias verificadas em avaliação, foi perceptível que os objetivos foram cumpridos. Em vários casos, nomeadamente nos de grupo, verificou-se melhorias relacionadas com os comportamentos menos adequados, com a comunicação, na interação grupal e na criatividade. Nos casos individuais, também se verificaram melhorias em todos os domínios de avaliação, contudo destacam-se as melhorias na comunicação, na interação e na relação.

Verificou-se uma melhoria em todos os domínios de avaliação, pois no domínio da atenção musical, foi notório que com o passar das sessões, os utentes mantinham a concentração no que estava a ser feito, e a maior parte deles começou a partilhar aspetos da música com a estagiária. No domínio do afeto musical, também foram visíveis o gosto e a satisfação pela música, e a calma e redução de agitação que a música proporcionava. Relativamente ao domínio da adaptação ao jogo musical, também se verificou que os utentes

conseguiram adaptar a sua participação, e que até mesmo utentes com mais timidez conseguiram realizar essa adaptação de modo a sentirem-se mais confortáveis com a mesma.

E por fim, as melhorias nos domínios do envolvimento e relação musical e da comunicação e socialização, foram bastante notórias, e permitiram verificar que os objetivos inicialmente propostos foram atingidos.

Em suma, é possível concluir que a intervenção da musicoterapia com a população com Trissomia 21 e Deficiência Intelectual é uma mais-valia no desenvolvimento de competências, nomeadamente comunicativas e relacionais, na motivação e na estimulação de criatividade.

Reflexão Final

O estágio em musicoterapia realizado na instituição Os Malmequeres – Associação, em Leiria, foi enriquecedor pessoal e profissionalmente. Foi possível ter um conhecimento mais aprofundado acerca da Trissomia 21 e da Deficiência Intelectual através de todo o apoio que ia recebendo da equipa técnica e de todos os ensinamentos que obtive por parte da orientadora de estágio. Trata-se de uma área na qual tinha muito pouco conhecimento e experiência, e este estágio permitiu-me olhar para a deficiência com outros olhos, aprendendo cada vez mais sobre estas patologias.

Tive uma fácil integração no local e estágio, pois fui bem recebida e a relação com a equipa técnica foi melhorando com o passar do tempo. O primeiro mês, que foi o de observação, foi muito importante para conhecer a dinâmica da instituição e para conhecer os utentes e as suas necessidades e capacidades. A minha relação com os utentes foi crescendo, ao longo do estágio, aprendi muito com eles e foi-me proporcionado momentos muito bons. Os utentes que participaram nas sessões de musicoterapia demonstravam sempre muita vontade em participar e em sessão, juntamente com eles, aprendi muito sobre o que é ser musicoterapeuta, deixando-me muito entusiasmada enquanto futura musicoterapeuta.

Tenho a agradecer à equipa técnica, que após as obras que ocorreram na instituição, me atribuíram uma sala para realizar as sessões de musicoterapia. Assim sendo, foi-me sempre possível preparar o setting da melhor maneira para cada utente ou grupo, adequando às suas necessidades, e todas as sessões eram realizadas com privacidade, sem nunca terem sido interrompidas. O facto de ter este espaço, ajudou-me muito a saber preparar o setting terapêutico e a perceber a sua importância em sessão.

Ao longo deste ano letivo, também senti dificuldade em encontrar literatura relacionada com trissomia 21 e musicoterapia. A pouca literatura que encontrei é sobre

crianças com essa patologia, pelo que há a necessidade de se realizar mais estudos relacionados com adultos com esta patologia que usufruam de musicoterapia. Com este estágio percebi que esta terapia, aplicada a esta patologia, ainda tem muito por estudar e que pessoas com Trissomia 21 usufruem imenso de musicoterapia, ajudando a melhorar o seu dia-a-dia, a comunicação e a relação.

Com o avançar do processo terapêutico, foi-me possível perceber melhor na prática o trabalho de um musicoterapeuta, aplicar métodos e técnicas, nomeadamente o MIT e a improvisação, e acima de tudo aprender a ler os sinais dos utentes e saber interpretar o que é mais necessário para os mesmos no momento. Percebi também o poder da improvisação, e como esta técnica é muito eficaz, tanto em sessões individuais como em sessões em grupo.

Por fim, após refletir sobre este ano, sinto-me muito entusiasmada em exercer enquanto musicoterapeuta e satisfeita com todo o meu percurso e com tudo o que aprendi com a prática e com a teoria.

Referências

- Aigen, K. (2014). Music-Centered Dimensions of Nordoff-Robbins Music Therapy. *Music Therapy Perspectives*, 32(1), 18–29. Obtido de <http://doi:10.1093/mtp/miu006>
- Albornoz, Y. (2012). Teoría de Musicoterapia Improvisatoria. *Revista Brasileira de Musicoterapia*, 12, 6-17.
- Aldao, D. M., Lemos, I. M., Rico, S. B., & Pérez, C. A. (2019). Feasibility of a dance and exercise with music programme on adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 63(6), 519–527. doi:doi: 10.1111/jir.12585
- Almeida, T., Zanini, C., Silva, L., & Santos, R. (2012). Relação entre os aspetos sonoro-musicais e a dinâmica do grupo em Musicoterapia. *Revista Brasileira de Musicoterapia*, 12, 39-52.
- APMT. (s.d.). *O que é a Musicoterapia*. Obtido de Associação Portuguesa de Musicoterapia : <https://www.apmtmusicoterapia.com/o-que---a-musicoterapia-gwvmm>
- APMT. (s.d.). *Quem é o Musicoterapeuta*. Obtido de Associação Portuguesa de Musicoterapia: <https://www.apmtmusicoterapia.com/quem---o-musicoterapeuta>
- Augusto, M. (2011). *As possibilidades de estimulação de portadores da síndrome de down em musicoterapia*. Conservatório Brasileiro de Música - Centro Universitário.
- Barker, J. (1999). Singing and music as aids to language development and its relevance for children with Down Syndrome. *Down Syndrome News and Update*, 1(3), 133-135. doi:doi:10.3104/practice.147
- Belotti, T. (2014). *Coro Terapêutico: Uma Ação do Musicoterapeuta Visando ao Desenvolvimento da Criança com Síndrome de Down*. Universidade Federal de Goiás.

- Birnbaum, J. (2014). Intersubjectivity and Nordoff-Robbins Music Therapy. *Music Therapy Perspectives*, 32(1), 30-37. Obtido de <http://doi:10.1093/mtp/miu004>
- Bonde, L. (2019). A Therapeutic Understanding of Music. Em S. P. Jacobsen, A *Comprehensive Guide To Music Therapy* (2ª ed., pp. 29-36). JKP: Jessica Kingsley Publishers.
- Bonde, L. (2019). Definitions of Music Therapy. Em S. P. Jacobsen, A *Comprehensive Guide To Music Therapy* (2ª ed., pp. 29-36). JKP: Jessica Kingsley Publishers.
- Bonde, L., & Trondalen, G. (2019). Nordoff-Robbins Music Therapy. Em S. P. Jacobsen, A *Comprehensive Guide To Music Therapy* (2ª ed., pp. 175-179). JKP: Jessica Kingsley Publishers.
- Borczon, R. (2004). Attributes of a Music Therapist. Em F. McShane, *Music Therapy: A Fieldwork Primer* (pp. 1-19). Barcelona Publishers.
- Brito, F., Amaral, G., & Santos, M. (2017). Fisioterapia Associada à Musicoterapia como Tratamento da Criança com Síndrome de Down. *Encontro Internacional de Produção Científica*. Maringá, Brasil .
- Brown, S., & Pavlicevic, M. (1997). Clinical improvisation in creative music therapy: Musical aesthetic and the interpersonal dimension. *Arts in Psychotherapy*, 23(5), 397–405.
- Bruscia, K. (1987). *Improvisational Models of Music Therapy* (1ª ed.). Charles C. Thomas Publisher.
- Bruscia, K. (2014). A working definition. Em K. Bruscia, *A working definition of Music Therapy* (3ª ed., pp. 35-53). Barcelona Publishers.

- Bruscia, K. (2016). *Definindo Musicoterapia* (3ª ed.). (M. Leopoldino, Trad.) Barcelona Publishers .
- Bruscia, K. (2018). Dynamic Forces. Em K. Bruscia, *Dynamic Forces in Music Therapy* (pp. 131-149).
- Buckley, S. (2006). Music, music therapy, musical abilities and the role of music in the lives of children and adults with Down syndrome. *Down Syndrome News and Update*, 5(2), 53-53. doi:doi:10.3104/essays.359
- Bunt, L., & Hoskyns, S. (2002). Practicalities and basic principles of music therapy. Em L. H. Bunt, *The Handbook of Music Therapy* (1ª ed., pp. 27-52). Routledge.
- Camelo, C. F. (2016). *A comunicação e a relação em musicoterapia na deficiência mental*. Universidade Lusíada de Lisboa. Obtido de <http://hdl.handle.net/11067/1930>
- Carpenter, J. (2013). *IMCAP-ND: A clinical manual* (1ª ed.). Regina Publishers.
- Casarin, S. (2007). *Síndrome de Down: Caminhos da Vida*. Dissertação de Doutorado , Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Cooper, M. (2010). Clinical-Musical Responses of Nordoff-Robbins Music Therapists: The Process of Clinical Improvisation. *Qualitative Inquiries in Music Therapy*, 5(s.n.), 86–115.
- DSM. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5ª ed.). American Psychiatric Publishing .
- Esperidião, E., & Sá, L. C. (2005). O processo grupal na formação do musicoterapeuta: uma experiência interdisciplinar. *Revista da Universidade Federal de Goiás*, 7(2), 74-76. Obtido de <http://repositorio.bc.ufg.br/handle/ri/17845>

- Freitas, C. (2013). *A Intervenção da Musicoterapia na Comunicação de Jovens com Deficiência Mental*. Dissertação de mestrado, Universidade Lusíada de Lisboa.
Obtido de <http://hdl.handle.net/11067/3661>
- Gale, C. (1989). The Question of Music Therapy with Mentally Handicapped Adults. *British Journal of Music Therapy*, 3(2), 20-23. doi:10.1177/135945758900300204
- Galvão, M., & Zanini, C. (2017). Feedback em Musicoterapia Grupal. *Revista Brasileira de Musicoterapia*, 22, 30-47. Obtido de [http://doi: 10.13140/RG.2.2.12807.70560](http://doi:10.13140/RG.2.2.12807.70560)
- Gardstrom, S. (2007). The Evolution of this Book. Em *Music Therapy Improvisation for Groups: Essential Leadership Competencies* (1ª ed., pp. 1-11). Music Faculty Publications. Paper 2.
- Gattino, G. S. (2021). *Essentials of Music Therapy Assessment*. Forma e Conteúdo Comunicação Integrada.
- Guerrero, N., Marcus, D., & Turry, A. (2015). Nordoff-Robbins Music Therapy. Em B. Wheeler, *Music Therapy Handbook* (1ª ed., pp. 183-186).
- Guy, J., & Neve, A. (2005). Music Therapy & Down Syndrome Fact Sheet. *The Music Therapy Center Of California*.
- Hakvoort, L., Bogaerts, S., & Spreen, M. (2012). (Dys)Functional behavior in forensic psychiatric patients: Study of analogy between music therapy and group work. *The Arts in Psychotherapy*, 39(2012), 304– 313. doi:doi: 10.1016/j.aip.2012.03.004
- Hald, S., & Ridder, H. (2019). Music Therapy for Adults with Acquired Brain Injury. Em S. Jacobsen, P. I., & L. Bonde, *A Comprehensive Guide To Music Therapy* (2ª ed., pp. 290-300). JKP: Jessica Kingsley Publishers.

- Hallberg, S., & Bandeira, D. (2021). Para Além do QI: Avaliação do Comportamento Adaptativo na Deficiência Intelectual. *Avaliação Psicológica*, 20(3), 361-368.
- Hart, A., Spiridigliozzi, G., & Kishnani, P. (2021). Down Syndrome . Em J. Carey, A. Battaglia, D. Viskochil, & S. Cassidy, *Cassidy and Allanson's Management of Genetic Syndromes* (4ª ed., pp. 355-387). John Wiley & Sons, Inc. .
- Hooper, J., Wigram, T., Carson, D., & Lindsay, B. (2008). A review of the music and intellectual disability literature (1943-2006): Part two—Experimental writing. *Music Therapy Perspectives*, 26(2), 80–96. Obtido de <https://doi.org/10.1093/mtp/26.2.80>
- Lapa, A. (2012). *A voz da diferença: intervenção musicoterapêutica em jovens adultos com deficiência Intelectual*. Dissertação de mestrado, Universidade Lusíada de Lisboa. Obtido de <http://hdl.handle.net/11067/533>
- Lopes, I., Gonzales, R., & Prieto, R. (2021). Indicadores Sociais Sobre Pessoa com Deficiência Intelectual: Ensaio Interseccional com Vistas a Políticas de Educação . *Educ. Pesqui.* , 47(e232273), 1-20. Obtido de <https://doi.org/10.1590/S1678-4634202147232273>
- Mahoney, J. (s.d.). Curreny Practice in Nordoff-Robbins Music Therapy.
- Malequeres, O. (s.d. de s.d. de s.d.). *Quem Somos*. Obtido de Os Malmequeres : <https://www.malmequeres.pt/>
- Marques, A. (2015). *Estudo das Capacidades Físicas de Utentes Insttucionalizados com Deficiência Intelectual*. Dissertação de Mestrado , Universidade de Coimbra .

- Marques, P. (2016). *Intervenção Psicológica em Adultos com Deficiência Intelectual*.
Dissertação de Mestrado, Universidade Lusíada de Lisboa. Obtido de
<http://hdl.handle.net/11067/2648>
- Martins, C. (2016). *Musicoterapia e as competências sociais do adulto com deficiência*.
Dissertação de mestrado, Universidade Lusíada de Lisboa. Obtido de
<http://hdl.handle.net/11067/3323>
- Melo, D., Pilotto, R., Rodrigues, S., Avó, L., & Germano, C. (2018). Investigação Etiológica nas Situações de Deficiência Intelectual ou Atraso Global do Desenvolvimento. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano*, 6(3), 73-85. Obtido de
<http://dx.doi.org/10.18316/sdh.v6i3.4217>
- Minetto, M. (2006). Processos Cognitivos e Plasticidade Cerebral na Síndrome de Down. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 12(1), 123-138.
doi:<https://doi.org/10.1590/S1413-65382006000100009>
- Minetto, M., Bermudez, B., Sperandio, A., Garcia, C., Kluppel, C., Campos, E.,
Carneiro, V. (2017). *Biologia do Desenvolvimento na Síndrome de Down* (1ª ed.).
Editora Íthala.
- Nardi, E., Mansano, M., & Catelan-Mainardes, S. (2020). Avanços da Musicoterapia em Pacientes com Síndrome de Down. *Brazilian Journal of Development*, 6(8), 59825-59836. Obtido de <https://doi.org/10.34117/bjdv6n8-409>
- Page, A., & Stritzke, W. (2006). Relating with clientes. Em *Clinical Psychology for Trainees. Foundations of Science-informed Practice* (1ª ed., pp. 11-26). Cambridge University Press.

- Pereira, A. (2015). *A outra face da música: intervenção musicoterapêutica em jovens e adultos com deficiência mental*. Dissertação de mestrado, Universidade Lusíada de Lisboa. Obtido de <http://hdl.handle.net/11067/1568>
- Pinheiro, E. (2021). Síndrome de Down e Aspectos Odontológicos. *Saúde Coletiva*, *11*(65), 6192-6199. Obtido de <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i65p6192-6207>
- Ponces, R. (2018). *Sons de confiança: musicoterapia e a pessoa com deficiência*. Dissertação de mestrado, Universidade Lusíada de Lisboa . Obtido de <http://hdl.handle.net/11067/4457>
- Poquérusse, J., Azhari, A., Setoh, P., Cainelli, S., Ripoli, C., Venut, P., & Esposito, G. (2018). Salivary α -amylase as a marker of stress reduction in individuals with intellectual disability and autism in response to occupational and music therapy. *Journal of Intellectual Disability Research*, *62*(2), 156–163. doi:doi:10.1111/jir.12453
- Reis, J., Araújo, S., & Glat, R. (2019). Autopercepção de Pessoa com Deficiência Intelectual Sobre Deficiência, Estigma e Preconceito. *Revista Educação Especial*, *32*(e103), 1-16. Obtido de <http://dx.doi.org/10.5902/1984686X33882>
- Rocha, M. M. (2013). *O processo do(a) musicoterapeuta*. Instituto Politécnico do Porto. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.22/9938>
- Roth, E. (2014). Clinical Improvisation in Neurologic Music Therapy. Em M. Thaut, & V. Hoemberg, *Handbook of Neurologic Music Therapy* (1ª ed., pp. 24-46).

- Rudd, E. (2008). Music in therapy: Increasing possibilities for action. *Music and Arts in Action*, 1(1), 46-60. Obtido de <http://musicandartsinaction.net/index.php/maia/article/view/musicintherapy>
- Rutan, J., W., S., & Shay, J. (2007). Group Dynamics and Group Development. Em *Psychodynamic Group Psychotherapy* (4ª ed., pp. 33-62). Guilford Publications.
- Sabbatella, P. (2002). Musicoterapia y Parálisis Cerebral. Em *Programa de Formación para Mediadores en Musicoterapia y Discapacidad. Libro de Ponencias* (1ª ed., pp. 77-129). Confederación ASPACE.
- Santos, S. (2017). Psychomotor Therapy and Intellectual Disability in Portugal: from 0 to 100... *International Journal of Psychology and Neuroscience*, 3(2), 22-37.
- Saúde, O. M. (2011). *Relatório Mundial Sobre a Deficiência*. Organização Mundial da Saúde.
- Selikowitz, M. (2008). Adulthood. Em M. Selikowitz, *Down Syndrome* (3ª ed., pp. 157-175). Oxford.
- Silva, C. (2020). *Musicoterapia e a pessoa com deficiência em contexto institucional*. Dissertação de mestrado, Universidade Lusíada de Lisboa . Obtido de <http://hdl.handle.net/11067/5209>
- Silva, M., Mieto, G., & Oliveira, V. (2019). Estudos Recentes sobre Inclusão Laboral da Pessoa com Deficiência Intelectual . *Revista Brasileira de Educação Especial*, 25(3), 469-486.
- SNS24. (7 de Junho de 2022). *Temas da Saúde. COVID-19*. . Obtido de SNS24: <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/covid-19/#sec-0>

- Souza, L., & Sampaio, R. (2016). *Educação Musical, Musicoterapia e Síndrome de Down: uma revisão da literatura*. 2º Nas Nuvens...Congresso de Música, Brasil.
- Uricoechea, A. S. (1999). Construindo Sons e Suas Ressonâncias . *Brazilian Journal Of Music Therapy* (3), 35-40.
- Vieira, C. (2017). *Trissomia 21 na Adultícia: O Sucesso à Luz da Qualidade de Vida* . Dissertação de Mestrado , Universidade de Lisboa . Obtido de <http://hdl.handle.net/10451/33375>
- Vieira, I. (2018). *Musicoterapia e Deficiência Intelectual*. Dissertação de Mestrado , Universidde Lusíada de Lisboa. Obtido de <http://hdl.handle.net/11067/4516>
- Wan, C., Ruber, T., Hohmann, A., & Schlaug, G. (2010). The Therapeutic Effects of Singing in Neurological Disorders. *Music Percept*, 27(4), 287–295. Obtido de <https://doi:10.1525/mp.2010.27.4.287>
- Warner, C. (2005). *Music Therapy With Adults With Learning Difficulties and 'Severe Challenging Behaviour'*. Faculty of Health and Social Care, University of the Wes of England, Bristol .
- Watson, T. (2007). Music therapy with adults with learning disabilities: Sharing stories. Em T. Watson, *Music therapy with adults with learning disabilities* (1ª ed., pp. 18-32). Routledge.
- Wertonge, G., Castro, S., & Lehnhart, G. (2021). The Privacy and Autonomy of an Adult with Intellectual Disability . *International Journal of Development and Educational Psychology INFAD Revista de Psicologia* , 1(1), 307-318. Obtido de <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2021.n1.v1.2068>

Wigram, T. (1997). Musicoterapia: Estructura y flexibilidad en el proceso de musicoterapia.

Em *La Musica como Proceso Humano*. Amaru Ediciones.

Wigram, T. (2004). Defining musical improvisation and clinical improvisation. Em

Improvisation: Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators

and Students (1ª ed., pp. 36-39). Jessica Kingsley Publishers London and

Philadelphia.

Zmitrowicz, J., & Moura, R. (2018). Instrumentos de avaliação em Musicoterapia: Uma

Revisão. *Revista Brasileira de Musicoterapia*, 24, 114-135.

ANEXOS

LISTA DE ANEXOS

Anexo A - Musical Emotional Assessment Scale (MEARS)

Anexo B - Musical Cognition/Perception Scale (MCPS)

Anexo C - Musical Responsiveness Scale (MRS)

Anexo D - Ficha de Registo das Sessões

Anexo E - Canção da instituição

Anexo F - Poster Científico

Anexo G - Grelha de Avaliação

ANEXO A

Musical Emotional Assessment Scale (MEARS)

ESCALA I: ESCALA DE AVALIAÇÃO MUSICAL-EMOCIONAL (MEARS)

Cliente : _____ Data: _____ Avaliador: _____

I ATENÇÃO MUSICAL			
	Frequência	Apoio	Meios
Focaliza			
Mantém			
Compartilha			
Realiza mudanças			
Total/média			
II AFETO MUSICAL			
	Frequência	Apoio	Meios
Facial			
Prosódia			
Corpo			
Movimento			
Total/média			
III ADAPTAÇÃO AO JOGO MUSICAL			
	Frequência	Apoio	Meios
Junta-se			
Ajusta			
Realiza revezamento			
Interrompe			
Total/média			
IV ENGAJAMENTO MUSICAL			
	Frequência	Apoio	Meios
Imita			
Sincroniza			
Antecipa			
Finaliza			
Total/média			
V INTER-RELAÇÃO MUSICAL			
	Frequência	Apoio	Meios
Inicia			
Modifica			
Diferencia			
Assimila			
Conecta			
Interpõe			
Completa			
Lidera/segue			
Total/média			

Fonte: IMCAP-ND: Escalas de pontuação (2013).

ANEXO B

Musical Cognition/Perception Scale (MCPS)

ESCALA II: ESCALA DE AVALIAÇÃO MUSICAL-COGNITIVA/PERCEPTIVA (MCPS)

Cliente : _____ Data: _____ Avaliador: _____

	Ritmo	Melodia	Dinâmica	Fraseado	Timbre	Total/ Média
Reage						
Focaliza						
Lembra						
Segue						
Inicia						

Fonte: IMCAP-ND: Escalas de pontuação (2013).

ANEXO C

Musical Responsiveness Scale (MRS)

ESCALA III: ESCALA DE AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE RESPOSTA MUSICAL (MRS)

	Variação do tempo			Variação da dinâmica			Variação das alturas			Ataque		
	Lenta	Média	Rápida	Lenta	Média	Rápida	Lenta	Média	Rápida	Lento	Médio	Rápido
Preferência												
Eficiência perceptual												
Auto-regulação												

Fonte: IMCAP-ND: Escalas de pontuação (2013).

ANEXO D

Ficha de Registo das Sessões

Registro de Sessão

- **Data**
- **Participantes**
- **Descrição da sessão**
 - **Quebra-Gelo**
 - **Atividade**
 - **Relaxamento**
- **Objetivos terapêuticos**
- **Observações**

ANEXO E

Canção da instituição

Aqui nos Malmequeres

Eu gosto muito
Dos Malmequeres
Aqui trabalhamos,
Rimos e dançamos.

Construímos
Brinquedos de madeira
E às crianças
Oferecemos brincadeira

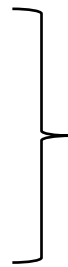
Aqui nos Malmequeres

Há muitos amigos

Há muita alegria

O nosso amor

Transforma-se em magia



Refrão 2x

Há gente boa
A pintar, desenhar e jogar
E depois
Os bolos vamos devorar

Somos fortes
E unidos na diversão
Adoramos
Cantar esta canção

Refrão 2x

ANEXO F

Poster Científico

I SIMPOSIUM INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN Y BUENA PRAXIS EN MUSICOTERAPIA



Musicoterapia Grupal en jóvenes y adultos con síndrome de Down.

Inês Lopes Ferreira, estudiante de la Maestría en Musicoterapia en la Universidad Lusíada de Lisboa, ineslopesferreiram@gmail.com
Susana Gutiérrez Jiménez, Supervisora Universidad Lusíada de Lisboa.

INTRODUCCIÓN

Se trata de un estudio de caso, en el marco de práctica profesional, realizado en la maestría de musicoterapia, que tiene como objetivo comprender cómo la musicoterapia desarrolla la creatividad y las habilidades sociales en adultos jóvenes con Síndrome de Down.

La musicoterapia es aplicada en contexto grupal, con un grupo de 5 adultos jóvenes de entre 19 y 49 años, 3 mujeres y 2 hombres, diagnosticados con Síndrome de Down. El presente estudio de caso se llevó a cabo en un centro de actividades ocupacionales en Leiria, Portugal, llamado "Os Malmequeres".

OBJETIVO

- Objetivo general: Desarrollar aspectos sociales.
 - Objetivos específicos: Trabajar la relación y la comunicación.
 - Promover la participación en diferentes papeles en el grupo.
 - Promover la toma de decisión.
- Objetivo general: Estimular la creatividad.
 - Objetivos específicos: Fomentar la expresión musical.

MATERIAL Y MÉTODOS

El Síndrome de Down es una alteración genética causada por un cromosoma extra en el par 21- trisomía (Hart *et al.*, 2021), siendo la alteración genética más común con consecuencia de discapacidad intelectual (Minetto, 2006). Según Casarin (2007), es importante que la persona con síndrome de Down en edad adulta tenga una ocupación, dado que su vida personal y profesional están limitadas, y el hecho de que estén involucrados en algún proceso creativo favorece a su autoestima y a su relacionamiento, trabajando competencias sociales y mejorando determinadas habilidades.

La Musicoterapia nos permite explorar sentimientos, construir vínculos para la expresión, promueve la verbalización y ayuda a crear lazos interpersonales entre los miembros del grupo. La experiencia musical grupal favorece el desarrollo de la comunicación intra e interpersonal. (Bruscia, 2016). De este modo, con la musicoterapia, aplicada a esta población, es posible trabajar competencias sociales, pues permite el desarrollo y la estimulación de las capacidades, a través de la utilización del sonido y de sus habilidades funcionales, que son motivadas a partir del acto de cantar y de tocar instrumentos, permitiendo así una adaptación al medio. (Nardi *et al.*, 2020).

Sesiones semanales, un total de 14 sesiones, desde el modelo Nordoff-Robbins. Se realizaron improvisaciones de Libertad creativa y Espontaneidad Clínica. El proceso fue evaluado con la escala IMPCA-ND (Music-Centered Assessment Profile for Neurodevelopmental Disorders).

RESULTADOS

Se encontraron mejoras en todos los ámbitos de evaluación: atención, afecto, adaptación, relación, involucramiento y relación musical, comunicación y socialización.

Los usuarios mostraron desarrollo en los aspectos sociales y en la creatividad, también fueron notorias las mejoras a nivel social, particularmente, en el trabajo de relación y comunicación, destacando el papel de la improvisación que fue fundamental para esta mejora.

Los intercambios de roles dentro del grupo y la toma de decisiones, si bien no todos los integrantes del grupo lo hacen de manera constante, se encontró que, al aplicar juegos musicales con esos objetivos, permitieron generar un lazo entre los integrantes del grupo, pues como lo plantean Rutan *et al.* (2007), trabajar en grupo promueve la experimentación de nuevos papeles.

El desarrollo de la creatividad también fue visible que los integrantes del grupo comenzaban a ser más creativos cuando producían momentos musicales en conjunto, destacando una vez más el papel de la improvisación, pues como afirma Pereira (2015), la improvisación estimula la creatividad.

CONCLUSIONES

La musicoterapia es una terapia, que se comprueba como ventajosa cuando se aplica a personas con Síndrome de Down. Existe una relación entre la música y una persona con Síndrome de Down, dicha relación le permite desarrollarse por completo, debido a los estímulos que le brinda, y ese desarrollo fue perceptible en este estudio de caso. La musicoterapia cuando se aplica a una persona con Síndrome de Down, con el uso del sonido y todas las características musicales, permite el desarrollo global, la estimulación de habilidades y la adaptación al medio (Nardi *et al.* 2020). Esta afirmación fue verificada, debido a las mejoras presentadas en todos los ámbitos de evaluación.

El improvisación aplicada a esta población, tal como afirma Pereira (2015) la improvisación permite el desarrollo de las relaciones interpersonales, la autoexpresión y las habilidades grupales. Y fueron notorias las ventajas que brindaba la improvisación para la estimulación de la creatividad y para el desarrollo de la relación.

BIBLIOGRAFÍA

- Bruscia, K. (2016). *Definiendo Musicoterapia*. Traducido para portugués por Marcus Leopoldino (3ª ed.). Barcelona Publishers.
- Casarin, S. (2007). *Síndrome de Down: caminhos da vida*. Dissertação de doutoramento. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
- Hart, A., Spiridigliozzi, G. & Kishnani, P. (2021). Down Syndrome. In Carey, J., Battaglia, A., Viskochil, D. & Cassidy, S., *Cassidy and Allanson's Management of Genetic Syndromes* (4ª ed., pp 355-387). John Wiley & Sons, Inc.
- Minetto, M. (2006). Processos cognitivos e plasticidade cerebral na Síndrome de Down. *Revista Brasileira de Educação Especial* 12(1), 123-138. <https://doi.org/10.1590/S1413-65382006000100009>
- Nardi, E., Mansano, M. & Catelan-Mainardes, S. (2020). Avanços da musicoterapia em pacientes com síndrome de down. [Advances in music therapy in patients with down syndrome]. *Brazilian Journal of Development* 6(8), 59825-59836. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n8-409>
- Pereira, A. (2015). A outra face da música: intervenção musicoterapêutica em jovens e adultos com deficiência mental. Dissertação de mestrado, Universidade Lusíada de Lisboa. Obtido de <http://hdl.handle.net/11067/1568>
- Rutan, J., W., S., & Shay, J. (2007). Group Dynamics and Group Development. Em *Psychodynamic Group Psychotherapy* (4ª ed., pp. 33-62). Guilford Publications.

ANEXO G

Grelha de Avaliação

Grelha de Avaliação em Musicoterapia													
Área	Objetivo	AI				AI2				AF			
		N	R	AV	C	N	R	AV	C	N	R	AV	C
Atenção Musical	Consegue focar no jogo musical												
	Mantém a atenção ao longo da sessão												
	Partilha a atenção de aspetos musicais com a musicoterapeuta												
Afeto Musical	Demonstra afeto através da parte facial, perante o jogo musical												
	Demonstra afeto com a voz através da resposta												
	Demonstra afeto através do movimento												
	Demonstra satisfação pela música												
	Acalma-se com o suporte musical												
	Demonstra agitação motora												
Adaptação ao Jogo Musical	Entra no jogo musical												
	Adapta a sua participação												
	Cria alternativas no jogo musical												
	Indica o desejo para tocar instrumentos												
Envolvimento e Relação Musical	Imita respostas musicais criadas pela musicoterapeuta												
	Envolve-se na interação musical												
	Antecipa respostas musicais												
	Finaliza com respostas musicais												
	Inicia uma interação musical												
	Lidera uma interação musical												
	Procura instrumentos												
	Explora os instrumentos												
	Participa numa atividade de tocar instrumentos												
Participa numa atividade de canto													
Comunicação e Socialização	Compreende regras/estrutura												
	Respeita os colegas/musicoterapeuta												
	Relaciona-se com os colegas/musicoterapeuta												
	Sorri/Ri durante a sessão												
	Demonstra interesse na atividade												
	Mantém contacto visual												
	Completa a letra das canções												
	Comunica desejos e ideias												
	Interage verbalmente												
	Interage não-verbalmente												
	Espera pela sua vez na atividade												
	Antecipa o seu turno												
	Toca no seu próprio tempo												
Toca no tempo do terapeuta													

Legenda	
AI	Avaliação Inicial
AI2	Avaliação Intermédia
AF	Avaliação Final
N	Nunca
R	Raramente
AV	Às vezes
C	Constantemente