Lusíada
Repositório das Universidades Lusíada

Universidades Lusíada

Luís, Liane Raposo, 2000-

Musicoterapia e inclusão: intervenção com adultos com deficiência intelectual

http://hdl.handle.net/11067/8683

Metadados

Data de Publicação 2025

Resumo O presente relatório foi elaborado no âmbito do estágio curricular do segundo ano do Mestrado em Musicoterapia na Universidade Lusíada de Lisboa. O estágio decorreu entre setembro de 2024 e maio de 2025 no Centro de Reabilitação e Integração de Fátima (CRIF), especificamente na valência do Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão (CACI), e teve como principal objetivo aplicar conhecimentos teóricos e práticos em contextos reais de intervenção com adultos com deficiência intelectual. A...

This report was prepared within the scope of the curricular internship for the second year of the Master's in Music Therapy at Universidade Lusíada de Lisboa. The internship took place between September 2024 and May 2025 at the Centro de Reabilitação e Integração de Fátima (CRIF), specifically within the Center for Activities and Capacitation for Inclusion (CACI) and aimed to apply theoretical and practical knowledge in real-life intervention contexts with adults with intellectual disabilities. ...

Palavras Chave Pessoas com deficiência mental - Saúde mental, Pessoas com deficiência mental - Reabilitação, Bem-estar, Musicoterapia - Prática profissional, Centro de Reabilitação e Integração de Fátima (Portugal). Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão - Ensino e estudo (Estágio)

Tipo masterThesis

Revisão de Pares Não

Coleções [ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2026-10-30T01:05:09Z com informação proveniente do Repositório

UNIVERSIDADE LUSÍADA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Musicoterapia

Musicoterapia e inclusão: intervenção com adultos com deficiência intelectual

Realizado por:
Liane Raposo Luís

Supervisionado por:
Professora Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer

Orientado por:
Mestre Diana da Conceição Costa

Constituição do Júri:

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

Dissertação aprovada em: 20 de março de 2026

Lisboa

2025

UNIVERSIDADE LUSÍADA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Musicoterapia

Musicoterapia e inclusão: intervenção com adultos com deficiência intelectual

Liane Raposo Luís

Lisboa

Agosto 2025

UNIVERSIDADE LUSÍADA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Musicoterapia

Musicoterapia e inclusão: intervenção com adultos com deficiência intelectual

Liane Raposo Luís

Lisboa

Agosto 2025

Liane Raposo Luís

Musicoterapia e inclusão: intervenção com adultos com 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: Professora Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer

Orientadora de estágio: Mestre Diana da Conceição Costa

Lisboa

Agosto 2025

FICHA TÉCNICA

Autora	Liane Raposo Luís
Supervisora de estágio	Professora Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer
Orientadora de estágio	Mestre Diana da Conceição Costa
Título	Musicoterapia e inclusão: intervenção com adultos com deficiência intelectual
Local	Lisboa
Ano	2025

CASA DO CONHECIMENTO DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

LUÍS, Liane Raposo, 2000-

Musicoterapia e inclusão : intervenção com adultos com deficiência intelectual / Liane Raposo Luís ; supervisionado por Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer ; orientado por Diana da Conceição Costa. - Lisboa : [s.n.], 2025. - Relatório de estágio do Mestrado em Musicoterapia, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - LEITE, Teresa Paula Rodrigues de Oliveira, 1964-
II - COSTA, Diana da Conceição

LCSH
1. Pessoas com deficiência mental - Reabilitação
2. Pessoas com deficiência mental - Saúde mental
3. Bem-estar
4. Musicoterapia - Prática professional
5. Centro de Reabilitação e Integração de Fátima (Portugal). Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão - Ensino e estudo (Estágio)
6. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
7. Teses - Portugal - Lisboa

1. People with mental disabilities - Rehabilitation
2. People with mental disabilities - Mental health
3. Well-being
4. Music therapy - Practice
5. Centro de Reabilitação e Integração de Fátima (Portugal). Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão - Study and teaching (Internship)
6. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
7. Dissertations, academic - Portugal – Lisbon

LCC
1. ML3920.L85 2025

AVISO LEGAL

O conteúdo deste relatório de estágio reflete as perspetivas, o trabalho e as interpretações da autora no momento da sua entrega. Este relatório de estágio pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela. Ao entregar este relatório de estágio, a autora declara que o mesmo é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. A autora declara, ainda, que não divulga no presente relatório de estágio quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Agradecimentos

Chegar até aqui foi um caminho exigente, repleto de desafios, aprendizagens e crescimento. Este trabalho representa não só o culminar de um percurso académico, mas também o reflexo do apoio, carinho e orientação de muitas pessoas que fizeram parte desta jornada e a tornaram possível. A cada uma delas deixo o meu agradecimento.

À minha mãe, a minha maior inspiração. Obrigada por seres a base de tudo, pelo amor incondicional, pela força e pelo apoio constante em cada etapa deste percurso.

Ao Vasco, por estares sempre ao meu lado, nos momentos bons e nos difíceis, com paciência, incentivo e amor. Obrigada por acreditares em mim mesmo quando eu duvidava.

À Verónica, pelo carinho e apoio sempre presentes, pelas palavras certas e pela ajuda nas alturas em que mais precisei.

Ao meu irmão, por seres um exemplo de determinação e por todo o apoio silencioso, mas sempre sentido ao longo deste caminho.

Aos Pintos, por toda a amizade, companheirismo e pelas memórias inesquecíveis que fizeram deste percurso algo muito mais leve e feliz. Crescemos juntos, e isso ficará comigo para sempre.

À Professora Teresa, pela orientação e exigência prestada ao longo do processo. Obrigada pela partilha de ensinamentos e pelos contributos dados ao longo do Mestrado.

À Diana, agradeço por ter estado presente durante esta etapa, por me ter feito refletir sobre questões importantes e por toda a ajuda prestada.

Aos meus amigos, de perto e de longe, o meu agradecimento pela amizade, pelo incentivo constante e pelas palavras de ânimo nos momentos em que mais precisei. A vossa presença tornou este percurso mais leve e cheio de significado.

Resumo

Musicoterapia e Inclusão: intervenção com adultos com deficiência intelectual

Liane Raposo Luís

O presente relatório foi elaborado no âmbito do estágio curricular do segundo ano do Mestrado em Musicoterapia na Universidade Lusíada de Lisboa. O estágio decorreu entre setembro de 2024 e maio de 2025 no Centro de Reabilitação e Integração de Fátima (CRIF), especificamente na valência do Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão (CACI), e teve como principal objetivo aplicar conhecimentos teóricos e práticos em contextos reais de intervenção com adultos com deficiência intelectual.

A reflexão teórica que sustenta este relatório centra-se em conceitos como deficiência intelectual, comportamento adaptativo, qualidade de vida e musicoterapia. O enquadramento baseia-se em modelos como o Nordoff-Robbins e a abordagem humanista, sendo a música entendida como meio de expressão, comunicação e transformação. A intervenção musicoterapêutica foi desenvolvida em sessões individuais e de grupo, com recurso a técnicas como a improvisação, composição e recriação musical, adaptadas às necessidades de cada utente.

Ao longo do estágio foram acompanhados treze utentes, com diagnósticos diversos e níveis diferenciados de autonomia, através de sessões semanais. Foram realizados dois estudos de caso aprofundados e uma descrição breve de outros casos complementares, bem como a participação em atividades institucionais. O foco esteve no desenvolvimento de competências emocionais, comunicativas, sociais e cognitivas, numa perspetiva terapêutica e relacional.

Conclui-se que a musicoterapia teve um impacto positivo nos utentes acompanhados, confirmando o seu valor enquanto ferramenta de desenvolvimento pessoal e inclusão, em linha com o que é defendido pela literatura científica da área.

Palavras-chave: Musicoterapia, Inclusão, Deficiência Intelectual.

Abstract

Music Therapy and Inclusion: intervention with adults with intellectual disabilities

Liane Raposo Luís

This report was prepared within the scope of the curricular internship for the second year of the Master's in Music Therapy at Universidade Lusíada de Lisboa. The internship took place between September 2024 and May 2025 at the Centro de Reabilitação e Integração de Fátima (CRIF), specifically within the Center for Activities and Capacitation for Inclusion (CACI) and aimed to apply theoretical and practical knowledge in real-life intervention contexts with adults with intellectual disabilities.

The theoretical framework is based on key concepts such as intellectual disability, adaptive behavior, quality of life, and music therapy. It draws on approaches such as the Nordoff-Robbins model and the humanistic perspective, viewing music as a medium for expression, communication, and transformation. The music therapy intervention was conducted through individual and group sessions using improvisation, composition, and musical re-creation, tailored to each participant's needs.

Thirteen users were followed throughout the internship, each with different diagnoses and levels of autonomy. Two case studies are presented in depth, along with brief descriptions of additional complementary cases, and participation in institutional activities such as a Christmas celebration. The focus was on fostering emotional, communicative, social, and cognitive skills through a therapeutic and relational perspective.

It is concluded that music therapy had a positive impact on the users involved, confirming its value as a tool for personal development and inclusion, in line with the scientific literature in the field.

Palavras-chave: Music Therapy, Inclusion, Disabilities.

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Descrição da amostra: sessões de grupo.....27
Tabela 2 – Descrição da amostra: sessões individuais.....28
Tabela 3 – Agenda Semanal.....35
Tabela 4 – Plano Terapêutico NM.....38
Tabela 5 – Plano Terapêutico AG.....45

Lista de Gráficos

Gráfico 1 – Idades dos Utentes do CACI.....4

Lista de Abreviaturas

CACI – Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão

CRIF – Centro de Reabilitação e Integração de Fátima

DI – Deficiência Intelectual

PC – Paralisia Cerebral

PHDA – Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção

QI – Quociente de Inteligência

SE – Socio Educativa

Sumário

Introdução 1

Contextualização da Instituição 3

Enquadramento Teórico 7

Deficiência intelectual 7

Musicoterapia 11

Abordagens e modelos em musicoterapia 12

Abordagem comportamental/behaviorismo 12

Abordagem Humanista 14

Modelo Nordoff-Robbins 15

Técnicas Musicoterapêuticas 16

Musicoterapia aplicada a indivíduos com deficiência intelectual 19

Objetivos do Estágio 25

Metodologia 27

Participantes 27

Técnicas de recolha de dados 28

Instrumentos de Avaliação 29

Recursos Materiais 31

Procedimentos 32

Técnicas de musicoterapia 34

Agenda 34

Estudos de Caso 37

Estudo de caso 1 – NM 37

Estudo de caso 2 – AG 44
Outras intervenções clínicas 53
Conclusão 59
Discussão 61
Reflexão Pessoal Final 63
Referências 65
Apêndices 71
Anexos 74

Introdução

O presente relatório surge no âmbito do estágio curricular integrado no segundo ano do Mestrado em Musicoterapia, tendo decorrido entre setembro de 2024 e maio de 2025 no Centro de Reabilitação e Integração de Fátima (CRIF), mais especificamente na valência do Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão (CACI), destinado a adultos com deficiência intelectual. A realização do estágio teve como principal objetivo aplicar, desenvolver e refletir práticas de intervenção musicoterapêuticas em contexto real, pretendendo promover o bem-estar, a expressão emocional, a comunicação e inclusão social dos utentes.

A intervenção teve como base uma abordagem centrada na pessoa, orientada para a escuta ativa e para a utilização da música enquanto ferramenta de relação, expressão e transformação. As técnicas utilizadas foram adaptadas às características e necessidades de cada utente, incluindo sessões individuais e de grupo, com foco na improvisação, composição e recriação musical. Ao longo do estágio, foi também realizada uma análise crítica da prática clínica com base na teoria estudada e nas sessões de supervisão.

A intervenção envolveu 13 utentes com diferentes perfis de funcionamento e proporcionou a realização de dois estudos de caso, nos quais foi possível observar de forma aprofundada os efeitos e implicações da musicoterapia no desenvolvimento pessoal e relacional dos participantes.

A análise dos dados clínicos e dos resultados da intervenção levada a cabo no âmbito deste estágio, permitirão tecer conclusões sobre a relevância e a eficácia da intervenção da musicoterapia com adultos com deficiência intelectual, como ferramenta favorável à autoexpressão, à regulação emocional e à criação de vínculos significativos, e o seu contributo para a qualidade de vida desta população.

Contextualização da Instituição

O Centro de Reabilitação e Integração de Fátima (CRIF) é uma Associação de Utilidade Pública sem fins lucrativos que surgiu em outubro de 1976 "para dar resposta a crianças e jovens com deficiência, na comunidade e sem qualquer apoio no âmbito escolar" (CRIF, 2020). Tendo em consideração as necessidades inerentes a esta população, o CRIF tem desenvolvido e alargado as suas respostas na área da deficiência, prestando um serviço diário em regime de semi-internato a utentes da região de Fátima. Esta instituição rege-se por valores como solidariedade, respeito, responsabilidade, ética, exigência e sustentabilidade, tendo como principal objetivo a promoção da qualidade de vida e a inclusão das pessoas com deficiência e/ou doença mental.

O CRIF oferece serviços ao nível da reabilitação e saúde, educação, formação, ocupação e participação, tendo duas valências principais: a Socioeducativa (SE) e o Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão (CACI). A valência SE está integrada nos apoios de educação especial e é tutelada pelo Ministério da Educação, oferecendo acompanhamento e apoio especializado a crianças e jovens, entre os 6 e 18 anos, portadores de limitações significativas. Por outro lado, o CACI vem colmatar a necessidade de respostas que estimulam o processo de integração social, desenvolvimento pessoal e bem-estar das pessoas com deficiência após a idade escolar. De acordo com a Portaria nº70/2021, o CACI é destinado a desenvolver atividades ocupacionais para pessoas com deficiência, visando a promoção da sua qualidade de vida ao facilitar um acesso alargado aos seus recursos e atividades. Constitui-se como um meio de capacitação para a inclusão, em função das respetivas necessidades, capacidades e nível de funcionalidade. Nesta valência realizam-se atividades ocupacionais que "constituem uma modalidade de ação social, que visa a valorização pessoal e a integração social de pessoas com deficiência grave, permitindo o desenvolvimento possível das suas capacidades, como seres vivos, criativos e criadores" (CRIF, 2020). Para além da divisão entre valência Socioeducativa e CACI, esta última está subdividida em três graus: bem-estar (muito dependentes), intermédio (dependentes), inclusão (parcialmente autónomos).

Considerando que a estagiária interveio na valência CACI, será realizada uma descrição mais pormenorizada da mesma. Durante o período do estágio curricular, o CACI do CRIF prestou serviços a 90 utentes (33 do sexo feminino e 57 do sexo masculino), estando divididos da seguinte forma: 30 na unidade funcional do "bem-

estar", 29 na unidade funcional do "intermédio" e 31 na unidade funcional da "inclusão". As idades dos 90 utentes variam entre os 18 e os 60 anos, estando distribuídos da seguinte forma:

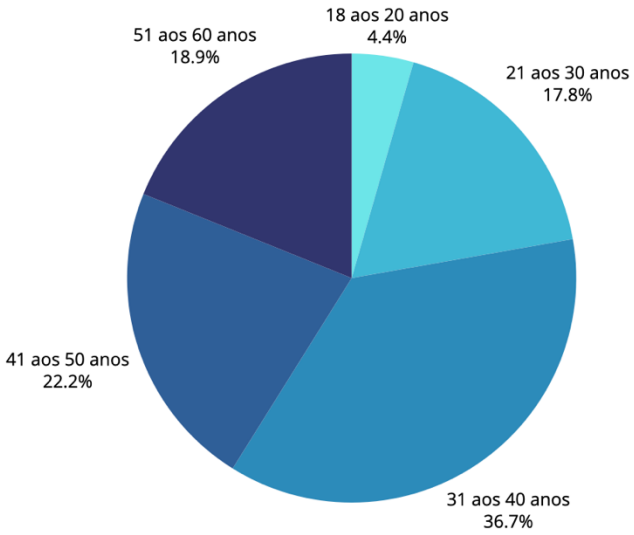


Gráfico 1 - Idades dos Utentes do CACI

No que diz respeito à oferta de atividades, estas podem ser: ocupacionais, terapêuticas, de interação com o meio e socialmente úteis. As atividades ocupacionais têm como objetivo garantir o conforto e bem-estar dos utentes, mantendo-os ativos e motivados para realizar as atividades do quotidiano e, consequentemente, desenvolver as suas potencialidades, autonomia, equilíbrio físico, emocional e relacional, existindo a possibilidade de uma transição para programas de inclusão socioprofissional.

As atividades terapêuticas, tal como o nome indica, visam o desenvolvimento de intervenções de reabilitação psicossocial, através da estimulação e preservação das capacidades cognitivas, sensoriais e motoras, com a finalidade de desenvolver os recursos necessários para uma vida autónoma.

Com o objetivo de desenvolver as competências pessoais, sociais e relacionais, as atividades de interação com o meio estimulam a capacitação cognitiva e a socialização, mediante a realização e o envolvimento em experiências diversificadas na comunidade.

Por fim, com o objetivo de praticar as competências sociais e profissionais em contexto real de trabalho, as atividades socialmente úteis são realizadas, preferencialmente, em entidades externas ao CACI.

No que diz respeito ao apoio técnico oferecido pelo CRIF, o CACI conta com uma equipa composta por uma técnica superior de serviço social, um professor de educação física, uma psicomotricista, uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional, uma fisioterapeuta, uma terapeuta da fala e uma musicoterapeuta.

Enquadramento Teórico

O enquadramento teórico que se segue constitui a base conceptual do presente trabalho, sustentando a intervenção desenvolvida e permitindo compreender de forma aprofundada os conceitos e abordagens nele envolvidos. Procura articular contributos da literatura científica com a prática musicoterapêutica aplicada a pessoas com deficiência intelectual, estabelecendo relações entre definições, modelos e técnicas relevantes. Pretende-se, assim, fornecer ao leitor uma visão integrada e fundamentada dos pressupostos que orientam todo o processo, evidenciando a sua pertinência para a promoção do desenvolvimento pessoal, social e emocional dos utentes acompanhados.

Deficiência intelectual

A deficiência intelectual (DI) e/ou perturbação do desenvolvimento intelectual, segundo o DSM-V (2014), é uma perturbação do neurodesenvolvimento com início no período da infância e adolescência, mais frequentemente, antes da criança ingressar na escola, que inclui défices funcionais, tanto intelectuais como adaptativos, nos domínios conceitual, social e prático.

De acordo com o DSM-V (2014), o diagnóstico de deficiência intelectual implica a presença de três critérios fundamentais: (A) défices em funções intelectuais; (B) défices em funções adaptativas; e (C) início destes défices durante o período da infância e adolescência.

O critério A refere-se à existência de limitações em funções intelectuais como o raciocínio, a resolução de problemas, o planeamento, o pensamento abstrato, o juízo, a aprendizagem académica e a aprendizagem por experiência. A comprovação destas limitações é realizada através da avaliação clínica e de testes de inteligência padronizados e individualizados, garantindo uma análise rigorosa e contextualizada das capacidades cognitivas da pessoa.

O critério B diz respeito a défices nas funções adaptativas, manifestados pela incapacidade de alcançar padrões de desenvolvimento e expetativas socioculturais relacionados com a autonomia pessoal e a responsabilidade social. Estes défices afetam a participação da pessoa nas atividades quotidianas e comprometem o seu funcionamento em diferentes contextos, como a escola, o trabalho e a vida comunitária.

O critério C estabelece que os défices intelectuais e adaptativos devem ter início durante o período do desenvolvimento, isto é, antes da idade adulta. Esta condição garante que as limitações não resultam de eventos adquiridos numa fase mais tardia da vida, mas sim de alterações presentes desde etapas precoces do desenvolvimento humano.

As perturbações do neurodesenvolvimento manifestam-se tipicamente cedo no percurso de desenvolvimento, impedindo a pessoa de atingir um nível de funcionamento intelectual normativo. Estes distúrbios acarretam a existência de limitações muito específicas na aprendizagem ou no controlo de funções executivas e alterações globais nas capacidades intelectuais e sociais (American Psychiatric Association, 2014). Para além disso, é recorrente existir mais de uma perturbação do neurodesenvolvimento na mesma pessoa. Assim, pessoas com DI podem apresentar ainda diagnósticos de perturbação do espectro do autismo, perturbação de hiperatividade/défice de atenção, perturbações depressivas e bipolares, perturbação da ansiedade, perturbação de movimentos estereotipados, perturbações do controlo de impulsos e perturbação neurocognitiva (American Psychiatric Association, 2014). Esta condição pode desenvolver-se como consequência de vários fatores: complicações relacionadas com o parto, exposição a agentes tóxicos durante a gravidez ou anomalias genéticas (Vieira, 2018).

A deficiência intelectual é classificada em 4 níveis de gravidade: leve, moderada, grave e profunda. A avaliação é feita através da avaliação clínica e, também, em testes padronizados das funções adaptativas e intelectuais. Tal como afirma Loureiro (2020), a tendência dos dias de hoje é considerar a pessoa com deficiência intelectual de acordo com as relações estabelecidas socialmente, e não a limitar a uma categoria baseada em generalizações e/ou comparações. Neste sentido, é importante referir a alteração da metodologia definida do DSM-IV para o DSM-V, uma vez que no primeiro os níveis de deficiência intelectual baseavam-se apenas nos valores do quociente de inteligência (QI).

Como referido anteriormente, os principais domínios afetados nesta patologia são o QI abaixo da média e o comportamento adaptativo, que se traduzem em dificuldades como raciocínio, resolução de problemas, planeamento, aprendizagem, discernimento social, autogestão do comportamento, das emoções ou das relações interpessoais, condicionando o alcance dos padrões de independência e responsabilidade social (I. L. Ferreira, 2022; Ponces, 2018; Vieira, 2018). Para além disso, segundo Correia (2017), ao

longo do tempo podem manifestar-se diversas complicações associadas à deficiência intelectual, abrangendo alterações comportamentais, dificuldades de compreensão e expressão da sexualidade, bem como problemas físicos e sensoriais. Estas condições, muitas vezes de carácter crónico, implicam um elevado grau de dependência funcional e podem agravar o isolamento social da pessoa, afetando o seu bem-estar global. Acresce que o impacto destas dificuldades não se restringe ao indivíduo, refletindo-se também no contexto familiar, onde se observam frequentemente situações de sobrecarga emocional, ansiedade e dificuldades de adaptação à dinâmica quotidiana. Neste enquadramento, torna-se evidente a importância de intervenções psicossociais estruturadas que promovam a autonomia possível, a integração comunitária e a melhoria da qualidade de vida.

O comportamento adaptativo pode ser definido como "o conjunto de competências conceptuais, sociais e práticas que foram aprendidas e executadas pelas pessoas no seu dia-a-dia" (American Association on Intellectual and Developmental Disabilites, 2010, p.43). Para além disso, considera-se "uma constelação de competências que permite às pessoas adaptarem-se, efetivamente, nas atividades diárias, em casa, na escola, no trabalho e na comunidade" (Oakland, 2008 citado por E. F. Ferreira & Van Munster, 2015, p. 194). Segundo Botelho (2023), o comportamento adaptativo caracteriza-se pelas capacidades conceituais, sociais e práticas que foram e são apreendidas ao longo do desenvolvimento e aplicadas no quotidiano, como por exemplo, a comunicação, orientação, competências sociais, manutenção da segurança pessoal, etc. De forma geral, as pessoas com deficiência intelectual têm dificuldade em manter uma vida pessoal independente e socialmente estável, devido às fragilidades comunicacionais que resultam, muitas vezes, em problemas emocionais e comportamentais (Vieira, 2018).

Em geral, e segundo Puente & Moltó (2012), as principais diferenças que se podem destacar entre pessoas com e sem deficiência intelectual podem encontrar-se em vários níveis: "funcionamento intelectual, capacidade de aprendizagem, atenção, memória, motivação, tomada de decisão, comportamento adaptativo, autodeterminação, terminação, competências sociais, comunicação em geral e a expressão de emoções em particular" (p. 92).

No que diz respeito à terminologia da DI, esta nem sempre teve esta designação, passando por termos como: oligofrenia, retardo mental, atraso mental, deficiência mental (Correia, 2017). Segundo Mittler (1995), o termo deficiência intelectual é cada vez mais

aceite como apropriado pelas principais associações profissionais e científicas, excluindo o uso de linguagens que incentivem estereótipos e generalizações, como referências aos "atrasados". Esta representação negativa da deficiência, faz com que as pessoas com deficiência acreditem, muitas vezes, que são menos capazes que os outros e, consequentemente, leva-as a desenvolver um sentimento de impotência (Loureiro, 2017).

Aranha (2001), aborda a relação da sociedade com as pessoas com deficiência ao longo dos séculos, e onde podemos observar a rejeição e, consequente, a falta de inclusão que estas pessoas sofreram ao longo dos anos. As pessoas com deficiência sempre foram consideradas como seres pecadores e condenadas por Deus, sendo a única solução o castigo, através do aprisionamento e açoitamento, de forma a expulsar o demónio (Pessoti, 1984 citado por Aranha, 2001). O primeiro registo de um hospital psiquiátrico data do séc. XVI mas, ao contrário do que acontece nos dias de hoje, tinha por objetivo esconder as pessoas com deficiência, uma vez que eram consideradas incapazes de manter o seu lugar na comunidade (Aranha, 2001; Garghetti et al., 2013). Nos anos 60, a sociedade entende que a institucionalização das pessoas com deficiência afasta as mesmas da sociedade e, por isso, surge um movimento pela desinstitucionalização das pessoas com deficiência. Este movimento tinha como objetivo uma reintegração das pessoas com deficiência na sociedade, tendo como premissa a sua normalização. Ou seja, havia uma necessidade de introduzir estas pessoas na sociedade, ajudando-as a adquirir as condições e os padrões de vida quotidiana o mais próximo possível do normal (Aranha, 2001).

O preconceito para com as pessoas com deficiência intelectual permanece pois, no imaginário social, estas pessoas são vistas como tendo falta de inteligência, incapazes de aprender e improdutivas (Reis et al., 2029, citado por Ferreira, 2022).Contrariamente ao que a sociedade habitualmente considera, este preconceito tem impacto nestas pessoas, causando baixa autoestima, isolamento, frustração e sentimentos de incapacidade (Botelho, 2023; Martins, 2017).

A intervenção com esta população, segundo Rodrigo et al. (2016), requer práticas fundamentadas em modelos conceituais que tenham em consideração o funcionamento humano e a provisão de apoios individuais. Neste sentido, aborda-se o conceito de qualidade de vida, definida como "a perceção do indivíduo relativamente à sua posição na vida, no contexto cultural e no sistema de valores em que vive, e em relação aos seus

objetivos aspirações e interesses" (WHOQOL Group, 1994, p. 28, citado por Rodrigo et al., 2016).

No que diz respeito à metodologia, a intervenção baseia-se em "planear e realizar tarefas que se enquadrem em atividades da vida doméstica, da vida comunitária e atividades que envolvam aprendizagens ao longo da vida, conduzem a uma melhoria da autoestima e, por sua vez, melhorando o funcionamento familiar e social" (Weronge et al., 2021 citado por Ferreira, 2022). Neste seguimento, é crucial que as atividades realizadas com pessoas com deficiência intelectual tenham como objetivo a promoção da autonomia, autodeterminação e autoestima, considerando os interesses pessoais da pessoa, bem-estar e realização pessoal.

Musicoterapia

A musicoterapia é definida como a utilização profissional e intelectual da música e dos seus elementos para promover mudanças positivas no bem-estar físico, emocional, social e cognitivo de indivíduos ou grupos (World Federation of Music Therapy, 2020). Esta prática diferencia-se de outras formas de fazer música por assentar num processo sistemático de avaliações, planificação e intervenção, conduzido por um profissional qualificado, com objetivos terapêuticos claros e adaptados às necessidades de cada pessoa (Ruud, 1990).

Para além do contexto clínico, a música constitui um fenómeno humano e social que atravessa culturas e acompanha a vida quotidiana, facilitando a expressão pessoal, a comunicação e a criação de significados partilhados (MacDonald, Kreutz e Mitchell, 2017). Mesmo em situações de limitação funcional ou comunicacional, a música mantém o seu potencial de ligação e de validação, abrindo espaços de participação ativa e de construção de identidade.

A investigação recente destaca qua a participação musical, seja em contextos terapêuticos ou comunitários, pode promover o desenvolvimento de competências sociais, a autoestima e a sensação de pertença (Vaillancourt e Bradt, 2021). Projetos como grupos instrumentais inclusivos, coros comunitários e oficinas criativas têm demonstrado eficácia na redução do isolamento social e no fortalecimento de redes de apoio (Ansdell e DeNora, 2016).

As experiências musicais podem ter vários propósitos terapêuticos, como por exemplo, físicos, relacionais, emocionais, mentais ou espirituais. Neste sentido, as

estratégias podem ser orientadas para resultados ou para a experiência. Quando são orientadas para os resultados, o terapeuta utiliza as experiências musicais para induzir a transformação pretendida no utente; quando são orientadas para o processo, as experiências musicais são um meio utilizado para que o utente explore, identifique e aplique as transformações necessárias para uma saúde melhor (Bruscia, 2016).

Os musicoterapeutas, por norma, adaptam e definem a sua prática consoante a população com quem estão a trabalhar, dando "ênfase a elementos importantes na comunicação com os utentes, familiares e colegas de outras disciplinas, dentro dos seus contextos específicos" (Lindahl Jacobsen et al., 2019, p. 30). Neste seguimento, são definidas três grandes abordagens: musicoterapia comportamental, musicoterapia psicoterapêutica e musicoterapia educacional (Lindahl Jacobsen et al., 2019).

Abordagens e modelos em musicoterapia

As práticas em musicoterapia não se limitam à aplicação de técnicas musicais, mas encontram-se fundamentadas em diferentes abordagens e modelos teóricos que orientam a intervenção. Cada uma destas perspetivas oferece uma forma distinta de compreender a relação entre música, terapeuta e utente, influenciando a definição de objetivos, a escolha de estratégias e a dinâmica do processo terapêutico.

Nesta secção serão apresentados alguns dos principais referenciais que sustentam a prática clínica do presente trabalho evidenciando as suas contribuições específicas para o trabalho com pessoas com deficiências intelectual e para a promoção do desenvolvimento pessoal, relacional e social.

Abordagem comportamental/behaviorismo

O behaviorismo, resultou num movimento que levou à criação de uma psicologia que permitiu uma abordagem mais sistemática da mente e comportamento humano. Neste sentido, e tal como refere Standley et al. (2004), esta abordagem "rejeitou qualquer hipótese que não levasse a comportamentos fisicamente quantificáveis e mensuráveis", ou seja, desenvolveu-se um modelo que justificasse aquilo que se observa através de processos cognitivos.

Ao longo do tempo, o behaviorismo ampliou as suas técnicas de análise comportamental, baseando-se nos princípios básicos do condicionamento operante, do condicionamento clássico e da teoria de aprendizagem social (Standley et al., 2004).

Todos estes modelos partilham a ideia de que o comportamento humano é uma consequência do meio e, por isso, "a intervenção foca-se no rastreamento, depois na alteração da ordem de disparo das respostas sociais, emocionais, cognitivas e comportamentais para interromper a série indesejável de eventos" (Standley et al., 2004).

Madsen et al. (1968), afirmam que os terapeutas comportamentais se focam, sobretudo, nas condições que geram, modificam e mantêm um determinado comportamento, orientando o processo terapêutico a partir de três questões: (1) que comportamento é desadaptativo, que comportamentos do sujeito devem ser aumentados ou diminuídos; (2) que contingências ambientais apoiam o comportamento do sujeito, quer seja para manter o comportamento ou reduzir a probabilidade da sua ocorrência; (3) que mudanças ambientais, nomeadamente estímulos positivos, podem ser manipuladas para alterar o comportamento do sujeito.

A musicoterapia é uma das intervenções que utiliza a abordagem comportamental para trabalhar questões comportamentais, pois, como refere Esther Goetz Gilliland (1962) citado por Standley et al. (2004), "a resposta humana aos estímulos musicais é uma resposta condicionada, refletindo claramente os princípios do condicionamento clássico". Para além disso, "a musicoterapia é um método de manipulação comportamental e, portanto, pode automaticamente ser considerada como estando dentro do âmbito do movimento de modificação comportamental" (Madsen et al., 1968).

Cecília e Vargas (2024), referem que a música é uma arte que se desenvolve no contexto dos indivíduos e, por isso, expressa e transforma os sentimentos do mesmo. Neste sentido, é vista como uma ferramenta com importância significativa, devido à facilidade de vinculação dos utentes com a música, proporcionando formas adaptadas de descrever as emoções e cognições.

Considerando que o objetivo do behaviorismo é "identificar, modificar, contar ou observar de outra forma um comportamento ou indicador comportamental de um processo cognitivo ou afetivo", a música pode ser usada como indício, estrutura de tempo e movimento corporal, foco de atenção, recompensa, para influenciar o utente na modificação de um comportamento prejudicial (Standley et al., 2004).

Investigações mais recentes vêm corroborar esta aplicação da música numa perspetiva comportamental. De Witte et al. (2020) verificaram que, em adultos com deficiência intelectual leve, os musicoterapeutas recorrem frequentemente a intervenções

ativas, sobretudo a improvisação, como meio de reduzir o stress e promover a participação, salientando a importância do tempo e da dinâmica musical como estímulos reguladores. De forma complementar, Després et al. (2024), numa revisão sistemática sobre a música e jovens com deficiência intelectual, destacam que as intervenções musicais atuais ultrapassam a mera avaliação de comportamentos e enfatizam dimensões como a atenção, a resposta emocional e a comunicação, permitindo ganhos adaptativos e sociais relevantes.

Abordagem Humanista

A abordagem humanista é considerada por muitos a 3ª força em psicologia porque surge como reação à mecanização e ao determinismo excessivo dos modelos comportamental e psicanalítico, colocando o foco na singularidade e na consciência reflexiva do indivíduo (Rogers, 2009; Maslow, 2013).

A terapia centrada na pessoa foi desenvolvida por Carl Rogers no início da década de 1940 e parte de uma filosofia de relação igualitária e de confiança mútua entre terapeuta e utente. O conceito de "apoio incondicional" é um pressuposto básico, em que o terapeuta aceita e respeita tudo o que o utente deseja explorar. Neste sentido, o utente tem mais influência nas decisões tomadas no processo terapêutico (Lindahl Jacobsen et al., 2019).

Aqui, a pessoa é vista como um ser único, original e fruto de um percurso criado por si próprio, ou seja, uma abordagem de respeito pela pessoa, considerando-a um todo que ultrapassa a soma dos seus processos mentais, sendo indissociável das relações humanas e do contexto de vida. Neste sentido, a terapia humanista tem como conceitos principais a relação empática, o experienciar e a criatividade (fonte de crescimento e identidade). Estes elementos devem ser comunicados de forma integrada: a empatia enquanto compreensão profunda e não julgadora da vivência da pessoa; a aceitação incondicional como atitude de acolhimento; e a congruência como autenticidade do terapeuta na relação (Rogers, 2009).

A abordagem humanista teve influência na prática musicoterapêutica, nomeadamente, no modelo de Nordoff-Robbins. A música passa a ser entendida nesta perspetiva, como terreno de realização e crescimento pessoal, potenciando a criatividade como elemento estruturante do desenvolvimento do eu. Tendo em conta os pressupostos desta abordagem, a música é vista como meio privilegiado para a expressão da identidade

e para a integração da pessoa como um todo, realçando o papel da criatividade no processo de desenvolvimento pessoal (Rogers, 2009; Maslow, 2013).

Modelo Nordoff-Robbins

Paul Nordoff (compositor e pianista americano) e Clive Robbins (professor de educação especial) desenvolveram um dos modelos pioneiros da musicoterapia na década de 50. Este modelo apresenta uma das técnicas de improvisação mais conhecidas no mundo musicoterapêutico e é conhecido por Modelo Nordoff-Robbins ou Musicoterapia Criativa.

Inicialmente, este modelo surgiu para ser implementado em crianças com dificuldades de aprendizagem, englobando crianças com vários níveis de PEA. Ao longo do tempo, os musicoterapeutas formados no modelo Nordoff-Robbins expandiram a aplicação clínica do mesmo, envolvendo utentes adultos em áreas como neuro reabilitação, psiquiatria e cuidados paliativos.

O modelo pressupõe na sua base que cada ser humano tem uma capacidade de resposta inata à música, existindo dentro de cada personalidade um músico-criança (*music child*). Neste sentido, é visível a influência das ideias de Rudolf Steiner e do movimento antroposófico da filosofia humanista (Lee e Houde, 2011; Robbins, 2005 citado por Lindahl Jacobsen et al., 2019). Para além disso, Paul Nordoff e Clive Robbins acreditavam que, devido à capacidade inata de resposta à música, os utentes podiam utilizá-la como forma de autoexpressão e comunicação, independentemente do grau de deficiência.

Tal como referido na abordagem humanista, o modelo Nordoff-Robbins também pressupõe que a relação com o utente é construída a partir da aceitação, respeito e reconhecimento dos seus sentimentos por parte do terapeuta. Neste sentido, podemos considerar a existência de uma abordagem não diretiva qua oferece autonomia ao utente, onde o terapeuta tem o papel de acompanhar, apoiar e facilitar o processo. Quando existe a necessidade de estimular o desenvolvimento de novos padrões, o terapeuta tem um papel mais ativo e diretivo no processo terapêutico (Lindahl Jacobsen et al., 2019).

A aplicação original do modelo é o trabalho a pares, ou seja, um terapeuta estabelece relação musical com a utilização do piano, enquanto o outro terapeuta facilita as respostas e o envolvimento do utente. Paul Nordoff e Clive Robbins acreditam que a música atua como agente catalisador, através do qual a mudança acontece e onde o

relacionamento é formado e estabelecido na música, identificando várias fases do processo terapêutico: "conhecer o utente musicalmente; evocar resposta musical; desenvolver competências musicais, liberdade expressiva e inter-responsividade" (Bruscia, 1987, p. 45).

Em relação às técnicas de utilização terapêutica da música, este modelo defende que a mesma pode ser utilizada de várias formas, desde as canções à pura improvisação. Consideram que as improvisações não podem ter como base convenções de determinada cultura, pois têm de ser flexíveis (Lindahl Jacobsen et al., 2019). Durante a sessão o principal objetivo é destacar a experiência que está a acontecer no momento e, para isso, o terapeuta fornece uma estrutura musical enquanto o utente se está a expressar musicalmente.

Embora seja um modelo pioneiro e amplamente estudado, o método Nordoff-Robbins requer formação própria e um setting característico. No entanto, os princípios que deixou (a valorização da improvisação, a atenção à emergência das características identitárias do utente e a ênfase na relação terapêutica), continuam a inspirar a prática musicoterapêutica em diferentes contextos e populações.

No contexto do estágio desenvolvido com adultos com deficiência intelectual, não foi utilizado o método Nordoff-Robbins na sua forma original, uma vez que este requer um setting específico e formação própria. Ainda assim, alguns dos seus princípios mostraram-se inspiradores para a intervenção. Em particular, a utilização da improvisação clínica constituiu um recurso importante para favorecer a expressão autêntica, a comunicação não verbal e a interação grupal. Do mesmo modo, a valorização da identidade musical de cada utente, tal como proposta por Nordoff-Robbins, revelou-se essencial para reforçar sentimentos de reconhecimento, autoestima e pertença. Assim, embora o modelo não tenha sido aplicado na sua totalidade, os contributos conceptuais que deixou continuam a ser pertinentes e a enriquecer a prática musicoterapêutica em diferentes contextos, incluindo a população com deficiência intelectual.

Técnicas Musicoterapêuticas

Segundo Bruscia (2016), existem quatro tipos principais de experiências musicais onde o utente se envolve com propósitos terapêuticos, sendo elas: improvisação, composição, recriação e receção. Embora todas estas experiências tenham potencial

terapêutico, a sua utilização deve ser sempre adaptada à população e aos objetivos clínicos.

No contexto do presente estágio, com adultos com deficiência intelectual, as técnicas mais utilizadas foram a recriação e a composição de canções, seguidas da improvisação, aplicadas de acordo com as necessidades individuais e grupais. Para além disso, é importante referir que, quando se trata de pessoas com deficiências profundas e múltiplas dificuldades de aprendizagem, o terapeuta tem de ser capaz de esperar e ouvir, evitando tocar para preencher o silêncio devido ao pouco material para trabalhar (Pavlicevic et al., 2014).

Recriação

A recriação de músicas corresponde à aprendizagem, execução ou interpretação de peças previamente compostas ou apresentadas pelo terapeuta (Bruscia, 2016). Pode assumir diferentes formatos, como a execução vocal ou instrumental, a performance em público, a participação em jogos musicais ou a condução de um grupo como maestro.

No presente estágio, a recriação foi uma das técnicas mais utilizadas, dado o seu potencial estruturante e motivador. Através de canções conhecidas, os utentes mostraram-se mais disponíveis para participar, o que favoreceu a atenção, a memória e a orientação à realidade. Este recurso contribuiu ainda para a vivência de experiências de pertença e empatia, reforçando a autoestima e fortalecendo as interações interpessoais e de grupo. Assim, a recriação revelou-se central para o reforço do sentido de comunidade e para a integração social dos utentes com deficiência intelectual.

Composição

A composição, por sua vez, envolve a escrita de canções, letras ou peças instrumentais, assim como a adaptação de músicas existentes, a criação de notações próprias ou a colagem de diferentes excertos musicais (Bruscia, 2016). O terapeuta desempenha um papel facilitador, apoiando tecnicamente o processo e participando na medida das capacidades do utente.

No contexto da população atendida, a composição de canções assumiu particular importância, já que possibilitou a organização e expressão de pensamentos e sentimentos em estruturas musicais simples e acessíveis. Através da criação de letras originais, os utentes puderam explorar temas pessoais significativos, validando a sua identidade e

promovendo a autoestima. Esta técnica fomentou ainda a tomada de decisão e a colaboração entre pares, favorecendo a coesão grupal e a partilha de narrativas musicais.

Improvisação

Na improvisação, o utente "faz música ao tocar ou cantar, criando, no momento, uma melodia, ritmo, uma canção ou peça instrumental" (Bruscia, 2016), podendo utilizar qualquer recurso musical ao seu dispor. Pode acontecer a solo, em dueto ou em grupo, com o terapeuta a fornecer sugestões ou estruturas que orientam a criação.

Esta técnica de musicoterapia pode ser aplicada com especificidades diversas: improvisação instrumental sem referência (o utente improvisa num instrumento musical sem referências a qualquer outra coisa); improvisação instrumental com referência (o utente improvisa num instrumento musical para retratar algo não musical); improvisação de canções (o utente improvisa letra, melodia e/ou acompanhamento para uma canção); improvisação vocal sem referência (o utente improvisa vocalmente sem palavras); improvisação corporal (o utente improvisa com os vários sons do corpo); improvisação mista (o utente improvisa com recurso a vários sons); improvisação conduzida (o utente improvisa dando diretrizes para outros elementos da improvisação) (Bruscia, 2016).

Embora menos presente do que a recriação e a composição, a improvisação foi utilizada em momentos específicos para estimular a espontaneidade, a criatividade e a comunicação não verbal. Através dela, os utentes puderam experimentar sons livres e explorar formas de interação musical que não dependiam da linguagem verbal. Esta técnica mostrou-se particularmente útil na promoção da flexibilidade, da escuta ativa e da resposta aos outros, aspetos fundamentais no desenvolvimento das competências sociais desta população.

Receção

As técnicas recetivas consistem na escuta musical, seja de obras pré-existentes, seja de improvisações criadas no próprio processo terapêutico. Através da receção, o utente pode responder silenciosamente, verbalmente ou por outros meios expressivos (Bruscia, 2016).

No estágio, estas foram aplicadas de forma mais pontual, sobretudo em situações em que se pretendia induzir relaxamento, favorecer a evocação de memórias ou criar um ambiente de contenção emocional. Apesar da sua utilização menos frequente, revelaram-

se significativas como apoio à autorregulação e à integração da experiência musical vivida em grupo.

Musicoterapia aplicada a indivíduos com deficiência intelectual

Como referido anteriormente, a música pode ser utilizada para atingir vários objetivos terapêuticos: comunicativos, emocionais e relacionais. No caso das pessoas com deficiência intelectual, estas dimensões ganham particular relevância, uma vez que muitos apresentação limitações significativas na linguagem verbal e recorrem sobretudo ao não verbal para interagir com os outros. Neste sentido, e tendo em conta as limitações que as pessoas com deficiência intelectual apresentam, a música é um meio de comunicação flexível que funciona nos níveis mental, emocional e social (Alvin, 1975). Através da musicoterapia, é possível estimular processos cognitivos como a atenção e a memória, favorecendo o desenvolvimento global da pessoa.

O recurso ao não verbal é igualmente essencial, já que muitos destes indivíduos têm dificuldades na utilização da linguagem simbólica e, em alguns casos, são não verbais. A música oferece, assim, um canal privilegiado para fomentar a interação e a comunicação.

A musicoterapia com a sua capacidade de autoconsciência, contacto não-verbal, formação de relações através de experiências e reflexão das mesmas, vem colmatar a lacuna das abordagens psicoterapêuticas neste tipo de população. As atividades musicais em grupo, para além disso, potenciam a socialização e o sentimento de pertença, aspetos fundamentais para o bem-estar desta população (De Witte et al., 2020; Desorés et al., 2024).

Ao estabelecer um ambiente seguro, a musicoterapia é vista como uma oportunidade para o desenvolvimento da socialização devido à natureza das sessões. A música utilizada em sessão pelo terapeuta é “altamente adaptável e flexível”, de forma a garantir que os utentes tenham experiências de ajuste relacional (Pavlicevic et al., 2014).

A aplicação da musicoterapia nesta população também é vista como uma oportunidade de os utentes vivenciarem momentos significativos e se sentirem valorizados, pois “as experiências musicais partilhadas têm ressonâncias particulares para aqueles com menos acesso à linguagem verbal comunicativa e expressiva” (Pavlicevic et al., 2014, p. 7). Neste sentido, Hooper et al. (2008) afirma que a intervenção da

musicoterapia em pessoas com deficiência intelectual melhora as capacidades cognitivas e sociais.

A música, numa perspetiva de lazer e recreação, atua frequentemente como elemento de motivação para que os utentes se envolvam em atividades e trabalhem a favor dos seus objetivos noutras áreas. O carácter lúdico da atividade musical desperta interesse e adesão, criando um ambiente positivo que facilita a aprendizagem e o envolvimento. Para pessoas com deficiência intelectual, esta vertente recreativa é essencial, pois favorece o bem-estar, o prazer e a socialização em contextos terapêuticos (Rushton et al., 2022; Research in Developmental Disabilities, 2023).

Para além de ser utilizada como estímulo, a música pode igualmente assumir o papel de reforço positivo, funcionando como recompensa de uma ação bem-sucedida. Esta aplicação, próxima dos princípios da abordagem comportamental, aumenta a probabilidade de repetição de comportamentos desejáveis e contribui para a aquisição de novas competências. Estudos recentes confirmam a eficácia do reforço musical no desenvolvimento de atenção, autorregulação e participação ativa (Wu et al., 2024).

O papel do musicoterapeuta é igualmente determinante. A presença de um terapeuta qualificado e a utilização da música como oportunidade de comunicação aumentam a eficácia da participação e a qualidade das respostas de pessoas com deficiência intelectual. Ao potenciar motivação e autodeterminação, o terapeuta facilita a transferência destas conquistas para as competências interpessoais e comunicativas, promovendo inclusão e autonomia (DeBedout e Worden, 2006).

Hooper et al. (2008) também faz referência à eficácia da musicoterapia no desenvolvimento da participação, interação, contacto visual, cooperação e motivação. De forma complementar, estudos mais recentes demonstraram ainda que a musicoterapia pode fortalecer a empatia e o reconhecimento emocional, ampliando os efeitos positivos nas relações sociais desta população (Acta Psychologica, 2024; Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 2024).

Considerando que as experiências musicais partilhadas permitem às pessoas estar com o outro de formas não convencionais, as pessoas com deficiência intelectual beneficiam da atividade musical partilhada em setting terapêutico como uma experiência promotora de segurança emocional e participação social. Com isto, as pessoas com deficiência intelectual encontram formas de se expressar e partilhar sentimentos quando

as palavras não estão disponíveis e, consequentemente, desenvolvem competências comunicativas e sociais (Pavlicevic et al., 2014). Neste sentido, quando se trabalha com pessoas com deficiências profundas e múltiplas dificuldades de aprendizagem, os terapeutas percebem que têm pouco material para trabalhar e, por isso, o musicoterapeuta tem de ser capaz de esperar e ouvir, evitando tocar para preencher o silêncio (Pavlicevic et al., 2014).

Os objetivos da musicoterapia na intervenção com pessoas com deficiência intelectual centram-se no desenvolvimento de competências comunicativas, emocionais, cognitivas e sociais, promovendo a integração e a melhoria da qualidade de vida. Embora a improvisação musical seja amplamente utilizada e reconhecida como recurso privilegiado, nomeadamente no modelo Nordoff-Robbins, a prática clínica mostra que o essencial é manter uma postura flexível, ajustando a escolha das técnicas às necessidades específicas de cada utente.

Assim, para além da improvisação, os musicoterapeutas podem recorrer a música pré-composta, familiar ou gravada. Estas formas de intervenção são particularmente relevantes quando favorecem a evocação de memórias, estimulam a motivação ou facilitam a ligação afetiva com material musical. O recurso a músicas conhecidas, por exemplo, pode funcionar como um ponto de ancoragem que aumenta a participação ativa dos utentes e fortalece a sua vinculação ao processo terapêutico (Watson, 2007).

Existem duas abordagens referidas como principais na aplicação da musicoterapia com pessoas com deficiência intelectual: funcional e psicoterapêutica. No entanto, importa esclarecer que a escolha entre estas abordagens está diretamente relacionada com o grau de deficiência. Nos casos de deficiência intelectual profunda, em que não existe capacidade de simbolização ou de relação interpessoal mais elaborada, a intervenção assume predominantemente um carácter funcional. Neste contexto, a música é utilizada sobretudo como estímulo sensorial, motor e cognitivo, contribuindo para a atenção, a responsividade e a criação de momentos básicos de interação não verbal (De Witte et al., 2020).

Já em situações de deficiência intelectual ligeira ou moderada, torna-se possível recorrer também à abordagem psicoterapêutica, ainda que parcialmente numa perspetiva de psicoterapia de apoio. Neste contexto, os objetivos não passam por uma exploração profunda do inconsciente, mas antes por favorecer a expressão e regulação emocional,

reforçar a autoestima e criar oportunidades de comunicação adaptadas às capacidades do utente (Acta Psychologica, 2024; Wu et al., 2024).

Entre os objetivos que podem ser considerados relevantes neste âmbito encontram-se: a promoção da expressão emocional através da improvisação ou da canção; o fortalecimento da identidade e da autoestima através da validação musical; a estimulação de competências sociais por meio da interação em grupo; e a criação de um ambiente terapêutico seguro onde o utente se sinta compreendido e valorizado (Rushton et al., 2022). Desta forma, a musicoterapia aplicada como psicoterapia de apoio pode funcionar como mediador simbólico e relacional, que permite ao utente construir recursos internos e reforçar o seu processo de inclusão social.

Aqui, os grupos terapêuticos podem oferecer aos utentes formas de pensar sobre si e sobre as suas relações num determinado contexto que podem ser ampliadas à vida quotidiana. Permite também que, as pessoas que têm dificuldades em trabalhar com palavras, sejam membros iguais num grupo através da sua contribuição musical, explorando várias questões e papéis sem utilizar a linguagem verbal (Watson, 2007). Por outro lado, a nível funcional, a musicoterapia pode ajudar na melhoria do comportamento adaptativo, apoiando e desenvolvendo funções físicas específicas (Bajs, 2022; Hooper et al., 2008).

Para além disto, a musicoterapia oferece a possibilidade de ampliar objetivos terapêuticos de outras disciplinas como a fisioterapia, a terapia ocupacional e a terapia da fala. Este trabalho pode ser feito em paralelo ou em regime de co-terapia potenciando a aquisição de competências sensório-motoras, cognitivas, emocionais ou sociais (Bruscia, 2016).

Por fim, os artigos analisados afirmam a existência de resultados específicos na aplicação da musicoterapia em pessoas com deficiência intelectual. Observaram-se aumentos consideráveis na capacidade de resposta à comunicação, aumentos na atenção e melhorias na interação entre pessoas com deficiência intelectual e os seus pares sem deficiência (Hooper et al., 2008).

Em síntese, a aplicação da musicoterapia em pessoas com deficiência intelectual, revela-se um recurso terapêutico versátil e essencial, capaz de responder às necessidades específicas desta população. A música funciona simultaneamente como canal de comunicação não verbal, estímulo cognitivo e motor, e meio privilegiado de socialização,

favorecendo a construção de vínculos e a participação em grupo. A literatura mostra que, perante graus mais profundos de deficiência, a intervenção assume um carácter predominantemente funcional, enquanto em casos ligeiros ou moderados pode assumir também uma vertente psicoterapêutica de apoio, promovendo a expressão emocional, a autoestima e o desenvolvimento relacional. Estas evidências permitem compreender de forma clara o potencial da musicoterapia para melhorar a qualidade de vida das pessoas com deficiência intelectual, justificando os objetivos delineados para este estágio e fundamentando as escolhas metodológicas que serão descritas nos estudos de caso.

Objetivos do Estágio

Uma vez realizada a revisão de literatura sobre a aplicação da musicoterapia em pessoas com deficiência intelectual, é possível traçar objetivos gerais com foco nas fragilidades cognitivas e psicossociais. Estes são:

- Facilitar a comunicação não verbal e a interação social dos utentes com deficiência intelectual, através de experiências musicais de improvisação e recriação adaptadas às suas capacidades;
- Favorecer a expressão e regulação emocional, criando oportunidades de autoexpressão musical num ambiente terapêutico seguro de que contribua para o reforço da autoestima;
- Estimular competências cognitivas básicas, como a atenção e a memória, através de atividades musicais estruturadas que possam ser ajustadas ao ritmo de cada utente;
- Promover a participação ativa em grupo e o sentido de pertença, incentivando a cooperação e a partilha em contextos musicais coletivos;
- Proporcionar momentos de bem-estar e envolvimento positivo durante as sessões, valorizando a experiência musical como fonte de prazer e motivação.

Por fim, e não esquecendo que a instituição já oferecia intervenção musicoterapêutica aos seus utentes da valência SE, o estágio também tem como objetivo, para a instituição, alargar o acesso à musicoterapia aos utentes do CACI, promovendo a inclusão de um maior número de participantes neste tipo de intervenção.

Metodologia

A secção da metodologia descreve os procedimentos que orientaram a realização do estágio e a elaboração do presente trabalho. Procura apresentar de forma clara e sistemática os participantes envolvidos, os instrumentos de recolha e avaliação de dados utilizados, os recursos materiais disponíveis e as etapas que estruturaram a intervenção musicoterapêutica. Pretende-se, assim, fornecer ao leitor uma visão do percurso metodológico seguido, garantido a sua compreensão e a possibilidade de replicação ou comparação com outros estudos na área.

Participantes

O presente estudo contou com a participação de 13 utentes. A amostra contou com 6 utentes do sexo feminino e 7 do sexo masculino, compreendidos entre as idades 21 e 60 anos. Destes 13 utentes, 7 beneficiaram de sessões individuais e os restantes 5 elementos compunham um grupo de terapia. Todas as sessões, tanto as individuais como as de grupo, foram realizadas uma vez por semana, tendo a duração de 30 min nos casos individuais e 1h no caso do grupo.

De forma a manter a privacidade de cada utente, os seus nomes foram ocultados, sendo denominados por um par de letras. Considerando a diversidade de patologias, a tabela que se segue apresenta, mais pormenorizadamente, cada participante, fazendo referência a: designação, idade, valência, diagnóstico, tipo de sessão.

Tabela 1 - Descrição da Amostra: sessões de grupo

Designação	**Idade**	**Valência**	**Diagnóstico**
DC	58	Inclusão	Perturbação do desenvolvimento intelectual; perturbação psiquiátrica
BV	34	Inclusão	Deficiência intelectual moderada
CS	33	Inclusão	Paralisia Cerebral; PHDA
WM	29	Inclusão	Deficiência Intelectual; PHDA
VS	60	Inclusão	Perturbação psiquiátrica

Tabela 2 - Descrição da amostra: sessões individuais

Designação	Idade	Valência	Diagnóstico
FF	35	Inclusão	Paralisia cerebral
AA	27	Intermédio	Perturbação do desenvolvimento intelectual
HN	41	Bem-estar	Paralisia cerebral
FN	25	Intermédio	Síndrome de Noonan; perturbação do desenvolvimento intelectual
VB	35	Intermédio	Doença neuromuscular
AG	33	Inclusão	Doença neuromuscular; perturbação do desenvolvimento intelectual
NM	21	Intermédio	Perturbação do desenvolvimento intelectual

Técnicas de recolha de dados

A recolha de dados foi realizada numa fase inicial e teve três momentos: (i) consulta dos processos de cada utente; (ii) Ficha Sonoro-Musical (Benenzon, 1985).

Consulta de Processos

Cada utente possui um processo na instituição onde estão guardadas informações relevantes sobre os mesmos, tais como: relatórios médicos, avaliações terapêuticas anteriores, fichas/trabalhos feitos pelos utentes, objetivos a alcançar com os utentes, entre outras coisas.

A consulta destes processos, numa fase inicial, teve como objetivo a realização de uma contextualização do utente, tanto a nível médico como a nível social, de forma a perceber quais os objetivos gerais que a instituição definiu para cada um.

Para além disto, ao longo do processo terapêutico, foram consultados os processos com o objetivo de analisar informações mais específicas, de forma a adaptar ou não a intervenção musicoterapêutica.

Ficha Sonoro-Musical

A ficha sonoro-musical é uma forma de recolha de dados apresentada por Benenzon (1985), pois para poder começar a terapia é necessário conhecer a história sonoro-musical do utente. Segundo o autor, este é o primeiro contacto do utente com o

musicoterapeuta que dará informações básicas para o início do processo terapêutico e explicará determinadas recusas/preferências rítmicas e/ou melódicas.

Esta ficha é composta por várias perguntas que abordam diversas temáticas, como por exemplo: origem geográfica, sons da infância, sons do ambiente quotidiano, recusas/desejos por determinados instrumentos.

Benenzon (1985), afirma que a aplicação desta ficha não deve ser rígida nem seguir uma ordem esquemática. É necessário adaptá-la ao utente e, por vezes, modificando a forma das perguntas para conseguir respostas mais eficientes. Refere, também, que podem existir casos em que é necessário dedicar mais do que uma sessão à ficha sonoro-musical.

Instrumentos de Avaliação

A avaliação em musicoterapia é uma das fases mais importantes, pois é ela que oferece evidências concretas acerca do desenvolvimento psicológico, motor, emocional, relacional, comportamental, sonoro-musical do utente. Para além disso, oferece uma abordagem sistemática que permite delinear objetivos, organizar o processo terapêutico, definir técnicas e métodos.

A estagiária realizou a avaliação musicoterpêutica através de três métodos: Music Therapy Made Simple, gravações das sessões e grelhas de observação. É de importância referir que, apesar dos instrumentos de avaliação serem independentes, a sua combinação oferece uma avaliação mais aprofundada e eficaz.

Music Therapy Made Simple

A escolha deste instrumento de avaliação está relacionada com a sua abordagem prática, centrada no utente e adaptável a diversos contextos clínicos. Centra-se em aspetos musicais como em aspetos não-musicais do processo terapêutico.

Surgiu da necessidade de oferecer uma ferramenta acessível e simples, que dá a possibilidade aos musicoterapeutas de fazer uma avaliação significativa com eficácia e sem perder o rigor.

Os principais componentes avaliados no Music Therapy Made Simple são:

- Dados de identificação do utente;
- Objetivos gerais e específicos;

- Avaliação das várias áreas: social, emocional, atenção e capacidades cognitivas, comunicação/linguagem, competências motoras, visão e audição, comportamentos sensoriais, estratégias de regulação, respostas musicais e atividades;
- Reflexão do musicoterapeuta.

Apesar deste instrumento poder ser preenchido após cada sessão, a estagiária optou por aplicá-lo apenas duas vezes, uma no início do processo terapêutico e outra no fim.

No entanto, importa referir que o *Music Therapy Made Simple* não é um instrumento estandardizado de avaliação de progresso terapêutico com validade ou fiabilidade estatística, mas sim uma estrutura prática para o planeamento e acompanhamento clínico individualizado. Por esse motivo, a avaliação do progresso no âmbito deste estágio, apoiou-se principalmente em dados qualitativos obtidos por observação clínica direta, registos detalhados das sessões e reflexões sistemáticas, considerando os mais adequados ao contexto e às capacidades dos utentes envolvidos.

Gravações das sessões

As gravações são um instrumento de avaliação muito útil, que permite a observação das sessões de forma mais pormenorizada. Este método foi utilizado de forma recorrente ao longo da intervenção, de forma a recolher informações mais específicas sobre cada sessão, possibilitando a adaptação do plano terapêutico.

Tendo em conta a proteção de identidade de cada utente, e por se tratar de pessoas que necessitam de um representante legal devido às suas limitações intelectuais, foi distribuída uma autorização para a captação de imagem que permite a utilização das mesmas para fins académicos. Esta autorização foi devidamente preenchida pelos representantes de cada utente e entregue à instituição.

Grelhas de observação

Como complemento à visualização das gravações das sessões, a estagiária preencheu grelhas de observação com o objetivo de registar por escrito os momentos significativos na sessão, descrevendo as atividades, os instrumentos e registar as evoluções ao longo do processo.

Estas grelhas não correspondem a um instrumento publicado ou estandardizado, mas foram fornecidas pela orientadora académica no início do ano letivo, como ferramenta pedagógica de apoio ao estágio. São de carácter descritivo, permitindo ao musicoterapeuta uma reflexão mais profunda e pormenorizada tanto do utente como de si mesmo.

Abordam questões como:

- Observação direta do utente;
- Descrição sumária da sessão;
- Temas centrais;
- Novidades/mudanças;
- Música produzida;
- Reações pessoais do terapeuta;
- O que fazer/preparar para as sessões seguintes;

A utilização sistemática destas grelhas permitiu recolher dados qualitativos consistentes e apoiar a analise contínua do processo terapêutico, funcionando como registo estruturado e guia para a planificação das sessões subsequentes.

Recursos Materiais

A estagiária durante o período do estágio, realizou a sua intervenção em duas salas distintas, contudo com características semelhantes. A sala principal de intervenção era partilhada com a terapia da fala, o que significa que havia muitos materiais que, teoricamente, tinham um forte potencial de distração, mas que não se comprovou. A outra sala, que só era utilizada em 3 sessões, era a sala de musicoterapia, que tinha os instrumentos guardados num armário, o que permitia a utilização de instrumentos específicos e os restantes não estarem visíveis para os utentes.

Ambas as salas continham uma secretária com computador, armários para arrumação, espelho e cadeiras. No que diz respeito aos instrumentos disponibilizados, a estagiária utilizou: piano, guitarra, ukelele, bongós, maracas, harmónica, bloco de dois sons, tambor, clavas, pau de chuva, guizeira, barras de xilofone, djembé.

Procedimentos

O estágio de musicoterapia no CRIF decorreu de forma faseada, permitindo uma adaptação progressiva ao contexto institucional. Assim, é importante distinguir as fases do estágio em si e as fases da intervenção com cada caso.

Numa primeira etapa, a estagiária teve um período de integração e adaptação, durante o qual conheceu a dinâmica da instituição, a equipa técnica e o funcionamento dos serviços. Antes de iniciar a intervenção em musicoterapia, realizou momentos de contacto informal com os utentes, de modo a facilitar a criação de vínculo e permitir uma aproximação gradual.

Posteriormente, em articulação com a equipa técnica, foram definidos os critérios de seleção dos utentes. A escolha teve em consideração fatores como o grau de deficiência intelectual, as necessidades comunicativas e relacionais, o potencial de participação em grupo e a relevância de objetivos terapêuticos adequados ao contexto da musicoterapia.

Com base nesses critérios, foi desenhada a constituição do grupo e a seleção de utentes para intervenção individual. Esta decisão foi discutida e validade com a equipa da instituição, garantindo que a musicoterapia pudesse integrar-se no plano global de intervenção do CRIF.

Depois de concluídas as fases iniciais do estágio e da integração no CRIF, a estagiária passou à implementação do processo de intervenção em musicoterapia com os utentes selecionados. A descrição que se segue refere-se, assim, às fases especificas da intervenção clínica, distintas do percurso global do estágio, mas diretamente relacionadas com as aprendizagens e decisões tomadas na fase anterior.

Observação

O período de observação decorreu entre o final do mês de setembro e o final do mês de outubro. Durante esta fase a estagiária compreendeu as dinâmicas da instituição, conheceu a equipa técnica, colaboradores e utentes.

De forma a conhecer melhor cada utente, foi realizada uma atividade musical em cada sala, adequada às suas capacidades, para recolher uma informação muito geral e superficial da reação dos utentes à música. Foi também nesta fase que foram analisados processos de vários utentes, com o objetivo de recolher informações mais específicas ao nível do diagnóstico, evolução e objetivos, de forma a fazer uma seleção inicial de possíveis utentes para musicoterapia.

Depois de realizada uma seleção inicial de utentes, foram analisadas as disponibilidades de cada um e realizado um horário de musicoterapia. Após a definição dos utentes que iriam beneficiar da musicoterapia, a estagiária fez observação dos vários utentes em diversos contextos dentro da instituição, como por exemplo, em contexto de teatro e de rancho.

Este momento, permitiu que a estagiária tirasse algumas conclusões do funcionamento dos vários utentes em contexto quotidiano e exterior às sessões de musicoterapia.

Avaliação inicial

A primeira avaliação foi realizada através da observação enumerada anteriormente e através da aplicação dos instrumentos *Music Therapy Made Simple* e Ficha Sonoro-Musical.

Estes dois instrumentos de avaliação foram utilizados com o objetivo de recolher informações acerca dos gostos musicais dos utentes que iriam usufruir de musicoterapia, e foram aplicados nas primeiras sessões, ou seja, no final do mês de outubro/início do mês de novembro.

Definição do Plano Terapêutico

O plano terapêutico foi desenvolvido com base na análise dos processos de cada utente e com base na avaliação inicial. Para a definição de objetivos e estratégias foram tidos em conta os domínios: social, emocional, cognitivo, comunicativo, motor, sensorial e musical.

Este plano foi desenvolvido ao longo das primeiras sessões, à medida que a estagiária ia recolhendo mais informações acerca do utente, sofrendo alterações e sendo adaptado ao longo do processo de intervenção. A flexibilidade na construção do plano terapêutico foi fundamental, permitindo responder às necessidades emergentes de cada utente e ajustando os objetivos ao longo do percurso.

Intervenção

A intervenção ocorreu entre o final do mês de outubro até ao final do mês de maio, dando uma média de 24 sessões por utente. Esta fase corresponde às sessões em si, onde a estagiária interveio diretamente com os utentes em contexto musicoterapêutico.

Durante esta fase, foi também necessário consultar processos e reunir com a orientadora de estágio, de forma a adaptar o plano terapêutico consoante as necessidades que iam surgindo.

Apesar de não existir um formato de sessão pré-definido, as sessões seguiram uma estrutura geral, existindo liberdade e flexibilidade para o que surgisse no momento. Neste sentido, essa estrutura era composta por: (1) momento de boas-vindas; (2) diálogo inicial; (3) momento musical; (4) reflexão; (5) momento de despedida.

Avaliação final

A avaliação final, através da utilização do instrumento *Music Therapy Made Simple*, foi realizada após o término das sessões com cada utente, de forma a analisar e comparar com a avaliação feita no início do processo terapêutico.

Para além disso, o término da intervenção foi preparado com os vários utentes, onde se foi fazendo uma reflexão do que aconteceu ao longo do processo, as coisas que mais tinham gostado e o que foi mais significativo.

Técnicas de musicoterapia

As técnicas de musicoterapia utilizadas com mais frequência foram a composição e recriação de canções. A improvisação foi outra das técnicas utilizadas, no entanto, não com tanta regularidade como as anteriores. No que diz respeito às técnicas recetivas, foram utilizadas com pouca consistência e, apenas, em casos específicos e esporádicos.

Estas técnicas foram utilizadas com o objetivo de auxiliar na avaliação inicial e utilizadas, com mais ou menos frequência, consoante os objetivos terapêuticos que se queriam alcançar com cada utente.

Agenda

O estágio foi realizado entre o final do mês de setembro de 2024 e o final do mês maio de 2025. A estagiária cumpriu sempre o mesmo horário semanal durante todo o estágio (cerca de 3 horas por dia, 4 vezes por semana), salvo algumas exceções em que foi possível realizar mais horas na instituição.

No período inicial, a estagiária deslocava-se à instituição para realizar os primeiros contactos com a equipa e utentes, consultar relatórios e perceber as dinâmicas da instituição. A estagiária começou a intervir no final do mês outubro e, a partir daqui até

ao final do período de estágio, o horário na instituição destinou-se à intervenção direta com utentes, preparação de sessões, observação e realização de registos.

De seguida, é apresentada uma tabela onde estão descritas as várias sessões e os seus horários.

Tabela 3 - Agenda Semanal

	2ª feira	**3ª feira**	**4ª feira**	**5ª feira**
14h-14h30		Grupo		NM
14h30-15h	FF		VB	
15h-15h30		HN		
15h30-16h	AA		AG	
16h-16h30		FN		

Estudos de Caso

Nesta secção, serão apresentados dois estudos de caso realizados durante o estágio curricular de Musicoterapia. Os casos selecionados representam experiências significativas no contexto clínico, possibilitando uma análise aprofundada das intervenções musicoterapêuticas aplicadas e dos seus efeitos no processo terapêutico.

Cada estudo de caso é apresentado de forma ética e cuidadosa, respeitando os princípios do sigilo e da confidencialidade.

Estudo de caso 1 – NM

Identificação e caracterização

A utente NM é do sexo feminino e tem 21 anos. Vive com os pais e irmão mais velho, tendo uma relação sólida e positiva com todos, demonstrando ser acarinhada e cuidada. Está enquadrada na valência CACI numa das salas de grau intermédio, ou seja, trata-se de uma utente dependente. O enquadramento no grau intermedio justifica-se pelo facto de, apesar de ser funcional em várias tarefas do quotidiano, necessitar de supervisão regular em situações que envolvem maior complexidade cognitiva ou social. NM consegue realizar a maioria das tarefas de forma autónoma, como por exemplo: fazer higiene pessoal, deslocar-se entre atividades e salas na instituição, durante as horas de almoço tira cafés aos colegas, entre outras coisas.

Segundo os relatórios que constam no processo de NM, a mesma tem um diagnóstico de atraso global de desenvolvimento, apresentando sobretudo limitações na expressão verbal e nas funções cognitivas básicas, com impacto também no controlo do tónus muscular.

Para além disso, foram retiradas mais informações através da observação direta e indireta da utente fora das sessões de musicoterapia, descrições da monitora e outros técnicos da instituição e observação direta já em contexto musicoterapêutico. Foi possível observar que a NM tem bastantes limitações ao nível da expressão verbal oral, não conseguindo articular corretamente as palavras e, como não é entendida na maioria das vezes, revela frustração. Através da observação da interação da NM com os pares, percebeu-se que a mesma é emocionalmente estável, mas revela pouca flexibilidade às iniciativas dos outros, apresentando rigidez e reagindo de forma negativa à imposição de limites.

A NM apresenta-se com alguma instabilidade emocional e as suas tentativas de autorregulação incluem baixar a cabeça e colocar a mão na face. Nos momentos de maior irritabilidade, pode ainda coçar ou beliscar a pele até provocar feridas, sobretudo nas mãos e nos braços.

Em relação à avaliação feita já em sessão de musicoterapia, a NM manteve alguns comportamentos observados fora da sessão, nomeadamente a dificuldade na aceitação de propostas da terapeuta, a inflexibilidade na partilha e troca de instrumentos e a resistência à imposição de limites. Em termos de participação musical, a NM só se envolvia ativamente quando a terapeuta propunha algo ou incentivava diretamente; caso contrário, limitava-se a falar de acontecimentos do quotidiano sem produzir conteúdo musical.

Plano terapêutico

Tendo em conta as características descritas anteriormente, foram delineados objetivos terapêuticos para alcançar o melhor funcionamento da NM tanto em sessão de musicoterapia como no seu quotidiano.

A seguinte tabela ilustra quais as problemáticas e quais os objetivos terapêuticos definidos para o processo de intervenção.

Tabela 4 - Plano Terapêutico NM

PROBLEMÁTICAS	**OBJETIVOS TERAPÊUTICOS**
Instabilidade emocional	Reduzir episódios de autorregulação desadaptativa e promover estratégias musicais de regulação emocional
Inflexibilidade às iniciativas dos outros / **r**igidez	Aumentar a flexibilidade relacional em atividades musicais de partilha
Reação negativa à imposição de limites	Promover aceitação gradual de limites através de estruturas musicais claras e previsíveis
Limitações ao nível da expressão verbal	Favorecer a comunicação expressiva através da música, reduzindo a frustração associada à dificuldade verbal

Estes objetivos foram definidos de forma a serem realistas e passiveis de observar mudanças durante o período de estágio, funcionando como metas específicas para guiar a intervenção.

Com o plano terapêutico definido, e à medida que as sessões forem decorrendo, a estagiária de musicoterapia determinou quais eram as estratégias e técnicas mais adequadas aos objetivos terapêuticos, tendo utilizado a recriação de canções, improvisação e composição.

Processo terapêutico

A intervenção com a NM teve 26 sessões de musicoterapia no total. As sessões, desde o seu começo, tiveram uma estrutura geral definida: (1) momento de boas-vindas, (2) desenvolvimento (criação musical), (3) momento de despedida.

Desde o início do processo terapêutico, observou-se que a NM entrava nas sessões com sinais de forte investimento emocional, expressos em movimentos espásticos de tensão e contentamento, que rapidamente davam lugar a um estado de maior relaxamento. Este comportamento foi interpretado como um indicador da sua motivação e adesão à intervenção, evidenciando entusiasmo perante o setting terapêutico.

Fase Inicial (Sessão 1 a 9)

Numa fase inicial do processo terapêutico, o *setting* era variado e a NM tinha à sua disposição vários instrumentos musicais. Contudo, recusava-se a tocar neles não experimentando nenhum.

A NM sentiu-se, desde o início, à vontade para partilhar com a terapeuta acontecimentos do seu quotidiano, e ao perceber que estava a ser entendida sentiu-se cada vez mais confortável e, consequentemente, partilhando cada vez mais coisas. De forma a existir criação musical, a terapeuta começou a criar canções e a improvisar com os temas que a NM ia partilhando, considerando que não havia iniciativa musical por parte da utente.

Os temas que surgiam em sessão eram sempre recorrentes, como por exemplo, refeições, tarefas diárias que a NM realizava sozinha, família e gostos pessoais. Foi a partir da referência que a NM fez à cor da sua escova dos dentes que a terapeuta sugeriu que ela tocasse na cor correspondente das barras metálicas. Este incentivo musical, fez

com que a NM a partir da sessão 3 começasse a escolher as barras metálicas, mais especificamente a barra vermelha.

O objetivo de promover a autonomia musical surgiu neste momento, uma vez que a NM revelava pouca iniciativa na exploração instrumental. A autonomia musical foi entendida como a capacidade de tomar decisões dentro da experiência sonora e sustentar a sua participação ativa sem depender exclusivamente de propostas externas. A implementação deste objetivo foi considerada importante por poder aumentar o sentimento de autoeficácia da NM, transferível para outros contextos do quotidiano. Contudo, a NM recusava-se a tocar qualquer outro instrumento para além das barras metálicas e, muito dificilmente, tocava noutra barra além da vermelha.

Com o passar das sessões, a terapeuta foi tentando introduzir/criar experiências musicais, mas a NM não mostrava qualquer flexibilidade às propostas que não fossem cantar e tocar exatamente o que ela tinha descrito acerca do seu dia a dia. Para além disso, quando a terapeuta tentava introduzir algo novo/diferente, a NM colocava automaticamente a cabeça para baixo e a mão na testa, demonstrando estar frustrada. Estas reações podem ser entendidas como uma forma inicial de expressão mais adaptativa de frustração, substituindo a tendência para comportamentos autoagressivos (coçar ou beliscar). A terapeuta interpretou este comportamento como sinal de que a NM estava a encontrar novas formas, ainda incipientes, de lidar com o desconforto. Esta frustração poderá estar associada ao facto de a NM ter encontrado nas sessões de musicoterapia um espaço livre para partilhar as suas conquistas do dia a dia, e senti-las valorizadas ao serem cantadas como tema principal.

No que diz respeito à participação musical ativa da NM, esta tocava apenas numa barra metálica, marcando uma pulsação regular que ia ao encontro daquilo que estava a ser feito. Nesta fase a NM não permitiu que a terapeuta tocasse no seu instrumento, mesmo que fosse numa barra metálica diferente daquela que a NM estava a tocar, retirando-lhe o instrumento da mão. A não aceitação da partilha de instrumentos musicais poderá refletir a necessidade que a NM tem em sentir diferenciação entre si e o outro, funcionando como defesa perante o risco de confusão relacional. Esta rigidez evidencia dificuldades no estabelecimento de limites claros entre o self e o outro.

Esta rigidez que a NM revelou, fez com que as sessões de musicoterapia ficassem estagnadas numa estrutura em que a NM contava acontecimentos do seu dia a dia e a

terapeuta tinha de cantar exatamente o que ela tinha dito. Caso isso não acontecesse, a NM interrompia e voltava a dizer o que tinha dito anteriormente.

2ª Fase (Sessão 10 a 23)

A 2ª fase do processo terapêutico pode ser marcada sobretudo pela alteração do *setting*, pois a terapeuta decidiu disponibilizar apenas um tambor e o ukelele. Esta decisão está relacionada com o facto de a terapeuta considerar que o *setting* inicial limitava as possibilidades musicais, pois apesar de ser variado, a NM escolhia sempre o mesmo instrumento e não se permitia explorar novas coisas, refletindo o seu receio do desconhecido e a necessidade de saber o que vai acontecer. A primeira vez que a NM entra na sessão e vê que só tem apenas o tambor, questionou, mas não voltou a referir o sucedido, aceitando de forma natural tocar no tambor.

Foi também nesta fase que foi possível começar a criar algum tipo de diálogo na sessão, em que a NM já aceitava cantar algumas coisas propostas pela terapeuta e não apenas ficando frustrada com as novas sugestões. Esta mudança reflete um progresso terapêutico, traduzido numa maior flexibilidade e aceitação de novidades, que podem ser vistas como indicadores de redução de rigidez comportamental e maior confiança no *setting*.

Em relação aos atos compulsivos de colocar a mão na cara e, eventualmente, magoar-se, foi implementada uma diretriz verbal "mão no tambor". Inicialmente a NM não reagia, mas com o passar das sessões, quando a terapeuta começou a questioná-la "onde é que a mão tem de estar?", a NM passou a responder de forma mais autónoma, reduzindo significativamente a frequência de autorregulação desadaptativa. Este processo insere-se numa lógica cognitivo-comportamental: introdução de repetição competências de adaptação.

Foi apenas na 22ª sessão que a NM aceitou trocar de instrumentos, ou seja, a terapeuta tocou tambor e ela explorou o ukelele. Esta troca aconteceu mais para o final da sessão e foi uma proposta que a terapeuta fez. Apesar disso, considera-se que reflete uma evolução ao nível da diferenciação de si e do outro, pois a NM permitiu que o outro tocasse no instrumento que a caracterizava nas sessões de musicoterapia e permitiu-se explorar o instrumento que caracteriza a terapeuta.

Nesta fase foi visível um crescimento e implementação significativos de resistência e repulsa ao momento final da sessão, onde se cantava uma música do adeus.

Assim que a terapeuta começava a cantar a música, a NM automaticamente ficava frustrada, baixando a cabeça e colocando a mão na cara, sendo que nestes momentos a utente não reagia de todo ao que a terapeuta dizia. Apesar da frustração que a NM mostrava nestes momentos, a terapeuta insistiu com o objetivo de criar habituação ao momento para que a utente ganhasse maior flexibilidade e competências sociais de auto-controlo em momentos que não são do seu agrado. Nestes momentos, para além da utente ficar frustrada revelava também agressividade, retirando o instrumento à terapeuta e atirando-o para a mesa de forma descuidada. Esta reação foi entendida como resultado da associação da música de despedida a um acontecimento indesejado (fim da sessão), o que, em termos terapêuticos, significa que a música tinha adquirido forte carga simbólica. Assim, este trabalho correspondeu a uma intervenção de cariz cognitivo-comportamental, procurando formatar respostas emocionais perante mudanças inevitáveis e desenvolver estratégias de autorregulação e flexibilidade.

Fase Final (Sessão 24 a 26)

A fase final do processo terapêutico, diz respeito às três últimas sessões, pois foi neste momento que se realizou a preparação e o término do processo.

Durante estas sessões notou-se uma crescente aceitação de atividade musicais propostas pela terapeuta, para além da improvisação com os temas que a NM partilhava. Esta mudança, ainda que subtil, representa progresso terapêutico no sentido da abertura a experiências novas e redução da rigidez. No momento final da sessão, a terapeuta decidiu não cantar a música do adeus, mas propor à NM que fizesse um desenho no quadrado correspondente ao dia da sessão. Esta estratégia teve como objetivo, por um lado, reduzir a associação negativa da música de despedida ao fim da sessão, e por outro, introduzir um recurso visual como medidor da consciência temporal do processo terapêutico.

A metodologia consistiu em dividir uma folha A3, em três espaços, correspondentes às três sessões finais, em que a utente teria de preencher da forma que entendesse o espaço correspondente a cada sessão. Este método permitiu trabalhar o encerramento do processo de forma mais tolerável e simbólica, validando as conquistas da NM e promovendo maior aceitação da mudança.

O facto de a NM ter aceitado o final da sessão nestes termos, em que não se cantou a música do adeus, faz com que a terapeuta valide mais a sua suposição sobre o porquê da frustração da utente ao ouvir a música do adeus.

Discussão do caso

Considerando a análise das 26 sessões de musicoterapia realizadas com a NM, é possível observar evolução ao nível da regulação emocional e da diminuição da rigidez comportamental, bem como uma maior aceitação do envolvimento musical. Observa-se, também, a capacidade que a música tem como mediadora da relação terapêutica, facilitadora da expressão emocional e promotora da autorregulação, aspetos referidos por Bruscia (2016) e (Lindahl Jacobsen et al., 2019).

No início da intervenção, a NM recusava explorar instrumentos e mostrava forte rigidez face a novas propostas. Esta rigidez, observada na sua preferência exclusiva pela barra vermelha e na resistência em partilhar os instrumentos, vai ao encontro das ideologias de Stern (1985) sobre o desenvolvimento do *self*, onde as dificuldades de diferenciação entre si e o outro, o que se pode manifestar através da necessidade de previsibilidade e controlo sobre o ambiente musical.

Com a modificação do *setting* e a limitação propositada dos instrumentos oferecidos, foi possível criar um espaço para uma maior flexibilidade comportamental, promovendo "um ambiente estruturado, mas não rígido", que permitiu que a NM se sentisse segura para explorar novas experiências musicais (Alvin, 1975). A troca de instrumentos musicais na 22ª sessão assinala um marco importante na relação terapêutica e no desenvolvimento da capacidade de a NM reconhecer o outro como distinto de si própria.

A implementação da diretriz verbal "mão no tambor, com o objetivo de redirecionar os atos compulsivos, também evidencia o potencial regular da musicoterapia. O seu sucesso gradual fundamenta a abordagem sugerida por Nordoff & Robbins (1977) que afirma que a estrutura musical pode ser usada como ferramenta de contenção emocional e suporte à organização comportamental.

A forte resistência da NM ao momento final da sessão, nomeadamente à música de despedida, pode ser interpretada através da sua ligação emocional à música como espaço seguro e de expressão, pois quando a música foi associada ao término da sessão, desencadeou sentimentos de frustração e perda de controlo. Esta reação enfatiza, por um lado, a ligação afetiva que a NM estabeleceu com o *setting* terapêutico, e por outro, a importância da simbologia dos elementos musicais na leitura emocional da NM.

A decisão de substituir, na fase final, a canção de despedida por uma atividade visual mostrou-se eficaz para atenuar a frustração.

Conclusão

A intervenção em musicoterapia com a NM demonstrou uma progressão em várias áreas: regulação emocional, diferenciação do *self*, abertura à partilha musical, e flexibilidade comportamental. Estes resultados confirmam os pressupostos teóricos apresentados no enquadramento realizado, evidenciando a eficácia da musicoterapia como ferramenta de desenvolvimento pessoal e relacional.

Entre os desenvolvimentos mais marcantes está a transição de uma postura rígida no início da intervenção para uma maior aceitação da partilha, da proposta do outro e da experimentação musical. O facto de a NM ter dado permissão à terapeuta para tocar "o seu" instrumento e a diminuição de comportamentos autoagressivos são exemplos desta evolução.

As sessões de musicoterapia foram experienciadas pela NM, essencialmente, como um lugar de validação das suas conquistas quotidianas. Esta valorização emocional das suas experiências parece ter sido um dos aspetos principais para o estabelecimento do vínculo terapêutico e para a progressiva abertura a novas experiências.

Tendo em conta o que foi exposto, os resultados sugerem que a musicoterapia teve um papel crucial na criação de um espaço seguro e expressivo, permitindo à NM adquirir ferramentas para lidar com a mudança, desenvolver autorregulação e fortalecer a sua identidade.

Estudo de caso 2 – AG

Identificação e caracterização

A utente AG é do sexo feminino, tem 33 anos e vive com os pais, o irmão mais novo e um primo. Encontra-se inserida no CACI, numa das salas de inclusão, o que indica que possui um bom nível de autonomia em várias áreas. Participa em diversas tarefas na instituição e demonstra capacidade para se deslocar sozinha para as diferentes atividades em que está envolvida.

Segundo a informação constante no processo clínico, AG apresenta um diagnóstico de Doença de Steinert, perturbação da linguagem, dificuldades de concentração e perturbação do desenvolvimento intelectual. A Doença de Steinert,

também conhecida como distrofia miotónica tipo 1, é uma condição genética progressiva que afeta os músculos e, na maioria dos casos, caracteriza-se por fraqueza muscular e dificuldade em relaxar os músculos após a contração. Para além do sistema muscular, a doença pode afetar outros sistemas do corpo, como o cardíaco, respiratório, gastrointestinal, endócrino e nervoso. No caso da AG, o sistema mais visivelmente afetado é o sistema nervoso, sendo evidentes as dificuldades cognitivas, as alterações de humor e os distúrbios psiquiátricos. A escolha da AG para intervenção em musicoterapia prendeu-se com a necessidade de desenvolver estratégias de autorregulação emocional e de favorecer a expressão em contexto relacional, uma vez que apresentava dificuldades no controlo de impulsos e instabilidade emocional que interferiam na sua participação no quotidiano da instituição.

Após a observação da utente em diferentes contextos institucionais e nas sessões de musicoterapia, verificou-se que a AG apresentava alterações de humor repentinas, instabilidade emocional e dificuldades no controlo de impulsos. Revelava ainda a presença de um diálogo interno estruturado, no qual assumia alternadamente dois papéis na interação, sugerindo um funcionamento interno marcado por fragmentação e possível necessidade de autoafirmação.

Importa referir que o irmão mais novo da AG partilha o mesmo diagnóstico, estando também integrado no CACI e pertencendo à mesma sala da utente. Esta circunstância, é relevante pois pode ser vista, por um lado, como fonte de apoio, mas, por outro, como potenciadora de rivalidade e comparação, fatores que influenciam o comportamento da AG e a sua forma de se posicionar em grupo. No processo terapêutico, esta proximidade familiar não se revelou um obstáculo direto, mas ajudou a compreender algumas das dinâmicas relacionais da utente.

AG demonstrou no seu quotidiano, uma postura frequentemente desafiadora, resistindo inicialmente às solicitações. Contudo, quando abordada pelos profissionais da instituição através de pedidos formulados de forma valorizadora, a utente tendia a cooperar sem resistência, sentindo-se reconhecida.

Nos momentos de emoções intensas, AG revelou dificuldades no controlo de impulsos. Em situações de grande alegria, manifestava uma excitação desadequada; perante frustração ou tristeza, reagia com gritos e, por vezes, com comportamentos agressivos.

Nas sessões de musicoterapia, a utente, revelou, inicialmente, uma atitude resistente às experiências propostas, recusando a participação. Ainda assim, demonstrou capacidades rítmicas significativas e consciência musical, sendo capaz de manter uma estrutura lógica tanto em improvisações como na interpretação de canções. Esta ambivalência – resistência inicial mas capacidade musical evidente – foi interpretada como um sinal da sua luta entre o desejo de se proteger do vínculo terapêutico e a sua predisposição para encontrar na música espaço estruturante.

Plano Terapêutico

Consoante a descrição e caracterização feita anteriormente, e como base nas primeiras sessões de musicoterapia, foram definidos os seguintes objetivos terapêuticos:

Tabela 5 - Plano Terapêutico AG

PROBLEMÁTICAS	**OBJETIVOS TERAPÊUTICOS**
Instabilidade emocional Dificuldades no controlo de impulsos Resistência a ordens diretas e comportamento desafiador	Promover estratégias de autorregulação emocional Desenvolver recursos de contenção afetiva e autocontrolo Reforçar o sentimento de competência e identidade pessoal, favorecendo a cooperação positiva com os pares

Optou-se por centrar a intervenção nestes três eixos, por serem realistas de trabalhar no espaço temporal do estágio e representarem as áreas de maior impacto no quotidiano da utente.

Com base nos objetivos terapêuticos definidos, a estagiária de musicoterapia foi explorando e selecionando, ao longo das sessões, abordagens musicais ajustadas às necessidades da utente. Entre as metodologias aplicadas, destacaram-se a interpretação de canções já conhecidas, a improvisação e a produção composições originais, como facilitadoras do processo terapêutico.

Processo terapêutico

A AG beneficiou de um total de 25 sessões de musicoterapia durante o seu processo terapêutico. As sessões nunca tiveram uma estrutura muito rígida, apenas tinham o momento da canção da despedida como elemento regular. É relevante referir que durante todo o processo terapêutico a AG sempre que chegava à sessão referia que não queria fazer nada, estando sempre muito cansada, pois era um dos dias em que tinha mais atividades na instituição. Este comportamento foi entendido como uma resistência inicial, um mecanismo defensivo de oposição, que, no entanto, não impedia o envolvimento posterior, funcionando como ritual de entrada.

Fase inicial (Sessão 1 a 6)

A fase inicial do processo da AG consistiu na criação de uma relação terapêutica que fosse baseada na confiança e segurança. Nas primeiras sessões a AG mostrou-se muito desconfiada, ficando revoltada quando a terapeuta a ia chamar para a sessão e ficando descontrolada. Esta reação foi interpretada como um mecanismo de defesa contra a aproximação emocional e contra a possibilidade de separação futura, pois desde cedo a AG demonstrou consciência de que o estágio seria temporário.

Na sessão em si, a AG não conseguia manter uma experiência musical com princípio, meio e fim, explorando vários instrumentos num curto espaço de tempo sem qualquer estrutura. Apesar deste comportamento poder sugerir uma expressão da desorganização interna, a utente veio a revelar mais tarde que não era disso que se tratava. Neste sentido, a interpretação que a terapeuta realizou acerca desta desorganização estrutural, é a possível resistência a um vínculo simbólico, pois a música que tenha uma estrutura de princípio, meio e fim, implica um compromisso relacional e emocional.

A utente interrompia frequentemente o que estava a fazer para começar a falar de assuntos do seu dia a dia, nomeadamente das pessoas de quem gostava ou não, de forma superficial. Estas interrupções podem ser vistas como tentativas de evitar o contacto com emoções mais profundas ou como um teste à terapeuta, verificando se o *setting* era seguro para partilhas significativas.

Nos momentos em que a AG abordava os vários temas que escolhia, existia uma linguagem desadequada que utilizava muitos palavrões. A forma como a AG os incluía no seu discurso, davam a entender que faziam parte do seu quotidiano fora da instituição, pois durante o dia a AG estava sempre a ser avisada da sua linguagem. Indo ao encontro

das ideologias da instituição, a terapeuta informou a utente que a utilização daquela linguagem não era permitida em sessão, mas transformou esse limite numa oportunidade de criatividade, propondo substituições lúdicas que abriram caminho para estratégias de autorregulação.

2ª Fase (Sessão 7 a 20)

Esta fase do processo terapêutico da AG é marcada pela sua escola quase constante do tamborim. Observa-se aqui uma maior interação musical por parte da utente, que passou a aceitar participar em experiências musicais mais complexas, revelando capacidades rítmicas e uma crescente competência para manter e criar estruturas musicais lógicas. O tamborim pode ser lido como um objetivo de suporte, que lhe oferecia previsibilidade e controlo, funcionando como base segura para a exploração.

Apesar de continuar a manifestar um comportamento desafiador ao início das sessões, dizendo "não quero fazer nada", a AG envolvia-se emocionalmente assim que a experiência emocional se iniciava. Este envolvimento intenso dificultava, por vezes, o controlo da excitação, levando-a a tocar de forma muito forte. O controlo da excitação revelou-se um desafio, mas a introdução de variações musicais pela terapeuta mostrou-se eficaz para modular a sua intensidade emocional, evidenciando não só a função reguladora da música como também a capacidade emergente da AG de se deixar afetar pela presença do outro.

Nesta fase, a AG começou igualmente a aprofundar os temas que trazia sobre o seu quotidiano, mostrando uma maior capacidade de reflexão. Um tema recorrente era a aula que tinha com uma professora, no mesmo dia da sessão de musicoterapia, onde realizava fichas de Língua Portuguesa e Matemática. Nessas partilhas, a utente referia frequentemente se o seu comportamento tinha sido adequado ou não. Quando reconhecia que não, era capaz de identificar o que tinha feito de errado e o que poderia melhorar. Este cruzamento entre verbalização e experiência musical, revela a riqueza da musicoterapia como espaço de integração, onde narrativas pessoais se articulam com vivências sonoras, potenciando competências sociais, comunicativas e de autoavaliação.

Quando à linguagem desadequada, destaca-se um episódio em que a AG, após dizer um palavrão, utilizou espontaneamente a expressão "trava que é a descer". A terapeuta retomou essa expressão em sessões seguintes, sempre que surgiam palavras proibidas. Com o tempo, a própria AG começou a utilizá-la de forma autónoma,

reduzindo significativamente o uso de palavrões. A adoção desta expressão tornou-se um marcador de autorregulação, com forte valor simbólico, nascido da relação terapêutica e internalizado de forma autónoma.

Um aspeto particularmente relevante nesta fase ocorreu na 15ª sessão, quando a utente chegou à sala de musicoterapia – contrariando o padrão de dizer que não queria fazer nada – e afirmou que tinha estado com o primo a ensaiar músicas em casa para cantar na sessão. Este gesto simboliza investimento afetivo no processo, revelando apropriação do espaço terapêutico e atribuição de sentido pessoal à experiência.

Fase Final (Sessão 21 a 25)

A fase final do processo terapêutico da AG corresponde às últimas cinco sessões e foi marcada por progressos significativos, tanto a nível comportamental como relacional e emocional. Esta etapa revela-se como um momento de consolidação de aprendizagens internas e de apropriação simbólica do espaço terapêutico como um lugar seguro, estruturante e afetivamente relevante.

Um dos indicadores mais claros dessa evolução foi a aplicação quase sistemática da expressão "trava que é a descer", já introduzida e explorada na fase anterior. O uso espontâneo e funcional desta frase sugere não apenas uma internalização simbólica de um mecanismo de autocontrolo, mas também a presença de um dispositivo autorregulador com raízes relacionais, ou seja, algo que nasce da interação com a terapeuta, mas que é apropriado e usado autonomamente pela utente. Esta expressão transformou-se, assim, numa espécie de apoio afetivo, associado a contenção sem punição, a regulação sem julgamento e ao cuidado sem imposição, simbolizando um vínculo seguro.

Do ponto de vista musical, houve uma clara melhoria na capacidade de contenção e estrutura, o que pode ser lido como sinal de maior organização interna e equilíbrio entre impulsividade e contenção. A AG passou a conseguir participar numa música completa com controlo na intensidade e no ritmo, revelando não só progresso na autorregulação emocional como também uma crescente capacidade de manter o foco e de sustentar a experiência musical com coerência. Estes aspetos demonstram a emergência de uma organização interna mais estável e um maior equilíbrio entre impulsividade e contenção.

Outro aspeto profundamente significativo nesta fase foi a alteração do comportamento inicial de resistência a participar nas sessões. Ao contrário do padrão anteriormente observado – em que a utente se mostrava resistente, agressiva ou

descontrolada no momento de ser chamada –, nas últimas sessões a AG passou a aguardar à porta da sala de musicoterapia, pronta para entrar, antes mesmo de ser chamada pela terapeuta ou pela monitora. Este comportamento foi entendido como um claro indicador de motivação intrínseca, de apropriação do espaço terapêutico e de valorização da relação estabelecida.

Discussão do caso

A análise do percurso terapêutico da AG, ao longo das 25 sessões de musicoterapia, revela uma evolução significativa que vai ao encontro dos pressupostos teóricos apresentados na revisão da literatura. A musicoterapia demonstrou ser um espaço privilegiado para a promoção da autorregulação emocional, da contenção afetiva e da construção simbólica de limites, conforme defendido por Bruscia (2016). A internalização da expressão "trava que é a descer" constitui um exemplo claro da apropriação simbólica de um dispositivo regulador, emergente da relação terapêutica e sustentado pela musicalidade do *setting*.

Aqui, a qualidade da relação terapêutica enquanto espaço seguro foi determinante para a evolução observada. No início do processo, a resistência da utente ao envolvimento musical e relacional podia ser lida como uma defesa contra a vinculação e posterior separação. Essa resistência foi gradualmente transformada numa participação ativa e afetivamente investida, resultando numa apropriação positiva do espaço terapêutico – evidenciada pelo facto de, nas últimas sessões, a AG aguardar à porta da sala antes mesmo de ser chamada.

Musicalmente, observou-se uma transição da desorganização inicial para uma crescente capacidade de estruturação, manutenção rítmica e controlo de intensidade – fatores indicativos de maior organização interna e autorregulação emocional, indo ao encontro dos pressupostos do modelo Nordoff-Robbins.

No entanto, é importante refletir criticamente sobre alguns aspetos do processo. A expressão verbal frequente de "não quero fazer nada", mesmo em fases mais avançadas da intervenção, levanta a hipótese de um padrão automatizado de resistência que, embora não impeditivo do envolvimento, poderá representar uma zona de conforto ou mecanismo de defesa. Este comportamento convida a uma leitura externa que contempla não só o contexto institucional da utente, como também a necessidade de reafirmação de controlo num ambiente altamente estruturado.

Por fim, é de salientar o papel da improvisação e da composição como ferramentas de mediação emocional. A escolha quase constante do tamborim poderá estar associada a uma necessidade de previsibilidade e controlo, funcionando como apoio num processo de experimentação emocional.

Conclusão

A intervenção musicoterapêutica com a AG revelou-se um processo de construção gradual de confiança, regulação e expressão emocional. Ao longo das sessões, foi possível observar uma mudança significativa na forma como a utente se envolvia com a música, com a terapeuta e consigo própria. De uma postura inicialmente marcada pela resistência e desorganização, a AG foi encontrando na música um espaço onde podia estar, experimentar, falhar, repetir e reconstruir sem julgamento.

A música ao funcionar como um ponto de encontro seguro, permitiu que a AG começasse a aceitar limites, a tolerar frustrações e a transformar padrões automáticos de recusa em momentos de partilha e envolvimento. Pequenos gestos como, aguardar à porta pela sessão ou aceitar instrumentos diferentes, ganharam um valor simbólico importante no percurso terapêutico, traduzindo uma crescente abertura ao outro e ao processo.

A expressão "trava que é a descer", inicialmente proposta pela terapeuta, foi adotada pela AG como um recurso pessoal de autorregulação, refletindo a apropriação de ferramentas emocionais que transcendem o contexto da musicoterapia. Esta interiorização é, por si só, um dos indicadores mais relevantes do impacto da intervenção.

Em suma, este estudo de caso mostra como a musicoterapia, quando sustentada numa relação empática, consistente e flexível, pode abrir caminhos de reorganização emocional. Os progressos observados com a AG não surgiram de mudanças súbitas, mas da continuidade de uma presença musical que escuto, acompanhou e acolheu cada etapa do seu desenvolvimento.

Outras intervenções clínicas

Para além dos estudos de caso desenvolvidos com maior profundidade, apresenta-se nesta secção um conjunto de casos com os quais foi também desenvolvida intervenção musicoterapêutica ao longo deste estágio. Estes casos não são analisados com o mesmo nível de detalhe, mas permitem ilustrar a diversidade de situações acompanhadas e o tipo de intervenção realizada.

O objetivo é oferecer uma visão sintetizada, mas representativa, das diferentes experiências clínicas, sem entrar em detalhes sobre os planos terapêuticos ou o conteúdo específico das sessões.

Caso FF

FF é um homem de 35 anos, integrado no CACI, frequentando um grupo de inclusão. Vive com paralisia cerebral, condição que afeta de forma significativa a sua mobilidade e expressão motora, embora mantenha uma comunicação verbal percetível.

No início do acompanhamento, o FF apresentava um discurso frequentemente irrealista face às suas capacidades físicas, demonstrando expetativas pouco ajustadas à sua condição.

O objetivo principal da intervenção passou por validar as competências e capacidades do FF, promovendo uma vivência mais ajustada e positiva da sua identidade e do seu desempenho funcional. Ao longo do processo, observou-se um aumento da sua participação nas sessões, especialmente em atividades musicais, onde passou a cantar secções completadas de músicas de forma autónoma, sem necessitar do apoio vocal da terapeuta. Este progresso refletiu não só um ganho na autonomia musical, mas também um fortalecimento da sua autoestima e da perceção da eficácia pessoal.

Caso AA

AA é uma jovem de 27 anos, integrada no CACI, frequentando a sala de nível intermédio. Apresenta uma perturbação intelectual associada a um quadro de deterioração cognitiva, bem como um atraso significativo no desenvolvimento psicomotor.

Na fase inicial da intervenção, foram evidentes dificuldades em manter a atenção e em concluir tarefas. Por exemplo, durante atividades como o canto de uma música, era comum interromper de súbito a tarefa para mudar de assunto, revelando impulsividade e

uma atenção de curta duração. Estas dificuldades afetavam a sua participação ativa e continuidade nas dinâmicas propostas.

O principal objetivo terapêutico consistiu em promover um aumento da motivação e a capacidade de levar uma tarefa até ao fim. Ao longo do processo, observou-se uma ligeira melhoria na sua capacidade de concentração e na permanência na atividade. Em particular, notou-se uma evolução positiva na motivação: a AA passou a demonstrar iniciativa na escolha das músicas para as atividades, o que indicou maior envolvimento e interesse pelas propostas.

Caso HN

O HN é um homem de 41 anos, integrado num dos grupos de bem-estar. Apresenta paralisia cerebral com tetraparesia espástica, condição que afeta significativamente a sua mobilidade e postura.

O acompanhamento em musicoterapia com o HN não foi contínuo, uma vez que, após as primeiras sessões, o utente teve uma alteração no horário de atividades e deixou de frequentar regularmente as sessões. Apesar disso, foi possível recolher algumas observações relevantes durante o breve período de intervenção.

O objetivo terapêutico centrou-se na criação de momentos de bem-estar, através da utilização de técnicas recetivas, com foco na escuta, relaxamento e promoção de um estado emocional positivo. Durante as sessões em que participou, o HN mostrou-se recetivo e envolvido, beneficiando visivelmente do ambiente sonoro criado, embora sem tempo suficiente para se observar uma evolução prolongada.

Caso FN

O FN é um jovem de 25 anos, integrado numa sala de nível intermédio. Diagnosticado com Síndrome de Noonan, apresenta limitações ao nível da linguagem oral, que se caracteriza por ser pouco articulada e com uma entoação bastante monocórdica. No entanto, demonstra grandes capacidades musicais, com facilidade na execução rítmica.

Na fase inicial do acompanhamento, o FN mostrava alguma timidez na interação verbal e musical, participando nas atividades de forma mais reativa do que proativa. A linguagem oral limitada dificultava a expressão de vontades e sugestões, e a sua iniciativa em contexto de díade era reduzida, apesar das evidentes competências musicais.

O principal objetivo da intervenção consistiu em promover a autonomia musical do FN, incentivando a sua capacidade de iniciativa e a expressão de preferências pessoais. Ao longo do processo, foi notório um crescimento progressivo da sua confiança, tornando-se mais ativo na partilha de ideias, sugerindo temas para improvisações e indicando músicas que gostaria de cantar. Esta evolução refletiu-se não só no contexto musical, mas também na sua comunicação expressiva em geral.

Caso VB

A VB é uma mulher de 35 anos, inserida numa sala de nível intermédio. Apresenta um quadro clínico complexo, envolvendo doenças do movimento, com destaque para distonia focais, e encontra-se também acompanhada pelas especialidades de psiquiatria de ligação, oftalmologia genética e doenças hereditárias. Manifesta discurso lúdico e crítico sobre si própria, o que contribui para uma autoestima reduzida, sobretudo devido à perceção clara da perda progressiva das suas capacidades.

No início do processo, foram identificadas dificuldades ao nível da expressão verbal, nomeadamente uma fala acelerada, por vezes acompanhada de gaguez, o que comprometia a fluência e a clareza da comunicação. A sua participação nas sessões era, inicialmente, marcada por alguma insegurança e uma ligação emocional limitada às atividades propostas, revelando dificuldades em reconhecer valor pessoal nas suas ações.

O objetivo terapêutico centrou-se na validação das suas capacidades e gostos, bem como no treino da respiração como ferramenta de regulação na fala. Com o decorrer das sessões, foi observada uma evolução positiva, sobretudo na forma como a utente começa a expressar maior apreço pelas atividades desenvolvidas. Demonstrou, progressivamente, mais envolvimento e satisfação, o que indica uma melhoria na forma como percebe as suas próprias competências e interesses.

O Grupo Terapêutico

O grupo terapêutico foj formado com o objetivo de promover experiências coletivas de musicoterapia, tendo em consideração critérios de inclusão relacionados com o nível de autonomia, capacidade de comunicação e disponibilidade para integrar dinâmicas de grupo. A escolha dos cinco elementos partiu da estagiária, que identificou utentes para quem o trabalho grupal poderia constituir um complemento relevante,

sobretudo ao nível da socialização, cooperação e desenvolvimento de competências sociais.

O grupo era composto por cinco elementos, todos integrados na valência de inclusão do CACI. Os participantes apresentavam idades e patologias diversas, como é possível observar na Tabela 1, o que implicava diferentes níveis de autonomia, comunicação e funcionamento social.

No início da intervenção, foi notória a dificuldade do grupo em coordenar-se ritmicamente. A ausência de uma pulsação comum nas atividades musicais refletia desafios na escuta mútua, na atenção sustentada e na capacidade de colaboração. Estas dificuldades estava, diretamente relacionadas com as condições individuais dos participantes, que afetavam tanto o comportamento em grupo como a execução das tarefas propostas.

O principal objetivo foi promover a coesão e a escuta coletiva, utilizando a música como veículo de ligação entre os elementos. Neste sentido, foram estabelecidos objetivos a dois níveis: (1) promover competências de interação social, como cooperação e partilha; (2) desenvolver competências musicais que sustentassem a experiência grupal, como manter a pulsação, acompanhar estruturas rítmicas simples e cantar em conjunto.

Com o tempo, observou-se uma evolução significativa na capacidade do grupo de tocar em conjunto, respeitando uma mesma pulsação e mantendo-se coeso ao longo de uma música inteira. Um dos momentos mais relevantes do processo foi a criação colaborativa de uma canção original, em que cada elemento compôs uma estrofe sobre si próprio. Esta atividade revelou-se altamente significativa, promovendo a expressão individual e a identidade de grupo.

Outras atividades

Durante o período de estágio, a principal atividade complementar à prática regular de musicoterapia foi a participação na festa de Natal organizada pelo CRIF. Esta iniciativa incluiu uma ida à missa com os utentes e a realização de momentos musicais integrados no contexto da celebração.

A participação nesta atividade permitiu que a terapeuta contactasse com os utentes num ambiente diferente do habitual, fora da sala de musicoterapia, promovendo uma relação mais informal. Os momentos musicais tiveram especial significado, considerando que contribuiu para o ambiente festivo e para o bem-estar emocional dos participantes.

Para além da dimensão lúdica, esta experiência também teve uma intenção terapêutica: reforçar o sentimento de pertença comunitária, promover a autoestima dos utentes ao valorizarem-se em público através da música e facilitar a generalização das competências adquiridas em sessão para outros contextos sociais. A integração em festas institucionais revelou-se assim uma oportunidade para fomentar competências adaptativas e promover o reconhecimento social dos utentes.

Apesar de não terem ocorrido outras atividades extracurriculares diretamente relacionadas com a área, esta experiência reforçou a importância da flexibilidade da intervenção musicoterapêutica e da sua integração em momentos significativos da vida institucional.

Conclusão

O estágio curricular em musicoterapia realizado no Centro de Reabilitação e Integração de Fátima, na valência do CACI, permitiu a concretização de objetivos fundamentais delineados no início do percurso. Através da intervenção com utentes adultos com deficiência intelectual, foram promovidas experiências de escuta, expressão, relação e bem-estar, mediadas pela música. Os objetivos gerais definidos – como o desenvolvimento pessoal, a expressão emocional, o reforço da autoestima e das competências sociais, bem como a manutenção de capacidades cognitivas – foram abordados através de metodologias adaptadas às necessidades de cada utente.

A intervenção teve impacto real nas vidas dos participantes. Foram observados ganhos ao nível da autonomia, iniciativa, comunicação (verbal e não-verbal) e envolvimento nas atividades, com destaque para os casos em que a música facilitou a expressão de conteúdos que dificilmente seriam comunicados por outras vias. A musicoterapia revelou-se, assim, uma ferramenta eficaz de aproximação terapêutica, de validação pessoal e de promoção do vínculo afetivo.

O trabalho desenvolvido confirmou o que foi explorado na revisão de literatura: a musicoterapia é particularmente eficaz em populações com dificuldades de comunicação verbal, uma vez que permite o acesso a níveis expressivos e relacionais através de outras linguagens. Os modelos de intervenção aplicados, nomeadamente o modelo Nordoff-Robbins e a abordagem humanista, mostraram-se ajustados à realidade do contexto, favorecendo a escuta ativa, a improvisação livre e a valorização da singularidade de cada utente. Variáveis como a motivação, autoestima e vinculação mostraram-se centrais no sucesso da intervenção.

Em termos pessoais e profissionais, o estágio representou um crescimento significativo. A experiência permitiu aprofundar competências de escuta, adaptação, análise e intervenção terapêutica, bem como refletir sobre a função do musicoterapeuta enquanto facilitador dos processos humanos complexos. Confirma-se a importância de um olhar clínico, mas também empático e criativo, onde a música não é apenas um meio, mas um espaço de encontro.

Discussão

As conclusões deste estágio permitem estabelecer uma ligação direta com os pressupostos teóricos que fundamentaram a prática. A musicoterapia, tal como referem Bruscia (2016) e Lindahl Jacobsen et al. (2019), é um processo relacional e dinâmico, em que a música serve de meio de transformação pessoal. Esta transformação foi observada em vários dos utentes acompanhados através de pequenos progressos que tiveram grande significado no seu quotidiano.

O modelo Nordoff-Robbins, baseado na ideia de que todos têm uma capacidade inata de resposta à música, foi particularmente evidente no trabalho com utentes com dificuldades de linguagem verbal, permitindo experiências de expressão espontânea e construção de identidade. A abordagem humanista esteve igualmente presente, na medida em que a escuta ativa, a aceitação incondicional e a adaptação à pessoa foram constantes em todas as fases do processo terapêutico.

Importa ainda referir que, em muitas situações descritas, a intervenção assumiu também uma forte componente de cariz comportamental. Ao trabalhar a repetição de estímulos, a habituação a situações de frustração, a aceitação de limites e a substituição de comportamentos desadaptativos por alternativas mais funcionais, foi possível fomentar competências de adaptação e autorregulação. Este enquadramento mostra que, para além da dimensão humanista e criativa, a musicoterapia pode constituir uma ferramenta eficaz na promoção de comportamentos socialmente adequados e de competências práticas no quotidiano.

Do ponto de vista funcional, a música foi utilizada como recurso para desenvolver competências cognitivas, motoras e sociais, como defendem Bajs (2022) e Hooper et al. (2008). A validação das capacidades individuais e a promoção do bem-estar, mesmo nos casos em que a progressão foi limitada, foram fatores de grande relevância clínica. As sessões revelaram-se também espaços privilegiados de construção de vínculo e segurança emocional, confirmando o que autores como (Pavlicevic et al., 2014) referem sobre a importância da relação terapêutica e da continuidade simbólica proporcionada pela música.

Este estágio permitiu ainda uma autoavaliação crítica do papel da estagiária, enquanto futura profissional da área. A reflexão constante entre teoria e prática mostrou-se essencial para a adaptação das estratégias às necessidades reais dos utentes e para o

desenvolvimento de uma postura terapêutica consciente e ética. A articulação entre intuição musical, planeamento técnico e escuta empática revelou-se um dos principais desafios, mas também uma das conquistas mais significativas deste percurso.

Reflexão Pessoal Final

A realização deste estágio foi, sem dúvida, uma das experiências mais marcantes e transformadoras do meu percurso académico e pessoal. Ao longo dos meses que estive presente no CRIF, tive oportunidade de viver de perto a realidade de um contexto institucional que acolhe e acompanha pessoas com deficiência, o que me permitiu não só aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos, mas também desenvolver competências práticas e humanas fundamentais para o exercício da musicoterapia.

Desde o início, enfrentei desafios significativos, nomeadamente a dificuldade em impor limites a certos utentes. Esta dificuldade, que fui identificando e refletindo ao longo do estágio, permitiu perceber que, para além da empatia e da escuta ativa, o espaço terapêutico requer também contenção, estrutura e consistência. Aprendi que estabelecer limites claros, de forma respeitosa, pode ser um fator protetor e organizador para o utente, e uma componente essencial da relação terapêutica.

Outra aprendizagem marcante foi o reconhecimento da importância do silêncio na sessão. Ao início, sentia algum desconforto diante dos momentos em que o utente não reagia de imediato, e o impulso natural era preencher esse vazio com mais estímulo, mais música, mais ação. Com o tempo, fui compreendendo que o silêncio pode ser profundamente benéfico – um espaço fértil onde o utente tem tempo para assimilar, processar e, eventualmente, responder à sua maneira. Aprendi a confiar mais no processo, a tolerar a espera e a escutar também o que não é dito ou tocado.

Uma das reflexões mais importantes que levo deste estágio tem que ver com o respeito pela individualidade e pelas vontades de cada utente. Ao longo da convivência diária, fui reforçando a ideia de que os utentes têm gostos próprios, histórias, preferências e desejos que devem ser considerados com a mesma seriedade que se atribui a qualquer outra pessoa. Ainda que o funcionamento institucional exija rotinas e organização, é fundamental que cada profissional mantenha uma escuta atenta às necessidades singulares de cada utente, valorizando a sua autonomia e promovendo a sua participação nas escolhas do dia a dia. A musicoterapia revelou-se, nesse sentido, um espaço privilegiado onde essas vontades puderam emergir de forma espontânea e significativa.

Em termos de relações interpessoais, destaco o vínculo que fui desenvolvendo com os utentes. Foram as pequenas conexões que me mostraram o poder da música como linguagem universal e me fizeram acreditar ainda mais na pertinência desta área. Também

a relação com a equipa multidisciplinar foi muito enriquecedora: permitiu-me compreender melhor o papel do musicoterapeuta num contexto integrado e ofereceu-me oportunidades de diálogo e colaboração interprofissional. Senti-me bem acolhida, respeitada, incentivada a contribuir de forma ativa e responsável.

Este estágio confirmou o meu desejo de continuar o meu caminho profissional na área da musicoterapia, idealmente em contextos vulneráveis, onde a intervenção musical possa ser um canal de expressão, reconhecimento e transformação. No futuro, gostaria de aprofundar o trabalho em co-terapia com outras áreas, assim como investir em formação contínua para poder responder com mais ferramentas às diferentes realidades com que me venha a deparar.

Em suma, este estágio foi muito mais do que uma etapa académica: foi um espaço de descoberta, encontro e crescimento. Saio deste processo mais consciente das minhas capacidades, dos meus limites, e, sobretudo, do impacto profundo que a música pode ter quando usada com intencionalidade, respeito e escuta genuína.

Referências

Active music making and leisure activities for people with intellectual disabilities: A cluster randomized pilot study (2023). *Research in Developmental Disabilities, 142,* 104606. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2023.104606

Adkins, B., Summerville, J., Knox, M., Brown, A. R., & Dillon, S. (2013). Digital technologies and musical participation for people with intellectual disabilities. *New Media & Society*, *15*(4), 501–518. https://doi.org/10.1177/1461444812457338

Alvin, J. (1975). *Music therapy*. Hutchinson.

American Association on Intellectual and Developmental Disabilites. (2010). *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports* (11.a ed.). American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.

American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5.a ed.). American Psychiatric Association. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Ansdell, G., & DeNora, T. (2016). *Musical pathways in recovery: Community music therapy and mental wellbeing*. London: Routledge.

Aranha, M. S. F. (2001). Paradigmas da Relação da Sociedade com as Pessoas com Deficiência. *Revista do Ministério Público do Trabalho*, *11*(21), 160–173.

Bajs, C. (2022). Music therapy with individuals with severe multiple disabilities. *Approaches: An Interdisciplinary Journal of Music Therapy*, *16*(4), 204–227. https://doi.org/10.56883/aijmt.2024.60

Benenzon, R. (1985). *Manual de Musicoterapia* (Clementina Nastari, Trad.). Enellivros.

Botelho, M. L. e. (2023). *O silêncio das palavras: a musicoterapia e o adulto com incapacidade intelectual*. Universidades Lusíada.

Bruscia, K. E. (2016). *Defining Music Therapy* (M. Leopoldino, Trad.; 3.a ed.). Barcelona Publishers.

CRIF. (2025). CRIF. https://crif.pt

Cecília, M., & Vargas, P. R. (2024). A música enquanto recurso terapêutico na atenuação do sofrimento psíquico: uma discussão cognitivo-comportamental. *Cadernos de psicologia*, *6*(10). https://seer.uniacademia.edu.br/index.php/cadernospsicologia/article/view/3996/2959

Correia, A. J. R. M. (2017). *Aventura de ser… musicoterapia em adultos com deficiência intelectual : estudo de caso* [Universidade Lusíada]. http://repositorio.ulusiada.pthttp://hdl.handle.net/11067/2829

DeBedout, J. K., & Worden, M. C. (2006). Motivators for Children with Severe Intellectual Disabilities in the Self-Contained Classroom: A Movement Analysis. *Journal of Music Therapy*, *43*(2), 123–135. https://doi.org/10.1093/jmt/43.2.123

Després, J., Héroux, I., LeBlanc, A., & Lemaire, E. (2024). Music and young people with intellectual disability: A scoping review. *Psychology of Music, 52*(2), 331–351. https://doi.org/10.1177/03057356231203697

De Witte, M., Spruit, A., van Hooren, S., Moonen, X., & Stams, G. J. (2020). Effects of music interventions on stress-related outcomes: A systematic review and two meta-analyses. *Health Psychology Review, 14*(2), 294–324. https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1627897

Effectiveness of music therapy in enhancing empathy and emotional recognition in adolescents with intellectual disabilities. (2024). *Acta Psychologica, 243,* 104152. https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2024.104152

Feasibility, experiences and short-term outcomes on challenging behaviour and well-being of a partially online music intervention pilot study for adults with intellectual disabilities. (2024). *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities.* Advance online publication. https://doi.org/10.1111/jar.13223

Ferreira, E. F., & Van Munster, M. D. A. (2015). Métodos de avaliação do comportamento adaptativo em pessoas com deficiência intelectual: uma revisão de literatura. *Revista Educação Especial*, *28*(51), 193–208. https://doi.org/10.5902/1984686X14339

Ferreira, I. L. (2022). *A musicoterapia com jovens adultos com trissomia 21 e deficiência intelectual*. Universidades Lusíada.

Garghetti, F. C., Medeiros, J. G., & Nuernberg, A. H. (2013). Breve História da Deficiência Intelectual. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)*, *10*, 101–116. http://www.revistareid.net/revista/n10/REID10art6.pdf

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. https://doi.org/10.1093/mtp/26.2.80

Lindahl Jacobsen, S., Nygaard Pedersen, I., & Ole Bonde, L. (2019). *A Comprehensive Guide to Music Therapy: Theory, Clinical Practice, Research and Training* (2.a ed.). Jessica Kingsley Publishers.

Loureiro, M. F. (2017). *No silêncio há som : musicoterapia em jovens e adultos com perturbações do desenvolvimento intelectual*. Universidade Lusíada.

MacDonald, R., Kreutz, G., & Mitchell, L. (Eds.). (2017). *Music, health, and wellbeing*. Oxford: Oxford University Press.

Madsen, C. K., Cotter, V., & Madsen, C. H. (1968). A Behavioral Approach to Music Therapy. *Journal of Music Therapy*, *5*(3), 69–71. https://doi.org/10.1093/jmt/5.3.69

Martins, C. M. L. (2017). *Musicoterapia e as competências sociais do adulto com deficiência* [Universidades Lusíada]. http://repositorio.ulusiada.pt

Maslow, A. H. (2013). *Toward a psychology of being* (3rd ed.). Start Publishing LLC. (Original work published 1968)

Mittler, P. (1995). Intellectual disability. *World Health*, *48*(5), 18–19.

Nordoff, P., & Robbins, C. (1977). *Creative music therapy: Individualized treatment for the handicapped child*. John Day Company.

Pavlicevic, M., O'Neil, N., Powell, H., Jones, O., & Sampathianaki, E. (2014). Making music, making friends: Long-term music therapy with young adults with severe learning disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*, *18*(1), 5–19. https://doi.org/10.1177/1744629513511354

Ponces, R. S. P. M. C. (2018). *Sons de confiança : musicoterapia e a pessoa com deficiência* [Universidades Lusíada]. http://repositorio.ulusiada.pt

Portaria 70/2021 do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. (2021). Diário da República nº60/2021, Série I de 2021-03-26, páginas 23-40. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/70-2021-160316760

Puente, J. R. la, & Moltó, A. G. (2012). Musicoterapia Aplicada a la intervención en personas con discapacidad intelectual. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, *43*, 84–99.

Rodrigo, A., Santos, S., & Gomes, F. (2016). A qualidade de vida de pessoas com Dificuldade Intelectual e necessidade de apoio permanente: a validade de conteúdo da versão Portuguesa da Escala San Martín. *Research and Networks in Health*, *2*, 1–9. http://hdl.handle.net/10400.8/4435

Rogers, C. R. (2009). *Client-centered therapy: Its current practice, implications and theory*. Constable & Robinson. (Original work published 1951)

Rushton, R., Kossyvaki, L., & Terlektsi, E. (2022). Music-based interventions for people with profound and multiple learning disabilities: A systematic review. *Journal of Intellectual Disabilities, 27*(2), 370–387. https://doi.org/10.1177/17446295221110258

Ruud, E. (1990). Caminhos da Musicoterapia (V. Wrobel, Trad.). Em *Journal of Music Therapy* (Número 4). summus editorial. https://doi.org/10.1093/jmt/18.4.195

Standley, J., Johnson, C. M., Robb, S. L., Brownell, M. D., & Kim, S.-H. (2004). Behavioral Approach to Music Therapy. Em *Introduction to Approaches in Music Therapy*.

Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. Basic Books.

Vaillancourt, G., & Bradt, J. (2021). Music therapy in mental health care: A comprehensive overview. *Nordic Journal of Music Therapy, 30*(5), 347-366. https://doi.org/10.1080/08098131.2020.1833655

Vieira, I. P. (2018). *Musicoterapia e deficiência intelectual* [Universidades Lusíada]. http://repositorio.ulusiada.pt

Watson, T. (Ed.). (2007). *Music Therapy with Adults with Learning Disabilities* (1.a ed.). Routledge/Taylor & Francis Group.

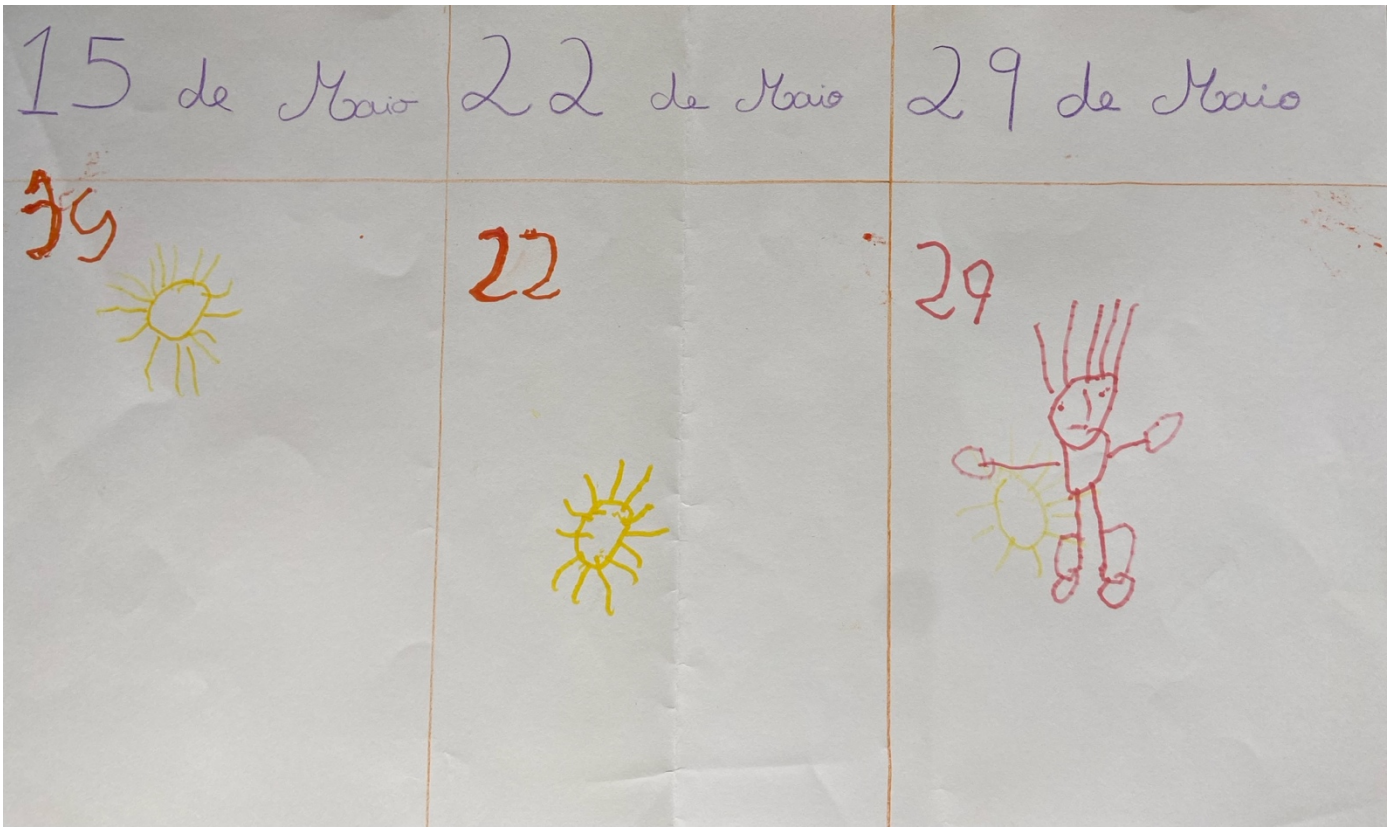
World Federation of Music Therapy. (2020). *About WFMT*. https://www.wfmt.info

Wu, J., Zhang, Q., & Wu, A. (2024). Functioning, health and developmental benefits of music interventions for children and adolescents with intellectual and developmental disabilities: A systematic review of systematic reviews. *Chinese Journal of Rehabilitation Theory and Practice, 30*(5), 543–553.

Apêndices

Apêndice A – *Setting da Sala Principal*

Apêndice B – *Desenho criado nas três últimas sessões por NM*



Anexos

Anexo 1 – *Music Therapy Made Simple*

Avaliação em Musicoterapia

(*Music Therapy Made Simple*)

Nome:_____ **Data de Nascimento:**____/____/_____ **Data da Avaliação:**____/____/_____

Outro suporte para avaliação (circular):
Formulário de admissão Conversa com o tutor Conversa com o cliente Outro:_____

Escala de classificação:
Nunca/Raramente – Não realiza a ação, realiza-a raramente, a competência não está presente, etc.
Com Apoio – Realiza a ação com apoio verbal, apoio físico, suportes visuais, etc.
Independentemente – Realiza a ação quando apropriado, não necessita de apoio, a competência está presente, etc.
Não observado – Não é adequado para a idade, não foi abordado na avaliação, etc.

Social

Nunca/ Raramente	*Com Apoio*	*Independentemente*	*Não Observado*	
				Estabelece contacto visual
				Mantém contacto visual
				Evita contacto visual
				Respeita turnos
				Interage com adultos/terapeutas
				Interage com pares da mesma idade
				Comportamentos/verbalizações disruptivas
				Brincadeira imaginativa/criativa
				Demonstra consciência espacial/limites

Comentários:

Emocional

Nunca/ Raramente	*Com Apoio*	*Independentemente*	*Não Observado*	
				Identifica emoções (imagens/histórias)
				Nomeia emoções (próprias)
				Expressa emoções
				Usa vocabulário emocional
				Demonstra uma variedade de emoções
				Faz afirmações negativas sobre si próprio
				Faz afirmações de esperança/felicidade
				Faz afirmações de dano sobre si próprio ou outros

Comentários:

1

Atenção e Capacidades Cognitivas

Nunca/ Raramente	*Com Apoio*	*Independentemente*	*Não Observado*	
				Mantém a atenção na tarefa
				Segue instruções de 1-2 passos
				Segue instruções de 3+ passos
				Sequencia 2+ itens
				Resolve problemas
				Faz escolhas
				Motivado(a) por incentivos
				Lê abaixo / ao nível / acima do esperado para a idade *(circular)*
				Escreve abaixo / ao nível / acima do esperado para a idade *(circular)*
				Demonstra pensamento organizado
				Demonstra pensamentos tangenciais
				Transita com sucesso entre atividades
				Transita com sucesso entre espaços
				Orientado no tempo e no espaço

Comentários:

Comunicação/Linguagem

Nunca/ Raramente	*Com Apoio*	*Independentemente*	*Não Observado*	
				Vocabulário limitado / moderado /avançado *(circular)*
				Inicia comunicação
				Usa gestos
				Usa língua gestual (incluindo adaptada)
				Usa um dispositivo de comunicação
				Aproximação de palavras
				Discurso incoerente
				Comunica usando frases de 1-2 palavras
				Comunica usando frases de 3+ palavras
				Comunica em frases completas
				Usa volume vocal adequado
				Articula palavras
				Responde ao nome
				Responde a perguntas

Comentários:

Habilidades Motoras

Nunca/ Raramente	*Com Apoio*	*Independentemente*	*Não Observado*	
				Inicia movimentos motores
				Imita movimentos motores
				Demonstra controlo e coordenação motora fina
				Manipula objetos com as mãos
				Isola dedos individualmente
				Demonstra controlo motor grosso
				Demonstra coordenação motora grossa
				Equilibra-se sentado
				Equilibra-se em pé
				Equilibra-se ao caminhar
				Usa um dispositivo de mobilidade assistida
				Cruz a linha média
				Demonstração coordenação óculo-manual
				Amplitude de movimento dentro dos limites normais (membro superior direito)
				Amplitude de movimento dentro dos limites normais (membro superior esquerdo)
				Amplitude de movimento dentro dos limites normais (membro inferior direito)
				Amplitude de movimento dentro dos limites normais (membro inferior esquerdo)

Comentários:

Visão e Audição

Nunca/ Raramente	*Com Apoio*	*Independentemente*	*Não Observado*	
				Visão dentro dos limites normais
				Acompanha visualmente objetos
				Audição dentro dos limites normais
				Discrimina entre estímulos auditivos

Comentários:

Comportamentos Sensoriais

Nunca/ Raramente	*Com Apoio*	*Independentemente*	*Não Observado*	
				Integração/perceção sensorial dentro dos limites normais
				Propriocepção (consciência corporal) dentro dos limites normais
				Permanece na área/cadeira
				Agita-se/balança-se na cadeira
				Corpo constantemente em movimento
				Procura contenção
				Procura pressão profunda
				Procura objetos com textura
				Evita objetos com textura
				Usa auscultadores
				Cobre os ouvidos/coloca os dedos nos ouvidos
				Cria sons altos
				Procura sons específicos:_____
				Evita sons específicos:_____
				Evita/desliga luzes
				Pica a pele
				Puxa os dedos
				Roe as unhas
				Chupa o polegar/dedos
				Torce ou puxa o cabelo
				Cheira ou lambe objetos

Comentários:

Coping Skills e Estratégias de Regulação

Nunca/ Raramente	*Com Apoio*	*Independentemente*	*Não Observado*	
				Usa...
				Mordedor
				Objeto de conforto
				Fidgets (brinquedos de inquietação)
				Bola de sterss/squish
				Agenda visual

Coping Skills e Estratégias de Regulação (continuação)

Nunca/ Raramente	*Com Apoio*	*Independentemente*	*Não Observado*	
				Envolve-se em...
				Respiração profunda
				Destruir objetos (bater, rasgar papel, etc.)
				Desenho/pintura/artesanato
				Tocar percussão
				Imaginação guiada
				Diário/jornalismo
				Meditação
				Movimentos/dança
				Ouvir música
				Relaxamento muscular progressivo
				Pisar forte, gritar, magoar-se a si próprio ou aos outros
				Andar de baloiço
				Yoga

Comentários:

Personalidade/Afeto

Nunca/ Raramente	*Com Apoio*	*Independentemente*	*Não Observado*	
				Agitação
				Raiva
				Ansiedade
				Confiança
				Cooperação
				Afeto congruente (adequado ao ambiente)
				Curiosidade
				Desconforto ou inquietação
				Dominância
				Entusiasmo/Euforia
				Flexibilidade
				Hostilidade
				Otimismo
				Rigidez
				Comportamentos tímidos/retraídos

Comentários:

Respostas Musicais e Atividades

Nunca/ Raramente	*Com Apoio*	*Independentemente*	*Não Observado*	
				Demonstra início/paragem
				Demonstra rápido/lento
				Demonstra curto/longo
				Demonstra alto/baixo (volume)
				Demonstra agudo/grave
				Demonstra pergunta-e-resposta
				Ajusta-se ao tom
				Ajusta-se ao ritmo
				Mantém um ritmo constante
				Imita padrões rítmicos
				Imita exercícios vocais
				Imita contorno melódico
				Lê partituras (tradicional)
				Lê partituras (adaptada)
				Lê letras de música
				Canta frases isoladas
				Completa frases em aberto
				Demonstra pergunta-e-resposta
				Improvisa com a voz
				Cria um tema musical
				Usa a música para expressão
				Usa a música para ruminação
				Usa a música para regulação
				Usa a música para distração

Comentários:

Preferências Musicais:

Instrumentos preferidos:
Instrumentos evitados:
Géneros/músicas de interesse:
Géneros/músicas que não gosta:
Outros:

Sumário da Avaliação

Pontos fortes:

Necessidades gerais:

Recomendações de tratamento:
O musicoterapeuta recomenda que _____ inicie sessões de _____ minutos a cada _____. As seguintes metas e objetivos são sugeridos para atingir durante a primeira parte do plano de tratamento:

Objetivo 1

Objetivo 2

Objetivo 3

Nome do terapeuta:_____

Assinatura do terapeuta:_____

Data:_____/_____/_____

Anexo 2 – *Consentimento informado*

Lisboa, ___ de _____ de _____

Ao Exmº(ª) Sr(ª)

Caro(a) Senhor(a),

A instituição _____, onde o/a _____, sob representação legal de Vª Exª, está inserido, acolhe este ano lectivo uma estagiária do curso de Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, cujo trabalho é orientado a partir da Universidade, por profissionais com formação especializada na área da Musicoterapia. Neste tipo de intervenção, é extremamente importante a gravação em vídeo das sessões, para que o trabalho do estagiário possa ser devidamente supervisionado pelos docentes da Universidade, uma vez que não será possível a deslocação dos docentes supervisores ao local onde o trabalho será desenvolvido pela estagiária.

Assim, vimos por este meio solicitar a sua autorização para que se possam efectuar registos vídeo/audio das sessões de Musicoterapia em que o(a) _____ participa, registos estes que serão utilizados única e exclusivamente para efeitos de supervisão e formação da estagiária. Estes dados serão mantidos na mais absoluta confidencialidade entre o utente, o estagiário e o grupo de supervisão. Os dados serão destruídos após o fim do estágio curricular e da respectiva apresentação de relatório.

Junto apresentamos uma minuta de declaração de autorização do registo vídeo das sessões por parte do representante legal do utente. Solicitamos-lhe que preencha e assine esta declaração, que ficará arquivada no processo do(a) _____.

Com os melhores cumprimentos,

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

Anexo 3 – *Grelhas de observação*

REGISTO DE SESSÃO INDIVIDUAL - MT

NOME DO UTENTE: _____

DATA: _____TERAPEUTA: _____

OBSERVAÇÃO DIRECTA DO UTENTE:
DESCRIÇÃO SUMÁRIA DA SESSÃO:
TEMAS CENTRAIS:
NOVIDADES OU MUDANÇAS:
MÚSICA PRODUZIDA (instrumentos, repertório)
REAÇÕES PESSOAIS:
A FAZER/PREPARAR…

Anexo 4 – *Plano Terapêutico*

PLANO TERAPÊUTICO EM MUSICOTERAPIA

NOME DO UTENTE: _____

IDADE: _____ INÍCIO DO TRATAMENTO:_____

DIAGNÓSTICO: _____

<table>
<tr><td colspan="3">INFORMAÇÕES PRIORITÁRIAS:</td></tr>
<tr><td colspan="3">PROBLEMA Nº 1:</td></tr>
<tr><td colspan="3">OBJECTIVO:</td></tr>
<tr><td colspan="3">SUB-OBJECTIVOS:</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">PROBLEMA Nº 2:</td></tr>
<tr><td colspan="3">OBJECTIVO:</td></tr>
<tr><td colspan="3">SUB-OBJECTIVOS:</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">PROBLEMA Nº 3:</td></tr>
<tr><td colspan="3">OBJECTIVO:</td></tr>
<tr><td colspan="3">SUB-OBJECTIVOS:</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>