

Universidades Lusíada

Mendes, Cláudia Raquel Sousa Pires Mendes, 1981-

A musicoterapia no Externato Rumo ao Sucesso

<http://hdl.handle.net/11067/8712>

Metadados

Data de Publicação

2025

Resumo

O presente relatório reflete o trabalho realizado no estágio curricular do Mestrado em Musicoterapia, focado nos procedimentos e efeitos de intervenções terapêuticas com crianças com deficiência e necessidades específicas. Realizado no Externato Rumo ao Sucesso, o estágio visou impulsionar a autonomia, a regulação comportamental, o desenvolvimento de competências sociais, comunicativas e cognitivas e a expressão emocional. A intervenção abrangeu oito alunos em modalidade individual e de grupo, ...

This internship report details the work conducted during a Master's in Music Therapy practicum, focusing on the procedures and effects of therapeutic interventions with children experiencing disabilities and specific needs. Carried out at Externato Rumo ao Sucesso, the internship aimed to boost autonomy, behavioral regulation, and the development of social, communication, cognitive, and emotional skills. The intervention involved eight students in both individual and group settings, with weekly...

Palavras Chave

Externato Rumo ao Sucesso (Azeitão, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio), Musicoterapia para Crianças, Crianças com deficiência, Musicoterapia - Prática profissional

Tipo

masterThesis

Revisão de Pares

Não

Coleções

[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2026-11-01T06:10:19Z com informação proveniente do Repositório



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

A musicoterapia no Externato Rumo ao Sucesso

Realizado por:
Beatriz Teixeira Chaves

Supervisionado por:
Professora Doutora Susana Aurora Gutiérrez Jiménez

Orientado por:
Dr.^a Soraia Cristina Morais da Luz

Constituição do Júri:

Presidente:	Professora Doutora Tília Rute Maia Cabrita
Supervisora:	Professora Doutora Susana Aurora Gutiérrez Jiménez
Arguente:	Professora Doutora Maria Eduarda Salgado Carvalho

Dissertação aprovada em: 20 de março de 2026

Lisboa

2025



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Musicoterapia

A musicoterapia no Externato Rumo ao Sucesso

Cláudia Raquel Sousa Pires Mendes

Lisboa

Agosto 2025



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Musicoterapia

A musicoterapia no Externato Rumo ao Sucesso

Cláudia Raquel Sousa Pires Mendes

Lisboa

Agosto 2025

Cláudia Raquel Sousa Pires Mendes

A musicoterapia no Externato Rumo ao Sucesso

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

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

Orientadora de estágio: Dr.^a Soraia Cristina Morais da Luz

Lisboa

Agosto 2025

FICHA TÉCNICA

Autora Cláudia Raquel Sousa Pires Mendes
Supervisora de estágio Prof.^a Doutora Susana Aurora Gutiérrez Jiménez
Orientadora de estágio Dr.^a Soraia Cristina Morais da Luz
Título A musicoterapia no Externato Rumo ao Sucesso
Local Lisboa
Ano 2025

MEDIATECA DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

MENDES, Cláudia Raquel Sousa Pires Mendes, 1981-

A musicoterapia no Externato Rumo ao Sucesso / Cláudia Raquel Sousa Pires Mendes ; supervisionado por Susana Aurora Gutiérrez Jiménez ; orientado por Soraia Cristina Morais da Luz. - Lisboa : [s.n.], 2025. - Relatório de estágio do Mestrado em Musicoterapia, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - GUTIÉRRES JIMÉNEZ, Susana Aurora, 1971-

II - LUZ, Soraia Cristina Morais da, 1987-

LCSH

1. Musicoterapia para crianças
2. Crianças com deficiência
3. Musicoterapia - Prática profissional
4. Externato Rumo ao Sucesso (Azeitão, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
6. Teses - Portugal - Lisboa

1. Music therapy for children

2. Children with disabilities

3. Music therapy - Practice

4. Externato Rumo ao Sucesso (Azeitão, Portugal) - Study and teaching (Internship)

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

6. Dissertations, academic - Portugal – Lisbon

LCC

1. ML3920.M46 2025

AVISO LEGAL

O conteúdo deste relatório de estágio reflete as perspectivas, 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.

*Aos meus filhos Rafael, Jéssica e Gabriel,
que este trabalho seja um exemplo
e incentivo para as suas vidas*

Agradecimentos

Agradeço à minha família: Jorge, meu companheiro de vida; Gabriel, Jéssica e Rafael, meus amados filhos; Mãe, o meu apoio constante, por todo o suporte, paciência, incentivo e ajuda ao longo deste trabalho. Sem o vosso apoio incondicional, esta jornada não poderia concretizar-se.

A todos os professores deste mestrado, por todas as partilhas e ensinamentos valiosos, com um destaque especial para a Professora Teresa Leite, cuja dedicação e visão tornam este mestrado possível.

Um agradecimento especial e de grande apreço à Professora Susana Jiménez pela disponibilidade em acompanhar o meu estágio e orientar o meu relatório. A sua alegria, simpatia, ajuda, incentivo, aliado aos profundos conhecimentos e conselhos assertivos foram essenciais. Nem sempre foi uma jornada simples, nem sempre concordámos, mas foi precisamente essa "discórdia" que me permitiu refletir, aprender e crescer. Obrigada por nunca desistir de me mostrar o caminho.

À minha querida Ritinha, pela partilha de ideias, companheirismo durante esta formação e disponibilidade para conversar e ajudar-me a analisar situações do estágio, sempre com opiniões e sugestões pertinentes. Agradeço também por todo o apoio e motivação nos momentos de trabalho mais intenso e por me ter incentivado a não desistir e a prosseguir para o 2º ano, quando ponderei desistir.

A toda a equipa do Externato Rumo ao Sucesso, sem exceção, desde a direção, às assistentes, passando pelo corpo docente e técnico, que me acolheu e me fez sentir em casa durante todo o estágio.

Aos meus colegas e amigos Bruno Quintas e Carla Oliveira, agradeço o incentivo e a disponibilidade para ler e colaborar na revisão deste relatório. A leitura, vinda de alguém fora da área da musicoterapia, foi fundamental para ajustar e aprimorar este trabalho.

Aos alunos do Externato Rumo ao Sucesso, tenham ou não participado diretamente da intervenção. Todos ficarão para sempre no meu coração, pois são miúdos fantásticos.

A TODOS, MUITO OBRIGADA!

Resumo

O presente relatório reflete o trabalho realizado no estágio curricular do Mestrado em Musicoterapia, focado nos procedimentos e efeitos de intervenções terapêuticas com crianças com deficiência e necessidades específicas. Realizado no Externato Rumo ao Sucesso, o estágio visou impulsionar a autonomia, a regulação comportamental, o desenvolvimento de competências sociais, comunicativas e cognitivas e a expressão emocional.

A intervenção abrangeu oito alunos em modalidade individual e de grupo, com intervenções semanais. O planeamento e avaliação basearam-se no perfil IMTAP e na abordagem Plurimodal. A recolha de dados combinou observação direta, registos audiovisuais, registos diários e instrumentos quantitativos.

As sessões de musicoterapia, estruturadas e previsíveis, impulsionaram progressos significativos nos participantes individuais, na comunicação (verbal e não verbal), na interação social, na expressão e autorregulação emocional, e nas competências motoras. As rotinas musicais fortaleceram a segurança e a previsibilidade do ambiente terapêutico. No grupo, notou-se maior espontaneidade e cooperação, evidenciando o contributo da musicoterapia para a coesão social dentro e fora das sessões.

A triangulação de dados — que incluiu avaliações IMTAP, observações da estagiária e testemunhos da equipa institucional — validou a consistência dos resultados.

Conclui-se que a musicoterapia é uma ferramenta terapêutica eficaz na promoção da autonomia, desenvolvimento e bem-estar de crianças com deficiência e necessidades específicas, sugerindo diretrizes práticas para a sua implementação em contextos de educação especial.

Palavras-chave: Musicoterapia - Deficiência - Necessidades Específicas (NE) - Competências

Abstract

This internship report details the work conducted during a Master's in Music Therapy practicum, focusing on the procedures and effects of therapeutic interventions with children experiencing disabilities and specific needs. Carried out at Externato Rumo ao Sucesso, the internship aimed to boost autonomy, behavioral regulation, and the development of social, communication, cognitive, and emotional skills.

The intervention involved eight students in both individual and group settings, with weekly sessions. Planning and evaluation were based on the IMTAP profile and the Plurimodal approach. Data collection combined direct observation, audiovisual recordings, diary records, and quantitative instruments.

The structured and predictable music therapy sessions fostered significant progress in individual participants, in communication (verbal and non-verbal), social interaction, emotional expression and self-regulation, and motor skills. Musical routines reinforced the safety and predictability of the therapeutic environment. Within the group setting, increased spontaneity and cooperation were noted, highlighting music therapy's contribution to social cohesion both during and outside sessions.

Data triangulation—including IMTAP assessments, intern observations, and institutional team testimonials—validated the consistency of the results. We conclude that music therapy is an effective therapeutic tool for promoting the autonomy, development, and well-being of children with disabilities and specific needs, suggesting practical guidelines for its implementation in special education contexts.

Keywords: Music Therapy - Disability - Special Needs (SN) - Skills

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Caracterização da População	35
Tabela 2 – Caracterização da Intervenção	36
Tabela 3 – Agenda da Intervenção inicialmente proposta	42
Tabela 4 – Resultados da IMTAP - Avaliação Inicial L. E., novembro 2024	47
Tabela 5 – Plano de Intervenção Terapêutica do L. E.	48
Tabela 6 – Resultados da IMTAP - Avaliação Final L. E., abril/maio 2025	57
Tabela 7 – Resultados da IMTAP - Avaliação inicial M. G., novembro 2024.....	65
Tabela 8 – Plano de Intervenção do M. G.	66
Tabela 9 – Resultados da IMTAP – Avaliação Final M. G., abril 2025	76

Índice de Figuras

Figura 1 – Canção de Início “Bom Dia”	37
Figura 2 – Canção de Términus “Já Está”	39
Figura 3 – <i>Setting</i> para a dinâmica de grupo com a equipa do Externato Rumo ao Sucesso	42
Figura 4 – Resultados da IMTAP, em gráfico - Avaliação Inicial L. E., novembro 2024	47
Figura 5 – Resultados da IMTAP, em gráfico - Avaliação Final L. E., abril/maio 2025	57
Figura 6 – Resultados da IMTAP, em gráfico - Avaliação inicial M. G., novembro 2024	65
Figura 7 – Resultados da IMTAP, em gráfico – Avaliação Final M. G., abril 2025	77

Índice

Agradecimentos	ii
Resumo	iii
Abstract	iv
Índice de Tabelas	v
Índice de Figuras.....	vi
Índice.....	vii
A Musicoterapia no Externato Rumo ao Sucesso.....	1
Caracterização Instituição Rumo ao Sucesso	4
População	5
Deficiência e Necessidades Específicas: Desafios e Potenciais	7
A Musicoterapia: Conceitos Fundamentais e Perspetivas Atuais.....	9
Principais Intervenções e Técnicas de Musicoterapia	21
Modelo Plurimodal em Musicoterapia	26
Avaliação em Musicoterapia	29
Objetivo Geral	33
Metodologia	34
Abordagem Inicial e Observação.....	34
Observação e Avaliação.....	36
Intervenção	36
<i>Setting</i> Terapêutico.....	41
Agenda Semanal.....	41
Outras Atividades	42
Estudos de Caso	44
Estudo de Caso I – L. E.....	44
Caracterização do L. E.....	44
Recolha de Informação e Observação.....	44
Avaliação Inicial	45
Plano de Intervenção Terapêutico.....	48
Desenvolvimento da Intervenção.....	49
Avaliação Final.....	57
Resultados	58
Estudo de Caso II – M. G.....	62
Caracterização do M. G.	62

Recolha de Informação e Observação	63
Avaliação Inicial	64
Plano de Intervenção Terapêutico.....	66
Desenvolvimento da Intervenção.....	67
Avaliação Final.....	76
Resultados	77
Outras Intervenções	81
Caso M. M.	81
Caso M. C.....	84
Caso E. D.....	87
Grupo L. C., L. F. e G. P.	90
Caso S.	94
Discussão de Resultados	96
Conclusões	105
Reflexão Pessoal	107
Referências Bibliográficas.....	111
APÊNDICES	116
APÊNDICE A	117
APÊNDICE B	119
APÊNDICE C	121
APÊNDICE D.....	124
APÊNDICE E	135
APÊNDICE F.....	136
APÊNDICE G.....	140

A Musicoterapia no Externato Rumo ao Sucesso

Todas as pessoas devem ter a oportunidade de ter a melhor qualidade de vida e autonomia possível. Promover a melhoria das competências gerais das crianças com deficiência e necessidades específicas não só aprimora as suas vidas individualmente, como também contribui para uma sociedade mais inclusiva, onde todos têm oportunidades iguais de participar ativamente e contribuir de acordo com suas aptidões e potenciais, de forma a sentirem-se úteis e parte integrante da sociedade.

De acordo com os últimos dados da Eurostat, estimava-se que, em 2022, 34% da população portuguesa possuísse algum tipo de deficiência. A existência de pessoas com deficiência na sociedade exige a definição de mecanismos e estratégias para promover oportunidades a esta população, por vezes descurada pela restante sociedade. Segundo a mesma fonte, 28,8% da população com alguma deficiência está propensa à pobreza ou exclusão social, face a 18,3% da população saudável (Conselho Europeu/Conselho da União Europeia, 2024). Em conformidade com os Censos de 2021, realizados em Portugal, foi referido um aumento da incidência da incapacidade severa, nomeadamente no que respeita à mobilidade e autocuidados, mas uma diminuição de incidência relativamente a incapacidades cognitivas, face aos censos anteriores, de 2011 (Gabinete de Estratégia e Planeamento [GEP] – Ministério do Trabalho e Solidariedade Social, 2023). É importante ressaltar que estes valores tendem a crescer exponencialmente, pois "uma em cada quatro pessoas será afetada por uma doença neurológica em algum momento da sua vida" (Jebelli, 2023, p. 37). A Organização Mundial de Saúde (OMS) esclarece que deficiência não é uma condição estanque e inalterável; qualquer pessoa é passível de ter uma deficiência permanente ou temporária ao longo da sua vida (Silveira, 2017). Com o intuito de eliminar desigualdades verificadas e promover uma maior e melhor inclusão social, a Comissão Europeia elaborou um documento orientador que pretende operacionalizar, intitulado "Estratégia para os Direitos das Pessoas com Deficiência 2021-2030", o que, só por si, revela uma crescente preocupação com a Deficiência, de um modo geral (Conselho Europeu/Conselho da União Europeia, 2024).

No contexto escolar, a Educação Inclusiva está a funcionar, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 54/2018: todas as crianças com deficiência têm direito ao acesso à escolaridade, a apoios e terapias específicos de que necessitem, e ao convívio com os pares. Porém, entre a legislação e a prática, observam-se muitas lacunas, nomeadamente, por falta de recursos físicos ou humanos, o que se traduz numa enorme desmotivação dos alunos e consequente abandono escolar. Como retratado no Inquérito Europeu às Condições de Vida e Rendimento (EU-SILC, 2018), verifica-se uma maior percentagem de abandono escolar, em Portugal, de jovens com deficiência, face a uma taxa inferior de abandono escolar de jovens da mesma faixa etária, mas sem deficiência. Os dados obtidos pela Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência, no Questionário que realizaram com o intuito de conhecer a realidade da Educação Inclusiva em 2021-2022, evidenciaram um aumento de 6,6% de crianças com medidas seletivas ou adicionais de suporte à aprendizagem e inclusão, face ao ano letivo homólogo (GEP, 2023).

Para colmatar lacunas e promover o desenvolvimento, a musicoterapia emerge como uma promissora aliada na melhoria das competências em vários domínios de crianças com deficiência e necessidades específicas.

O presente relatório de estágio inicia-se com a clarificação da sua pertinência, seguida da caracterização da instituição intervencionada, bem como da sua população. Para justificar de forma sustentada e fundamentada a relevância deste trabalho, surge uma revisão de literatura que se propõe a esclarecer de que forma a musicoterapia pode ser um recurso promissor para auxiliar o desenvolvimento de competências de crianças com deficiência e necessidades específicas, destacando os benefícios tangíveis e os mecanismos terapêuticos subjacentes à sua aplicação. Ao examinar estudos e evidências, pretende-se compreender como a música se pode tornar uma ferramenta fundamental para a autonomia, inclusão e qualidade de vida das crianças e jovens com deficiência no seu quotidiano. Este trabalho consiste na análise aprofundada de dois estudos de caso individuais. São definidos os objetivos gerais do projeto, a agenda da intervenção, e a escolha e respetiva justificação utilizando o perfil IMTAP e o modelo de musicoterapia Plurimodal. Desta forma,

e com a pretensão de uma sociedade mais equitativa e inclusiva, o objetivo principal deste relatório visa compreender de que forma a musicoterapia, através da sua aplicação prática, pode contribuir para melhorar várias competências de crianças e jovens com deficiência e necessidades específicas.

Caracterização Instituição Rumo ao Sucesso

O Externato Rumo ao Sucesso é uma instituição que visa dar resposta a uma necessidade social de acolhimento e ensino de crianças com deficiência e necessidades específicas, é, por isso, um estabelecimento de ensino específico de educação especial.

Fundada em 1986, conta atualmente com a Valência de internato e semi-internato, em regime apoiado e/ou cofinanciado pelo Ministério da Educação.

O Externato Rumo ao Sucesso preconiza como objetivo principal: “Promover o sucesso educativo das crianças/jovens com Necessidades Educativas Especiais (N.E.E.), possibilitando a sua inserção na Comunidade” (Rumo ao Sucesso, PE, 2024, p. 38)

Sediado em Brejos de Azeitão, possui diversas instalações, construídas de raiz para o desígnio. O estabelecimento de ensino está dividido em três edifícios onde funcionam o pré escolar, o 1º ciclo e os 2º e 3º ciclos. Este polo abrange salas de aula; salas de professores; salas / gabinetes da Direção Pedagógica; gabinetes de psicologia; gabinetes de terapias (terapia da fala / terapia ocupacional); salas de psicomotricidade, estimulação e reabilitação; gabinete de fisioterapia; gabinete médico / gabinete de enfermagem; salas de informática; sala de educação musical; sala de educação visual e tecnológica; sala de atividades da vida diária; biblioteca / centro de recursos; sala de audiovisuais; sala de reuniões; secretaria / reprografia; gabinetes de arquivo; cozinha; polivalente / refeitório; lavandaria; instalações sanitárias; recreios vedados; espaços abertos e cobertos; um pavilhão gimnodesportivo amplo com uma piscina interior para prática de hipoterapia.

Existem ainda instalações destinadas a internato de crianças e jovens, onde todas as suas necessidades diárias são supridas bem como a continuidade do desenvolvimento de competências para a vida diária e dos cuidados pessoais, com o intuito de promover uma melhor autonomia futura.

A instituição oferece ainda um espaço dedicado a atividades lúdicas, noutro Pólo, onde funciona uma quinta pedagógica com pomares, horta e uma piscina para usufruto das crianças e jovens em período de férias de verão e dispõe de várias carrinhas de transporte de casa-escola e escola-casa

para os alunos que não se encontram em regime de internato, garantindo esse apoio a todos os estudantes.

Esta instituição preconiza educação para todos, promovendo o desenvolvimento geral e global dos jovens que acolhe. Nesta instituição os alunos podem concluir o 9º ano de escolaridade, com um programa individualizado, baseado nas adequações curriculares significativas individuais e conta, na sua organização, com um Representante Legal que orienta a Direção Pedagógica, uma Direção Clínica e uma Direção Administrativa. A Direção Pedagógica coordena o corpo docente, o corpo técnico e o corpo auxiliar. A Direção Clínica tem sob sua alçada o médico, a enfermeira, bem como o corpo técnico (psicólogos, terapeutas ocupacional e da fala) e a Direção Administrativa gere funcionários administrativos, pessoal de cozinha, limpezas, jardineiros e motoristas (Rumo ao Sucesso, PE, 2024).

População

A população do Estabelecimento de Ensino do Externato Rumo ao Sucesso é constituída por crianças e jovens entre os três e os dezoito anos, em dois regimes: internato ou externato.

O Externato Rumo ao Sucesso acolhe alunos com perfis socioeconómicos contrastantes. A instituição atende alunos em situação de vulnerabilidade social, provenientes de famílias com recursos limitados e, nalguns casos, sob medidas de proteção judicial.

A Instituição onde incide este estágio, é um estabelecimento de ensino que, na sua maioria, acolhe alunos aos quais a escola pública já não conseguia dar resposta eficaz, mesmo depois de todas as medidas implementadas, nomeadamente, medidas adicionais de suporte e apoio à aprendizagem e inclusão.

Os alunos são organizados por nível de competências/proficiência, em pequenas turmas/grupos constituídos por 12 a 15 alunos, distribuídos por 6 salas, o que totaliza cerca de 70 alunos.

O horário letivo funciona entre as 10h e as 12h e as 14h e as 16h, dispondo os alunos de 1h para o almoço entre as 12h e as 13h e recreio até ao início das aulas. As terapias são, maioritariamente,

inseridas no horário letivo, propiciando um tempo de trabalho ajustado às suas especificidades.

(Rumo ao Sucesso, PE, 2024).

Deficiência e Necessidades Específicas: Desafios e Potenciais

O conceito de autonomia tem evoluído ao longo do tempo, assumindo diversas definições, porém, centra-se, fundamentalmente, na capacidade individual de tomar decisões e fazer escolhas conscientes sobre a própria vida. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), é a autonomia que capacita a pessoa a “controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como vive a sua vida diária, seguindo as suas próprias normas e preferências” (Pinheiro, 2013, as cited in Vieira, 2020, p.26).

A autonomia fomenta a autoestima da pessoa, na medida em que ser capaz de realizar algo, de ter opção sobre a sua vida melhora a sua autoimagem e, consequentemente, as suas relações sociais, a interação e comunicação com o outro e assim, toda a sua personalidade se vai moldando nesta simbiose. Na perspetiva de Jacobs, esta premissa é válida também para jovens portadores de deficiência pois enfrentar desafios e realizar opções e escolhas conscientes na sua vida, fá-los sentir capazes de autodeterminar o rumo da sua própria vida. (Jacobs, 2019, as cited in Duarte, S., Teixeira, M., & Almeida, C., 2023).

O desenvolvimento da autonomia e outras competências gerais da criança possibilita uma vida mais independente para que esta possa viver de forma incluída na sociedade. Para tal, além das atividades básicas de autocuidados e mobilidade, é necessário que se desenvolvam também competências como gerir emoções e relações, saber estar, cumprir regras, escrever, ler, organizar-se, entre outras. (Pinto, 2018). As competências de autonomia referem-se à capacidade da criança de gerir as suas ações, tomar decisões e resolver problemas de forma independente, dentro das suas possibilidades. Nas crianças com necessidades específicas, esta competência pode ser trabalhada através de rotinas estruturadas que incentivam a independência na realização de tarefas diárias, tomada de decisões progressiva, permitindo que a criança escolha entre diferentes opções e execução de atividades, intervenção pedagógica diferenciada, respeitando o ritmo e as capacidades individuais. As estratégias referidas, favorecem o desenvolvimento progressivo da independência e promovem uma aprendizagem significativa (Ferreira et al, 2020).

As crianças com necessidades específicas apresentam um vasto potencial de aprendizagem que pode ser maximizado através de abordagens inclusivas e adaptadas. A aprendizagem destas crianças pode ser fortalecida por meio de ensino estruturado e personalizado ajustado às suas necessidades específicas, uso de metodologias ativas, como jogos educativos e aprendizagem baseada em projetos, reforço positivo, valorização dos progressos individuais e promoção da autoestima. Segundo o Decreto-Lei n.º 54/2018 sobre Educação Inclusiva, a adaptação dos processos de ensino às características individuais dos alunos é fundamental para garantir uma educação equitativa e de qualidade (Ministério da Educação, 2018).

As aptidões sociais são essenciais para a integração das crianças com necessidades específicas na sociedade e no ambiente escolar, incluindo competências de comunicação, cooperação, empatia e resolução de conflitos. As crianças podem fortalecer as suas destrezas ao nível social por meio de interação estruturada com colegas, promovendo a colaboração e o respeito mútuo; treino de competências sociais, como escuta ativa e expressão emocional, atividades lúdicas e simbólicas que estimulam a interação e a criatividade, modelagem comportamental onde os adultos demonstram comportamentos positivos que podem ser imitados pelas crianças. Desde o contributo do postulado teórico sociocultural em que Vygotsky (1978) demanda o desenvolvimento social e cognitivo da criança por meio da interação com o meio e a forte influência do ambiente social na aprendizagem, que esta continua a ser uma perspetiva central e explanada na literatura atual.

O desenvolvimento das capacidades de aprendizagem e das aptidões sociais nas crianças com necessidades específicas é um processo contínuo que exige estratégias pedagógicas adaptadas e um ambiente inclusivo, em que a valorização das potencialidades individuais e a promoção de práticas educativas inovadoras são fundamentais para garantir que todas as crianças tenham oportunidades de crescimento e participação ativa na sociedade. Segundo Oliveira (2019), a personalização do ensino e a mediação educativa são fatores determinantes para um desenvolvimento pleno e integrado.

A Musicoterapia: Conceitos Fundamentais e Perspetivas Atuais

De acordo com a Federação Mundial de Musicoterapia (WFMT), a Musicoterapia compreende qualquer intervenção profissional e terapêutica, com recurso à música e/ou aos seus elementos constituintes, com o objetivo de melhorar alguma competência ou valência na pessoa, seja a nível cognitivo, psicomotor, emocional, de bem-estar, ou outros. Por isso, define-a da seguinte forma:

Music therapy is the professional use of music and its elements as an intervention in medical, educational, and everyday environments with individuals, groups, families, or communities who seek to optimize their quality of life and improve their physical, social, communicative, emotional, intellectual, and spiritual health and wellbeing. Research, practice, education, and clinical training in music therapy are based on professional standards according to cultural, social, and political contexts (WFMT, 2011).

A musicoterapia utiliza a música e o som como recurso, “ferramenta de trabalho”, com base nos quais auxilia as etapas de desenvolvimento e aprendizagem, ou seja, não se limita à sua vertente lúdica, de relaxamento e descontração por meio da audição de música de um determinado estilo ou género musical, pelo contrário, a musicoterapia recorre aos estilos e géneros com os quais se identifiquem os participantes. A música, só por si, como mera audição, fica muito aquém das suas possibilidades, sendo necessário “fazer música” para que esta surta algum efeito: “La musicoterapia es mucho más que colocar una melodía agradable en una sesión, es un espacio terapéutico en el cual se ponen en juego todas las dimensiones del ser humano, en función de una mejora de su salud”. (Federico, 2007, p. 58).

Bruscia (2014) assume a musicoterapia como uma disciplina terapêutica, cujo intuito prevê levar os utentes a alcançar determinados objetivos de saúde e bem-estar, a partir de experiências musicais, imprescindivelmente conduzidas por um terapeuta qualificado e, segundo o autor acima mencionado, deve ser distinguida de outras práticas musicais que não tenham por base a saúde do paciente e a relação terapêutica.

As experiências musicais preconizadas por Bruscia podem inserir-se em quatro técnicas musicais: improvisação musical, recriação musical, composição musical e audição musical. Todas as experiências musicais visam objetivos terapêuticos claros, de carácter emocional, social, cognitivo ou motor e só podem ser mobilizadas por um terapeuta qualificado pois é este que tem conhecimentos e competências para avaliar as necessidades individuais e, com base na análise dos resultados dessa avaliação, elaborar e aplicar um plano de intervenção terapêutico de forma estruturada, porém flexível e adaptável a novas necessidades do paciente, que possam surgir ou emergir. A relação terapêutica – assente na empatia, confiança e sentimento de pertença – é de suma importância, pois só num ambiente seguro o paciente consegue explorar-se musicalmente e, expressar-se naturalmente, através da música, sendo esta confiança interpessoal determinante para o sucesso terapêutico. (Bruscia, 2014).

No âmbito das técnicas terapêuticas, as respostas imitativas e reflexivas são um aspeto interessante e regular nas sessões de musicoterapia, permitindo uma qualidade e intensidade de interação relevantes no âmbito musical. Bunt referiu a imitação no seu trabalho com crianças, sugerindo que o jogo imitativo pode ser crucial no estabelecimento de contacto no início da musicoterapia. (Tomlinson, Derrington, & Oldfield, 2012).

Juliette Alvin, em 1966, já afirmava que "Imitation and repetition are two processes through which man learns, develops and creates. They apply to sound when it becomes a verbal or musical language", e citava Aristóteles ao referir que "when we listen to imitations we all acquire a sympathy with the feelings imitated even apart from actual rhythms and melodies" (cited in Tomlinson et al., 2012, p. 105).

O psicólogo infantil Colwyn Trevarthen considerou o impacto da dificuldade de imitar e de se envolver a um nível básico com os outros, observando que "autistic children's varied impairment in imitation, which correlates with the degree of impairment in social relating, is part of a fundamental inter-subjective deficit, an aspect of an overall impairment in reciprocal communication" (cited in Tomlinson et al., p. 106).

De acordo com Tomlinson et al. (2012), as respostas imitativas e reflexivas num contexto musicoterapêutico são determinantes no trabalho com crianças com deficiência e necessidades específicas. O musicoterapeuta, ao responder vocal e musicalmente, simula o papel materno, facilitando a relação com a criança e promovendo uma troca interativa mais fluida e conectada. A criança, ao ver o adulto a imitá-la, pode sentir-se ouvida e, desta forma, reforçar o seu sentido de identidade e individualidade. Ao evoluir para uma sintonia recíproca, uma criança que se encontre isolada, pode sentir um envolvimento social e, com a imitação mútua, a criança pode assumir o controlo do diálogo, aumentando assim a sua autoestima e um sentido de capacidade de controlo. Se o humor estiver integrado no processo, assume-se como uma ferramenta muito útil, pois proporciona uma interação bilateral mais flexível e espontânea, permitindo períodos mais extensos de brincadeira expressiva. Estas duas competências: a imitação e a reflexão promovem o reforço de comportamentos existentes ou mesmo a alteração dos mesmos.

A Musicoterapia na Educação Especial: Integração e Benefícios Terapêuticos

As crianças com deficiência e necessidades específicas enfrentam desafios muito significativos ao nível pessoal, acadêmico, emocional e social. A musicoterapia ao estimular a memória, a atenção, a resolução de problemas, a expressão e a regulação emocional das crianças, pode ser uma excelente aliada em todo o processo de superação destes desafios. (Wigram et al., 2002).

Todas as pessoas nascem com uma musicalidade intrínseca que se exterioriza quando a criança começa a fazer os primeiros sons, em forma de balbúcio, mas que rapidamente assumem uma musicalidade de ritmo, melodia, tonalidade, timbre e intensidade. Através destes, as crianças representam as suas emoções, sentimentos e necessidades, e é a partir deles que as crianças encontram a comunicação que desenvolvem até chegar à fala. A essa forma de comunicar, pesquisas recentes, no âmbito da psicologia, denominaram de Musicalidade Comunicativa. (Canevska & Akgün, 2021).

Quando a interação comunicativa é diminuta ou deficitária, esta pode causar prejuízos no desenvolvimento emocional e cognitivo da criança (Trevvarthen & Malloch, 2018 as cited in Canevska & Akgün, 2021).

Louro (2010) enfatiza a importância de desenvolver o “potencial neurológico para a aprendizagem” face ao “conteúdo da matéria”. Para esta autora, o cérebro está configurado para o que tem que fazer, quando existe uma deficiência o que é necessário é que se ajude o cérebro a reajustar-se. (p.7)

Distintos estudos de caso, baseados na pedagogia musical de Zoltán Kodály demonstraram uma relação causa-efeito da aprendizagem musical, ao nível da entoação, ritmo e expressão musical com as funções perceptivas, formação conceitual, capacidades motoras e a capacidade de aprender, ou seja, os estudos sugerem que aprender música através da metodologia prática de Kodály tem um impacto benéfico em várias áreas importantes do desenvolvimento infantil, ajudando a melhorar a percepção, a formação de conceitos, as competências motoras e a capacidade geral de aprender (Canevska & Akgün, 2021).

De acordo com Federico (2007), enfatizando os estudos de Dancyker, a musicoterapia é muito eficaz. Esta autora defende que, ao proporcionar prazer e satisfação através da música, esta terapia ajuda a criança a criar laços e a expressar as suas emoções, facilitando a vinculação com o terapeuta e com os outros. A música atua como uma ponte entre o mundo interior e exterior, estimula a resposta física e motora e incita a criatividade, além de fortalecer o sentido de pertença cultural e social, uma vez que a música é algo naturalmente apreciado por todos e interiorizado em cada um. Para esta autora, supramencionada por Federico, a musicoterapia tem a função de:

Ayudar a la coordinación de movimientos, la facilitación de los movimientos musculares, estimular y facilitar la capacidad innata. La estimulación y de asociación, incentivar la memoria, organizar el contexto no verbal. Vivenciar sensaciones, experiencias, emociones, deseos y necesidades, trabajar la identificación y la transferencia terapéutica por medio de la labor vincular con el terapeuta. Llevar al conocimiento del propio cuerpo debido a que estos niños son muy invadidos por la mano de otro, promover la comunicación y el lenguaje y en especial la construcción de una identidad propia. Lograr la cooperación de los padres para continuar en la casa con las indicaciones terapéuticas y así alcanzar más beneficios para el niño. (p. 64).

Ockelford (2008) considera a música uma mais-valia para o desenvolvimento de distintas áreas, frisa que:

performance, at any level, may well enhance fine motor control and coordination, while listening relies on cognitive skills such as concentration and memory. Singing can offer unique support in the early stages of language acquisition, and making music in a group provides a contexto and structure for socializing: participation may heighten a child's awareness of self and other, foster tolerance, and enable individuals to contribute to a larger whole. Hence just as literacy and numeracy permeate mainstream curricula, underpinning many areas of study, so music can inform the wider curriculum of children who have complex need, (p.114)

segundo este autor, cada componente da música desenvolve uma ou mais áreas, podendo auxiliar a pessoa num todo, ou seja, a execução de um instrumento musical vai sempre trabalhar a motricidade

final, a audição musical estimula a cognição e a memória, o canto a linguagem e fazer música em conjunto trabalha a socialização. O autor, ao inquirir musicoterapeutas para o seu estudo, concluiu que a maior parte usava percussão corporal e pianos, alguns ainda usava guitarras e instrumentos de sopro (flauta e oboé). Os conteúdos musicais eram geralmente ostinatos diatônicos com fragmentos melódicos no piano para as crianças interagirem com vocalizos, percussão ou no piano.

A musicoterapia ativa ou criativa, deve tomar como ponto de partida o contexto pessoal musical do paciente e as suas limitações, tendo sempre uma parte de improvisação/criação musical porque todas as pessoas gostam sempre de conseguir fazer algo por si, algo original e seu. Sempre que possível e/ou necessário, deve proceder-se a adaptações (simplificação da partitura, ampliação, adaptação de instrumentos). De referir que, de todos os instrumentos, o mais versátil para estas atividades é o teclado eletrónico ou sintetizador, por permitir a sua execução com uma só mão, pés ou outras partes do corpo, é fácil de visualizar, manusear e aprender, além de possuir acompanhamentos rítmicos (Ockelford, 2008).

A musicoterapia pode ser usada tanto pelas suas qualidades terapêuticas inerentes, quanto como meio de autoexpressão e interação dentro de uma relação terapêutica, conseguindo desencadear nas pessoas emoções através de associações com acontecimentos, lugares, memórias e pessoas importantes na vida da criança. Pode, de igual modo, ajudar as crianças a reconhecer e expressar as suas emoções (Canevska & Akgün, 2021).

Os estudos realizados no âmbito da musicoterapia, para a população em análise, têm demonstrado resultados bastante positivos, apontando esta terapia como um recurso útil para o desenvolvimento social, emocional, cognitivo e motor de crianças e jovens com deficiência e necessidades específicas, promovendo, desta forma, o desenvolvimento global e geral das mesmas. No entanto, é pertinente frisar que os estudos no âmbito desta temática, não são ainda em número muito expressivo e, na sua maioria, advêm de projetos de curta duração e de contextos diversos, o que confere alguma subjetividade aos resultados. (Gold et al., 2006).

Entre os pilares do desenvolvimento motor das crianças, de um modo geral, e das crianças com deficiência e necessidades específicas, em particular, encontram-se os estímulos sensoriais proporcionados pela música. Exercícios e jogos de movimentos rítmicos e percussão promovem a coordenação motora global e fina, essenciais para atividades da vida diária, o que demonstra que a coordenação motora e sensoriomotora pode ser aprimorada através da musicoterapia. (Wigram et al., 2002).

Katagiri (2009) desenvolveu um estudo, dentro desta temática, aplicado a autistas e concluiu que a musicoterapia ao estruturar rotinas e tarefas, facilitava a compreensão e execução das mesmas, o que preconiza o desenvolvimento da autonomia e das competências pessoais das crianças, pois a experiência musicoterapêutica aumenta a autoconfiança e promove a independência, essencial para o seu desenvolvimento pessoal e social.

No contexto escolar, a musicoterapia tem vindo a estabelecer-se e a ser reconhecida como uma intervenção valiosa para crianças em idade escolar. Em Cambridgeshire, Reino Unido, a musicoterapeuta Jo Tomlinson relata a sua experiência de mais de 15 anos em escolas com crianças que revelam necessidades especiais e regulares, contratada pelo serviço de música local, descreve o processo de intervenção da musicoterapia numa escola de educação especial, frequentada por crianças, dos 3 aos 19 anos, com um amplo espectro de deficiências. A história da escola, marcada pela fusão, em 2006, de quatro escolas em duas maiores, revelou-se um processo traumático, especialmente para crianças autistas que carecem de estruturas previsíveis. Apesar dos desafios orçamentais e da redução das sessões de musicoterapia, a colaboração com a direção da escola permitiu um sistema justo de referências e uma maior intervenção da musicoterapia na equipa. Esta intervenção focou-se em abordagens adaptadas às necessidades individuais das crianças, mesmo em ambiente de grupo. A musicoterapeuta, organizou e assumiu uma estrutura das sessões flexível com a "canção de Olá", distribuição de uma guitarra para cada criança; canto sobre as suas ações, escolha de instrumentos, improvisação de canções com acompanhamento de teclado, e canções com ações que promovem a participação. Este trabalho exige o desenvolvimento de competências como

responder ao nome, ouvir, usar destreza física, fazer escolhas e comunicar, tocar um instrumento e treinar ações, que são essenciais para aceder a qualquer tipo de aprendizagem. A experiência de tocar um instrumento musical ou de mover-se enquanto o terapeuta sincroniza uma canção com o ritmo, estilo e níveis de energia da criança, leva a que esta vivencie significativamente o processo de autoconsciência e lança as bases para o desenvolvimento futuro (Tomlinson et al., 2012).

A musicoterapia pode ser recetiva – passiva ou ativa – criativa, dependerá das necessidades do paciente. No primeiro caso, deve-se ter em conta o tipo de música que se usa, por exemplo,

así como el agua fría a un niño espástico le aumenta el tono, lo mismo sucede con la música muy rítmica. Sobre todo, teniendo en cuenta la percusión como elemento reforzador del ritmo. [...] Por el contrario, como el agua tibia tiende a disminuir el tono muscular, de igual manera sucede con la música melódica, aquella que no contenga saltos bruscos y cuyo ritmo sea suavizado por instrumentos melódicos. (Federico, 2007, p. 88)

Tomlinson et al. (2012) definem que a estrutura das sessões de musicoterapia deve adaptar-se em função da progressão das crianças, ao invés de ser uma estrutura rígida e estática. Em fases mais avançadas da intervenção, a criança é incentivada a experimentar vários estilos musicais, a exprimir-se verbalmente em canções e na escolha das mesmas e a realizar sequências de movimentos, nomeadamente, em instrumentos musicais para produzir ostinatos ou pequenos ritmos. Em situações de ansiedade, uma abordagem mais estruturada com explicação prévia da sequência de atividades pode ser muito tranquilizadora, ajudando a criança a permanecer na sessão e a tolerar a espera e a partilha. Em estágios ainda mais avançados, a criança é estimulada a usar a imaginação e a integrar as suas novas competências de literacia e numeracia no processo musicoterapêutico. Nestes casos, podem inventar as suas próprias canções, tocar instrumentos afinados e responder a pistas verbais relacionadas com cores, letras ou números. Padrões rítmicos mais complexos podem ser imitados, bem como a improvisação coletiva, com cada criança, levando-a a tomar a iniciativa e, consequentemente, a ser recompensada por uma experiência musical significativa. Para os jovens mais independentes, as sessões pressupõem iniciativa, imaginação, participação confiante e coragem

para experimentar. Incluem improvisação livre, discussão de pensamentos e sentimentos relacionados com a música, e um assumir de responsabilidade, no sentido de liderar um grupo, conduzindo-o musicalmente, a partir de um instrumento ou através de comunicação não verbal (volume, estilo, tempo). Os tambores simulam conversas, promovem a escuta, o contacto visual e a atenção a pistas não verbais, enquanto a criação de imagens com instrumentos estimula a imaginação e o autocontrolo. Nesta fase, há mais oportunidade para contribuir verbalmente, e aqueles com dificuldades de linguagem podem usar uma combinação de linguagem por gestos e mímica, comunicação assistida ou comunicação aumentativa alternativa, canto e palavras. Em estágios mais desenvolvidos, a terapia pode incorporar processos musicais sofisticados. A discussão é estimulada por música familiar (filmes, televisão...), e a combinação de canto e execução instrumental relaxa os membros do grupo, ajudando-os a contribuir de forma fluida e confiante. Os jovens são encorajados a falar sobre os seus interesses e a partilhar conhecimentos, com o terapeuta a atuar como catalisador para a interação, tecendo uma melodia metafórica entre os membros do grupo para estimular a conversa e criar pontos de referência partilhados. A improvisação é flexível, e as imagens são discutidas à medida que a música produz sons evocativos, extraindo informações de cada pessoa que de outra forma não seriam reveladas. Há oportunidade para liderar, fazer escolhas para o grupo e relacionar-se uns com os outros através de meios verbais, não verbais e musicais.

Diego Schapira et al. (2007) defendem que a musicoterapia se apresenta como um suporte viável para as crianças explorarem e expressarem as suas emoções, independentemente do seu nível ou capacidade de verbalização porque, uma vez que a musicoterapia envolve todos os sentidos de forma holística, adaptável e flexível. Pela mesma razão, as atividades em grupo promovem a interação e empatia entre pares, cooperação, socialização e comunicação.

A musicoterapia é vista como uma intervenção valiosa, especialmente em contextos educacionais desafiantes. A diretora da escola de Tomlinson assegura que a musicoterapia é "highly valued by the children, staff, families and governing body". Inicialmente disponível apenas para um grupo restrito, nesta escola, passou a integrar o orçamento anual e a ser considerada "an essential and integral part

of the curriculum for the many students at the school who have significant communication difficulties and or autism”. Os visíveis progressos e melhorias dos alunos são reportados nas monitorizações anuais, em que se verifica que a musicoterapia tem um impacto significativo na melhoria da escuta, independência, tomada de decisões, interação bidirecional, turn-taking e concentração, além de aliviar os sintomas de ansiedade elevada. Além disso, os professores e os restantes técnicos educacionais também beneficiam, pois ao compreenderem e aferirem os fundamentos e os resultados da musicoterapia, que se refletem em todos os aspetos da comunicação e interação, verificam melhorias significativas nas suas práticas (Tomlinson et al., p. 130).

Na ótica de Sacks (2008), a música é uma área privilegiada porquanto permite a comunicação sem palavras, a expressão emocional sem percepção de exposição; ao ser abstrata, nada diz, mas tudo possibilita transmitir, sendo um veículo de comunicação entre o mundo interno e o externo da pessoa.

A musicoterapia, pela sua flexibilidade, pode continuar a satisfazer as necessidades dos jovens em diferentes fases do seu desenvolvimento, como demonstrado no trabalho realizado em escolas de Educação Especial, como a Oaklands. O modelo de trabalho utilizado em centros de musicoterapia rurais, como o North Yorkshire Music Therapy Centre, permite que a comunidade apoie os musicoterapeutas no seu trabalho, ajudando crianças e jovens desfavorecidos a atingir o seu potencial e a participar plenamente na vida da comunidade. Nestas escolas, especializadas em jovens com perturbação do espectro do autismo e problemas agudos de comunicação, socioemocionais e comportamentais, a musicoterapia desempenha um papel crucial. Inicialmente, o conhecimento da musicoterapia era limitado e enviesado entre os funcionários, que a viam como mera diversão. Assim, houve necessidade de proporcionar formação frequente do pessoal, neste âmbito. Fomentou-se também o estabelecimento de relações simbióticas entre a comunidade educativa e o musicoterapeuta. Através da musicoterapia, as emoções podem ser expressas e compreendidas com segurança, construída a estabilidade emocional, acontece a estimulação física e psicológica, e o aprimoramento das competências de comunicação (turn-taking, espera, partilha, leitura de

expressões faciais e sinais não verbais, encorajamento da fala e contacto visual através de canções e jogos interativos). A musicoterapia também auxilia na socialização e autoconsciência, por meio da participação em atividades musicais partilhadas, aumenta a autoconfiança (pelo sentido de realização ao produzir sons ou ritmos simples), e desenvolve a concentração e a capacidade de foco e coordenação, bem como as competências motoras finas e globais através da manipulação de instrumentos. (Tomlinson et al., 2012)

Diversos estudos validam a eficácia da musicoterapia no tratamento de várias condições médicas, como autismo, depressão, trauma e esquizofrenia. No contexto das crianças com necessidades específicas, esta terapia pode melhorar a comunicação, apoiar mudanças e permitir que as crianças aumentem a sua criatividade. Além disso, a musicoterapia promove o relaxamento, a resiliência, a comunicação e a expressão, enquanto reduz comportamentos antissociais e alivia a dor. Assim, a musicoterapia é uma real mais-valia para qualquer criança, ainda mais para crianças com necessidades específicas, em que esta ferramenta, entre outras competências, melhora significativamente a atenção, a paciência, o tempo de permanência numa mesma atividade, a autoconfiança e a autoestima (Canevska & Akgün, set, 2021).

Importa sublinhar que a musicoterapia parte sempre das potencialidades da pessoa e não das suas limitações, pelo que se revela uma ferramenta terapêutica particularmente eficaz para promover o desenvolvimento global da criança com deficiência e necessidades específicas. Esta terapia recorre a atividades musicais adaptadas, fomentando, assim, a aquisição e fortalecimento de competências essenciais como a interação social, a comunicação verbal e não verbal, a coordenação motora, a lateralidade, a cognição, a memória, a antecipação de situações, a resolução de problemas e a criatividade (Pinto, 2018; Wigram et al., 2002; Schapira, 2007). Mais do que uma simples atividade complementar, a musicoterapia constitui um meio de exercício de direitos fundamentais à inclusão, à expressão e ao desenvolvimento pessoal e social, conforme preconizado pelas políticas europeias para a deficiência (Conselho Europeu/Conselho da União Europeia, 2021).

Em suma, a musicoterapia destaca-se como uma ferramenta particularmente poderosa e válida para o desenvolvimento da autonomia e das competências gerais de crianças e jovens com deficiência e necessidades específicas, contribuindo diretamente para a sua participação na sociedade. (Pinto, 2018).

Principais Intervenções e Técnicas de Musicoterapia

A musicoterapia surgiu para melhorar a saúde e o bem-estar psicomotor, emocional e social das pessoas. Com base nesta premissa, inevitavelmente, emergiu como prática terapêutica, o que incitou vários musicoterapeutas a aprimorar e a formular técnicas de intervenção para crianças com deficiência e necessidades específicas, dentre as consideradas mais direcionadas para a população em estudo neste trabalho, destacam-se as correntes de musicoterapia que descendem de teorias e correntes humanistas da psicologia, alvitadas por autores como Carl Rogers, Abraham Maslow e Carl Jung, ou seja, centradas na criança e no seu potencial, assumindo o terapeuta um papel de facilitador e condutor de processos (Arndt, A. & Maheirie, K., 2019).

Nesta linha de abordagem, há 4 métodos de intervenção em musicoterapia a considerar para a população em estudo neste trabalho: Método Nordoff-Robbins; Modelos de Improvisação em Musicoterapia, por Bruscia; Método de Benezon; Modelo Plurimodal, de Diego Schapira.

Paul Nordoff, músico e compositor exímio e Clive Robbins, professor de Educação Especial, foram os precursores da musicoterapia infantil, nomeadamente, com crianças com necessidades específicas. Estes autores conceberam o método Nordoff-Robbins, com base na premissa de que todas as pessoas possuem um potencial musical inato e que este, ao ser explorado, promove, naturalmente, o desenvolvimento global e pessoal e a cura. Nesta metodologia, a música assume-se como um canal de comunicação e expressão, e a relação terapêutica um fator primordial, em que o terapeuta é um facilitador da autoexpressão e comunicação. Através deste método ativo, a criança pode desenvolver as suas competências motoras, cognitivas, sociais e emocionais, pois é uma metodologia que assenta na improvisação musical, apoiada por dois musicoterapeutas que trabalham em co-terapia em que um faz todo o suporte musical no piano e o outro apoia a criança nas suas improvisações em instrumentos de percussão, nomeadamente, instrumental orff e/ou vocalizações, podendo ter atenção máxima a todos os sinais da criança. A improvisação/suporte musical em tempo real permite o ajuste da mesma às respostas da criança e o terapeuta que acompanha de perto a criança dá-lhe o suporte e estabilidade de que precisa para se sentir

confortável. O foco é sempre no processo e não no produto final que pode nem existir. (Nordoff, Robbins, 1975).

A centralidade na improvisação permite que o terapeuta adapte, em tempo real, a música às necessidades e respostas da criança que ao ser envolvida ativamente na criação musical, exprime genuinamente as suas emoções, o que facilita o seu desenvolvimento, pois cada sessão é única e personalizada tanto às necessidades como às particularidades, competências e capacidades da criança em questão. É a criança que veicula a sessão, sendo o terapeuta apenas o facilitador para que a criança consiga descobrir o seu potencial musical, para que tal aconteça, é imprescindível que se estabeleça uma boa relação terapêutica, porque o foco desta metodologia é o processo e todas as experiências vivenciadas durante o mesmo, não um produto musical final, é este processo que levará ao desenvolvimento das competências motoras, cognitivas, emocionais e sociais da criança. (Nordoff, Robbins, 1975).

Bruscia preconiza várias técnicas e aplicações musicoterapêuticas para crianças com deficiência e necessidades específicas. Na sua génese, encontra-se a improvisação, em que o autor definiu 64 técnicas, organizadas em nove categorias: técnicas de empatia – têm por objetivo o estabelecimento de vínculo entre o terapeuta e a criança, enquadram-se nesta categoria a imitação, a sincronização, o holding, entre outras; técnicas de estruturação – dão suporte e ferramentas à improvisação, tais como base rítmica ou centro tonal; técnicas de exploração musical – incentivam a exploração livre e espontânea da música pela criança, tais como a improvisação livre; técnicas de redirecionamento – o terapeuta conduz a improvisação para trabalhar objetivos terapêuticos específicos, como por exemplo, introduzir mudanças, estabelecer analogias; técnicas de aprofundamento/intimidade – visam explorar significados e memórias através da experiência musical, como simbolizar ou associar; técnicas de expressão emocional – facilitam a expressão e processamento das emoções, através da música; técnicas de comunicação – promovem a comunicação verbal e não verbal entre terapeuta e criança, entre estas encontra-se o turn taking, por exemplo; técnicas de procedimento – pressupõem a aprendizagem e execução de tarefas musicais específicas; e, técnicas de discussão/processamento –

promovem a reflexão sobre a experiência musical e a relação desta com a própria vida. (Bruscia, 1987).

As técnicas mais eloquentes para crianças com deficiência e necessidades específicas são: improvisação livre – o terapeuta e a criança improvisam juntos, sem regras específicas, de forma a estabelecerem comunicação não verbal e expressão emocional livre, através da música que criam juntos, em tempo real; imitação – o terapeuta imita as improvisações musicais da criança, de forma a criar conexão e a validar o que a criança quer transmitir; sincronização e extensão – o terapeuta começa por se articular com a criança, tocando em simultâneo com a mesma, de forma a criar conexão e expande as ideias musicais da criança, promovendo, deste modo, a criatividade e a exploração; simbolização – recorre-se a símbolos musicais para a criança representar emoções, pensamentos ou experiências, tornando assim a expressão e a compreensão mais lineares; turn taking – o terapeuta dá espaço à criança e a criança dá espaço ao terapeuta, improvisando ambos à vez, num jogo de pergunta-resposta; holding – o terapeuta providencia um ambiente musical estável e acolhedor, proporcionando segurança e apoio emocional, através de um envolvimento musical com a criança; incorporação – o terapeuta insere nas improvisações elementos musicais com significância para a criança, tais como melodias ou ritmos que a criança tenha demonstrado gostar, de forma a aumentar a motivação e conexão de ambos; base rítmica/centro tonal – utiliza-se uma estrutura consistente como base para a improvisação, pode ser um ritmo repetitivo ou uma estrutura harmónica base, de forma a que a criança sinta previsibilidade que lhe dará estabilidade, orientação e segurança (Bruscia, 1987).

Para Benezon (1985), a relação terapêutica e o *setting* assumem suma importância e a intervenção terá como princípio a improvisação musical, onde através da mesma o terapeuta e a criança criam música de forma espontânea para exteriorizar emoções e ideias sem necessidade de verbalização. Logo de início, o terapeuta efetua uma avaliação inicial a partir da observação e análise do comportamento sonoro musical da criança. Prossegue com atividades musicais conjuntas cuja interação, comunicação e confiança no seu crescendo vão possibilitar o estabelecimento de vínculo

terapêutico. Assim que este está instituído inicia-se a intervenção terapêutica onde o terapeuta trabalha os objetivos terapêuticos específicos daquela criança, recorrendo a diversas técnicas e estratégias musicais, sendo esta abordagem passível de personalização e flexibilidade na prática terapêutica por forma a que o terapeuta se relacione com cada pessoa como sendo única e promovendo uma intervenção adaptada às necessidades de cada pessoa, o que torna o espaço terapêutico um espaço seguro, em que a criança se sente ouvida, compreendida e apoiada.

No contexto da educação especial, Benezon valida a musicoterapia como veículo promotor que facilita a interação e a expressão que as crianças poderiam ter dificuldade em fazer de outra forma, melhorando, deste modo, a comunicação, a motricidade, a socialização e a autoestima das crianças com deficiência e necessidades específicas. (Benezon, 1985)

Na sequência destes modelos, surge o Modelo Plurimodal que, de uma forma inovadora, englobou algumas ideias principais de vários métodos, fundamentando cientificamente a sua intervenção com base noutras áreas relevantes como a psicologia e neurociência.

No Modelo Plurimodal, a intervenção faz-se de forma holística e recorrendo a intervenções combinadas, tanto de música, como movimento, dança, decorrentes de outras áreas terapêuticas como a psicologia, terapia da fala, psicoterapia, fisioterapia ou outras, tanto apenas intervenções com elementos dessas áreas, como intervenção em co-terapia com as mesmas. É, por isso, um modelo extremamente flexível e sempre adaptável à pessoa a quem a intervenção se destina, Schapira et al. (2007) defende que deve ser monitorizado frequentemente para que os ajustes possam ocorrer e a intervenção seja totalmente personalizada. É um modelo aberto em que o foco é a pessoa e não o tipo de intervenção em si, caso se verifique que é benéfico mudar técnicas de intervenção, deve ser feito. Esta intervenção holística e flexível permite que a pessoa evolua no seu todo, uma vez que não se centra nos sintomas visíveis e sim em causas subjacentes aos problemas, partindo das potencialidades da pessoa ao invés das dificuldades.

Também nesta abordagem a relação terapêutica e a empatia são cruciais para o desenvolvimento da pessoa no seu todo, pois só partindo dessa base a pessoa consegue expor-se sem receios de

julgamento e libertar-se. Este modelo representa um marco no campo das terapias integrativas, pois ao relacionar diferentes áreas terapêuticas, sempre com foco nas necessidades individuais da pessoa, possibilita inúmeras abordagens diferentes e, desta forma, promover o crescimento geral do participante. (Schapira et al., 2007).

Modelo Plurimodal em Musicoterapia

O modelo Plurimodal é uma abordagem holística, derivada de princípios psicanalíticos e humanistas, ou seja, não se limita aos aspetos musicais, mas, também, ao desenvolvimento emocional e social dos participantes, é bastante abrangente e adaptável a cada criança e contexto instantâneo, pois combina canções, técnicas recetivas, improvisações e música gravada, o que permite que cada criança usufrua da técnica que mais lhe for útil no momento ou que mais a motive. Através da música, a criança consegue expressar-se, comunicativa e emocionalmente, com mais facilidade e menos constrangimento. Pelo facto de se poderem utilizar diversas formas de interação musical, favorece a inclusão de crianças com as mais diversas patologias, diferentes níveis de desenvolvimento e necessidades específicas. (Schapira et al., 2007).

A polivalência de correntes possibilita uma intervenção mais abrangente e eficaz, que aborda, em primeira instância aspetos emocionais, comportamentais e sociais. Uma abordagem bastante flexível, permite a adaptação às necessidades específicas de cada criança. Esta capacidade de personalização é imprescindível em contextos de necessidades específicas de aprendizagem, nomeadamente casos mais severos, onde as necessidades individuais podem variar amplamente. Vários estudos demonstram que a musicoterapia pode melhorar significativamente a comunicação, a interação social e a expressão emocional em crianças com necessidades específicas de aprendizagem. O recurso ao modelo Plurimodal, maximiza esse potencial, ao combinar várias técnicas que se complementam (Silva, 2012).

Facilita, ainda, a criação de um ambiente terapêutico onde a comunicação musical pode ser adaptada e evoluir de acordo com as necessidades e progressos das crianças. Esta abordagem inclusiva permite que os musicoterapeutas usem uma variedade de técnicas para incentivar a expressão individual e coletiva, promovendo a integração social e a autoestima dos participantes. A diversidade metodológica do modelo Plurimodal, que inclui tanto aspetos ativos quanto recetivos da musicoterapia, garante que cada intervenção seja única e devidamente ajustada ao contexto específico de cada criança, maximizando assim os benefícios terapêuticos e educacionais. Schapira

(2007) defende uma estreita relação entre a teoria e a prática, com uma abordagem sempre centrada na pessoa e na sua personalidade. Definiu quatro eixos para a prática terapêutica: Improvisação Musical Terapêutica (IMT); Trabalho com Canções; Uso seletivo de Música Editada; e, Técnicas recetivas – Estimulação de Imagens e Sensações através do Som (EISS).

A improvisação musical terapêutica é uma abordagem da musicoterapia que utiliza a criação espontânea de música como ferramenta terapêutica. Esta técnica envolve a improvisação musical, na qual o terapeuta e o paciente criam música juntos, sem haver, necessariamente, uma estrutura ou composição pré-definida. Esta técnica permite uma enorme flexibilidade pois pode ser facilmente ajustada ao estado emocional e capacidades da pessoa no momento da sessão e também se adequa tanto a sessões individuais como em grupo. Relativamente aos objetivos e benefícios associados, tem-se como primordiais a expressão das emoções de forma livre e criativa, a comunicação verbal e, sobretudo, a não-verbal, o desenvolvimento cognitivo e motor pela interação e manipulação de instrumentos musicais e a relação terapêutica, a partir de um ambiente de confiança e segurança.

O Trabalho com Canções é uma técnica flexível e pode ser adaptada a diferentes contextos e necessidades, tornando-se uma ferramenta importante na musicoterapia para crianças com necessidades específicas. É, também, uma técnica flexível e adaptável a vários contextos que promove o desenvolvimento de diversas competências, entre as quais: a memória, a comunicação, a criatividade, a iniciativa, a interação, entre outras. A partir do trabalho com canções a criança expressa sentimentos, trabalha a comunicação, sobretudo a verbal, desenvolve a memória, não apenas de palavras, mas associando melodias, a cognição também fica fortalecida. Com crianças não verbais pode ser usada a técnica da canção pessoal, em que o musicoterapeuta cria uma canção à medida da criança em que refere o nome, gostos ou alguma particularidade positiva da criança.

No eixo Utilização de músicas selecionadas editadas, conforme preconizado por Diego Schapira, na Abordagem Plurimodal de musicoterapia, envolve a utilização de gravações musicais específicas durante as sessões terapêuticas. Desta forma, a música editada é escolhida para evocar respostas sensoriais e emocionais específicas, ajudando-as a explorar e expressar sentimentos. As gravações

podem ser usadas para desencadear memórias e associações, facilitando a análise e a reflexão sobre experiências passadas. A música pode, ainda, ser selecionada para promover relaxamento e conforto, criando um ambiente terapêutico acolhedor e seguro.

A Estimulação de Imagens e Sensações através do Som (EISS) é uma técnica que utiliza a música para evocar imagens mentais e sensações físicas possibilitando a exploração e expressão de emoções e pensamentos. Para trabalhar este eixo através da Abordagem Plurimodal, pode recorrer-se a diversas técnicas musicais, tais como: ouvir música editada, sonho musical dirigido, banho sonoro, audição musical instrumental, dinamização afetiva das músicas. (Schapira et al., 2007).

A abordagem Plurimodal de Diego Schapira ao integrar perspectivas psicanalíticas e humanistas, permite uma intervenção terapêutica abrangente e personalizada (Vieira, 2024).

Estudos recentes refutam que a abordagem musicoterapêutica Plurimodal pode contribuir positiva e significativamente para a função motora e a comunicação em crianças com paralisia cerebral, que é uma condição neurológica que afeta o movimento e a coordenação. Um estudo de caso de 2021 relatou que, após 13 sessões de musicoterapia associada à fisioterapia, duas crianças com paralisia cerebral apresentaram evolução na interação e participação no tratamento, facilitando a reabilitação neurológica (Quintão et al., 2024). Outro estudo evidenciou que a manipulação de instrumentos musicais e atividades rítmicas estimulam a coordenação motora e a expressão verbal, promovendo a socialização e a autoestima (Freire e Parizzi, 2016).

Avaliação em Musicoterapia

Gattino (2021) destaca que a avaliação em musicoterapia é crucial não apenas para o musicoterapeuta, mas também para os participantes e toda a equipa envolvida no processo terapêutico. Através da avaliação, é possível identificar os pontos fortes e as áreas que necessitam de desenvolvimento, proporcionando uma base sólida para a elaboração de planos de intervenção personalizados.

O mesmo autor define o processo de intervenção musicoterapêutica em três momentos: avaliação inicial, processo terapêutico e avaliação final (Gattino, 2012 as cited in Silva, 2012).

É a partir da avaliação que o musicoterapeuta desenha o perfil do participante e o plano terapêutico, para que a sua intervenção possa ser útil e eficaz, se esta não for realizada, a prática musicoterapêutica resumir-se-ia a um conjunto de atividades experimentais dentro do *setting* musicoterapêutico, sem caminho traçado, nem possibilidade de conferir a sua validade (Gattino, 2021).

Por isso, a avaliação é de suma importância para se poder aferir em que medida a musicoterapia foi útil para aquela pessoa, tendo em conta o diferencial entre a avaliação inicial e a avaliação realizada no final da intervenção/plano terapêutico definido. Se for estabelecido um processo terapêutico longo, poderá realizar-se ainda uma avaliação intermédia, com o mesmo intuito (Baxter et al. 2007 as cited in Silva, 2012).

A avaliação permite ao musicoterapeuta compreender melhor as necessidades dos seus clientes, monitorizar o progresso terapêutico e ajustar as intervenções de forma eficaz. Realiza-se em quatro etapas principais: Preparação, na qual o musicoterapeuta recolhe informações preliminares sobre o participante, nomeadamente histórico médico, familiar e social. Esta etapa é fundamental para estabelecer uma base de conhecimento que orientará as fases subsequentes da avaliação; Recolha de Dados, que envolve a utilização de diversas técnicas e instrumentos para obter informações detalhadas sobre o participante, de relevante importância utilizar métodos quantitativos e qualitativos para obter uma visão abrangente das capacidades/potencialidades e necessidades do

participante; Análise, Interpretação e Conclusões, onde o musicoterapeuta analisa e interpreta as informações obtidas para identificar padrões e tendências. Esta análise permite ao terapeuta tirar conclusões sobre o estado atual do participante e as áreas que necessitam de intervenção; Comunicação e Documentação dos Resultados, esta última etapa envolve a comunicação dos resultados da avaliação e a importância de documentar os resultados de forma clara e precisa, garantindo que todas as partes interessadas compreendam as conclusões e recomendações. O autor apresenta uma variedade de ferramentas e técnicas que podem ser utilizadas na avaliação em musicoterapia, nas quais se incluem questionários, entrevistas, observações e gravações de sessões. A escolha das ferramentas deve ser baseada nas necessidades específicas do participante e nos objetivos terapêuticos estabelecidos. (Gatino, 2021)

Dado que existem diversas abordagens e metodologias de musicoterapia, emergiu a necessidade de se poder avaliar, de uma forma geral, o participante. Criou-se, então, um perfil avaliativo que consegue avaliar todas as subtilezas num processo terapêutico, para tal, criaram uma equipa multidisciplinar, constituída por musicoterapeuta, professor de educação especial e psicólogo – O perfil IMTAP (Individualized Music Therapy Assessment Profile) – que responde a necessidades de crianças e jovens com diversas patologias e neurodivergências, completo e versátil, avalia dez domínios na sua totalidade ou parcialmente, porque embora se possam complementar, são independentes. (Baxter et al. 2007 as cited in Silva, 2012).

Na IMTAP são considerados nove domínios gerais e um domínio específico musical: Motricidade Global, Motricidade Fina, Motricidade Oral, Domínio Sensorial, Comunicação Recetiva, Comunicação Expressiva, Domínio Cognitivo, Domínio Emocional, Domínio Social e a Musicalidade. Estes domínios podem ser aplicados na sua totalidade ou apenas alguns deles, pois são independentes, contudo, o desenvolvimento de um determinado domínio, por vezes, interliga-se com outro e ajuda a evoluir o outro, sem que esse fosse o objetivo principal. A Musicalidade é o único domínio de avaliação obrigatória. Considera-se a IMTAP uma ferramenta completa para aferir potencialidades e áreas a trabalhar pois mede todos os domínios da pessoa, através de respostas musicais e não musicais, não

a comparando com nenhum perfil ou percentil suposto, a resposta é medida em termos evolutivos da própria pessoa sem comparação. (Baxter et al., 2007)

De acordo com Baxter et al. (2007), se não se pretender avaliar e trabalhar todos os domínios, o questionário de admissão torna-se crucial para definir estratégias de intervenção, pois faz o levantamento das informações essenciais sobre o contexto pessoal da pessoa, incluindo aspetos emocionais, sociais e comunicativos para que o musicoterapeuta compreenda os domínios que mais precisam de estímulo e possa delinear a intervenção de uma forma personalizada.

A aplicação da IMTAP reflete vários benefícios, tais como: personalização do tratamento; monitorização do progresso com o intuito de ajustes às necessidades de cada pessoa; comunicação eficaz para uma boa relação terapêutica e entre pares (terapeutas). Este perfil constitui-se, assim, como uma ferramenta preciosa para os musicoterapeutas, pois promove uma avaliação detalhada e sistemática. Começa-se por fazer um questionário de admissão a pessoas de referência de cada criança e, a partir deste e da observação direta em ambiente natural, preenche-se a folha de rosto, para que, com esse conjunto de dados, se possa definir e redigir o plano terapêutico a implementar com cada participante. (Baxter et al. 2007 as cited in Silva, 2012).

Para viabilizar resultados, a IMTAP obedece a algumas etapas da aplicação:

- Preparação que se inicia com a recolha de Informações Preliminares: Antes de iniciar a avaliação, o musicoterapeuta deve recolher informações básicas sobre o participante, incluindo histórico médico, familiar e social para poder contextualizar a avaliação e definir os objetivos terapêuticos.

- Recolha de Dados, através da observação direta: Durante as sessões de musicoterapia, o terapeuta observa o comportamento do participante em resposta a diferentes estímulos musicais. A IMTAP permite registar essas observações de forma metódica.

- Interação Musical: O terapeuta utiliza instrumentos musicais, canções e improvisações para avaliar as respostas do participante. A interação musical é essencial para captar as reações emocionais, motoras e cognitivas do participante.

- Questionários e Entrevistas: Ferramentas adicionais, como questionários e entrevistas com o participante, com os seus familiares ou adultos de referência, podem complementar as observações diretas e fornecer uma visão mais completa das necessidades e potencialidades do participante.

- Análise e Interpretação dos Dados: Os dados recolhidos são registados na IMTAP e analisados para identificar padrões e tendências. O terapeuta avalia aspetos como a comunicação, a interação social, a função motora e a resposta emocional do participante.

- Interpretação: Com base na análise dos dados, o terapeuta interpreta os resultados para compreender melhor as potencialidades e necessidades do participante e ajustar o plano de intervenção terapêutica.

- Comunicação dos Resultados: Pode implicar um Relatório de Avaliação elaborado pelo terapeuta que redige um relatório detalhado com os resultados da avaliação, destacando os pontos fortes e as áreas que precisam de desenvolvimento. Este relatório é partilhado com o participante, os seus familiares e outros profissionais que trabalham com o mesmo.

- Plano Terapêutico: Com base nos resultados da avaliação, o terapeuta desenvolve um plano de intervenção personalizado, ajustando as técnicas e metodologias utilizadas para atender às necessidades específicas do participante (Baxter et al. 2007 as cited in Silva, 2012).

Objetivo Geral

Tendo em conta o local de estágio, as necessidades dos alunos e da equipa técnica, este estágio assumiu como objetivo geral:

Acompanhar os alunos na aquisição de autonomia, regulação do comportamento, e no desenvolvimento das suas competências sociais, comunicativas e cognitivas, bem como na expressão das suas emoções, para promover o seu desenvolvimento integral e o bem-estar, contribuindo assim para dar a conhecer a Musicoterapia e os seus benefícios a toda a comunidade educativa deste estabelecimento de ensino.

Metodologia

O relatório de estágio curricular, no âmbito do mestrado em Musicoterapia, pressupõe a descrição de dois estudos de caso, cuja metodologia comportou a descrição do processo, exposição dos dados, análise e discussão de resultados, bem como conclusões dos mesmos.

O estudo de caso não constitui uma metodologia em si mesma, mas sim uma forma de estruturar e interpretar a informação recolhida, mantendo a singularidade e as características próprias do que se pretende estudar (Coutinho & Chaves, 2002). Nesta situação, tendo por base o estudo de caso, pretende-se estudar, não exatamente uma situação única individual, mas um conceito – a intervenção da Musicoterapia numa escola de Educação Especial, de forma a conhecer melhor este fenómeno, através de uma abordagem qualitativa, de natureza exploratória e interpretativa. Sendo que: “A investigação qualitativa centra-se na compreensão dos problemas, analisando os comportamentos, as atitudes ou os valores”. (Sousa & Baptista, 2011, p.56).

Abordagem Inicial e Observação

A primeira abordagem à instituição consistiu numa reunião com a Diretora do Externato Rumo ao Sucesso que deu a conhecer o contexto e dinâmica do colégio, bem como a intervenção pedagógica do mesmo. Seguiu-se uma reunião com a Psicóloga que coordena a equipa multidisciplinar e que assumiu as funções de orientadora de estágio no local. Desde este primeiro contacto que a estagiária se sentiu parte integrante daquela instituição, apesar de ser um elemento externo, foi-lhe concedido acesso total aos espaços pedagógicos, com total liberdade de circulação e um excelente acolhimento por parte de toda a comunidade educativa.

Após esta primeira abordagem, iniciou-se o período de observação geral, ainda sem casos atribuídos, apenas para observar a dinâmica da instituição e dos alunos. Nesta fase, é de salientar que todos os colaboradores (professores, técnicos, assistentes) foram muito recetivos à estagiária, permitindo que a mesma assistisse a aulas, sessões de terapias, circulasse pelo espaço, houve partilha informações, materiais, sugestões, o que foi um elemento extremamente facilitador para todo o processo.

A observação livre decorreu durante todo o mês de outubro de 2024, sendo que na segunda quinzena foram sugeridos, pela equipa multidisciplinar, participantes (casos). Nessa reunião de definição de casos, a equipa multidisciplinar descreveu os participantes, um a um, partilhando com a musicoterapeuta estagiária os objetivos para cada participante, bem como as expectativas e potencialidades que identificavam em cada um, delineando um esboço do que poderia ser incluído nos objetivos específicos de cada participante. A partir dessa altura, a direção começou a agilizar os processos de autorização dos responsáveis legais de cada criança, tanto para a realização das atividades (APÊNDICE A), como para a captura de imagens, com fins exclusivamente académicos (APÊNDICE B). A observação passou a ser direcionada para os participantes e a estagiária começou a recolher mais informações acerca de cada um deles, tanto nos seus processos e Relatórios Técnico Pedagógicos, como em conversa com as professoras e técnicas dos mesmos.

Tabela 1*Caracterização da População*

Participante	Género	Idade	Problemática	Tipo de Intervenção
L. E.	M	7 anos	Síndrome de Crouzon, com comorbilidades, incluindo baixa visão	Individual
M. G.	M	10 anos	Paralisia Cerebral Espática Distónica de causa indeterminada	Individual
M. M.	F	9 anos	Neurofibromatose tipo 1, epilepsia, surdez bilateral, défice cognitivo, alterações graves de estrutura orofacial e praxia lingual	Individual
M. C.	M	14 anos	Autismo não verbal, nível de suporte 3, com alguma intenção comunicativa através de gestos de comunicação alternativa	Individual
E. D.	M	10 anos	Autismo não verbal, nível de suporte 3, com pouca intenção comunicativa, apenas faz vocalizos e gritos	Individual
L. C.	M	12 anos	Autismo verbal, nível de suporte 2	Grupo
L. F.	F	12 anos	Trissomia 21	
G. P.	M	13 anos	Trissomia 21	
S.	M	12 anos	Perturbação Intelectual e outras comorbilidades do foro mental	Individual

Desta forma, considera-se que o estágio se desenvolveu em 5 etapas: observação, avaliação, intervenção, reavaliação e término da intervenção.

Tabela 2*Caracterização da Intervenção*

Observação	Avaliação	Intervenção	Reavaliação	Términus - Fecho da Intervenção
Outubro 2024	1ª quinzena novembro 2024	2ª quinzena novembro 2024 a abril 2025	1ª quinzena de maio 2025	2ª quinzena de maio de 2025

Observação e Avaliação

Concluído o período de observação em outubro de 2024, e uma vez obtidos os consentimentos informados para a intervenção e as filmagens das sessões, estabeleceu-se o contacto direto com os participantes. Nesta fase, as professoras preencheram também o questionário de admissão do “Individualized Music Therapy Assessment Profile (IMTAP)” (Silva et al., 2012) (APÊNDICE C).

Para a realização da avaliação, foi utilizada a versão do Perfil de Avaliação IMTAP, em português do Brasil, validada e traduzida por Silva et al. (2012) (APÊNDICE D).

Aplicou-se este Perfil de Avaliação nas primeiras duas a três sessões, sob a forma de exercícios ou jogos sonoros, em que o participante nem percebe de que está a ser avaliado, pelo que consegue ser mais espontâneo e repete-se ao fim de alguns meses, seja como avaliação intermédia ou final, onde são analisados os resultados para elaboração de relatório final ou reajustada a intervenção ou, ainda, proposta outra intervenção. Estas sessões foram sempre filmadas para melhor análise posterior.

É a partir da triangulação dos resultados da avaliação inicial da IMTAP, cruzados com o questionário de Admissão e a observação direta da musicoterapeuta estagiária que são definidos os objetivos terapêuticos e escolhido o modelo de musicoterapia mais adequado.

Intervenção

O Externato Rumo ao Sucesso possui uma sala destinada à expressão musical, com dois armários bem equipados de instrumentos de percussão e um espaço amplo onde é possível fazer movimentos/dança com facilidade. Este espaço também serve de arrumos de algumas coisas, como mesas e cadeiras, tanto boas como inutilizadas, caixotes, brinquedos, entre outros.

Como a sala é também usada pelos alunos em momentos lúdicos, é necessário preparar o *setting* geral todos os dias, por isso, a musicoterapeuta estagiária reserva, em cada dia de intervenção, algum tempo, não só para a arrumar a sala diariamente e fazer a montagem do *setting* individual antes de cada sessão, como também para proceder ao registo escrito de cada sessão, após a mesma, num documento próprio (APÊNDICE E).

A intervenção seguiu sempre a mesma estrutura, tanto as sessões individuais como as de grupo, por forma a que os participantes, dadas as suas características, pudessem ter alguma previsibilidade do início e do fim da mesma.

Após o período de observação e conhecimento dos participantes, foi criada uma canção de início, intitulada de “Bom Dia”, onde a letra continha espaço para dizer sempre o cumprimento, o nome da criança e referência à musicoterapia:

Bom Dia, Bom Dia	Bom Dia, Bom Dia
Que lindo dia está	A música reinará
Bom Dia, Bom Dia	Bom Dia, Bom Dia
Olá... (nome da criança)	Hoje é Musicoterapia

Figura 1

Canção de início “Bom Dia”

Bom Dia
Canção de início

Cláudia Mendes

C

♩ = 60

Bom di - a Bom di - a que lin - do di - a, es - tá Bom di -

a Bom di - a O - lá (nome da criança) Bom di -

a Bom di - a mú - si - ca rei - na - rá Bom di -

a Bom di - a ho - j'é mu - si - co - t'ra - pi - a

Esta canção e respetiva melodia foram criadas com o intuito de servir como ritual de abertura nas sessões de musicoterapia, especificamente para crianças com necessidades específicas significativas. Procurou-se criar uma estrutura musical que promovesse a previsibilidade e a segurança, elementos cruciais para esta população. A repetição da frase melódica inicial "Bom Dia, Bom Dia" (Mi-Mi, Dó Mi-Mi, Dó) foi pensada para facilitar o reconhecimento e a memorização, estabelecendo uma rotina que ajuda a criança a antecipar o que se segue na sessão.

A melodia foi desenhada para facilitar a compreensão e a participação, mantendo-se numa extensão limitada de notas, o que minimiza o esforço cognitivo e vocal, permitindo a participação de crianças com diversas capacidades comunicativas e motoras. Embora utilize maioritariamente o movimento por graus conjuntos, foram incluídos pequenos saltos melódicos intencionais para manter o interesse e destacar frases-chave como "Que lindo dia está", "A música reinará" e "Hoje é musicoterapia", esta última seguindo um padrão musical básico da composição musical e sonoramente agradável.

A personalização do acolhimento da criança foi também um propósito, concretizada através da inclusão do seu nome na melodia "Olá... (nome da criança)" (Mi- Ré, Dó - Ré - Dó), que possui uma melodia suave e descendente, expressando um convite acolhedor. Por fim, a canção foi concebida para promover o envolvimento através de múltiplos canais sensoriais e expressivos, permitindo diversas formas de participação para além da escuta passiva ou do canto, como gestos ou o uso de pequenos instrumentos, e para ser um elemento de transição seguro e acolhedor do mundo exterior para o ambiente terapêutico.

Para o término da sessão, foi criada uma canção simples, com um elemento fácil de memorizar e cantar para incentivar a participação de todos, incluindo os menos verbais. O refrão "Já Está!" foi escolhido por ser uma das primeiras interjeições utilizadas pelos bebés numa fase precoce da linguagem, tornando-o intuitivo e acessível.

A letra e a melodia final são as seguintes:

Já está! Já está!	P'ra semana há outro dia
Hoje a música nos animou	De musicoterapia
Já está! Já está!	Já está! Já está!
O tempo voou...	Adeus e até lá!
Já está! Já está!	Já está! Já está! Adeus e até lá....

Figura 2*Canção de término "Já está"*

Já está!
Canção de término

Cláudia Mendes

C

$\text{♩} = 60$

Já - 'stá Já 'stá Ho-j'a mú-si - ca nos' a - ni - mou Já - 'stá Já 'stá o tem-

9

po vo-ou Já - 'stá Já - 'stá P'ra se-ma - n'há ou-tro di - a de mu - si - co-t'ra -

17

pi - a Já - 'stá Já 'stá A-deus e'a-té lá Já 'stá Já 'stá A-deus e'a-té lá

Esta melodia foi pensada para crianças com necessidades específicas significativas, seguindo princípios da musicoterapia, de forma a criar previsibilidade, incentivar a participação e promover a regulação emocional. Assim, pensou-se no “Já está!” por ser uma interjeição primária, num intervalo de 3ª descendente que assume a função de sinal sonoro repetitivo, facilmente reconhecido e memorizado, dando a sensação de repouso, o que permite à criança ter a percepção de fim e, assim, interiorizar melhor que a sessão está a terminar.

A melodia fácil e acessível (escrita na escala pentatónica), com apenas as cinco notas da escala pentatónica (Dó, Ré, Fá, Sol e Lá) e movimentos suaves (maioritariamente por graus conjuntos ou pequenos saltos), confere à melodia uma sonoridade fluida e agradável, uma vez que a ausência de

meios tons minimiza potenciais tensões harmônicas, desta forma, reduz o esforço cognitivo e vocal. A música tem momentos mais ativos que alternam com outros mais calmos, numa dinâmica rítmica diferente, mas previsível, o que, a par com os pequenos saltos, lhe suscitam o devido interesse, sem a tornar difícil. Embora a música não tenha sido escrita, intencionalmente, numa escala pentatônica maior, foi escrita numa escala pentatônica anhemitônica, mas com uma sonoridade que sugere um caráter maior, cujo objetivo pressupunha transmitir a resolução de algo positivo e agradável, como é referido na frase "a música nos animou". A primeira vez que se canta "Adeus e até lá!" termina numa nota mais aguda (Lá), criando expectativa para a próxima sessão, depois na última repetição, termina numa nota mais grave em sequência de descida suave (Sol - Fá), que poderia ser a tônica, caso a melodia tivesse sido escrita com intencionalidade de ser na escala pentatônica maior de Fá, no entanto, a intenção foi desta ser a quarta nota da escala pentatônica criada (subdominante, se Dó for a tônica implícita), este final em Fá, objetiva proporcionar uma sensação de repouso suave e de continuidade, um terminar menos conclusivo que a tônica, o que pretende evocar a ideia de "até breve" e a continuidade da experiência nas próximas sessões, sem uma finalização abrupta.

Deste modo e, atendendo à população específica deste estágio, as canções de início e fim da sessão foram criadas, essencialmente, para estruturar o tempo da terapia e, ao serem escritas de uma forma simples e intuitiva, serem fáceis de memorizar e nelas participar, para também serem elementos de ligação emocional com a estagiária.

Após a canção de início, propunham-se atividades e jogos sonoro musicais, de acordo com o plano terapêutico de cada participante, por vezes, eram os próprios participantes que davam o mote ao início de alguma atividade ou jogo que a musicoterapeuta estagiária começava a conduzir. De entre as atividades e jogos mais realizados tinha-se a improvisação e as técnicas a ela associadas, como o espelhamento, imitação, turn taking, pergunta-resposta, maestro, entre outras; a recriação de canções, muitas vezes a partir de palavras ou gestos do participante; o movimento livre e orientado, sempre com uma margem de adaptabilidade no momento, muitas vezes, as atividades resultantes

contrapunham-se às planeadas, contudo, conduziam-se as atividades na direção dos objetivos terapêuticos, independentemente da atividade ser do planeamento prévio ou outra distinta.

Setting Terapêutico

Preparou-se um *setting* terapêutico dinâmico e adaptado a cada participante, ainda que dentro das condições oferecidas pela instituição, que nem sempre eram as mais favoráveis, mas as possíveis: a sala não estava insonorizada (ouvindo-se muitas vezes barulho, fosse de algum aluno em descompensação, fosse de música que colocavam noutras salas); tinha demasiados instrumentos acessíveis e à vista (em armários de vidro, fáceis de abrir, embora a estagiária tenha colocado mesas e cadeiras à frente, de forma a dificultar o acesso livre); espaço demasiado amplo, que a musicoterapeuta estagiária ia limitando com mesas e cadeiras, em determinadas sessões, contudo, nem sempre era a solução ideal, pois os participantes podiam passar para o outro lado por baixo da mesa ou por cima das cadeiras. Como anteriormente referido, a sala servia também para arrumos de caixas, brinquedos e outros objetos que, muitas vezes, distraiam os participantes. Não obstante, a sala estava bem equipada de instrumentos de percussão, o que permitia à musicoterapeuta estagiária levar apenas alguns instrumentos complementares e ter imensas opções (desde pequenas percussões, a *boomwackers*, passando por xilofones e metalofones, partes de uma bateria, entre outros).

Dentro dos fatores facilitares, teve-se o facto da sala destinada à musicoterapia ser numa ponta do colégio, o que, ainda assim, protegia de mais ruídos. O facto de haver muitos e diversificados instrumentos permitia mais possibilidades aos participantes e maior número de atividades. A dimensão da sala, embora não fosse um espaço limitado, que nalgumas situações, teria sido melhor, a sua amplitude, quando bem aproveitada, possibilitou a expressão corporal, jogos e movimentos.

Agenda Semanal

Definiu-se um horário fixo para cada participante, geralmente cumprido ao longo do ano, no entanto, sempre que necessário houve adaptações ou compensações noutros dias/horas, sobretudo a partir

do segundo semestre em que foi acrescentado mais um dia para colmatar essas necessidades. A musicoterapeuta estagiária permaneceu na instituição tempo extra sessões para montagem e desmontagem de *setting*, registos de observação, imediatamente após as mesmas, para que fosse o mais fiel possível, observação dos participantes em contexto natural e reuniões com elementos da equipa multidisciplinar.

Tabela 3

Agenda da Intervenção inicialmente proposta

HORÁRIO	SEGUNDA	TERÇA	SEXTA
9h15		E. D.	
10h	M. G.	S.	M. M.
11h	L. E.	Grupo: L. C., L. F., G. P.	M. C.
12h	D.		

Outras Atividades

No dia 16 de abril de 2025, foi realizada uma apresentação à equipa pedagógica da Instituição onde se realizou o estágio, cujo intuito pretendia dar a conhecer o projeto de estágio e as técnicas de musicoterapia implementadas com os alunos. Para concluir, realizou-se uma dinâmica de grupo. Nessa reunião estiveram presentes a Diretora Pedagógica, a Psicóloga Coordenadora da Instituição (Supervisora de Estágio no local) e todas as professoras da instituição. A apresentação teve a duração de 3 horas. (APÊNDICE F)

Figura 3

Setting para a dinâmica de grupo com a equipa do Externato Rumo ao Sucesso



Nos dias 7 e 8 de maio, a musicoterapeuta estagiária apresentou uma Comunicação Póster, intitulada de *Musicoterapia e Emoção: Estudo de Caso de Criança institucionalizada*, inserida no âmbito do XV Congresso Internacional de Psicologia da Criança e do Adolescente: Trauma, Saúde e Bem-Estar, na Universidade Lusíada de Lisboa. O Póster referido ilustra o estudo de caso do participante M. G. (APÊNDICE G).

Estudos de Caso

Estudo de Caso I – L. E.

Caracterização do L. E.

O L. E. é uma criança do sexo masculino com 7 anos.

De acordo com as informações recolhidas no seu processo escolar e Relatório Técnico Pedagógico, o L. E. nasceu de uma gravidez gemelar dizigótica com fetos de sexos diferentes, durante a qual, foi diagnosticado ventriculomegalia (ventrículos cerebrais, anormalmente dilatados ou aumentados) na ecografia morfológica, tendo esta situação sido vigiada ao longo da gravidez. Após o seu nascimento foi diagnosticado “escafocefalia com encerramento precoce de sagital e lambdoide” atualmente já corrigida cirurgicamente.

Presentemente está diagnosticado com uma síndrome de Crouzon com sequelas graves pela hipertensão intracraniana, com apresentação de atraso de desenvolvimento, baixa visão, bem como uma hidrocefalia com *Shunt*. Já realizou 5 cirurgias, sendo a última em setembro de 2022. Não faz medicação contínua. O L. E. apresenta um atraso de desenvolvimento global, com um défice de visão grave e é seguido em múltiplas especialidades no Hospital Santa Maria: Genética; Cirurgia plástica; Oftalmologia; Otorrinolaringologia; Pneumologia e Reabilitação Pediátrica.

O L. E. ingressou, no Externato Rumo ao Sucesso, no ano letivo de 2023/2024, que frequenta em regime de semi-internato, onde beneficia de trabalho especializado em sala de aula, bem como de terapia ocupacional, terapia da fala e psicologia. Vive com a família que, devido à sua problemática, considerou mais viável uma instituição específica de educação especial, pois a escola pública da sua área de residência não deu a resposta mais adequada ao L. E.. Este havia frequentado o pré-escolar de uma escola que não tinha CAA, apesar de ter uma auxiliar mobilizada a tempo inteiro para ele, como o L. E. não mostrava qualquer interesse por nenhuma atividade, também não aderiu às mesmas, a família optou por uma escola diferenciada por acreditar na potencialidade da criança.

Recolha de Informação e Observação

A equipa multidisciplinar do Externato Rumo ao Sucesso (psicóloga, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala e professora titular), identificaram no L. E. dificuldades de atenção/concentração, motivação, participação numa atividade orientada, comunicação e interação social. A professora titular respondeu ao questionário do Formulário de Admissão *Individualized Music Therapy Assessment Profile* – IMTAP, na sua versão traduzida para português do Brasil (Silva et al., 2013), do que resultou a confirmação das dificuldades identificadas, inicialmente, pela equipa com proeminência nas seguintes áreas de funcionamento: Domínios Sensorial, Cognitivo e Comunicação Expressiva. A professora identificou como principais objetivos a serem trabalhados a melhoria da linguagem e o cumprimento de regras e rotinas (no sentido de participar em atividades orientadas que até então não demonstrava qualquer interesse).

Do Relatório Técnico Pedagógico do L. E. retirou-se que “o aluno não revela interesse social por outras crianças. No que diz respeito ao adulto, apenas o procura nos diferentes momentos da rotina diária, para o auxiliar”.

Das conversas informais com a professora titular e das observações da musicoterapeuta estagiária, percebeu-se que uma das maiores preocupações com a segurança do L. E. é que não bata com a cabeça, este deveria usar um capacete almofadado, próprio para a sua condição, no entanto, o que tem está pequeno e ele acaba por não o aceitar, tirando-o logo, pelo que se desistiu de colocá-lo. O L. E. é uma criança muito energética que salta e corre por todo o lado, mesmo tendo uma visão muito reduzida, tem uma noção espacial extremamente apurada, necessita apenas de andar devagar na primeira vez num espaço novo e depois, contando que não haja nenhum obstáculo inesperado, ele corre e salta sem cair ou bater em lado algum. Sensorialmente, ainda se encontra numa fase muito oral, pois sente tudo com a língua, coloca tudo na boca, por vezes gira os objetos à frente dos olhos e sente a vibração do som com a língua ou com a cabeça (testa).

Avaliação Inicial

A intervenção prática iniciou-se a 4 de novembro de 2024, cujas três primeiras sessões foram destinadas à realização da avaliação pelo perfil IMTAP. Estas sessões foram filmadas e preenchida a

ficha de registo de observação da sessão imediatamente após a mesma, ainda no local de estágio.

Posteriormente, foram relidas as observações e analisados os vídeos para proceder, de forma mais fidedigna possível, ao registo dos parâmetros observados em cada Domínio da IMTAP.

Embora fossem avaliados todos os Domínios, alguns Domínios só foram avaliados no parâmetro A – Fundamentos, outros foram avaliados em mais parâmetros, mas nem sempre em todos, só se avaliou o que se considerou exequível.

A sala foi preparada com o seguinte *setting* instrumental: 1 teclado, 1 xilofone, 1 jogo de sinos, 1 metalofone, 2 pares de maracas, 2 reco-reco, 2 caixas chinesas, 2 pares de clavas, 2 pandeiretas, 2 bombos, 1 bateria incompleta (tímboles, prato, bombo e tarola). Como não se conheciam as potencialidades e gostos do L. E. e, também, por se estar a proceder à avaliação, colocaram-se muitos instrumentos à sua disposição. O espaço da sala não foi muito limitado, apenas se colocaram mesas à frente dos armários para não serem tirados mais instrumentos e à frente de objetos que pudessem ser perigosos (tais como estantes estragadas, guitarras com cordas partidas, a pender; outros objetos não musicais, caixas e cadeiras partidas que eram guardadas naquela sala), mas a sala ficou com um espaço bastante grande, amplo para poder haver liberdade de movimentos.

Foram realizadas atividades e jogos rítmicos com sugestão de imitação, de tocar instrumentos ou com recurso a outros objetos como balões com luz led dentro e outros com confetes que permitem percussão, apitos de festa e outros brinquedos sonoros; canções conhecidas, como o “Balão do João” enquanto se percutia com o balão, quando ele colocou objetos na boca, a musicoterapeuta estagiária improvisou um pequeno verso cantado: “na boca não, toca com a mão”. Durante este período de avaliação, o L. E. não participou sempre ativamente, porém, estava mais interessado em explorar o espaço que lhe era novo e em sentir vibrações, deu para perceber que tinha algum sentido rítmico, pois quando se limitava a rodar a maraca, fazia-o de forma regular; também em brincadeiras sonoras, ele chegou a estar deitado no chão mas a dar um salto com o rabo quando a musicoterapeuta estagiária percutia um instrumento com mais intensidade ou na pequena improvisação “na boca não”, tal como batia com os pés na parede aquando o apito de festa, mesmo quando o andamento e

a dinâmica eram alterados, fazendo-o, por vezes, parar evidenciando reconhecer uma mudança, sobretudo, quando esta era a nível de andamento. Chegou a vocalizar partes da melodia do “Balão do João”, sugerindo que conhecia a música e, ainda durante as sessões de avaliação, vocalizou algumas palavras soltas, sobretudo em inglês, como “what” que a musicoterapeuta utilizou para fazer espelhamento e outras improvisações, de forma a criar interação com o L. E..

Para haver reação do L. E. a musicoterapeuta estagiária teve de provocar, sugerir e incentivar muito essa reação, pois ele, por sua iniciativa, não pegou em nenhum instrumento musical.

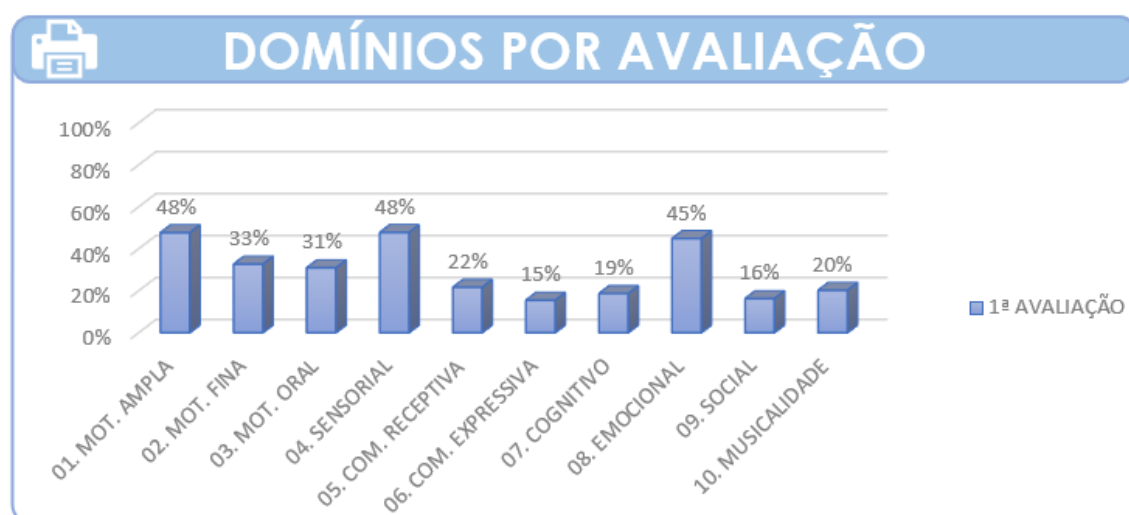
Tabela 4

Resultados da IMTAP - Avaliação Inicial L.E., novembro 2024

Domínio	Resultado %
Motricidade Global	48
Motricidade Fina	33
Motricidade Oral	31
Sensorial	48
Comunicação recetiva	22
Comunicação expressiva	15
Cognitivo	19
Emocional	45
Social	16
Musicalidade	20

Figura 4

Resultados da IMTAP, em gráfico - Avaliação Inicial L. E.



Nota: Resultados da IMTAP, em gráfico - Avaliação Inicial L. E., novembro 2024 (Silva, et al., 2012)

Plano de Intervenção Terapêutico

Após o período de observação e avaliação inicial (com a triangulação de dados: informação dada inicialmente pela equipa multidisciplinar, questionário respondido pelas professoras titulares e resultados da avaliação inicial realizada pelo perfil IMTAP) foi elaborado o Plano de Intervenção Terapêutico (esquemático na tabela 5) para ser aplicado entre novembro de 2024 e final de maio de 2025, com a periodicidade de 1 sessão semanal de 30 a 45 minutos, sendo o último mês destinado à avaliação final e fecho do processo.

Plano de Intervenção Terapêutica proposto para o L. E.:

Tabela 5

Plano de Intervenção Terapêutica do L. E.

Problema 1
Dificuldade em compreender e seguir rotinas e atividades orientadas
Objetivo Geral
Introduzir rotinas e ações orientadas básicas
Sub-objetivos

Compreender a rotina de início e final de sessão	Seguir instruções simples	Incentivar a participação nas atividades propostas
Problema 2		
Falta de interesse comunicativo e limitações significativas de linguagem		
Objetivo Geral		
Estimular a comunicação verbal e não verbal, receptiva e expressiva		
Sub-objetivos		
Aumentar a intenção comunicativa	Promover a vocalização e a comunicação não verbal	Incentivar a verbalização de sílabas ou palavras
Problema 3		
Dificuldade na autorregulação e Controle Emocional		
Objetivo Geral		
Facilitar uma melhor organização da Expressão Emocional		
Sub-objetivos		
Estimular várias formas de expressão emocional	Promover alternativas de autorregulação	Aumentar o tempo de permanência em atividade

Desenvolvimento da Intervenção

O L. E. usufruiu de 25 sessões individuais, com a periodicidade semanal, entre o início de novembro de 2024 e o final de maio de 2025. As sessões foram realizadas numa antiga sala de música do Externato Rumo ao Sucesso, onde havia um grande espólio de instrumental *Orff* à disposição, além de outros instrumentos melódicos e de percussão, do espólio pessoal da musicoterapeuta estagiária.

A intervenção realizou-se em 4 fases: Estabelecimento de Relação Terapêutica e Implementação de Rotina; Exploração do Espaço e Interação musical; Comunicação Musical do L. E. com a musicoterapeuta estagiária; e, Avaliação e fecho da Intervenção Musicoterapêutica.

1ª Fase: Estabelecimento de Relação Terapêutica e Implementação de Rotina – da 1ª à 3ª sessão

As primeiras abordagens visavam estabelecer relação terapêutica, bem como introduzir rituais de início e fim de sessão, de forma a construir uma rotina previsível para o L. E., enquanto se sugeriam atividades para registrar a avaliação.

Nas primeiras três sessões o L. E. instalou-se num local da sala que sentiu como seguro, um canto junto a uma porta de acesso ao corredor interior que não era por onde entrava ou saía com ele, dando a sensação que precisava de sentir o conforto da limitação de espaço que ele próprio criou, posicionando-se na diagonal para o canto, ficando com parede em dois lados, deitado no chão, de barriga para cima, com os pés na parede. Não usou nenhum instrumento para fazer som, mas para rodar, contudo, vocalizou pontualmente quando foram cantadas músicas que ele conhecia, como o “Balão do João” e rodou um balão que a estagiária lhe forneceu. Também reagiu algumas vezes aos sons e ritmos da percussão que a musicoterapeuta estagiária executou nos diversos instrumentos de percussão, batendo com os pés no chão ou mesmo o rabo, dentro do andamento, se este fosse um andamento moderado, quando a musicoterapeuta estagiária alterava o andamento ele ou parava, ou continuava no seu andamento, geralmente, parava. Demonstrou gostar desta brincadeira, pois ria-se muito e, uma vez, chegou a colocar a mão da estagiária no tamborim como que a pedir-lhe que continuasse, porém, estes momentos de interação foram pontuais e fugazes, porque, de forma geral, ficava mais alheado ao que a musicoterapeuta estagiária fazia e concentrava-se em rodar ou lamber um instrumento que escolhia. A dada altura, pegou no tambor de mar e colocou-o na testa, dando a sensação de que estava a sentir o som do instrumento desta forma, contudo, apenas o fez por instantes e depois atirou o tambor de mar para o chão.

Relativamente aos rituais, não foi possível estabelecer o ritual de tirar os sapatos, pois ele recusou-se sempre veementemente pelo que, optou-se por não insistir para não criar instabilidade emocional. Na segunda sessão, não percebia ainda o fim de sessão com a canção de despedida, quando esta terminou e foi encaminhado para a porta, ao perceber na saída de que a sessão tinha terminado, chorou e resistiu, a musicoterapeuta estagiária recomeçou a cantar a canção durante o

percurso até à sua sala de aula. Na terceira sessão, já se encaminhou para a porta quando a canção de despedida terminou, dando a sensação de fazer a associação da canção de despedida ao término da sessão.

2ª Fase: Exploração do espaço e Interação musical – da 4ª à 8ª sessão

Nas sessões quatro e cinco, o L. E. mostrou alguma relutância em iniciar a sessão, até colocava as mãos nos ouvidos durante a audição da música de início, porém, quis explorar a sala, saiu do seu “canto de conforto” e circulou pela sala, embora não aceitasse instrumentos musicais. Quando a musicoterapeuta estagiária pegou no tambor de mar, por este já ser conhecido e com o qual L. E. tinha interagido momentaneamente na sessão anterior, ele disse um nítido “how are you” e a musicoterapeuta estagiária aproveitou para tentar estimular resposta, mas ele apenas respondeu “what” e a estagiária aproveitou essa palavra para fazer ritmos vocais e pequenas melodias vocais para estimular a resposta, mas o L. E. ignorou. Sem saber se o L. E. tinha referências/estímulos da língua inglesa em casa, a musicoterapeuta estagiária usou dos recursos que tinha à disposição, pegou nos boomwackers e foi brincando, dizendo as cores de cada um em inglês, embora tenha sido ignorada nas cores mas o L. E. começou a cantarolar/ vocalizar o que parecia ser a canção infantil “The Wheels on the Bus” e a estagiária cantou essa canção tanto com letra e gestos como com vocábulos enquanto ele ia acompanhando com vocábulos. Em seguida, a estagiária começou a cantar a música do abecedário em inglês e ele também foi vocalizando a melodia, dando a sensação de que conhecia bem as músicas (posteriormente, em conversa com a professora titular, percebeu-se de que não há referência à língua inglesa em casa, contudo, o L. E. passa um tempo considerável a ver televisão e *Youtube*, onde deve ouvir essas canções). A sessão seguinte, foi preparada com a canção do alfabeto, de forma a cantar a canção e em cada letra dizer uma palavra começada pela mesma, algumas já tinham sido pensadas, mas sempre que possível, foi utilizada uma palavra do contexto ou objeto presente, na letra L era dito o seu nome. O L. E. não vocalizou nesta sessão, mas riu-se muito com algumas palavras, sobretudo com o seu nome. Tentou-se repetir a música “The Wheeels on the

Bus” mas o L. E. não demonstrou qualquer interesse e voltou-se à música do alfabeto, tentando interagir com o tambor que foi, igualmente, ignorado.

Nas sessões seis a oito, o L. E. demonstrou algum interesse pelo tímble mas de uma forma totalmente musical. Inicialmente, explorou-o com a boca e sentou-se em cima, permitiu alguma percussão e demonstrava querer sentir a vibração da pele sentando-se em cima do instrumento ou sentindo a vibração com a boca. A musicoterapeuta estagiária tentou interagir musicalmente de diversas formas: tongue drum, tambor de mar com melodias só com vocábulos, canção associada ao tambor de mar, as músicas inglesas das sessões anteriores, na altura do Natal, o Jingle Bells em inglês, em português, com vocábulos, com letra inventada na hora/ contexto, vários instrumentos de percussão, boomwackers. A maior parte destas tentativas de interação foram infrutíferas, apenas algumas vezes o L. E. interagiu com um pequeno ritmo de segundos, em que a musicoterapeuta estagiária tentou estimular pergunta-resposta ou imitação de todos os sons e movimentos que o L. E. fazia, fosse um som vocal, um som ao andar ou mesmo o riso, mas o L. E. desconectava-se de imediato e a sua interação com os instrumentos era refletida em lamber, rodar ou atirar. A determinada altura, como o interesse era apenas de lamber o tímble, a musicoterapeuta estagiária pegou numa baquetas e começou a fazer um padrão rítmico no tímble, contudo, sempre que o L. E. colocava a boca/ língua, a estagiária fazia uma acentuação forte nesse tempo, mantendo sempre o mesmo padrão rítmico, e foi neste ponto que o L. E. começou a testar as reações quando colocava a língua nos ferros do aro do instrumento, e começou a fazê-lo em diferentes tempos do padrão rítmico e recebia uma acentuação forte, fosse em que tempo fosse, ele tirava a língua e ria-se, por isso, a brincadeira pôde continuar, pois não estava a assustá-lo, pelo contrário, ele demonstrou estar a compreender perfeitamente e a divertir-se com isso, tanto que um tempo depois, deixou de colocar a língua e passou a colocar a testa para sentir a vibração.

3ª Fase: Comunicação Musical do L. E. com a musicoterapeuta estagiária - da 9ª à 19ª sessões

A partir da nona sessão, o L. E. deixou de ignorar ou rejeitar a “Canção do Bom Dia” e começou a comunicar musicalmente com a musicoterapeuta estagiária, foi aceitando os instrumentos sugeridos

e provocando som organizado nos mesmos, ainda que apenas por escassos momentos. A musicoterapeuta estagiária tentou incentivar um “olá”, o L. E. não correspondeu, mas começou a vocalizar e a estagiária imitou as suas vocalizações para estabelecer conexão, porém, ele acabou por parar, tentou depois incentivá-lo a interagir com percussão instrumental, corporal, vocal, mas o L. E. ignorou, então, a musicoterapeuta estagiária tentou outra abordagem: colocou música gravada, inicialmente a música “kokoleoko”, e começou a tentar percussão corporal e movimentos, contudo, o L. E. não interagiu dessa forma, ia junto do tábale de vez em quando, sem tocar. Foi-lhe, então, sugerido o boomwacker, que ele rodou e descartou, no entanto, a musicoterapeuta estagiária sentiu que, de alguma forma, a música gravada tinha algum sentido e insistiu, mas com outra música mais calma, colocou “Comptine d’un autre été” e “Valse d’Amélie” e recorreu ao tambor de mar, instrumento do agrado do L. E. desde o início e sugeriu-lhe o mesmo, o L. E. aceitou, tocou uns momentos e depois devolveu-o diretamente, em vez de atirá-lo para o chão, como tinha feito em sessões anteriores. A musicoterapeuta estagiária ofereceu-lhe um balão transparente com confetes coloridos que fazem algum som e o próprio movimento dos confetes coloridos dentro do balão promovem uma dinâmica mais passível de ser visto/percebido, alternado com outro balão, com um led no seu interior, para que o L. E. conseguisse vê-lo melhor e perceber-se qual seria o mais funcional. O participante aceitou o balão, rodou-o e brincou com ele, até a musicoterapeuta estagiária introduzir vocalizações suaves. Nessa altura, L. E. descartou o balão imediatamente. Entretanto, começou a procurar o som e colou-se à mesa de onde saía o som, para sentir as vibrações com a boca, com a cabeça, com as mãos, permitindo festas nas costas, marcando o andamento da música. Houve momentos em que pegou na mão da musicoterapeuta estagiária para a conduzir a algum lado (geralmente até ao som), mas por breves instantes. Quase no final da sessão, foi para o chão, de joelhos, fez alguns movimentos que a musicoterapeuta estagiária espelhou, até o L. E. se deitar no chão a sentir a música/relaxar. Depois na canção de despedida ainda pegou no tambor de mar e tocou um pouco, mas assim que percebeu o fim da sessão, deixou o instrumento, e

encaminhou-se para a porta, mostrando, assim, que o término da sessão nesta altura estava totalmente interiorizado.

Na sessão seguinte, no decorrer da “Canção do Bom Dia”, o L. E. disse um nítido “bom dia!” pela primeira e única vez em toda a intervenção musicoterapêutica. A música foi repetida de forma a ser prolongada para ver se havia mais reação, mas não houve. Tentou-se introduzir outras músicas alusivas ao “Bom Dia” e “Olá”, todavia, o L. E. não voltou a verbalizar mais nenhuma palavra. A estagiária colocou as músicas da sessão anterior, primeiro o “Kokoleoko” para ver se havia reação e o L. E. pegou no tambor de mar e acompanhou por instantes ao mesmo tempo que vocalizou, no entanto, por pouco tempo, depois devolveu o tambor e, apesar de lhe serem sugeridas as maracas, o tamborim, bem como o tímble, ele demonstrou desinteresse e a musicoterapeuta estagiária colocou novamente as músicas da banda sonora do filme “Amélie” e a reação foi logo outra: explorou o espaço, dançou e pegou nas mãos da musicoterapeuta estagiária para que esta dançasse com ele. L. E. dançou com bastante coordenação, com movimentos graciosos e dentro do andamento, embora por pouco tempo. Seguiu sozinho, pouco depois, voltava a solicitar o par para dançar; outras vezes era solicitado para dançar e aceitava, rindo-se muito. Quando se sentou, foram-lhe sendo sugeridos alguns instrumentos, como a pandeireta que ele se limitou a rodopiar à frente dos olhos e as maracas que ele lambeu e rodou, sempre dentro do andamento e como fazia som, acabou por, involuntariamente, estar a participar na música. Quando a musicoterapeuta estagiária começou a sentir que o L. E. estava a deixar de participar, mudou a atividade: começou a improvisar na flauta de bisel soprano em diversos andamentos, o que resultou muito bem, pois o L. E. interagiu bastante, replicando o andamento ouvido em movimentos mais lentos ou mais rápidos, fazendo-se um jogo de turn-taking de improvisação musical e improvisação corporal, sendo o andamento ora definido pela improvisação da flauta, ora pelos movimentos do L. E.. Entretanto este pegou em instrumentos de percussão como as maracas e, apesar de sentir muito o instrumento oralmente, ia fazendo sons e a musicoterapeuta estagiária ia sempre espelhando o som, fosse das maracas, fosse dos vocalizos que também ia fazendo, tanto a nível de ritmo como de altura. Este jogo divertiu e conectou bastante o L.

E., porém, como não se mantinha muito tempo na mesma atividade, voltou a levantar-se e o jogo continuou entre a flauta e os seus movimentos. A musicoterapeuta estagiária ofereceu-lhe uma flauta, porque ele demonstrou curiosidade, ele lambeu-a apenas e rodou-a nas mãos, não tentou soprar, e a estagiária prosseguiu tocando flauta apenas com uma mão e fazendo ritmos com a outra numa tarola o que levou o L. E. a pegar na maraca e interagir um pouco. Na música da despedida, L. E. foi, por sua iniciativa, tocar um bocadinho na tarola e na maraca, contudo, a meio da música largou os instrumentos e andou em direção à porta.

Na décima primeira sessão o L. E. voltou a ter uma quebra, logo na canção do Bom Dia. Além de não interagir afastava e afastava-se, rejeitou todos os instrumentos, pegando somente em alguns, apenas para lamber e atirar ao chão logo de seguida. Rejeitou o toque físico, mesmo para fazer movimentos ao som das músicas gravadas que anteriormente tinham funcionado. Só, quase no final da sessão, após muitas tentativas de interação, a musicoterapeuta estagiária experimentou a flauta de bisel contralto, o que suscitou curiosidade no L. E. o que o deixou extasiado e aos saltos. A musicoterapeuta estagiária aproveitou para imitar na flauta um andamento mais agitado quando ele corria ou saltava mais energeticamente, mais lento quando ele abrandava, sons agudos quando saltava no mesmo sítio, sons mais graves quando se baixava, subidas ou descidas em graus conjuntos quando ele descia ou subia devagar, com staccato nos saltinhos curtos e rápidos, sendo o comando destas ações partilhado, num jogo de turn taking, espelhamento e imitação. Ora era o L. E. a definir os movimentos/sons, ora a musicoterapeuta estagiária a sugerir-los. Este foi o único momento desta sessão de real interação, em que o L. E. compreendeu e manifestou prazer.

Da décima segunda sessão à vigésima primeira, o L. E. passou a estar efetivamente com a musicoterapeuta estagiária do início ao fim da sessão. Começou a vocalizar sempre a canção do Bom Dia, evidenciando tê-la interiorizado, tocou instrumentos de percussão com intencionalidade, chegando mesmo a ficar mais de dez minutos em jogos de turn taking/ pergunta-resposta, no tímble, com a musicoterapeuta estagiária, vocalizou todas as melodias cantadas que conhecia, como “o Balão do João”, “Frei João”, “Está a chover lá fora”, “Olá! Dormiste bem?”, entre outras. Nas

músicas improvisadas na hora, o L. E. não vocalizava, mas também não dispersava, ainda teve alguns momentos a rodar os instrumentos e a lamber, porém usou-os mais para produzir som, deixou de atirá-los com força para o chão e correspondeu a todas as interações e provocações musicais da musicoterapeuta estagiária, fosse com movimentos corporais, com percussão instrumental ou com vocalizos, chegando mesmo a proferir pequenas interjeições, como por exemplo, no final da Canção da Despedida, respondeu com um “hey”.

4ª Fase: Avaliação e fecho da Intervenção Musicoterapêutica - da 20ª à 25ª sessão

Nesta fase final da intervenção, e com o objetivo de registrar a avaliação comparativa da evolução de L. E. através do perfil IMTAP, foram lembradas algumas canções e jogos sonoros marcantes do início do processo terapêutico. Subsequentemente, iniciou-se o fecho da intervenção, planeado de forma não verbal, ao invés, experiencial, dada a não verbalidade e as limitações cognitivas de L. E., e centrado nas vivências emocionais e sensoriais que se revelaram significativas ao longo das sessões, em concordância com os princípios do modelo Plurimodal de Diego Schapira.

Para concluir o processo de fecho considerou-se um breve excerto da canção de início, funcionando como uma recordação sonora da estrutura e do começo de cada sessão. De seguida, preparou-se a improvisação no tímble, um momento de interação rítmica que havia demonstrado o seu envolvimento e capacidade de turn-taking. Considerou-se também incentivar os movimentos corporais a subir e descer ao som da flauta, uma atividade que, aquando a primeira vez, pareceu evocar uma resposta emocional e física do L. E., e a dança com a musicoterapeuta estagiária, um momento de conexão e expressão através do movimento compartilhado.

Como forma de oferecer um foco sensorial agradável e um possível objeto de transição, assumiu-se o uso do tambor de mar, um instrumento que L. E. demonstrou apreciar pela sua sonoridade e vibração. Após uma breve exploração livre, foi planeada a oferta de um balão com confetes dentro, um objeto visualmente estimulante e leve, para L. E. poder levar consigo como símbolo tangível das experiências musicais partilhadas durante as sessões.

O encerramento musical pressupunha a canção de despedida, cantada num andamento mais lento e com uma melodia suave, transmitindo, de forma não verbal, o fim da intervenção.

Avaliação Final

Na última fase da intervenção, no final de abril/ início do mês de maio, foi novamente aplicado o Perfil de Avaliação IMTAP para comparação de resultados.

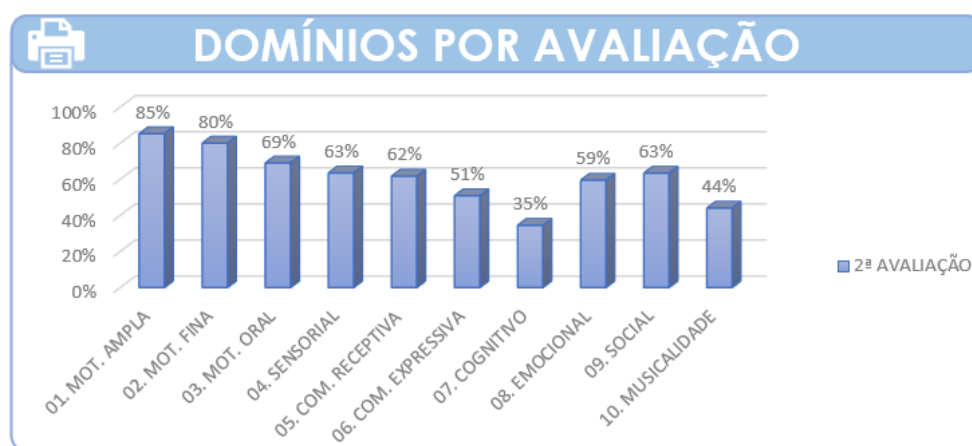
Tabela 6

Resultados da IMTAP - Avaliação Final L. E., abril/maio 2025

Domínio	Resultado	Resultado	Diferenças
	Avaliação Inicial %	Avaliação Final %	%
Motricidade Global	48	85	+ 37
Motricidade Fina	33	80	+ 47
Motricidade Oral	31	69	+ 38
Sensorial	48	63	+ 15
Comunicação recetiva	22	62	+ 40
Comunicação expressiva	15	51	+ 36
Cognitivo	19	35	+ 16
Emocional	45	59	+ 14
Social	16	63	+ 47
Musicalidade	20	44	+ 24

Figura 5

Resultados da IMTAP, em gráfico - Avaliação Final L. E.



Nota: Resultados da IMTAP, em gráfico - Avaliação Final L. E., abril/maio 2025 (Silva, et al., 2012)

Resultados

A análise da intervenção musicoterapêutica de 25 sessões com L. E. revela uma evolução notável em relação aos objetivos inicialmente propostos.

A criação de uma canção específica para marcar o início e o fim das sessões demonstrou ser uma estratégia eficaz, nomeadamente, quando o L. E. introduz a vocalização da canção do "Bom Dia" a partir da décima segunda sessão. Este momento, indica uma clara interiorização da rotina, um aspeto fundamental para a previsibilidade e segurança.

Inicialmente, resistente à interação, o L. E., expressou, progressivamente, maior receptividade às propostas musicais. A sua participação mais ativa, evidenciada pelo maior tempo de permanência nas atividades, sugere uma crescente capacidade de seguir instruções simples, dentro do contexto musical. Este envolvimento progressivo, reflete a mobilização de competências sensoriais e expressivas, um princípio central do modelo plurimodal que admite diversificar as formas de interação para alcançar o participante.

A mudança observada, na reação do L. E. à música mais clássica/calma, com aumento da vocalização e da necessidade de sentir a música através do corpo, demonstra uma expansão da sua intenção comunicativa. A exploração da vibração e a aparente simulação de tocar piano sugerem uma procura ativa por formas alternativas de interação e expressão, seguindo a premissa de que a

comunicação pode manifestar-se de diversas maneiras, especialmente em pessoas com dificuldades verbais. A posterior vocalização das melodias conhecidas e a resposta corporal à melodia calma na flauta reforçam esta evolução na comunicação não verbal e na expressão de preferências.

A manifestação de prazer durante a interação com flauta, movimento, percussão e vocalizos, contrastando com a sua inicial falta de resposta, indica um desbloqueio na expressão emocional. A reação de calma e os movimentos sincronizados com a música calma e suave da clássica banda sonora do filme "Amélie" sugerem uma conexão emocional profunda com a música, evidenciando a capacidade da musicoterapia aceder e estimular o domínio emocional através de variados estímulos sensoriais e musicais.

A progressiva aceitação da rotina do início e fim da sessão apontam para o desenvolvimento de mecanismos de autorregulação. A previsibilidade proporcionada pelas rotinas musicais e a experiência emocional positiva vivenciada nas sessões podem ter contribuído para uma maior estabilidade emocional do L. E., através da criação de um ambiente seguro e da exploração de recursos expressivos que permitam ao indivíduo gerir as suas emoções.

A crescente vocalização observada, especialmente em resposta à música, sugere um potencial desenvolvimento nesta área. A exploração vocal dentro de um contexto musical lúdico e expressivo, pode ser um caminho facilitador para formas de comunicação verbal, ainda que rudimentares.

Desta forma, a intervenção musicoterapêutica plurimodal demonstrou ser eficaz na promoção do desenvolvimento do L. E. em diversas áreas cruciais. A utilização de uma variedade de estímulos musicais e a criação de um ambiente estruturado e previsível, em consonância com os princípios do modelo plurimodal, facilitaram a intencionalidade da comunicação, a expressão emocional e o desenvolvimento de mecanismos de autoexpressão, representando um progresso significativo face ao quadro inicial de baixa interação e lacunas comunicativas.

A análise acima descrita é fundamentada pela diferença de resultados das avaliações inicial e final que evidencia melhorias significativas, observadas em diversos domínios do seu desenvolvimento, o que corrobora com o desenvolvimento dos objetivos iniciais:

No que concerne ao Problema 1- Dificuldade em cumprir regras, rotinas e atividades orientadas – o aumento expressivo na Motricidade Global (de 48% para 85%) e na Motricidade Fina (de 33% para 80%) sugere uma maior capacidade de envolvimento em atividades motoras estruturadas, o que pode ter facilitado a sua participação e a adesão às rotinas estabelecidas nas sessões. A melhoria na Motricidade Oral (de 31% para 69%) pode ter contribuído para uma maior facilidade em seguir instruções verbais e participar em atividades que envolvam a produção de sons e vocalizações. A interiorização da rotina de início e fim de sessão, manifestada pela vocalização da canção do "Bom Dia" e pela postura corporal e emocional aquando as mesmas, e o aumento do tempo de permanência nas atividades demonstram um progresso claro no cumprimento de regras e na participação orientada.

Relativamente ao Problema 2 - Falta de interesse comunicativo e limitações significativas de linguagem - os ganhos substanciais na Comunicação Recetiva (de 22% para 62%) e na Comunicação Expressiva (de 15% para 51%) indicam um impacto direto da intervenção no desenvolvimento das suas capacidades comunicativas. A expansão da sua intenção comunicativa, observada na reação à música clássica e na busca por formas alternativas de interação, aliada ao aumento da vocalização e da comunicação não verbal, refletem este progresso. A crescente vocalização em resposta à música e a exploração vocal dentro de um contexto lúdico apontam para um desenvolvimento, ainda que inicial, da sua linguagem expressiva. A melhoria na Musicalidade (de 20% para 44%) pode ter desempenhado um papel facilitador neste processo, oferecendo um canal expressivo alternativo e motivador.

No âmbito do Problema 3 - Dificuldade na autorregulação e Controle Emocional - a intervenção demonstrou um impacto positivo, embora o aumento no domínio Emocional (de 45% para 59%) possa parecer modesto em comparação com outros domínios. No entanto, a manifestação de prazer durante as interações musicais, contrastando com a sua inicial falta de resposta, e a progressiva interiorização das rotinas de início e fim de sessão sugerem o desenvolvimento de mecanismos de autorregulação. A conexão emocional profunda com a música, evidenciada pela sua reação à música

calma, e o aumento do tempo de permanência em atividade indicam uma maior capacidade de organização da sua expressão emocional. A melhoria no Domínio Social (de 16% para 63%) também pode estar interligada com a sua capacidade de autorregulação, facilitando interações mais positivas e prolongadas.

A análise dos resultados da avaliação complementa as observações qualitativas da intervenção musicoterapêutica. Os progressos significativos na motricidade, comunicação (recetiva e expressiva) e social, aliados a uma evolução positiva na musicalidade e, embora mais discreta, no domínio emocional, sustentam a eficácia da abordagem musicoterapêutica, nomeadamente, a abordagem plurimodal, para o L. E.. A introdução de rotinas, o estímulo à comunicação verbal e não verbal e a intervenção musicoterapêutica, focada na expressão emocional através da música, proporcionou um desenvolvimento global importante, solidificando os alicerces para a aquisição de novas competências que, a longo prazo, podem contribuir para uma maior autonomia e para o envolvimento em cenários sociais diversificados.

Em suma, a expressão emocional foi facilitada através da música, criando assim as bases para futuras intervenções e a sua subsequente integração em contextos sociais mais amplos.

Estudo de Caso II – M. G.***Caracterização do M. G.***

O M. G., atualmente com 10 anos, nasceu na Guiné-Bissau, sem relatos de ocorrências anómalas durante a gravidez, no entanto, o parto teve complicações e o M. G. sofreu uma encefalopatia neonatal com episódios convulsivos, durante o mesmo.

No ano de 2017, veio para Portugal com a sua mãe, ao abrigo dos Protocolos de Cooperação com o seu país de origem, devido a um diagnóstico desajustado de uma doença cardíaca.

No ano 2018, esteve internado na Unidade de Queimados do Hospital Dona Estefânia, após ter sofrido um acidente doméstico.

O M. G. está diagnosticado com Paralisia Cerebral Espática Distónica de causa indeterminada.

No ano letivo 2019-2020, esteve integrado no Jardim de Infância da Escola Básica Agualva nº3, onde teve o apoio de uma terapeuta ocupacional e de uma docente de Educação Especial. Em março devido à pandemia, as escolas encerraram e o M. G. ficou em casa com a sua mãe até ao mês de outubro. Nesta altura, ingressou no Instituto da Imaculada Conceição, na vertente educativa de Educação Especial e na resposta social lar de apoio.

No ano letivo 2023/2024, ingressou no Externato Rumo ao Sucesso para que pudesse ter apoio por parte da educação inclusiva, ao abrigo do decreto de lei 54/2018 e, desta forma, beneficiasse de resposta às suas necessidades, o que se revela fundamental para o seu desenvolvimento e aquisição de conteúdos necessários às aprendizagens globais. O M. G. frequenta a instituição em regime de internato e, atualmente, é acompanhado no Hospital Dona Estefânia em várias especialidades e no centro de reabilitação de paralisia cerebral Calouste Gulbenkian.

O M. G. é uma criança que revela interesse social por outras crianças, identificando claramente as relações da sua preferência. No que diz respeito, à relação com os adultos, gosta de muito contacto e de interação, criando vínculos com facilidade. Contudo, tem revelado alguns comportamentos desadequados (morde e bate), sem causa aparente, o que tem desencadeado episódios agressivos

consigo mesmo e com os outros, nomeadamente, com os cuidadores. Estes episódios têm sido mais frequentes e mais intensos, sobretudo quando é contrariado que perde totalmente o controlo.

Embora institucionalizado, mantém algum contacto com a sua mãe, através de visitas presenciais (que nem sempre são regulares, por vezes, a mãe ausenta-se por períodos prolongados), como por videochamadas, estas com alguma periodicidade. O M. G. não revela uma relação muito afetuosa com a mãe, associando-a preferencialmente à pessoa que traz comida diferente, de vez em quando, do que a pessoa que lhe traz afetos. Tem uma irmã mais nova de quem tem muitos ciúmes, a este propósito, M. G. já agrediu a mãe durante uma visita presencial. Não demonstra vontade em visitas da mãe muito longas, pois poucos minutos depois pede para voltar para a sala de aula.

O M. G. beneficia de trabalho especializado em sala de aula, bem como de terapia ocupacional e psicologia.

Recolha de Informação e Observação

A equipa multidisciplinar do Externato Rumo ao Sucesso (psicóloga, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala e professora titular), identificaram no M. G. dificuldades motoras (motricidade global e motricidade fina), dificuldades de comunicação e, sobretudo, dificuldades de autorregulação emocional. A professora titular respondeu ao questionário do Formulário de Admissão Individualized Music Therapy Assessment Profile – IMTAP, na sua versão traduzida para português do Brasil (Silva et al., 2013), do que resultou a confirmação das dificuldades identificadas, inicialmente, pela equipa com proeminência nas seguintes áreas de funcionamento: Domínios Motricidade Global, Motricidade Fina, Comunicação Expressiva e Emocional. A professora identificou como principais objetivos a serem trabalhados a autorregulação emocional e a alternância de liderança.

O M. G. locomove-se numa cadeira de rodas, embora consiga sair da mesma e deslocar-se um pouco, com dificuldade e a forçar os membros inferiores, o que o prejudica. Apresenta dificuldades de motricidade global e fina (mãos fechadas com pouca funcionalidade), mas gosta de explorar novos instrumentos, contudo por pouco tempo pois quer logo trocar.

Gosta de ser ele a comandar. Nos jogos de segue o líder, propostos nas sessões, foi-lhe muito difícil não sê-lo sempre, mesmo quando é suposto ser a musicoterapeuta estagiária o líder, de uma forma muito espontânea, o M. G. assume essa liderança a meio e invertem-se os papéis.

O M. G. demonstra cognição, consegue fazer inferências e associações, no entanto verbalmente tem muita dificuldade em articular as palavras, tornando-se, muitas vezes, difícil perceber o que quer dizer, embora ele depois complementa com gestos, sempre que necessário.

O M. G. julga-se pastor de igreja e "dá a missa" ou a bênção diversas vezes. Nas suas preferências musicais está muito patente a música Aleluia e, embora não seja nítida que "Aleluia" é especificamente, é notório que adora músicas relacionadas com a igreja. A música "Ilarilariê" também foi referenciada, pela equipa multidisciplinar, como uma das suas preferidas, o que se verificou logo nas primeiras sessões.

Avaliação Inicial

Após a observação em ambiente natural, durante o mês de outubro e parte do mês de novembro (as autorizações para a intervenção e para a captação de vídeos demoraram mais algum tempo a ser assinadas). Assim, deu-se início à intervenção que se iniciou a 26 de novembro de 2024, cujas três primeiras sessões foram destinadas à realização da avaliação pelo perfil IMTAP, para melhor observação, estas sessões foram filmadas e preenchida a ficha de registo de observação da sessão imediatamente após a mesma, ainda no local de estágio. Posteriormente, foram relidas as observações e analisados os vídeos para proceder de forma mais fidedigna possível, ao registo dos parâmetros observados em cada Domínio da IMTAP.

Avaliados todos os Domínios, no parâmetro A – Fundamentos, outros domínios foram avaliados nos parâmetros que se considerou exequível.

A sala foi preparada com o seguinte *setting* instrumental: um espaço no chão para que o M. G. pudesse sair da cadeira de rodas e ficar no chão, com um xilofone, um metalofone, um jogo de sinos, dois pares de maracas, dois reco-recos, duas caixas chinesas, dois pares de clavas, duas pandeiretas, dois bombos e uma bateria incompleta (bombo, tarola, dois tímboles e um prato). Contudo, como o

M. G. se recusou a sair da cadeira, colocou-se uma mesa entre o M. G. e a musicoterapeuta estagiária onde ficaram os instrumentos que iam sendo utilizados e assim poderem estar frente a frente para estabelecer melhor contacto visual.

Do preenchimento da IMTAP obtiveram-se os seguintes resultados:

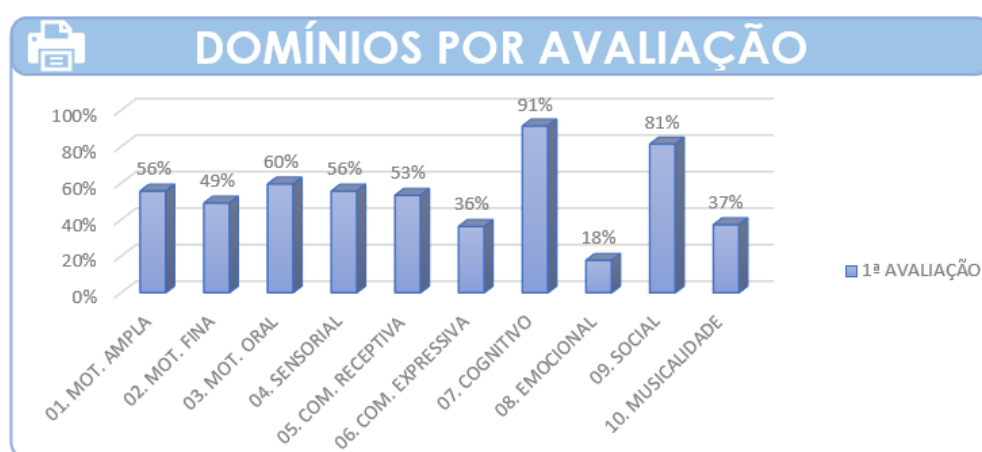
Tabela 7

Resultados da IMTAP - Avaliação inicial M. G., novembro 2024

Domínio	Resultado %
Motricidade Global	56
Motricidade Fina	49
Motricidade Oral	60
Sensorial	56
Comunicação recetiva	53
Comunicação expressiva	36
Cognitivo	91
Emocional	18
Social	81
Musicalidade	37

Figura 6

Resultados da IMTAP, em gráfico – Avaliação Inicial M. G.



Nota: Resultados da IMTAP, em gráfico – Avaliação Inicial M. G., novembro 2024 (Silva, et al., 2012)

Plano de Intervenção Terapêutico

Após o período de observação e avaliação inicial (com a triangulação de dados: informação dada inicialmente pela equipa multidisciplinar, questionário respondido pela professora titular e resultados da avaliação inicial realizada pelo perfil IMTAP) foi elaborado o Plano de Intervenção Terapêutico (esquematizado na tabela 8) para ser aplicado entre novembro de 2024 e final de maio de 2025, com a periodicidade de 1 sessão semanal de 30 a 45 minutos, sendo o último mês e meio destinado à avaliação final e fecho do processo.

Plano de Intervenção Terapêutica proposto para o M. G.:

Tabela 8

Plano de Intervenção Terapêutica do M. G.

Problema 1
Dificuldade na gestão de emoções e comportamentos
Objetivo Geral
Estimular a capacidade de gestão de emoções e comportamentos
Sub-objetivos

Identificar e expressar emoções de forma verbal e musical	Desenvolver estratégias musicais para autorregulação emocional	Aumentar a tolerância à frustração por meio da improvisação musical
Problema 2		
Comportamentos autolesivos e agressivos quando contrariado		
Objetivo Geral		
Diminuir os comportamentos autolesivos e agressivos.		
Sub-objetivos		
Utilizar a criação e improvisação musical como ferramenta de canalização de impulsos agressivos	Fomentar a autoexpressão positiva e a liderança alternada	Criar um repertório musical personalizado como recurso para momentos de tensão emocional
Problema 3		
Dificuldade na comunicação verbal e não verbal		
Objetivo Geral		
Promover uma melhor comunicação verbal e não verbal		
Sub-objetivos		
Estimular a interação por meio da criação conjunta de letras musicais	Aperfeiçoar a comunicação não verbal através da expressão corporal e percussiva	Integrar exercícios vocais e instrumentais que reforcem a escuta ativa e o diálogo musical

Desenvolvimento da Intervenção

O M. G. usufruiu de 20 sessões individuais, com a periodicidade semanal, entre meados de novembro de 2024 e final de maio de 2025. As sessões foram realizadas numa antiga sala de música do Externato Rumo ao Sucesso, onde havia um grande espólio de instrumental *Orff* à disposição, além de outros instrumentos melódicos e de percussão, do espólio pessoal da musicoterapeuta estagiária.

A intervenção realizou-se em 5 fases: Estabelecimento de Relação Terapêutica, Implementação de Rotina e Avaliação Inicial; Exploração Musical; Interação e Comunicação Musical; Exploração do Universo Emocional; Avaliação final e fecho da Intervenção Musicoterapêutica.

1ª Fase: Estabelecimento de Relação Terapêutica, Implementação de Rotina e Avaliação Inicial – da 1ª à 3ª sessão

As primeiras abordagens visavam estabelecer relação terapêutica, bem como introduzir rituais de início e fim de sessão, de forma a construir uma rotina previsível para o M. G., enquanto se sugeriam atividades para registar a avaliação.

Na primeira sessão, o *setting* tinha sido preparado para que o M. G. ficasse sentado no chão, com os instrumentos à disposição e a musicoterapeuta estagiária ficasse também no chão, à sua frente. Definiu-se este *setting*, em concordância com a orientadora de estágio no local - psicóloga coordenadora por duas razões: para que o M. G. tivesse mais liberdade de movimentos, mas também que os mesmos pudessem ser mais controlados no caso de se revelassem agressivos, o M. G. tinha tido uns episódios de grande agressividade no internato, contra os seus cuidadores, pelo que havia o risco de poder sê-lo também com a estagiária, razão pela qual a psicóloga havia sugerido que se iniciasse assim a intervenção musicoterapêutica. Porém, o M. G. recusou sair da cadeira e a musicoterapeuta estagiária adaptou o *setting* no momento, colocando uma mesa entre ambos, de forma a que, por um lado, servisse de apoio para colocar os instrumentos, por outro lado, fosse uma barreira física de proteção à integridade da musicoterapeuta estagiária, caso o M. G. descompensasse por alguma razão. A posição de frente a frente também se revelou benéfica para a criação de

relação/vínculo terapêutico, pois ambos podiam, desta forma, estabelecer contacto visual e comunicação não verbal com mais facilidade.

Na primeira sessão, o M. G. estava muito entusiasmado, todavia, pouco colaborante, talvez por ser algo novo e desconhecido para ele. A novidade da situação ter-lhe-á causado bastante nervosismo, queria explorar tudo e nada ao mesmo tempo. Queria mexer nos armários e em tudo o que estava na sala, mas não quis tocar em nenhum instrumento de percussão, apenas queria cantar e fazer de pastor. Viu a maceta do bombo e quis fazer dela microfone, foi-lhe permitido durante a sessão e, assim, improvisou-se um “Aleluia” com letra sugerida pelo M. G. e recurso a metalofone e xilofone. Após a canção de despedida, tentou-se que deixasse a maceta na sala, para a próxima sessão, mas recusou todas as formas de abordagem, chegando mesmo a autoagredir-se, batendo com a cabeça, com toda a força, na cadeira de rodas. A musicoterapeuta estagiária acabou por permitir que o M. G. levasse a maceta até à sala para sua segurança. A importância dos instrumentos musicais e respetivos acessórios permanecerem na sala de música/musicoterapia foi trabalhado, posteriormente, tanto em aulas como em terapias, para que o M. G. tomasse consciência de que poderia usar os instrumentos apenas no espaço e durante as sessões, de forma a que não voltasse a descompensar desta forma tão autoagressiva.

Foi estabelecido, com o M. G. que só voltaria para a sala de música quando tivesse um comportamento adequado, por isso, as sessões seguintes iriam decorrer no refeitório junto à sua sala, para, caso descompensasse, poder ser chamada logo a professora e ele poder ir para a sala e estar num ambiente mais familiar.

Na segunda sessão, por ainda se estar a fazer a avaliação, a musicoterapeuta estagiária tentou abarcar diversas atividades para que pudesse observar vários parâmetros dos diversos motivos. Partiu-se das preferências musicais do M. G. e, logo após a canção de início, foi cantada a canção “Ilarilariê em modo de completação, a musicoterapeuta estagiária começava a cantar a frase e o M. G. terminava a mesma. Após esta introdução com uma música do seu espólio de conhecimento e da sua preferência, aferiram-se as potencialidades ou dificuldades motoras, fizeram-se jogos de imitação

rítmica com sons corporais e vocais, acrescentando de forma espontânea gestos e pequenas músicas infantis, como por exemplo: “com as mãos em cima... com as mãos na mesa...”, também surgiu a canção “Frei João” com um esquema rítmico de percussão corporal, onde foi possível aferir que o M. G., apesar das suas condicionantes, apresenta uma motricidade global razoável. Também foi convidado a tocar um apito de festa, porém revelou alguma dificuldade e desistiu logo e pediu para cantar o Aleluia, música que tinha cantado na sessão anterior e onde se sentia confortável. Na terceira sessão, além da música “Ilarilariê” que continuou no jogo em que um interveniente começa, o outro termina, foi introduzida a música Kumbaya cuja letra aborda as emoções aliadas ao “Senhor”, indo ao encontro do gosto musical do M. G.. Neste momento, ele pediu para tocar a pandeireta que tinha sido levada para o refeitório. A musicoterapeuta estagiária pegou numa e começou a marcar a pulsação, o M. G. também começou a marcar a pulsação, o nível de dificuldade foi propositadamente aumentado quando se tentou que o M. G. imitasse um ritmo simples mas não apenas a pulsação, o que nem sempre o M. G. conseguiu fazer. Contudo, a dada altura fez ele um ritmo diferente que foi imediatamente imitado, o que o entusiasmou bastante e houve um momento para esse jogo de imitação, com o M. G. na liderança. No final, já conseguiu cantar o refrão da canção de despedida e compreender que era o término da sessão.

A partir da terceira sessão, e, após uma conversa séria com o M.G. que prometeu que não voltaria a levar nada com ele e que respeitaria todas as indicações da musicoterapeuta estagiária e, por conseguinte, iriam voltar à sala de música na quarta sessão, caso contrário, voltariam ao refeitório.

2ª Fase: Exploração Musical – 4ª e 5ª sessões

De regresso à sala destinada às sessões de musicoterapia, voltámos a ter imensos instrumentos acessíveis. O M. G. contrariamente ao início desta intervenção, começou a querer experimentar todos os instrumentos e fazer jogos musicais, nomeadamente jogos de imitação, turn taking e liderança com a musicoterapeuta estagiária. Esta fase foi bastante curta, desenvolveu-se apenas em duas sessões, bastante dinâmicas e direcionadas pelo M. G. pois este foi liderando e a musicoterapeuta estagiária facilitou esse espaço para melhor compreender e planear o caminho a trilhar com o M. G.,

da mesma maneira a que este pudesse expressar-se e mostrar-se de forma livre e espontânea. Nesta fase, o M. G. experimentou muitos instrumentos, nomeadamente, xilofones, metalofones, jogos de sinos, tambores, pandeireta, tamborim, conchas, tongue drum, boomwackers, guitarra e flauta.

Estas duas sessões foram muito dinâmicas, o M. G. quis cantar o Kumbaya e sugerir as emoções, que dinamizava com expressão facial e gestos. Quis substituir a palavra “alguém” ou o nome dele que, entretanto, havia sido sugerido para esse lugar, por “pastor” (*o pastor ri, senhor... kumbaya...*), quis fazer muitos jogos de improvisação rítmica, em que ele assumia sempre papel de líder, quando não era, transformava-o no decorrer do jogo, foi feito espelhamento, turn taking, pergunta-resposta, imitação. Também quis a guitarra que experimentou na mesa apenas para dedilhar cordas, à sua frente, como se fosse ao peito e simulou acordes, não os conseguiu tocar pelas questões psicomotoras da mão mas tentou o que demonstrou ter tido contacto anterior com o instrumento, nem que fosse só visual, também houve lugar a percussão no tampo da guitarra.

Na sessão da semana do Natal, ele lembrou-se da música “A Todos um Bom Natal” que quis cantar e tocar a mesma diversas vezes.

Entretanto, após o Natal, por questões de saúde, alguns alunos do internato não frequentaram o colégio em janeiro, o que acabou por resultar num interregno das sessões do M. G. de cerca de um mês e meio.

3ª Fase: Interação e Comunicação Musical – da 6ª à 10ª sessão

A partir da sexta sessão, a interação com o M. G. foi muito mais rica e consolidada. Ele voltou à escola em fevereiro, após um grande interregno, mas cheio de vontade, já começava a acusar alguma ansiedade no internato e, por vezes, ficava agressivo com pares ou adultos. O M. G. pediu sempre os instrumentos que queria tocar ou que a estagiária tocasse, pois ele gostava imenso de cantar e, mais facilmente pegava num microfone ou algo que pudesse simular o mesmo, do que procurar um instrumento, com exceção da guitarra que ele gostava de ter em cima da mesa e de ir tocando/dedilhando. Com mais confiança do que nas primeiras sessões, foi sempre o M. G. a comandar/dirigir a sessão: partindo das músicas cantadas anteriormente, o M. G. começou a querer alterar as letras

sugerindo palavras que a musicoterapeuta estagiária ia substituindo e encaixando onde o M. G. definia. Durante esta fase, foram dinamizadas diversas atividades e jogos sonoros que surgiam naturalmente no decorrer das sessões, nunca foram sessões muito planeadas porque o M. G. sugeria-as logo desde o início, pelo que a musicoterapeuta estagiária apenas partia da ideia do M. G. para conduzir a sessão ao encontro dos objetivos terapêuticos. Fosse com improvisações de caráter mais religioso, fosse com coisas do dia-a-dia. Por exemplo, com os boomwackers surgiu a ideia da canção do pequeno-almoço porque ele fez gestos de comer e de cortar com os boomwackers, a partir daí surgiu a canção à volta de *“corta o pão, põe a manteiga, põe o queijo, põe o fiambre... e come”*. Em praticamente todas as sessões desta fase, houve momentos de improvisação onde se refletiram diversas técnicas de improvisação musical: turn-taking, espelhamento, imitação, pergunta-resposta. O espelhamento foi tanto da estagiária como do M. G. que desde o início se sentiu confortável nestas técnicas de improvisação e foi correspondendo às mesmas. Com os boomwackers o M. G. lembrou-se de utilizar como se fosse o “jogo do telefone” com os tubos, ou seja, um colocava no ouvido enquanto o outro falava e iam sempre alternando. Nesse jogo que aconteceu nalgumas sessões e não apenas numa, houve espaço para diversas improvisações: conversa/ cumprimentos um ao outro, mas em segredo, daí ter surgido esta atividade; imitação de sons de animais. Neste jogo, o M. G. devolvia sempre, enquanto a musicoterapeuta estagiária cantava o nome dele, ele a seguir repetia a atividade com o nome da estagiária.

Das improvisações, muitas vezes surgiam pequenas canções, alusivas a algo que o estivesse a interessar no momento ou que a sala tinha, por exemplo, do facto de estarmos a percutir e improvisar no tampo e cordas da guitarra, surgiu a canção *“a guitarra tem um buraco”* porque ele referiu o buraco da guitarra. Estas primeiras improvisações andavam por uma frase que se repetia algumas vezes, com alguns interlúdios musicais. No entanto, quase todas as sessões acabavam por voltar às músicas religiosas, aparentemente, mais pela ideia/ referência do pastor/ líder que pela religiosidade em si, mas foi um padrão constante do M. G. desviar ou terminar com música alusiva ao “pastor”, como o próprio se intitulava ou terminava com a palavra “senhor”.

Desde o início que o M. G. tentou sempre ir cantando as canções de início e de despedida e, rapidamente, as aprendeu na íntegra e cantava-as sempre.

Relativamente à liderança, na sétima sessão, no decorrer de uma improvisação rítmica na tarola, que começou com imitação e depois turn-taking e pergunta resposta, a musicoterapeuta estagiária tentou fechar várias vezes, sem sucesso, apesar de dar uma “resposta” (ritmo conclusivo), o M.G. continuava sempre e não permitia que não fosse ele a terminar a improvisação, mas como o objetivo era mesmo a partilha de liderança, a musicoterapeuta estagiária também não desistiu e acabou por ser o M. G. a ceder e a permitir, pela 1ª vez, que outra pessoa concluísse a improvisação.

Nas sessões nove a onze, em sequência de um episódio que aconteceu na sala em que o M. G. engoliu uma peça de madeira bastante grande, que ficou presa e foi necessário realizar a manobra de Heimlich (desobstrução das vias aéreas) e, por isso, foi introduzido um novo micro objetivo terapêutico: facilitar o controlo da respiração. Nesse sentido, foram realizados alguns jogos de improvisação de sons vocais, tais como imitação do comboio ou máquinas, encher o balão virtual, soprar velas virtuais ou cheirar flores imaginárias, jogos e exercícios com incidência na respiração diafragmática para facultar ferramentas de ajuda em situações similares, visto ser recorrente o M. G. ingerir objetos de qualquer tamanho e forma, sendo também outro recurso de que se poderá valer quando está descompensado e agressivo e foi, neste âmbito, também introduzida a flauta de êmbolo, que inicialmente ele usou mais para brincar como se fosse uma seringa do que para soprar, também experimentou soprar, gostou muito dos glissandos, porém, como era relativamente difícil para o M. G., algum tempo depois abandonou e a musicoterapeuta estagiária reintroduziu os jogos de respiração com sons vocais.

Apesar deste novo item, os outros continuaram a ser trabalhados, nomeadamente a criação de canções sempre a partir das sugestões do M. G. que, por vezes, surgiam totalmente de alguma iniciativa sua; outras vezes era um novo instrumento que desencadeava o mote, refira-se, por exemplo, o momento em que o tambor de mar foi utilizado porque a musicoterapeuta o colocou à disposição com o objetivo inicial de trabalhar o mar calmo versus o mar agitado (para posteriormente

transpor para os seus próprios comportamentos e autocontrole dos mesmos), surgiu a canção “*No verão, o M. vai à praia e sabe nadar... o mar está calmo e o M. sabe nadar... mas veio uma onda e o M. está-se a afogar, a afogar, mas a Cláudia, o M. vai salvar e ficam os dois a ver o mar, que já está calmo, o mar está calmo...*” (as palavras sublinhadas foram sugeridas pelo M.G. incluindo o afogar e o salvar. A musicoterapeuta estagiária não deu muito ênfase à parte de o ir salvar para não associar dependência e preservar a relação terapêutica e não pessoal, por isso, a canção ficou por aqui e apenas foram realizados exercícios de mar agitado versus mar calmo, em que o M. G. ia reproduzindo no tambor de mar, ia sendo incentivado a respirar em conformidade e explicado que sempre que está agitado depois fica calmo e, se respirar, fica calmo mais fácil e rapidamente. O objetivo era que ele percebesse na prática a dinâmica do agitado versus calmo e adquirir ferramentas de autocontrole emocional em situações de agitação.

Na décima sessão, pela primeira vez, na canção do bom dia, começou a substituir o nome dele pelo da musicoterapeuta estagiária, em sinal de cumprimento e assim fez até ao final da intervenção. Tal como na canção de despedida, começou, nesta sessão, a substituir o “para a semana [há outro dia de musicoterapia]” por “amanhã”.

Em todas as sessões, a dada altura, ele pede para se tocar algo mais religioso, geralmente o kumbaya ou o Aleluia, muitas vezes pede a guitarra para ir dedilhando mesmo com ela na mesa; mesmo que se improvisem palavras, estas inserem-se num campo lexical relacionado com a igreja, sempre à volta do *senhor*.

4ª Fase: Exploração do Universo Emocional – da 11ª à 15ª sessão

Na décima primeira sessão, o M. G. quis usar os boomwackers para conversar “ao ouvido” e, a musicoterapeuta aproveitou para falar das emoções e fazer improvisações vocais melódicas tanto em modo maior como em modo menor, e seguiu com um jogo sonoro que abordava as emoções e a intensidade de tocar os boomwackers (com força quando estava com raiva, mas seguido de suavidade quando estava calmo ou com os braços em cima e num andamento mais rápido quando estava feliz, mais lento, som fraco e em baixo quando estava triste...). O M. G. aderiu bem a este jogo e, a partir

do mesmo, foi desenvolvido outro: o jogo do maestro, em que, à vez, um era o maestro e mandava o outro tocar, só com gestos (a ideia era ter em conta as emoções trabalhadas no jogo anterior, mas o M.G. teve alguma dificuldade em dirigir dessa forma e em tocar também como solicitado. No entanto, conseguiu compreender quando tocar e parar, mandar tocar e mandar parar). Neste jogo foi visível a liderança do M. G. que, por vezes, nem dava tempo para a musicoterapeuta estagiária tocar duas batidas, era mesmo muito rápido a mandar parar, mas gostava de ser ele a liderar, mais para mandar parar do que para mandar tocar, de qualquer forma, o jogo foi, propositadamente, sempre alternado mesmo que por instantes, de forma a estabelecer limites e alternância clara de liderança.

Nas restantes sessões desta fase, foram criadas muitas músicas, a partir de improvisações com diversos instrumentos, incluindo xilofones em que o M. G. permitia uma harmonia simples e ele improvisava noutro xilofone, metalofone ou jogo de sinos, criando uma melodia; por exemplo, outras vezes a melodia era só vocal, suportada por boomwackers ou por percussão, mas as letras relacionavam-se, inicialmente, com as emoções e ações de sorrir, chorar, bocejar, depois sugeridas pelo M. G., por exemplo, numa sessão em que a musicoterapeuta estagiária bocejou e ele começou a frisar esse facto, foram construindo uma canção à volta da Cláudia estar com sono, ou quando tinha alergia, ou era a doutora porque tinha bata. Nestas canções o M. G. já não punha o ónus nele (como sendo pastor ou líder) mas na musicoterapeuta estagiária. Houve aqui uma mudança de atitude no M. G. que perdurou até ao final desta fase, em que o foco/centro era sempre a Cláudia e os seus sentimentos e não o M. G., fosse na pessoa de M. ou na pessoa de “pastor”.

No meio desta fase a mãe do M. G. regressou da Guiné Bissau para onde tinha viajado pouco antes do Natal e a sua visita que coincidiu com a saída do internato de uma amiga (que regressou a casa da família e, sendo longe, foi para outra instituição escolar perto da sua residência). Este cenário destabilizou bastante o M. G., não nas sessões de musicoterapia mas no internato, houve uma regressão na sua gestão emocional, chegou a agredir adultos, também espalhou as suas fezes na sua cara e atirou às suas cuidadoras no internato, contudo, foram algumas situações pontuais. A professora reconheceu que, após as sessões de musicoterapia, o M. G. ficava mais calmo.

5ª Fase: Avaliação final e fecho da Intervenção Musicoterapêutica - da 16ª à 20ª sessão

A partir da décima sexta sessão, o M. G. voltou a assumir-se como pastor e todas as canções criadas em sessão foram no sentido de ser novamente o pastor a fazer alguma coisa. Lembrou-se da canção da praia e houve uma readaptação *“o pastor vai à praia e vai nadar/ o pastor nada, nada, mergulha, mergulha/ vem uma onda / E o pastor começa-se a afogar/ Socorro, socorro/ a Cláudia vai ajudar e o pastor vai salvar/ Leva-o para a toalha e o pastor começa a respirar/ O pastor fica na toalha a ver o mar”* (as palavras sublinhadas foram proferidas ou sugeridas em gestos pelo M. G.). A música foi concluída com o M. G. a improvisar no tambor de mar com o intuito de ele perceber que, mesmo depois do caos, pode haver organização e calma. De referir, ainda, que o M. G. voltou a pegar numa canção alusiva às alergias de primavera e adaptou novamente a letra.

A avaliação final, à semelhança da inicial, realizou-se a partir da análise da postura e proficiência do M. G. nos jogos musicais. O fecho da Intervenção surgiu naturalmente, pelo M. G. que começou a colocar na sessão músicas feitas anteriormente e alusivas à musicoterapeuta estagiária, como que a fazer uma retrospectiva do trabalho desenvolvido. A musicoterapeuta estagiária explicava que as sessões iam terminar e ele dizia que ia ter saudades, pelo que já havia compreendido há algum tempo que a intervenção estava a chegar ao fim. Como ele tem cognição, foi-lhe explicado que se tratou de um processo e que continuará a usufruir de outras terapias e atividades no colégio e que poderá sempre lembrar-se das músicas e cantá-las quando lhe apetecer. Na última sessão, surgiu, por sugestão do M. G., uma canção improvisada de despedida, alusiva ao final das sessões e em como o carinho e a lembrança de ambos, por ambos, irá permanecer para sempre.

Avaliação Final

Na última fase da intervenção, no final do mês de abril, foi novamente aplicado o Perfil de Avaliação IMTAP para comparação de resultados. Nesta avaliação obtiveram-se os seguintes resultados:

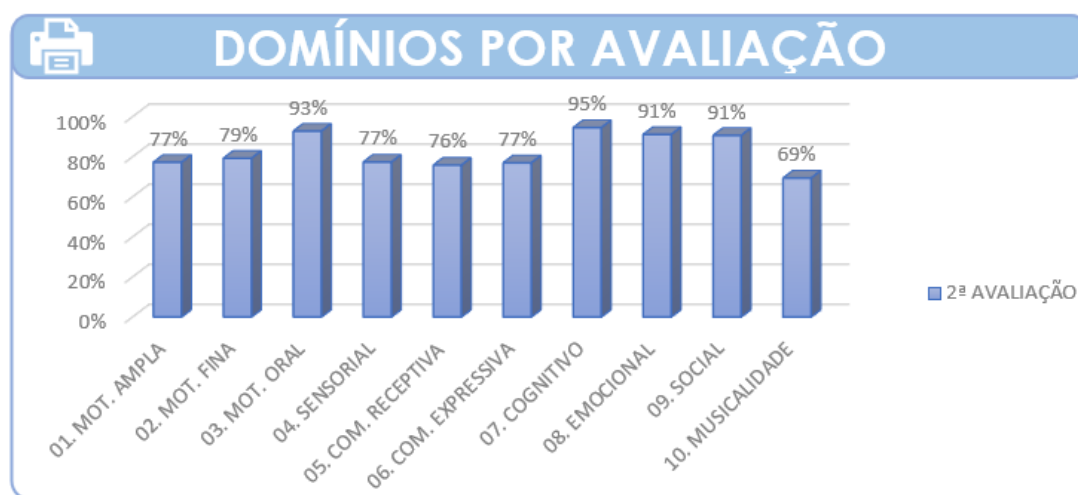
Tabela 9

Resultados da IMTAP M. G. – Final, abril 2025

Domínio	Resultado	Resultado	Diferenças
	Avaliação Inicial %	Avaliação Final %	%
Motricidade Global	56	77	+ 21
Motricidade Fina	49	79	+ 30
Motricidade Oral	60	93	+ 33
Sensorial	56	77	+ 21
Comunicação recetiva	53	76	+ 23
Comunicação expressiva	36	77	+ 41
Cognitivo	91	95	+ 4
Emocional	18	91	+ 73
Social	81	91	+ 10
Musicalidade	37	69	+ 32

Figura 7

Resultados da IMTAP, em gráfico – Avaliação Final M. G



Nota: Resultados da IMTAP, em gráfico – Avaliação Final M. G., abril 2025 (Silva, et al., 2012)

Resultados

A intervenção musicoterapêutica individualizada, ao longo de 20 sessões, demonstrou um impacto significativo no desenvolvimento do M. G., corroborando a eficácia da abordagem

musicoterapêutica plurimodal para abordar os desafios emocionais, comportamentais e comunicacionais apresentados. A melhoria verificada em todos os parâmetros de avaliação, com um aumento significativo de 73% no domínio emocional, reflete a capacidade da música em aceder e transformar as vivências internas do M. G.

Nas sessões iniciais, o foco na construção da relação terapêutica e na implementação de rotinas previsíveis procurou criar um ambiente seguro e estruturado para o M. G., considerando os seus antecedentes de agressividade. A adaptação inicial do *setting* visou garantir a segurança de todos, enquanto se observavam as suas reações e preferências musicais. O seu entusiasmo inicial, embora acompanhado de alguma desorganização, permitiu identificar os seus interesses (canto, figura do "pastor/ senhor") e a sua resposta à improvisação. A sua reação à frustração sublinhou a necessidade de trabalhar a tolerância e a adaptação às regras do espaço terapêutico. A utilização de músicas da sua preferência sonora ("Ilarilariê" e "Kumbaya") facilitou a interação e a avaliação das suas capacidades motoras e rítmicas. A sua liderança nos jogos de imitação já indicava um desejo de controlo e expressão individual dentro do contexto musical. A compreensão gradual da rotina de fim de sessão sinalizou um progresso na sua capacidade de adaptação.

A exploração musical nas sessões subsequentes revelou uma maior abertura do M. G. à experimentação com diversos instrumentos e ao envolvimento em jogos musicais. Esta fase foi importante para observar as suas preferências instrumentais e a sua forma de interagir musicalmente. A sua capacidade de associar emoções através de expressões faciais e gestos demonstrou uma crescente ligação entre a música e a sua experiência emocional. A sua insistência em liderar nos jogos rítmicos e a sua exploração da guitarra, apesar das limitações motoras, sublinharam a sua necessidade de autoafirmação através da música. A evocação de memórias musicais, como a canção de Natal, evidenciou a capacidade da música para aceder às suas vivências.

A fase de interação e comunicação musical revelou a consolidação da música como veículo de expressão. O seu pedido por instrumentos específicos e a sua preferência por cantar com um "microfone" simulado indicaram uma forte ligação com a comunicação vocal. A sua iniciativa em

alterar letras de canções conhecidas, incorporando as suas próprias palavras, demonstrou um aumento da sua intenção comunicativa e da sua capacidade de moldar o ambiente musical. A criação espontânea de canções a partir de experiências do quotidiano ilustrou a sua capacidade de conectar a música com o seu mundo. As improvisações com técnicas de turn-taking, espelhamento e pergunta-resposta consolidaram a sua capacidade de interação e comunicação recíproca dentro da estrutura musical. A sua progressiva capacidade de partilha de liderança na improvisação rítmica representou um avanço significativo na sua interação social. A introdução de exercícios de controlo da respiração, adaptando a terapia às suas necessidades, ofereceu-lhe ferramentas potenciais de autorregulação. A criação da canção da praia, com as suas palavras-chave, e o trabalho com o tambor de mar exploraram o conceito de regulação emocional através da música. A substituição de nomes nas canções de início e fim de sessão indicou um desenvolvimento da sua consciência social dentro da relação terapêutica. A sua preferência consistente por músicas religiosas, centradas na figura do "pastor", manteve-se como um padrão de conforto e possível autoidentificação.

A exploração do universo emocional através da música permitiu ao M. G. vivenciar e expressar as emoções de forma mais direta. O uso de instrumentos e da voz para representar diferentes estados emocionais ofereceu-lhe um meio seguro para a sua manifestação. O jogo do maestro, promovendo a alternância de papéis, desafiou a sua necessidade de liderança, fomentando a flexibilidade na interação. A criação de canções focadas noutras figuras, como a terapeuta, sugeriu um desenvolvimento da sua capacidade de ver o outro e de reconhecimento das emoções do outro. O período de instabilidade emocional no internato, coincidente com eventos externos, sublinhou a complexidade do seu bem-estar e a possível função de suporte emocional da musicoterapia.

Na fase final, o M. G. retomou a figura do "pastor" nas canções, talvez como uma forma de reafirmar a sua identidade. A readaptação de canções anteriores demonstrou a sua capacidade de evocar memórias musicais e de as integrar no seu presente. A avaliação final, baseada na sua participação e proficiência musical, refletiu o progresso alcançado ao longo da intervenção. O início do processo de fecho da terapia por parte do M. G., através da reprodução de músicas alusivas à

terapeuta, sugeriu a sua consciência do término e a formação de um vínculo terapêutico significativo.

A sua verbalização de sentir saudades sublinhou a importância da relação estabelecida durante a intervenção.

Em suma, a intervenção musicoterapêutica proporcionou ao M. G. um espaço terapêutico eficaz para o seu desenvolvimento emocional, comportamental e comunicacional. A progressiva melhoria observada em diversos parâmetros sugere que a abordagem musical facilitou a sua expressão, a sua capacidade de interação e o seu potencial para a autorregulação. A sua crescente motivação para se envolver musicalmente e para comunicar, apesar dos desafios, indica um caminho promissor para o seu bem-estar contínuo.

Outras Intervenções

Caso M. M.

A M. M. é uma criança do género feminino, com 9 anos de idade. Apresenta um diagnóstico de Neurofibromatose tipo 1, epilepsia, surdez bilateral, défice cognitivo, alterações graves de estrutura orofacial e praxia lingual. A M. M. é verbal embora articule com muita dificuldade e utiliza apenas uma ou duas sílabas da palavra. Não constrói frases, mas utiliza as palavras em contexto adequado. Tem dificuldades de motricidade global, de equilíbrio e caminha de forma irregular, não conseguindo permanecer muito tempo em pé. Encontra-se ainda numa fase muito oral, colocando frequentemente objetos na boca. Não demonstra muita vontade de interação social com os pares.

A M. M. beneficia de trabalho especializado em sala de aula, bem como terapia ocupacional, terapia da fala e psicologia, foi indicada para Musicoterapia, pela equipa multidisciplinar do Externato Rumo ao Sucesso (psicóloga, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala e professora titular) devido às suas dificuldades de atenção/ concentração, permanência numa atividade orientada, motricidade (nomeadamente global e resistência física para locomoção mais longa ou ficar em pé algum tempo), articulação, dificuldade em tomar decisões/ opções e interação social.

Após o período de observação e avaliação inicial, e alinhado com os objetivos propostos pela equipa multidisciplinar, definiram-se como metas principais: promover a intencionalidade comunicativa, a iniciativa e a capacidade de escolha; aumentar os seus períodos de concentração e envolvimento nas atividades, bem como os tempos de espera; e reduzir a necessidade de exploração oral de objetos. Estas metas gerais visam, de forma subjacente, otimizar a sua capacidade de concentração, a duração do envolvimento em cada tarefa, a autonomia, a compreensão de instruções simples e a interação social com a musicoterapeuta estagiária, com o objetivo de generalizar estas competências para as suas relações com os pares.

A M. M. beneficiou de uma sessão semanal individual de musicoterapia entre novembro de 2024 e o final de maio de 2025, num total de 21 sessões.

A M. M. dirigiu-se para a sala de terapia, com a musicoterapeuta estagiária, sem resistência e, após a primeira sessão, mostrou algum entusiasmo quando a ia buscar. Nas três primeiras sessões, permaneceu observadora e relativamente passiva, embora a sua expressão facial por vezes indicasse interesse nas atividades e noutras demonstrasse apatia. Na terceira sessão, respondeu a alguns estímulos musicais, evidenciando maior receptividade e interesse na comunicação sonora, chegando a liderá-la em certos momentos.

A M. M. demonstrou compreender a rotina da sessão ao dizer espontaneamente "já está" (tema da canção de despedida) após a segunda sessão. Nalgumas ocasiões, reconheceu a canção do "bom dia" e interagiu na canção de despedida, usando a palavra "olá" de forma aparentemente contextualizada, sugerindo compreensão do seu significado de fim de sessão.

Explorou os instrumentos musicais, atribuindo-lhes funções e solicitando-os verbalmente com vocábulos próprios (ex: "xi" para xilofone, "teía" para bateria). Na improvisação rítmica, manteve geralmente uma pulsação constante, mas parava de tocar quando o andamento era alterado, indicando reconhecimento da mudança sem conseguir acompanhá-la.

A nível de motricidade global, realizou movimentos amplos em canções mimadas e na execução de instrumentos com alternância de mãos/braços, participando em atividades de equilíbrio, coordenação e lateralidade, permanecendo de pé por breves períodos antes de continuar sentada, demonstrou sempre muita instabilidade em permanecer no mesmo local, ora queria sentar-se na cadeira, ora no chão e sempre pouco tempo.

A M. M. passou por algumas fases, inicialmente ficava muito apática, o que aconteceu também quando estava adoentada, no entanto, no decorrer da intervenção foi evoluindo muito positivamente e, relativamente rápido, no início de janeiro a M. M. já conseguia permanecer na mesma atividade bastante tempo (15-20 minutos), tinha as rotinas de início e fim completamente estabelecidas, dizia o "já está" e o "olá", escolhia instrumentos e liderava partes da sessão, solicitando à musicoterapeuta estagiária que tocasse determinado instrumento e parasse ou recomeçasse, demonstrando também prazer com algumas melodias que a estagiária tocava na flauta, fazendo um fixe com a mão e

sorrindo. A nível de interação social, começou a interagir com os colegas, sobretudo os colegas da sala dela que também tinham musicoterapia (noutros dias, que ela via irem com a musicoterapeuta estagiária), querendo brincar com os mesmos e diz alguns nomes (sílabas do nome mas com intenção). Acresce referir que a família reportou à professora titular que a M. M. também estava muito mais comunicativa e interativa em casa.

A partir da décima primeira sessão, a M. M. teve uma mudança de atitude, ficando mais impaciente, voltou a diminuir os tempos de permanência em atividade e a pedir o final da sessão, com o “já está” a partir de vinte minutos de sessão, o que pode ter como possível associação, o facto da terapia da fala ter esta duração.

Ainda houve algumas sessões em que a M. M. esteve nas atividades com a mesma disponibilidade anterior, tanto para improvisar, como para liderar, fazendo jogos sonoro musicais, entre outros. Porém, voltou a desvanecer no final de fevereiro, quando foi mudada de sala/turma. A M. M., apenas por uma questão de segurança física, estava numa turma de crianças com maior grau de funcionalidade, que realizavam trabalhos mais académicos, contudo, uma turma de crianças com mais dificuldades intelectuais e desenvolvimentais seria a mais adequada para ela, por se fazer um trabalho mais sensorial, sendo uma turma com crianças muito enérgicas, por vezes agitadas, com maior grau de impulsividade e agressividade, a M. M. precisou de um tempo inicial de adaptação à instituição. Nesta altura, a equipa pedagógica considerou pertinente a mudança de sala, esta mudança refletiu-se numa alteração, quase desmotivação nas sessões de musicoterapia, embora paralelamente se verificasse uma evolução positiva no seu desenvolvimento global, nomeadamente, em sala de aula, talvez por ter televisão, brinquedos e o trabalho ser desenvolvido por uma educadora, muito mais similar ao trabalho de uma pré, em ambiente de trabalho dinâmico (apenas uma mesa de trabalho, tapete com cantinhos de brincadeiras, material de psicomotricidade: balanços e tuneis almofadados, legos de diversos tamanhos, puzzles, entre outros), ao invés da sala de aula mais tradicional em que funcionava a primeira turma.

A musicoterapeuta estagiária recorreu também a canções conhecidas da M. M. (nas sessões iniciais não tinha resultado, a M. M. tinha ficado apática) e outras improvisadas a partir de elementos espontâneos (um desenho da camisola dela, a Páscoa, um objeto da sala...) e, nesta fase, a M. M. esteve recetiva aos estímulos, acompanhou em instrumentos de percussão, sorriu, disse uma ou outra palavra ou sílaba da canção. Porém, não permitia que as sessões se alongassem, tendo sempre os vinte minutos como tempo produtivo e, a partir dessa altura, demonstrando vontade de terminar.

Apesar de parecer haver retrocesso no processo terapêutico da M. M. manifestado por algum desinteresse e impaciência nas sessões, verificou-se uma grande evolução noutros contextos, tanto de sala de aula como familiar, que vai ao encontro dos objetivos estabelecidos, pelo que, se depreende que a intervenção musicoterapêutica tenha contribuído para o seu desenvolvimento.

Caso M. C.

O M. C. é um jovem do género masculino, com 14 anos de idade. Apresenta um diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo, é não verbal, mas com alguma intenção comunicativa através de gestos de comunicação alternativa. O M. C. não comunica através de palavras nem de vocalizos, mas gesticula, pois, algures no tempo, numa terapia, ensinaram-lhe alguma comunicação alternativa. O M. C. desfraldou no início do corrente ano letivo e tem corrido bem. O M. C. tem muito refluxo, está constantemente com vômito que engole antes de expelir, também é uma preocupação para a equipa o facto de ele comer demasiado depressa, colocando a sua segurança em causa. Não tem dificuldades de motricidade global e não demonstra muita vontade de interação social com os pares.

O M. C. beneficia de trabalho especializado em sala de aula, bem como de terapia ocupacional e psicologia, foi indicado para Musicoterapia, pela equipa multidisciplinar do Externato Rumo ao Sucesso (psicóloga, terapeuta ocupacional e professora titular) devido às suas dificuldades de atenção/ concentração, permanência numa atividade orientada, motricidade, nomeadamente, motricidade oral e interação social.

Após o período de observação e avaliação inicial, e alinhado com os objetivos propostos pela equipa multidisciplinar, definiram-se como metas principais: desenvolver a autorregulação emocional

e comportamental para ajudar o M. C. a gerir a ansiedade e a excitação, especialmente, em situações que envolvam a espera e a realização de tarefas; promover a comunicação intencional, permitindo que o M. C. faça escolhas, responda a estímulos e interaja de maneira mais significativa com o terapeuta e outros ao seu redor; incentivar a participação em propostas musicais que envolvem cooperação e resposta, promovendo a consciência social e a expressão musical como meios de conexão e expressão pessoal e a interação social com a musicoterapeuta estagiária, com o objetivo de generalizar estas competências para as suas relações com os pares.

O M. C. beneficiou de uma sessão semanal individual de musicoterapia entre final de novembro de 2024 e o final de maio de 2025, num total de 16 sessões. Como está em regime de internato e foi necessário aguardar pela autorização do representante legal, tanto para a intervenção como para as filmagens, as sessões iniciaram apenas no final de novembro. Além disso, teve um interregno de cerca de um mês, por motivos de doenças e necessidade de resguardo dos alunos do internato, da sua turma.

No início, o M. C. revelou alguma relutância em participar nas sessões. Na primeira sessão, foi contente com a musicoterapeuta estagiária, mas assim que entrou na sala quis logo ir embora, foi sendo incentivado a participar, no entanto, durante bastante tempo, só queria ouvir/dançar músicas do panda e tudo o que fosse sugerido além disso, ele rejeitava. Não chegou a vocalizar propriamente, mas fazia uns gestos e sons com a boca, como se fosse “nha nha” e demonstrou alguns gestos de comunicação alternativa que outrora aprendeu. Logo nas primeiras sessões, demonstrou possuir ritmo intrínseco, motricidade global, apesar de andar com alguma rigidez. Na terceira sessão, aceitou alguns instrumentos, mas tocou por breves segundos e descartou logo, quase imediatamente. Só participava se tivesse músicas do Panda de fundo, apenas para dançar. Foram usadas músicas gravadas, sem imagem e tentou-se estimular a marcação de pulsação com instrumentos, mas o M. C. recusou sempre, então a musicoterapeuta estagiária colocou uma música do Panda alusiva às partes do corpo e tentou coreografar. O M. C. não correspondeu, integralmente, mas parcialmente foi interagindo com a parte do corpo referida na canção e espelhada pela estagiária.

A partir da quarta sessão, foi alterado o *setting* para duas cadeiras frente a frente, com o tímble no meio, de forma a estimular o contacto visual e a interação. O M. C. sentou-se e foi estabelecendo algum contacto visual, de forma intermitente, nessa primeira vez não tocou muito no tímble, limitou-se a uma ou outra batida isolada e pontual, mas foi cantada uma canção de Natal, cuja letra foi inventada na hora sobre a base melódica da canção “Jingle Bells”. O M. C. fez os seus “nha nha” sem som até que num desses “vocalizos” começou a sair som o que o deixou visivelmente contente e com ar surpreendido, pois não era habitual produzir som vocal, nem noutros contextos fora da terapia. Não tocou tímble mas colocou as mãos sobre as da estagiária diversas vezes e também lhe pegou nas mãos para se levantarem e dançarem, houve nesta sessão imensa interação e contacto visual. Só a meio da sessão o M. C. começou a solicitar o rádio (músicas do Panda) de forma discreta (à procura com a cabeça e olhar), foi incentivado a ter que se fazer entender melhor e ele conseguiu transmitir a sua vontade através de expressão corporal mais explícita e então, assim, foi-lhe facultado o que queria.

Até à oitava sessão foi-se sempre interagindo desta forma, primeiro tentou-se improvisação e jogos sonoros e só depois as canções do Panda, com movimentos e jogos de movimentos. Quando foi experimentada uma música diferente: “kokoleoko”, o M. C. não gostou e recusou. Notou-se uma progressiva capacidade de permanência em atividade, ainda sem grande interação musical, mas com evolução a nível de vocalização, começou a vocalizar até no caminho da sala dele à sala de musicoterapia, o que antes nunca havia feito, parecia que estava a conhecer a sua própria voz.

A partir da nona sessão começou a tocar no tímble e, progressivamente, foi aumentando os tempo de permanência e a complexidade de ritmos, não aceitou tocar outros instrumentos que lhe foram sendo oferecidos, mas acompanhou canções cantadas pela musicoterapeuta estagiária, ou tocadas nas flautas, o M. C. começou a acompanhar marcando a pulsação, depois interagindo através da imitação de ritmos simples e compreendeu rapidamente o turn taking, interagindo adequadamente, no seu tempo e dando espaço à estagiária para tocar também. Neste ponto, houve mesmo uma viragem de intencionalidade que se refletiu também na sua postura, deixou de ter tanto

refluxo como antes, não voltou a deitar-se sobre si próprio a balançar para se autorregular, passou a sessão toda sentado na cadeira, com postura corporal direita, contacto visual, improvisação rítmica, vocalização, às vezes, nas canções de início e fim, muito mais intenção comunicativa (sobretudo através de gestos nem sempre facilmente descodificáveis, mas a intenção estava lá). Nesta altura, também foram retiradas as músicas do Panda, ainda pediu numa sessão, no entanto, não havendo rádio à vista, não insistiu e foi o começo de uma nova fase.

Caso E. D.

O E. D. é uma criança do género masculino, com 10 anos de idade. Apresenta um diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo, é não verbal e revela pouca intencionalidade comunicativa, apenas faz alguns vocalizos e gritos mas sem intenção de comunicar com o outro, dando a sensação de estar apenas a explorar o seu potencial vocal. Não apresenta dificuldades de motricidade global e não demonstra qualquer vontade de interação social com os pares. Assume várias obsessões que permanecem durante um período de tempo, passando depois para outra diferente ou retoma uma que já tinha tido anteriormente, por exemplo, fazer caixinhas de origami, de diversos tamanhos para encaixar umas nas outras; alinhar carros num tapete com estrada desenhada, ou alinhar peças de madeira coloridas por determinada ordem. O E. D. manifesta um comportamento bastante disruptivo, não aceita quaisquer indicações/regras e não acata instruções de nenhum adulto.

O E. D. beneficia de trabalho especializado em sala de aula, bem como de terapia ocupacional, e psicologia, foi indicado para Musicoterapia, pela equipa multidisciplinar do Externato Rumo ao Sucesso (psicóloga, terapeuta ocupacional e professora titular) devido às suas dificuldades de autorregulação emocional.

Após o período de observação e avaliação inicial, e alinhado com os objetivos propostos pela equipa multidisciplinar, definiram-se como metas principais: desenvolver a autorregulação emocional e comportamental, nomeadamente diminuir comportamentos de arremesso e agressão, e introduzir regras básicas e rotina.

O E. D. beneficiou de uma sessão semanal individual de musicoterapia entre novembro de 2024 e o final de maio de 2025, num total de 15 sessões.

As primeiras duas sessões foram extremamente desafiantes porque o E. D. numa sala grande, cheia de instrumentos, ainda que com os armários “bloqueados” por mesas, arremessou todos os instrumentos que conseguiu, inclusive dois bombos grandes, partindo logo um deles, deu um murro num teclado da musicoterapeuta estagiária, partindo uma tecla, subiu em cima de mesas e gritou imenso. Nestas duas sessões não foi possível instituir ambiente de espaço seguro, contudo, foi iniciada e mantida a estrutura da canção de início e de fim, com tentativa de vocalizos pelo meio, pois o E. D. já tinha manifestado interesse, aquando a observação em ambiente natural, no recreio.

Por se considerar que a sala de musicoterapia continha excesso de estímulos para o aluno, a musicoterapeuta estagiária, em conjunto com a equipa pedagógica do E. D., decidiu que seria melhor realizar a intervenção num espaço o mais livre possível, não existindo no colégio uma sala totalmente despojada de objetos, optou-se pelo refeitório do pavilhão onde se situa a sala de aula do E. D. por ser um espaço apenas com mesas, cadeira e um pequeno armário, porém, um espaço familiar ao E. D. e ao lado da sua sala de aula, pressupôs-se que poderia não lhe causar tanta instabilidade emocional. Na primeira sessão neste espaço, a musicoterapeuta estagiária levou alguns boomwackers por serem instrumentos mais resistentes e seguros. Não foi possível utilizá-los porque foram atirados pela janela nos primeiros instantes. Manteve-se a estrutura da sessão: canção de início, trabalho dos objetivos e canção de encerramento e começou a trabalhar-se causa – efeito. Assim que o comportamento começava a ser disruptivo, no sentido de colocar a sua segurança ou a da estagiária em causa. Perante este comportamento, seguia-se a canção de despedida e a sessão terminava. Isto fez com que as sessões tivessem um tempo bastante reduzido porque assim que terminava a canção de início (que era cantada abraçada ao E. D. a balançá-lo, algo que ele aceitava e gostava), o E. D. corria para o armário e tentava atirar alguma loiça que lá estivesse e/ou saltava para cima das mesas correndo lá em cima, como por vezes ainda tinham as cadeiras em cima da mesa, começava a trepar e, nessa altura, a sua segurança começava a ficar comprometida e a sessão era terminada. No

entanto, algumas vezes ainda foi possível fazer alguns vocalizos de vocábulos em jogo de turn taking e pergunta-resposta.

A sexta sessão coincidiu com a ausência dos alunos do internato, tendo a sala dele ficado apenas com duas crianças até às 10h30 e a essa hora chegavam mais cinco crianças que ainda iam comer para o refeitório, por essa razão, decidiu-se fazer as sessões na sala dele, ambiente confortável e conhecido, tinha um colchão no canto e foram quatro sessões muito produtivas em que o E. D. tinha a rotina totalmente estabelecida, muitas vezes nem saiu do tapete, estando deitado, colaborou sempre, fez turn taking e jogos de pergunta resposta com vocábulos, foram introduzidos pequenos instrumentos de percussão em situações pontuais, como ovos shakers ou clavas e o E. D. tocou sem os rejeitar, tal como alguma percussão corporal e até vocalizou algo parecido com “dia” como resposta ao “bom dia” da musicoterapeuta, que a professora dele pôde presenciar. Nestas poucas sessões notou-se uma evolução muito significativa na postura do E. D., na compreensão e cumprimento de regras e rotinas e até a nível de autorregulação emocional por estar mais calmo, explorar instrumentos sem arremessar, chegou a tapar a boca da musicoterapeuta estagiária para esta não cantar a canção da despedida ou, depois da mesma, fazer vocábulos como que a pedir continuidade. Noutros dias em que a musicoterapeuta estagiária ia buscar outros meninos, o E. D. começava logo a fazer vocábulos à volta da estagiária, era-lhe explicado que aquele não era o dia dele, que seria sempre às terças-feiras e ele voltava a brincar normalmente.

A partir da décima sessão, as crianças e jovens do internato voltaram e houve reestruturação, pelo que a sala ficou ainda com mais e novos alunos, o que gerou uma grande destabilização na dinâmica da sala. Nesse dia, como o E. D. estava adoentado ficou no colo da musicoterapeuta estagiária a sessão toda e interagiu com a mesma quando esta cantou o “Frei João” em vocábulos, ele introduziu outros vocábulos em harmonia com a canção e foi um momento de interação muito interessante, apesar da confusão à volta, ficaram ambos como se estivessem numa bolha.

Na sessão seguinte, dadas as circunstâncias da sala (estavam alguns alunos bastante descompensados, com medicações novas em adaptação e muito agressivos) tentou fazer-se a sessão

numa sala contígua à dele, que o E. D. também já conhecia, mas, mais uma vez, não correu bem porque correu para os armários, tentando tirar todos os objetos e arremessá-los.

Voltou-se à sala dele, experimentou-se o horário mais tarde, perto da hora de almoço em que alguns iriam almoçar. Ele ficaria mais um pouco na sessão e iria almoçar depois, mas também não foi viável, pois ele preferiu seguir o grupo. A partir desta altura, houve regressão, o E. D. começou a ficar com mais dificuldade de autorregulação emocional, também faltou algumas vezes o que destabilizou a sua rotina. Essencialmente, o ambiente inóspito facilitou o aumento de agressividade do E. D. que voltou a ser agressivo para a musicoterapeuta estagiária, beliscando-lhe a cara ou cuspidendo-a várias vezes. Sempre que tal acontecia era cantada uma frase da canção final e finalizada, de imediato, a sessão. Mesmo que o E. D. tentasse depois chamar a atenção da musicoterapeuta estagiária, vocalizando os seus vocábulos habituais, a sessão seria concluída. Este comportamento tornou-se constante e repetitivo, culminando na agressão à musicoterapeuta estagiária antes mesmo da canção inicial na décima quinta sessão. Em virtude desta persistência, aliada à proximidade do final de maio e à ausência de perspectivas de melhoria, nomeadamente, no que concerne à mudança para um espaço terapêutico mais adequado, de menor frequência de alunos, teria provavelmente produzido resultados distintos – decidiu-se encerrar a intervenção.

Grupo L. C., L. F. e G. P.

Este grupo foi constituído por duas crianças do género masculino e uma do género feminino: O L. C. tem 12 anos e apresenta diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo. É uma criança calma, com pouca disponibilidade motora devido à hipotonia e algum excesso de peso. Fala imenso, mas nem sempre de forma contextualizada, na maior parte das vezes não se percebe bem o que diz, pois, fala baixinho e com dicção difícil, dificultado por ser brasileiro. O L. C. não interage muito com os pares, tem pouca concentração/atenção. A L. F. tem 12 anos e apresenta diagnóstico de Trissomia 21. A L. F. é uma criança muito afável, disponível para ajudar os outros, é uma cuidadora nata, mas amua com muita facilidade, dando a entender que precisa de chamar a atenção constantemente. É pouco disponível para tarefas académicas, quando a tarefa não é do seu interesse finge que não

entende mas é uma criança verbal e com compreensão, muito comunicativa e adora música, dançar e coreografias. O G. P. tem 13 anos e apresenta um diagnóstico de Trissomia 21. O G. P. demonstra pouca disponibilidade e autonomia para trabalhar, também tem dificuldades de interação social e encontra-se numa fase de autoestímulo sexual proeminente. É pouco verbal, articulando pouco mais que um sim ou um não.

Todos beneficiam de trabalho especializado em sala de aula, bem como de terapia ocupacional, terapia da fala e psicologia; foram indicados para integrar este grupo de Musicoterapia, pela equipa multidisciplinar do Externato Rumo ao Sucesso (psicóloga, terapeuta ocupacional e professoras titulares) devido às suas dificuldades coletivas de interação social, atenção e concentração e cumprimento de regras/participação em atividades orientadas.

Após o período de observação e avaliação inicial, e alinhado com os objetivos propostos pela equipa multidisciplinar, definiram-se como metas principais para o grupo: Aumentar a capacidade de concentração e cumprir tarefas, e, promover a interação social e cooperação.

O grupo beneficiou de uma sessão semanal individual de musicoterapia entre novembro de 2024 e o final de maio de 2025, num total de 24 sessões.

Com este grupo foram realizados muitos jogos sonoro musicais, com o intuito de criar vínculos e interações entre eles. A L. F. é uma jovem muito social, ao contrário dos rapazes, no entanto, a L. F. quando não está a ser o alvo de toda a atenção, amua e recusa-se a participar em qualquer atividade. No início, o L. C. que fala imenso mas como é difícil percebê-lo, a tentativa de compreender o que está a dizer dispersa totalmente o grupo, além disso, de querer constantemente mudar de atividade, permitindo, muitas vezes, que o grupo trabalhe em conjunto pois está sempre a interromper para pedir outra coisa ou tarefa, o que leva os outros a distraírem-se.

Todas as sessões tiveram uma componente de improvisação rítmica e jogos com interação entre si, como o passar um balão uns aos outros, por exemplo. O G. P. nem sempre interagiu com os outros e, no início, houve mesmo dificuldade em que participasse no jogo. Os jogos de imitação rítmica, cola e toca, reprodução, pergunta-resposta, no início não foram compreendidos e provocavam apatia.

Também se tentou jogos para adivinhar o instrumento pelo som e revelou-se difícil para todos que não conseguiam nem distinguir um som metálico de madeira ou pele, por exemplo. Experimentou-se movimentos/danças, a L. F. colaborou muito bem, os rapazes tiveram mais dificuldades, o G. P. por timidez e o L. C. por dificuldades motoras, ainda assim, nesta atividade, tentaram participar.

Nas improvisações, no início, cada um tocava para si, sem ouvir os outros, a L. F. começou logo a criar canções relativas à sua ida para casa do tio, do pai, da T. ou outras pessoas de sua referência (embora viva com os tios, tem uma rede de familiares e amigos, ficando várias vezes noutras casas). A L. F. sentiu necessidade de cantar sobre as pessoas com quem lida, mantendo quase sempre o mesmo instrumento do início ao fim. O G. P. precisou de muito incentivo para participar e, quando isso aconteceu, foi-se mantendo no mesmo instrumento. O L. C. demonstrou muita curiosidade e experimentou vários instrumentos, foi sempre tocando, todavia, de uma forma mais individualista, não colaborando para a música conjunta, colaborava numa perspetiva individualista de experimentar instrumentos pela sua curiosidade da novidade e pelo prazer. Para fomentar mais o espírito de grupo, a musicoterapeuta estagiária também criou temáticas para improvisar, aproveitando que o L. C. muitas vezes fazia, espontaneamente, um som semelhante ao rugido de leão, brincou-se com sons vocais de animais e tentou recriar-se a selva com instrumentos, porém, o grupo não estava recetivo às várias propostas. Então, na sessão seguinte, a musicoterapeuta estagiária levou cartazes com imagens para facilitar a reprodução, mas também não se obteve o resultado esperado, não compreendiam bem, nem sempre interagiam, tocar em simultâneo revelou-se um desafio. Houve sempre insistência da parte da estagiária e, quando já estavam todos a interagir, tentou-se mudanças de pulsação/andamentos, dinâmicas e até mudanças de estrutura, mesmo sendo certinhos ritmicamente, mantiveram-se todos no andamento moderato em que começavam e não se ajustavam ao andamento que a musicoterapeuta estagiária provocava, demonstrando que cada um estava no grupo de forma individualista.

Quando um deles faltava, a dinâmica era totalmente diferente, sobretudo se fosse o L. C. a faltar. Nestas ocasiões, o G. P. libertava-se mais e interagia melhor com a L. F.; se fosse o G. P. a faltar

também se notava um pouco mais de conexão entre a L. F. e o L. C., no entanto, sempre com algum distanciamento colocado pelo L. C.

Sensivelmente a meio da intervenção começou-se a notar algum sentido de grupo de pertença entre os três, nomeadamente, a caminho da sala de musicoterapia, apesar de não terem atingido o seu potencial máximo de interação social.

Para tentar criar mais conexão, a partir da quinta sessão e até ao final da intervenção, a musicoterapeuta estagiária mudou o *setting* para cadeiras em roda e, após a canção inicial que, nesta altura, a L. F. já cantava bem; o L. C. ignorava, tapava os ouvidos a rir e o G. P. começou apenas a dizer “pia” da palavra final da canção “musicoterapia” [Hoje é musicoterapia]. Além disto, também introduziu canções e jogos em que tinham que dar palmas uns aos outros ou dar a mão. Não aconteceu de forma regular ou consistente durante muito tempo, foram várias semanas/ meses a tentar essa conexão que era sempre desfasada, ou o L. C. não dava a mão ao G. P. ou o G. P. se recusava, ou quando se resolvia uma destas duas quezílias, a L. F. amuava de seguida porque tinha estado um tempo sem atenção direcionada. Porém, há que reconhecer que a insistência muito prolongada acabou por dar frutos e quase no final da intervenção musicoterapêutica, as atitudes começaram a revelar-se. Sendo de mencionar que numa música que já tinha tido inúmeras repetições (“Frei João”, cantado com vocábulos e percussão corporal que implicava palma ao colega) quase no final da intervenção, começaram a interagir todos, incluindo o L. C. que nunca queria bater palma com o colega mas na fase final já aceitava e começava a saber a estrutura da música. Foi gratificante verificar que cada pessoa tem o seu tempo e, mesmo quando aparenta não ser viável, através de uma repetição insistente, começa a entrar na rotina. No início da intervenção a musicoterapeuta estagiária fez várias atividades e jogos diferentes para perceber o caminho que devia seguir, contudo, ao longo da intervenção foi percebendo que este grupo ou, pelo menos, o L. C. e o G. P. precisavam de muita rotina, previsibilidade e repetição para conseguirem participar em pleno e, surpreendentemente, que a repetição não os desmotivava, mesmo a L. F. que rapidamente integrava qualquer atividade nova, também tinha prazer nesta previsibilidade.

Trabalhar com este grupo foi, efetivamente, desafiante, mas a musicoterapia ajudou-os a desenvolver algumas competências, não apenas nas sessões, muitas também foram transpostas para a sala de aula com outros pares, o G. P., por exemplo, era uma criança muito pouco comunicativa com os outros, fossem pares ou adultos e, atualmente, está muito mais espontâneo, interage e brinca com os colegas da sala, já não faz caretas ao adulto quando este o interpela, mas sorri e acata indicações. O L. C. deixou de colocar as mãos nos ouvidos durante a audição das músicas, já cumprimenta com bom dia tanto a musicoterapeuta estagiária noutros dias em que a vê na instituição como outros técnicos e professores e movimenta-se muito mais e melhor. A L. F. embora ainda apresente recusa em fazer algumas tarefas, já se mostra um pouco mais disponível e solícita do que no início da intervenção.

Caso S.

O S. entrou na sala na 1ª sessão ao fim de cerca de 5-10 minutos quis terminar e recusou sempre as sessões seguintes, ficando muito ansioso nos dias das mesmas, por vezes até alterado mesmo sem ser forçado, sempre esteve à consideração dele entrar ou não na sala, mas só a ideia de poder ter a sessão, transtornava-o completamente. Esta situação é recorrente quando tem terapias novas ou com pessoas novas. A justificação que ele apresentou à psicóloga para aceitar a terapia ocupacional e não a musicoterapia, visto ele até gostar bastante de música é que a terapeuta ocupacional ia também ao internato, por isso, já a conhecia há muito tempo enquanto que a musicoterapeuta estagiária era nova na instituição e só estava no contexto da escola e não no internato. A resistência era tanta que nem aceitava aproximação da musicoterapeuta estagiária ou conversa circunstancial com a mesma; no recreio, mesmo esclarecendo que não era o dia de terapia ou que não iria à musicoterapia se não quisesse. Importa relatar um episódio em que quase agrediu a musicoterapeuta estagiária, só por esta se encontrar no pátio. Nessa manhã, a professora percebeu e travou-o a tempo. Nessa altura, optou-se por desistir de tentar para não provocar tanta ansiedade e desconforto ao S.

Discussão de Resultados

As crianças com deficiência e necessidades específicas enfrentam desafios muito significativos ao nível pessoal, académico, emocional e social. A musicoterapia ao estimular a memória, a atenção, a resolução de problemas, a expressão e a regulação emocional das crianças, pode ser uma excelente aliada em todo o processo de superação destes desafios. (Wigram et al., 2002).

Tomlinson et al. (2012) relataram a experiência em Cambridgeshire, realizada em contextos escolares que demonstrou os benefícios da musicoterapia para crianças com diversas dificuldades, nomeadamente ao nível da comunicação, interação, regulação emocional e problemas comportamentais.

A análise da intervenção musicoterapêutica, ao longo de 25 sessões com o L. E., revela uma evolução significativa que valida a eficácia do Modelo Plurimodal, na intervenção desta terapia com crianças com deficiência e necessidades específicas. A progressiva interiorização da rotina das sessões, evidenciada pela vocalização da canção do "Bom Dia" (Ockelford, 2008; Wigram et al., 2002), demonstrou a capacidade da música para estruturar e facilitar a compreensão de sequências previsíveis, um aspeto crucial para a segurança e estabilidade de crianças com dificuldades de processamento, comprovado pela experiência de Tomlinson et al. (2012) que sublinha a pertinência das canções de início "Olá" e de fim "Adeus" de sessão para a redução da ansiedade, criação de um ambiente tranquilizador e estruturação de rotinas. Katagiri (2009) também reforça que a estruturação de rotinas facilita a compreensão e execução de tarefas, contribuindo para o desenvolvimento da autonomia.

A crescente recetividade do L. E. às propostas musicais e o aumento do tempo de permanência nas atividades refletem o potencial da musicoterapia para estimular competências sensoriais e expressivas, um dos princípios do Modelo Plurimodal, que preconiza a diversificação das formas de interação (Schapira et al., 2007). A sua reação à música clássica/calma, com aumento da vocalização e da necessidade de sentir a música através do corpo, sugere um desenvolvimento da sua intencionalidade comunicativa. Tal como Sacks (2008) e Canevskaja & Akgün (2021) apontam, a

comunicação pode manifestar-se de formas não verbais e a música, surge como um veículo privilegiado para a expressão, especialmente em pessoas com limitações de linguagem. Ockelford (2008) destaca a importância da audição musical para estimular a cognição e a memória, o que foi refletido pelo L. E. na exploração da vibração e a simulação de tocar piano, que indicam um esforço na procura de formas alternativas de interação e expressão, em consonância com a utilização de instrumentos para manipular sons e expressar-se.

A manifestação de prazer durante a interação musical, evidenciada pelo L. E. por meio de diversos instrumentos e vocalizos, contrastando com a sua inicial falta de resposta, aponta para um desbloqueio na expressão emocional, um dos benefícios terapêuticos inerentes à musicoterapia, tal como confirmado por Canevska & Akgün (2021). Federico (2007) citando Dancyker e Schapira et al. (2007) enfatizam que a satisfação e o prazer de fazer música promovem a vinculação e a expressão de sentimentos. De acordo com Schapira et al. (2007), a reação de calma e os movimentos sincronizados com a música suave sugerem uma profunda conexão emocional com a música, evidenciando a sua capacidade de aceder e estimular o domínio emocional.

A progressiva aceitação do início e fim da sessão sugere o desenvolvimento de mecanismos de autorregulação, um objetivo central da intervenção. A previsibilidade proporcionada pelas rotinas musicais e as experiências emocionais positivas, vivenciadas nas sessões, podem ter contribuído para uma maior estabilidade emocional, através da criação de um ambiente seguro e da exploração de recursos expressivos, tal como defendido por Bruscia (2014). A crescente vocalização observada, especialmente em resposta à música, prenuncia um potencial desenvolvimento na comunicação verbal, atestando a ideia de que a música pode ser um facilitador da expressão, mesmo em formas rudimentares (Sacks, 2008; Canevska & Akgün, 2011). Ockelford (2008) especifica que o canto pode oferecer um suporte único nas fases iniciais da aquisição da linguagem.

A análise dos resultados da avaliação quantitativa complementa estas observações qualitativas. Os aumentos significativos na motricidade global e fina, na comunicação recetiva e expressiva, e no domínio social, aliados a uma evolução positiva na musicalidade e, embora mais discreta, no domínio

emocional, sustentam a eficácia da abordagem plurimodal para o L. E. A melhoria na motricidade pode ter facilitado o envolvimento nas atividades estruturadas e a adesão a rotinas (Wigram et al., 2002), estando em consonância com as aptidões motoras que Tomlinson et al. (2012) descrevem nas sessões, através da manipulação de instrumentos e do desenvolvimento da destreza física. A evolução na comunicação, tanto na receção como na expressão, reflete o impacto da estimulação musical na promoção da intencionalidade comunicativa e no desenvolvimento de formas alternativas de interação, tal como sustentado tanto por Bruscia (1987), como por Wigram et al. (2002), um dos principais focos da musicoterapia aplicada em crianças com deficiência e necessidades específicas, conforme detalhado por Tomlinson et al. (2012) ao descreverem a melhoria na escuta, interação bidirecional e na tomada de decisões.

Bruscia (1987), ao descrever as técnicas de comunicação na improvisação musicoterapêutica, destaca o papel da música como facilitador da comunicação verbal e não verbal entre terapeuta e criança, incluindo a técnica de *turn-taking*, que reflete a procura por interação recíproca, transposta para os casos descritos. Wigram et al. (2002) também sublinham como a música serve para estruturar rotinas e sequenciar tarefas, simplificando a compreensão e a execução, o que pode, indiretamente, fomentar a intencionalidade comunicativa ao criar um contexto previsível e seguro para a interação. De acordo com Schapira et al. (2007) e Ockelford (2008), a evolução social pode estar ligada ao aumento da capacidade de autorregulação e a experiências interativas positivas dentro do contexto musical.

Tomlinson et al. (2012), ao discutirem os resultados do trabalho realizado em Oaklands School, reforçam que a musicoterapia visa, especificamente, a socialização e a autoconsciência, o que se manifestou na evolução social do L. E. ainda que não muito expansiva.

A relevância dos progressos observados no L. E. foi também reconhecida no contexto institucional, reforçando a triangulação dos dados recolhidos ao longo da intervenção. Durante a apresentação final da estagiária à equipa educativa, a visualização de registos audiovisuais das sessões gerou surpresa entre as profissionais, que desconheciam a capacidade do L. E. para se envolver em

atividades estruturadas. Esta situação reflete a experiência de Tomlinson et al. (2012), na escola Oaklands, onde o desconhecimento inicial sobre a musicoterapia e o seu potencial não lhe davam a devida credibilidade, sendo esta terapia vista, muitas vezes, pelos restantes profissionais, como uma mera atividade lúdica. Sendo, também, um dos objetivos do estágio a divulgação e demonstração dos benefícios desta terapia, ficou patente, e é comum, nestes contextos escolares, o reconhecimento posterior do progresso dos alunos e a melhoria da compreensão da equipa educativa. A diferença entre a sua postura inicial, marcada pelo desinteresse e evitamento, e a sua participação ativa e interativa nas sessões mais recentes, foi amplamente evidenciada pelas profissionais. Este reconhecimento espontâneo e, alheio ao contexto terapêutico, constitui um indicador externo relevante da evolução do participante, validando os efeitos positivos da intervenção musicoterapêutica e o impacto desta na perceção da própria equipa educativa. A diretora da escola referida por Tomlinson et al. (2012), testemunha que os resultados obtidos a nível de audição, autonomia, iniciativa, tomada de decisões, interação mútua, alternância de turnos e concentração, reforçaram a confiança no potencial da musicoterapia, levando toda a equipa a refletir e a compreender melhor esta terapia e seus benefícios. Tal como defendem Flick (2018) e Stake (1995), a triangulação de dados – ao integrar diferentes fontes de evidência, como observações da terapeuta, instrumentos de avaliação e testemunhos de terceiros – permite reforçar a credibilidade e a consistência dos resultados, especialmente em abordagens qualitativas como a investigação-ação.

A intervenção musicoterapêutica individualizada, ao longo de 20 sessões com o M. G., também demonstrou uma repercussão significativa no seu desenvolvimento emocional e comportamental, sustentando a eficácia da abordagem musicoterapêutica plurimodal para abordar os desafios apresentados. A melhoria verificada em todos os parâmetros de avaliação, com um aumento considerável de 73% no domínio emocional, reflete a capacidade da música em aceder e transformar as vivências internas (Schapira et al., 2007; Canevska & Akgün, 2021). Os objetivos terapêuticos na escola Oaklands, conforme descritos na obra de Tomlinson et al. (2012), incluem a estimulação física

e psicológica, através do estímulo musical no estado mental ou emocional, o que se reflete na segurança (autoconfiança) e estabilidade emocional.

A construção da relação terapêutica e a implementação de rotinas previsíveis nas sessões iniciais criaram um ambiente seguro e estruturado. A adaptação inicial do *setting* e a observação das suas reações e preferências musicais permitiram identificar os seus interesses e a sua resposta à improvisação, um elemento central na abordagem de Bruscia (1987) e no método Nordoff-Robbins (1975). Tomlinson et al. (2012) sublinharam a importância de uma estrutura flexível e da improvisação ativa, partindo sempre do contexto musical pessoal do participante. A sua reação à frustração sublinhou a importância de trabalhar a tolerância através de atividades musicais estruturada, alinhando-se com a necessidade de construir segurança emocional em casos de ausência de cooperação e comportamentos desafiantes. A utilização de músicas da preferência musical dos alunos facilitou a interação e a avaliação das suas capacidades motoras e rítmicas, enquanto a sua liderança nos jogos de imitação, já indicava um desejo de controlo e expressão individual dentro do contexto musical, o que é descrito como a capacidade de controlar o diálogo e de fazer escolhas. A compreensão da rotina, de fim de sessão, sinalizou a sua capacidade de adaptação a sequências temporais, reforçando a importância da previsibilidade nas sessões (Wigram et al., 2002).

A exploração musical revelou uma crescente abertura à experimentação e ao envolvimento em jogos musicais, permitindo observar as suas preferências instrumentais e a sua forma de interagir musicalmente. A sua capacidade de associar emoções através de expressões faciais e gestos demonstrou uma ligação entre a música e a sua experiência emocional (Schapira et al., 2007), visto que a música permite a expressão dos sentimentos e emoções (Federico, 2007). A sua insistência em liderar nos jogos rítmicos e a exploração da guitarra, apesar das limitações motoras, sublinharam a sua necessidade de autoafirmação através da música. Para Sacks (2008), a evocação de memórias musicais evidenciou a capacidade da música para aceder a vivências passadas.

A consolidação da música como veículo de expressão ficou patente no seu pedido por instrumentos específicos e na preferência por cantar com um "microfone" simulado, indicando uma forte ligação com a comunicação vocal. A sua iniciativa em alterar letras de canções conhecidas, incorporando as suas próprias palavras, demonstrou um aumento da sua intenção comunicativa e da sua capacidade de moldar o ambiente musical. A criação espontânea de canções a partir de experiências do quotidiano ilustrou a sua capacidade de conectar a música com o seu mundo interno, um processo de "shared creativity" e "inventing their own songs" que Tomlinson et al. (2012) promovem nas sessões (p. 129). As improvisações com técnicas de *turn-taking*, espelhamento e pergunta-resposta consolidaram a sua capacidade de interação e comunicação recíproca dentro da estrutura musical tal como descrito por Bruscia (1987), técnicas que Tomlinson et al. (2012) também abordam. A progressiva capacidade de partilha de liderança na improvisação rítmica representou um avanço significativo na sua interação social (Schapira et al., 2007). A introdução de exercícios de controlo da respiração, adaptando a terapia às suas necessidades, ofereceu-lhe ferramentas potenciais de autorregulação. A criação da canção da praia e o trabalho com o tambor de mar exploraram o conceito de regulação emocional através da música. A substituição de nomes nas canções de início e fim de sessão indicou um desenvolvimento da sua consciência social dentro da relação terapêutica (Bruscia, 1987).

A exploração do universo emocional através da música permitiu ao M. G. vivenciar e expressar as emoções de forma mais direta, utilizando instrumentos e a voz como meio seguro para a sua manifestação (Canevska & Akgün, 2021). Para Tomlinson et al. (2012), este é um aspeto central da musicoterapia, onde as emoções podem ser expressas e compreendidas em segurança. O jogo do maestro, promovendo a alternância de papéis, desafiou a sua necessidade de liderança, fomentando a flexibilidade na interação. A criação de canções focadas noutras figuras sugeriu um desenvolvimento da sua capacidade de reconhecimento das emoções alheias, demonstrando a forma como a musicoterapia pode aumentar a consciência de si mesmo e do outro, tal como defendido por Okelford (2008).

À luz dos resultados obtidos, a intervenção musicoterapêutica proporcionou ao M. G. um espaço terapêutico eficaz para o seu desenvolvimento emocional, comportamental e comunicacional. A progressiva melhoria observada sugere que a abordagem musical facilitou a sua expressão, a sua capacidade de interação e o seu potencial para a autorregulação. A sua crescente motivação para se envolver musicalmente e para comunicar indica um caminho promissor para o seu bem-estar contínuo.

No caso da M. M., a sua evolução positiva, nomeadamente no aumento do tempo de permanência em atividades, no estabelecimento de rotinas, na escolha de instrumentos e na liderança de partes da sessão, demonstra a capacidade da musicoterapia para promover a autonomia e a iniciativa (Katagiri, 2009; Ockelford, 2008). Estes benefícios estão em sintonia com as observações da diretora da escola de Tomlinson et al. (2012) que aponta a autonomia e a capacidade de fazer escolhas como impactos significativos da musicoterapia, capacitando os jovens de iniciativa, criatividade, participação sem exposição desconfortável e, conseqüentemente, coragem para experimentar. O prazer manifestado com melodias específicas e a crescente interação social, inclusive com pares, sublinham o potencial da música para desencadear emoções positivas e facilitar a comunicação e a socialização (Schapira et al., 2007), tal como defendido por Ockelford (2008) sobre a musicoterapia em grupo. O relato familiar de maior comunicabilidade e interação em casa sugere uma generalização dos benefícios da intervenção para outros contextos.

No que concerne ao M. C., a sua inicial relutância, seguida de um progressivo envolvimento, culminando na participação ativa na improvisação rítmica, no acompanhamento de canções e numa maior intencionalidade comunicativa, ilustra o potencial da musicoterapia para desenvolver a autorregulação emocional e comportamental, bem como a comunicação intencional (Bruscia, 1987). A abordagem preconizada por Tomlinson et al. (2012) em Oaklands School, ao visar a construção de segurança emocional e a gestão de comportamentos desafiantes, através da musicoterapia corrobora a eficácia desta intervenção. A mudança na sua postura e a diminuição do refluxo podem estar relacionadas com uma maior estabilidade emocional proporcionada pela estrutura e previsibilidade

das sessões (Wigram et al., 2002), elementos cruciais para acalmar a ansiedade em crianças com deficiência ou necessidades específicas (Tomlinson et al., 2012). A aceitação da ausência das músicas do "Panda" e o envolvimento em novas propostas musicais indicam uma flexibilidade crescente e uma maior abertura à interação terapêutica.

O trabalho com o grupo (L. C., L. F. e G. P.) demonstrou que a musicoterapia pode auxiliar no desenvolvimento de competências sociais e comunicativas, com benefícios que se estenderam para além das sessões, refletindo-se na sala de aula e nas interações com pares e adultos. A maior espontaneidade e interação do G. P., a diminuição da sensibilidade auditiva e o aumento da comunicação do L. C., e uma maior disponibilidade da L. F. apontam para o potencial da musicoterapia em promover o desenvolvimento social e a comunicação (Schapira et al., 2007). Ockelford (2008) destaca que a prática musical em grupo proporciona um contexto e estrutura para a socialização, e Tomlinson et al. (2012) reforçam que a musicoterapia melhora a comunicação e a interação bidirecional.

No grupo, o progresso da interação social do G. P., a maior abertura da L. F. e a diminuição da sensibilidade auditiva do L. C., com consequente aumento da comunicação, podem ser interpretadas à luz dos benefícios da música na promoção da interação social e na redução de barreiras emocionais, tal como salientado por Lorigados-Pérez e García-Rodríguez (2025). A participação em atividades musicais conjuntas, mesmo que adaptadas às suas necessidades individuais, dentro do grupo, sugere ter facilitado um sentido de partilha e comunicação.

Pese embora este relatório de estágio se centre na intervenção individualizada e num pequeno grupo com necessidades específicas, os progressos observados nos participantes, nomeadamente, no que concerne à interação social e à expressão emocional, corroboram com as conclusões de Lorigados-Pérez e García-Rodríguez (2025), que destacam o potencial da musicoterapia para melhorar a inteligência emocional através da exploração e expressão de sentimentos, e para fomentar a coesão grupal através da interação e comunicação facilitadas pela experiência musical partilhada.

Os resultados observados nestes casos, embora inseridos em contextos e com participantes com necessidades específicas distintas, convergem para a ideia de que a musicoterapia, através de uma abordagem plurimodal que valoriza a adaptação, a flexibilidade e a exploração de diversos canais expressivos (Schapira et al., 2007), pode ser uma ferramenta terapêutica eficaz para promover o desenvolvimento em múltiplas áreas. A criação de rotinas musicais, o estímulo à comunicação não verbal e verbal, a facilitação da expressão emocional e a promoção da interação social, alinhados com os princípios teóricos apresentados, parecem ter contribuído significativamente para o progresso dos participantes.

No entanto, reconhece-se a importância de futuras investigações com amostras maiores e desenhos de estudo mais rigorosos para fortalecer as evidências nesta área (Gold et al., 2006).

Conclusões

O presente projeto de intervenção em musicoterapia, desenvolvido no contexto de uma escola de educação especial, ambicionou proporcionar a melhoria da autonomia e das competências gerais de crianças com deficiência e necessidades específicas, alinhando-se com a perspectiva de que a musicoterapia ativa e criativa, ao ter em conta o contexto musical individual e as limitações de cada participante, fomenta a autoexpressão (Ockelford, 2008).

A aplicação do Modelo Plurimodal, suportada pela utilização do perfil de avaliação IMTAP para aferir a evolução de cada um, procurou oferecer um suporte terapêutico adaptável e inclusivo, capaz de responder eficazmente à diversidade de patologias e neurodivergências presentes, incluindo a síndrome de Crouzon, neurofibromatose tipo 1 (NF1), paralisia cerebral, autismo e trissomia 21, bem como as suas comorbilidades associadas.

A revisão de literatura que fundamentou este relatório corroborou o potencial benéfico da musicoterapia no âmbito da educação especial, evidenciando a sua capacidade de promover o desenvolvimento cognitivo, emocional, social e físico das crianças (Gold et al., 2006; Wigram et al., 2002). A integração de múltiplas abordagens terapêuticas no seio do Modelo Plurimodal, que preconiza uma intervenção holística e adaptável (Schapira et al., 2007), permitiu antever uma intervenção rica e personalizada, com o potencial de maximizar os benefícios terapêuticos através da flexibilidade e da adequação às necessidades singulares de cada criança.

Os resultados esperados desta intervenção apontavam para melhorias significativas nas capacidades de comunicação, na interação social, na expressão emocional e nas competências motoras dos participantes, áreas estas que a musicoterapia tem demonstrado influenciar positivamente (Canevska & Akgün, 2021; Wigram et al., 2002).

A estruturação de rotinas e tarefas através da música, conforme sugerido por Wigram et al. (2002) e corroborado por Katagiri (2009), no contexto do autismo, foi um princípio orientador para facilitar a compreensão e a execução de atividades, promovendo a autonomia e as competências pessoais de cada criança.

Neste contexto, a relevância da musicoterapia em ambientes escolares, tal como descrito por Tomlinson et al. (2012), ao implementar este recurso numa escola secundária com uma unidade de apoio à aprendizagem, reforça a pertinência de oferecer um espaço seguro e regular onde os alunos, muitas vezes com histórico de insucesso escolar e com dificuldades emocionais e comportamentais complexas, possam experienciar o sucesso e desenvolver-se. As estratégias de envolvimento, como o uso de jogos, a liberdade de improvisação e a incorporação de gravações de áudio ou vídeo, testemunhadas por Tomlinson (2012) como formas de promover a autoexpressão e a confiança, foram consideradas neste projeto para adaptar a intervenção e promover a participação ativa.

Através de um plano terapêutico estruturado e de uma monitorização contínua dos progressos dos participantes, esperava-se que a intervenção proposta não só elevasse a qualidade de vida das crianças envolvidas, mas que também servisse como um modelo de boas práticas para outras instituições de educação especial, em linha com a defesa de Schapira et al. (2007) da musicoterapia como um suporte viável para a exploração e expressão emocional, independentemente da capacidade de verbalização.

Neste sentido, este estágio de intervenção em musicoterapia procurou demonstrar o potencial transformador da música como um recurso terapêutico no contexto da educação especial, reafirmando a relevância de estratégias inovadoras e baseadas em evidências para a promoção da saúde e bem-estar de crianças e jovens com deficiência e necessidades específicas.

Espera-se que este trabalho contribua para aprofundar a compreensão e a valorização da musicoterapia no âmbito educacional, promovendo, simultaneamente, a melhoria contínua das práticas pedagógicas e terapêuticas nas escolas de educação especial.

Reflexão Pessoal

Realizar este estágio em musicoterapia, assente numa abordagem dinâmica, com trabalho intenso de pesquisa e de reflexão da prática, representou uma experiência profundamente desafiante e enriquecedora.

No início, senti receio e insegurança quanto à minha capacidade de aplicação do conhecimento teórico adquirido, por estar consciente da amplitude deste e da necessidade de adaptação constante face à imprevisibilidade da prática musicoterapêutica. A flexibilidade e a capacidade de resposta imediata tornaram-se essenciais, e a consciência de não ter pleno domínio sobre todos os aspetos da intervenção revelava-se intimidante. No entanto, à medida que avançava no processo, percebi que, ao manter o foco nos objetivos terapêuticos e confiar na fluidez da intervenção, a prática tornava-se mais espontânea.

Este estágio permitiu-me compreender melhor alguns conceitos e autores que já havia estudado na minha dissertação de mestrado anterior, que aferia os benefícios da música na educação especial, contudo, por essa ter sido apenas uma análise de dados, sem uma verdadeira experiência prática, nem conhecimento teórico tão orientado e aprofundado, limitou a minha compreensão na altura. Foi apenas, no decorrer deste mestrado, sobretudo com a intervenção direta junto de crianças com necessidades específicas que consegui consolidar e conferir pleno significado ao conhecimento previamente adquirido, atribuindo-lhe uma aplicabilidade real e concreta.

A rotina de análise pós sessão, o planeamento das atividades futuras e, sobretudo, a escuta ativa dos participantes, foram fundamentais para garantir uma abordagem centrada nas suas necessidades individuais. Se, por um lado, a estruturação prévia das sessões significava um apoio, por outro, rapidamente compreendi que a espontaneidade dos participantes ditava o rumo das intervenções, cabendo-me apenas conduzi-las de forma alinhada e consonante com os objetivos estabelecidos. Essa compreensão revelou-se essencial para superar momentos de aparente estagnação, como no caso do participante L. E., onde a persistência e a confiança no processo terapêutico se tornaram fundamentais.

A minha anterior experiência, como professora de educação musical, já me havia permitido reconhecer o potencial da música no desenvolvimento psicomotor das crianças, porém, este curso e, sobretudo, este estágio, aprofundou significativamente a minha perspectiva, conferindo-lhe uma melhor e real significância. A musicoterapia, ao libertar-se das imposições curriculares, possibilitou um trabalho ainda mais focado nas necessidades específicas de cada criança/ jovem, permitindo-me observar os seus progressos de forma natural e espontânea. A reflexão sobre a minha investigação anterior sobre a música na educação especial revelou-se um processo de reinterpretação, consolidando conhecimentos e conferindo-lhes aplicabilidade prática. Como afirmava Albert Einstein, “A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original”, e é exatamente essa sensação de transformação que levo comigo desta experiência.

Em termos metodológicos, o Modelo Plurimodal demonstrou-se particularmente adequado dada a diversidade dos participantes, proporcionando uma abordagem abrangente e flexível. Contudo, senti necessidade de recorrer a técnicas de improvisação de Bruscia e ao conceito de ISO (Identidade Sonora) de Benezon, ajustando a intervenção às particularidades de cada caso. Embora procurasse alinhar-me com as orientações da literatura, a intensidade do contexto prático exigia, por vezes, decisões imediatas, nem sempre previamente validadas. Também assumi o perfil de avaliação IMTAP como o mais completo porque a musicoterapia, para mim, faz sentido num contexto de desenvolvimento global e não apenas musical ou de bem-estar, sobretudo, na população com a qual estagiei e com a qual mais me identifico. E, apesar de todas as terapias conferirem incomensurável importância, não raras vezes, são tão escassas, seja por falta de financiamento ou mesmo de recursos humanos, que encaro a musicoterapia sempre como uma terapia de suma importância para esta população pois consegue trabalhar vários domínios, não substituindo nenhuma outra terapia, consegue complementar todas as outras de forma muito eficiente.

A supervisão revelou-se um elemento essencial para orientar a minha prática e promover momentos de reflexão conjunta sobre os processos terapêuticos. Porém, senti o tempo dedicado à supervisão muito limitado, pois a carga horária das aulas foi bastante reduzida para o número de

alunos, não sendo possível a todos nós mostrarmos o nosso trabalho em todos os momentos de supervisão. Esta lacuna foi atenuada pela excelente orientação da supervisora que se mostrou sempre presente e disponível, tanto nos momentos presenciais como através de recursos online.

Esta realidade levou-me a desenvolver maior autonomia na tomada de decisões e a confiar na minha capacidade de adaptação às necessidades dos participantes. Por vezes, a exigência de atuar com rapidez e, sem um suporte imediato, levou-me a experimentar abordagens diferentes, forçando-me a experimentar e a aprender com os erros. Paradoxalmente, esta dificuldade acabou por fortalecer a minha autonomia e fomentar um crescimento significativo na minha prática profissional.

Este estágio proporcionou-me uma experiência direta numa escola exclusivamente dedicada à educação especial, um modelo que, atualmente, tende a ser visto como menos desejável face ao paradigma da inclusão. No entanto, ao longo do tempo, pude observar que, contrariamente a muitas ideias preconcebidas, este ambiente oferece aos alunos um sentimento de igualdade que nem sempre é possível em escolas regulares e inclusivas. Muitos dos alunos do externato já tinham experienciado contextos escolares mistos, onde alunos com e sem necessidades específicas coexistem, mas, para alguns, essa realidade não funcionou. No externato Rumo ao Sucesso, um espaço onde todos partilham desafios semelhantes, vi que os alunos se sentem mais compreendidos e integrados, beneficiando de uma estrutura adaptada às suas particularidades. Esta perspetiva, que pode contrariar discursos mais generalizados sobre inclusão, mostrou-me que as escolas exclusivas de educação especial podem ser uma alternativa válida e eficaz, naturalmente, que apenas em casos muito específicos, quando pensada e aplicada de forma estruturada e sensível às necessidades individuais dos alunos.

A experiência neste ambiente especializado permitiu-me compreender de forma mais profunda a realidade das crianças e jovens com necessidades educativas especiais. Num contexto onde a individualidade é respeitada e valorizada, percebi como a estrutura física e organizacional da escola desempenha um papel crucial na promoção da autorregulação dos alunos. O espaço pensado para garantir segurança e liberdade de expressão revelou-se um facilitador no desenvolvimento das

intervenções (as salas num edifício em L, com janelas muito amplas com acesso direto para um relvado grande, com os pilares do alpendre almofadados, de forma a que quando precisam de sair e correr ou gritar podem fazê-lo com segurança e supervisão de todos os professores e técnicos que estão nas salas), é um local muito desafiante, onde todos os profissionais se sentem muito úteis e importantes para aquelas crianças e jovens, num ambiente muito familiar e repleto de afetos recíprocos.

A maior dificuldade do meu estágio foi o facto de não ter um espaço totalmente livre onde pudesse montar o *setting* de forma adequada a cada sessão e participante, o que por vezes condicionou a plenitude das atividades desenvolvidas. Se, por um lado, tinha uma sala ampla onde podia fazer movimentos e criar zonas; por outro, era excessivamente grande com demasiados objetos dos quais não precisava, incluindo caixas, cadeiras, mesas, armários transparentes com imensos instrumentos, que embora tenham sido muito úteis, por se encontrarem todos expostos, dificultaram a definição de um *setting* adequado, tanto que com um participante não foi possível fazer uma intervenção plena por ausência de um espaço apropriado.

Em suma, este estágio e o relatório que o acompanha representam o início de um percurso contínuo de aprendizagem e crescimento na área da musicoterapia. Trabalhar com esta população, que tanto me motiva, reforçou a minha vontade de aprofundar conhecimentos e aprimorar práticas futuras. A consciência da complexidade desta área e das inúmeras possibilidades de intervenção impulsionam-me a seguir em frente com curiosidade, dedicação e um compromisso contínuo de aprendizagem e, consecutiva, evolução.

Referências Bibliográficas

- Arndt, A. & Maheirie, K. (2019). *Musicoterapia: dos fazeres biomédicos aos saberes sociocomunitários*. Revista Polis e Psique, 9 (1), 54-71.
https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2238-152X2019000100004&script=sci_abstract
- Baxter, H., Berghofer, J., MecEwan, L., Nelson, J., Peters, K. & Roberts, P. (2007). *Individualized Music Therapy Assessment Profile (IMTAP)*. London: Jessica Kingsley Publishers
- Benezon, R. (1985). *Manual de Musicoterapia*. Rio de Janeiro: Enelivros
- Bruscia, K. E. (1987). *Improvisational models of Music Therapy*. Springfield, Illinois: Charles Thomas Publisher
- Bruscia, K. E. (2014). *Defining Music Therapy – third edition*. Barcelona: Barcelona Publishers
- Canevska, O. & Akgün, N. (setembro, 2021). *Music Therapy for children with Special Education Needs*. Research and reviews in Educationa Sciences I – Capítulo 4. Prof. Dr. Sehriban Koca. Gece Kitapligi. https://www.researchgate.net/publication/354820186_MUSIC_THERAPY_FOR_CHILDREN_WITH_SPECIAL_EDUCATIONAL_NEEDS
- Coutinho, C. & Chaves, J. (2022). *O Estudo de Caso na investigação em Tecnologia Educativa em Portugal*. Revista Portuguesa de Educação 15 (1), 221-243
<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/492/1/ClaraCoutinho.pdf>
- Conselho Europeu/Conselho da União Europeia (2021). *União da Igualdade: Estratégia para os Direitos das Pessoas com Deficiência 2021-2030*. Recuperado em 03/03/2021.
<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=8376&furtherPubs=yes>
- Conselho Europeu/ Conselho da União Europeia (2024, Jan 26). *Infografia – Deficiência na UE: factos e números*. Revisto em 26 de janeiro, 2024.
<https://www.consilium.europa.eu/pt/infographics/disability-eu-facts-figures/>
- Decreto-Lei n.º 54/2018: Ministério da Educação. (2018). Decreto-Lei n.º 54/2018, de 6 de julho. Diário da República: I Série, n.º 129/2018. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/54-2018-115652961>

Direção-Geral da Educação. (2017). Perfil dos alunos à saída da escolaridade obrigatória.

Ministério da Educação. https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Curriculo/Projeto_Autonomia_e_Flexibilidade/perfil_dos_alunos.pdf

Duarte, S., Teixeira, M., & Almeida, C. (2023). *O papel das Atividades de Vida Diária no processo de autonomização das pessoas portadoras de deficiência*. Temas Sociais, 4, 79-91.

<https://revistas.ulusofona.pt/index.php/temassociais/article/view/8938/5295>

Ferreira, A., Cosme, A., Fernandes, J., & Neves, M. (2020). *Desafios da construção de uma escola inclusiva: A importância de flexibilizar a prática pedagógica*. Universidade do Porto.

<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/139966/2/534840.pdf>

Flick, U. (2018). *An Introduction to Qualitative Research (6th ed.)*. SAGE Publications.

Federico, G. F. (2007). *El Niño con Necesidades Especiales – Neurología y Musicoterapia*. Buenos Aires: Editorial Kier S.A.

Freire, M. e Parizzi, M. (2016). *Música e autismo: um relato de caso em Musicoterapia improvisacional musicocentrada*. Congresso de Música – de 01 a 07 de dezembro de 2016 – ANAIS. <https://musica.ufmg.br/nasnuvens/wp-content/uploads/sites/5/2020/11/2016-25-Mu%CC%81sica-e-autismo-um-relato-de-caso-em-Musicoterapia-improvisacional-musicocentrada.pdf>

Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP) - Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (2023, Nov 27). *Indicadores sobre a Deficiência e Incapacidade – contributo para a ENIPD 2021-2025*. <https://www.gep.mtsss.gov.pt/documents/10182/80545/Indicadores+sobre+a+Defici%C3%Aancia+e+Incapacidade+-+Contributo+para+a+ENIPD+2021-2025.pdf/1926e031-1574-4cd8-826e-e064cf80e973>

Gatino, G. (2021). *Fundamentos de Avaliação em Musicoterapia*. Florianópolis, Santa Catarina: Forma & Conteúdo Comunicação Integrada.

[https://vbn.aau.dk/ws/portalfiles/portal/454422252/Fundamentos de avaliacao em musicoterapia_ficha_isbn.pdf](https://vbn.aau.dk/ws/portalfiles/portal/454422252/Fundamentos_de_avaliacao_em_musicoterapia_ficha_isbn.pdf)

Gold, C., Wigram, T., & Elefant, C. (2006). *Music therapy for autistic spectrum disorder*. Cochrane Database of Systematic Reviews. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004381.pub2>

Jebelli, J. (2023). *A Evolução da Mente – do Cérebro Primitivo ao iCérebro*.

Katagiri, J. (2009). *The effect of background music and song texts on the emotional understanding of children with autism*. Journal of Music Therapy. DOI: <https://doi.org/10.1093/jmt/46.1.15>

Lorigados-Pérez, C., García-Rodríguez, M. (2025). Musicoterapia como herramienta educativa para la mejora de la cohesión grupal y la inteligencia emocional [Music therapy as an educational tool to improve group cohesion and emotional intelligence]. *Misostenido*, 5(9), 34-41. <https://doi.org/10.59028/misostenido.2025.05>

Louro, V. S. (2006). *Vogais: Educação Musical e Deficiência: propostas pedagógicas*. São Paulo: Estúdio Dois.

Louro, V. S. (2010, 13 a 17 nov 10). *Anais: VII Simpósio de Educação Musical Especial, I Encontro de Musicografia Braille*. São Paulo: Instituto de Artes da UNESP.

Nordoff, P., Robbins, C. (1975). *Music Therapy in Special Education*. London: MacDonald & Evans

Ockelford, A. (2008). *Music for Children and Young People with Complex Needs – Oxford Music Education Series*. New York: Oxford University Press.

Oliveira, P. (2019). *A relação entre mediação cultural e educação: Um olhar a partir de uma experiência de estágio no Serviço Educativo do FACE*. Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/123779/2/364870.pdf>

Pinto, A. (2018). *Musicoterapia e competências de comunicação na Síndrome de Dravet: uma investigação-ação*. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu – Escola Superior de Educação de Viseu. https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/5351/1/Projeto_Ana_Pinto_Final.pdf

- Quintão, L., Cunha, S. & Coelho, M. (2024). *A influência da musicoterapia no contexto clínico de crianças com o Transtorno do Espectro Autista: uma revisão de literatura*. *Revista Sociedade Científica*, vol.7, n. 1, p.4268-4288. <https://doi.org/10.61411/rsc202464417>
- Rumo ao Sucesso (2024). *Projeto Educativo*. <https://www.rumoaosuccesso.pt/projeto-educativo.php>
- Sacks, O. (2008). *Musicofilia*. Lisboa: Relógio D' Água.
- Schapira, D. et al. (2007). *Musicoterapia Abordaje Plurimodal*. Argentina: ADIM Ediciones.
- Silva, A., Gatino, G., Araújo, G., Mariath, L., Riesgo, R., Schuler-Faccini, L. (2012). *Tradução para o português brasileiro e validação da escala Individualized Music Therapy Assessment Profile (IMTAP) para uso no Brasil*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Faculdade de Medicina. <http://hdl.handle.net/10183/61729>
- Silveira, M. (2017). *Desafios à Inclusão Social de Jovens com Deficiência*. Porto: Instituto Superior de Serviço Social do Porto.
- Sousa, M. J. & Baptista, C. S. (2011). *Como fazer Investigação, Dissertações, Teses e Relatórios segundo Bolonha*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Stake, R. E. (1995). *The Art of Case Study Research*. SAGE Publications.
- Tomlinson, J., Derrington, P., & Oldfield, A. (2012). *Music Therapy in Schools*. London: Jessica Kingsley Publishers
- Vieira, C. (2020). *A importância das atividades de vida diária e das atividades instrumentais no estilo de vida de alunos com dificuldades intelectuais e desenvolvimentais severas*. Beja: Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Educação.
https://repositorio.ipbeja.pt/bitstream/20.500.12207/5346/1/Cristiana%2BVieira_pdfa.pdf.
- Vieira, R. (2024). *Eficácia da Musicoterapia na Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) – Revisão Narrativa*. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
<https://estudogeral.uc.pt/retrieve/274821/Trabalho%20final%20Rita%20Vieira%202018285328.pdf>
- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Harvard

University Press.

Wigram, T., Pedersen, I., & Blonde, L. (2002). *A Comprehensive Guide to Music Therapy*. Jessica

Kingsley Publisher Ltd

World Federation of Music Therapy (2023) About WFMT. Obtido a 18 de março de 2025, de

<https://www.wfmt.info/about#who-we-are>

APÊNDICES

APÊNDICE A

Autorização da Intervenção

Lisboa, ____ de _____ de _____

Ao Exm^{o(a)} Sr^a

Caro(a) Senhor(a),

A instituição _____, onde o seu educando está integrado(a) e da qual recebe serviços de intervenção, acolhe este ano letivo um(a) estagiário(a) 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.

Assim, vimos por este meio solicitar a sua autorização para que se possam realizar sessões de Musicoterapia em que o seu educando participe, com registos que serão utilizados única e exclusivamente para efeitos de supervisão e formação do(a) estagiário(a). 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 respetiva apresentação de relatório.

Junto apresentamos uma minuta de declaração de autorização da realização da intervenção por parte do encarregado de educação ou do seu representante legal. Solicitamos-lhe que preencha e assine esta declaração, que ficará arquivada no seu processo.

Com os melhores cumprimentos,

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

DECLARAÇÃO

Eu, _____, pai / mãe / responsável legal / encarregado (a) de educação do(a) _____ (riscar se for o próprio), declaro para os devidos efeitos que autorizo o meu educando a participar nas sessões de intervenção a realizar no âmbito do estágio curricular do Mestrado de Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa. As informações e registos obtidos nestas sessões serão geridos na confidencialidade das sessões de supervisão deste estágio, sendo destruídos após o término do estágio e a defesa do respetivo relatório.

Declaro ainda que fui informado(a) de que todas as informações e registos serão utilizadas única e exclusivamente no contexto do trabalho terapêutico realizado, para efeitos de supervisão ou formação profissional, e que obtive respostas suficientemente esclarecedoras, por parte dos técnicos responsáveis, para as questões por mim colocadas acerca deste projeto.

Ainda que eu autorize a participação nas sessões de musicoterapia, fica salvaguardada a possibilidade de, a qualquer momento, eu poder decidir pela interrupção das sessões proporcionadas pela estagiária.

_____, _____ de _____ de _____
(local) (dia) (mês) (ano)

O Próprio ou o(a) (Representante) Legal / Encarregado(a) de Educação,

Assinatura

Nome Legível

APÊNDICE B

Autorização da Captação de imagens e áudio (vídeo)

Lisboa, ____ de _____ de _____

Ao Exm^o(^a) Sr(^a)

Caro(a) Senhor(a),

A instituição _____, onde V^a Ex^a está integrado(a) e da qual recebe serviços de intervenção, acolhe este ano letivo um(a) estagiário(a) 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 efetuar registos vídeo/áudio das sessões de Musicoterapia em que V^a Ex^a participa, registos estes que serão utilizados única e exclusivamente para efeitos de supervisão e formação do(a) estagiário(a). 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 respetiva apresentação de relatório.

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

Com os melhores cumprimentos,

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

DECLARAÇÃO

Eu, _____, pai / mãe / responsável legal / encarregado (a) de educação do(a) _____ (riscar se for o próprio), declaro para os devidos efeitos que autorizo a que sejam feitos registos em gravação video/audio das sessões de intervenção a realizar no âmbito do estágio curricular do Mestrado de Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, exclusivamente para efeitos de supervisão do trabalho realizado. Os registos destas sessões serão geridos na confidencialidade das sessões de supervisão deste estágio, sendo destruídos após o término do estágio e a defesa do respetivo relatório.

Declaro ainda que fui informado(a) de que estas gravações serão utilizadas única e exclusivamente no contexto do trabalho terapêutico realizado, para efeitos de supervisão ou formação profissional, e que obtive respostas suficientemente esclarecedoras, por parte dos técnicos responsáveis, para as questões por mim colocadas acerca deste projeto.

Ainda que eu autorize o registo áudio/vídeo das sessões em que irei participar, fica salvaguardada a possibilidade de, a qualquer momento, eu poder decidir pela interrupção destes mesmos registos e a destruição imediata dos mesmos, sem que isso interfira com o usufruto das sessões proporcionadas pela estagiária.

_____, _____ de _____ de _____
(local) (dia) (mês) (ano)

O Próprio ou o(a) (Representante) Legal / Encarregado(a) de Educação,

Assinatura

Nome Legível

APÊNDICE C

Formulário de Admissão IMTAP

Data da admissão: _____ ano/mês/dia
 Nome do paciente: _____ Sexo: (M) (F) Data de nascimento: _____ ano/mês/dia
 Nome do Terapeuta: _____ Idade Cronológica: _____ ano/mês/dia
 Pessoa de referência: _____
 Nome do entrevistado: _____ Relação com o paciente: _____

Por favor observe: as questões neste formulário são de natureza pessoal e confidencial. O terapeuta deve usar de coerência ao completar as questões. Completar este formulário não é uma exigência para os atendimentos de musicoterapia.

Informações gerais		
A criança tem um diagnóstico atual? <i>Quem forneceu este diagnóstico?</i>	Sim	Não
A criança está tomando alguma medicação? <i>Medicação:</i>	Sim	Não
A criança tem alguma alergia ou sensibilidade?	Sim	Não
Há alguma precaução que eu deveria tomar ao trabalhar com a criança? (ex. convulsão, mordidas, comportamento auto-lesivo, etc.)	Sim	Não
A criança participa de alguma outra terapia? <i>Terapias:</i>	Sim	Não
A criança teve alguma experiência ou exposição musical anterior?	Sim	Não
Você acredita que a criança tem alguma aptidão musical em particular?	Sim	Não
Existem músicos na família próxima da criança? <i>Quem?</i>	Sim	Não
Você notou se a criança tem alguma preferência musical?	Sim	Não
Que benefícios você espera da musicoterapia?		

Nota ao terapeuta: Quaisquer indicações na coluna da esquerda/sombreada indicam que esta área de funcionamento deve ser avaliada.

Motricidade ampla		
Você observou se a criança tem dificuldades relacionadas à motricidade ampla?	Sim	Não
A criança é capaz de andar perfeitamente?	Não	Sim
A criança requer alguma assistência física?	Sim	Não
A criança utiliza plenamente todos os seus membros?	Sim	Não

Motricidade fina		
Você observou se a criança possui dificuldades relacionadas à motricidade fina?	Sim	Não
A criança é capaz de executar tarefas motoras finas com ambas as mãos? (ex. comer com talheres, abotoar um botão, segurar um lápis)	Não	Sim
A criança frequentemente deixa cair objetos ou possui dificuldade em segurá-los?	Sim	Não

Oral		
A criança possui algum problema alimentar?	Sim	Não
A criança possui problemas respiratórios?	Sim	Não

Sensorial		
Você observou se a criança possui problemas sensoriais?	Sim	Não
A criança oferece resistência a apoio físico?	Sim	Não
A criança engaja-se em comportamentos repetitivos?	Sim	Não
A criança possui deficiência auditiva, visual ou referente a outro sentido?	Sim	Não
A criança possui sensibilidade ou extrema preferência por sons específicos?	Sim	Não
A criança é super estimulada por sons, luzes ou multidões?	Sim	Não

Comunicação receptiva/percepção auditiva		
A criança foi diagnosticada com qualquer dificuldade de audição? <i>Em caso afirmativo, um audiograma foi feito? Quais foram os resultados?</i>	Sim	Não
A criança possui dificuldade em ouvir sons ou compreender a fala?	Sim	Não
A criança possui histórico de infecções no ouvido?	Sim	Não
A criança compreende ou reage ao que está sendo dito a ela?	Não	Sim

Comunicação expressiva		
Você observou se a criança possui problemas de fala ou linguagem?	Sim	Não
A criança comunica-se verbalmente? <i>Em caso negativo, indique a forma de comunicação:</i>	Não	Sim
As pessoas entendem a criança com facilidade?	Não	Sim
A criança apresenta alguma idiosincrasia na fala?	Sim	Não

Cognitivo		
Você observou se a criança tem algum déficit ou dificuldade cognitiva?	Sim	Não
A criança tem alguma assistência educacional individual?	Sim	Não
A criança está inserida em um ambiente escolar com colegas na mesma faixa de idade?	Não	Sim

Emocional		
Você observou se a criança apresenta alguma dificuldade emocional?	Sim	Não
A criança demonstra emoções apropriadamente?	Não	Sim
A criança se descontrola ou fica brava com facilidade?	Sim	Não
A criança sofreu algum trauma emocional ou recentes mudanças em suas condições de vida?	Sim	Não

Social		
Você observou se a criança apresenta dificuldades sociais?	Sim	Não
A criança apresenta dificuldades em se relacionar com membros da família?	Sim	Não
A criança faz parte de um grupo social na mesma faixa etária?	Não	Sim
A criança participa de conversas ou brincadeiras com os outros?	Não	Sim
A criança tem alguma dificuldade específica na escola ou em outras situações sociais?	Sim	Não

Existe alguma outra questão que não tenhamos abordado, mas que você acha importante acrescentar?

Observações do terapeuta:

Resumo:

Marque as categorias relevantes com base nas informações acima:

- ☐ Motricidade Ampla
- ☐ Motricidade Fina
- ☐ Motricidade Oral
- ☐ Sensorial
- ☐ Comunicação receptiva/percepção auditiva
- ☐ Comunicação expressiva
- ☐ Cognitivo
- ☐ Emocional
- ☐ Social
- ☐ Musicalidade

Assinatura _____

Data _____

APÊNDICE D

IMTAP (versão em português)

IMTAP - MOTRICIDADE AMPLA									
<div> </div>									
<div> <div>1ª Aval</div> <div>2ª Aval</div> <div>3ª Aval</div> <div>4ª Aval</div> <div>5ª Aval</div> <div>Todos</div> </div>									
<div> <div>ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO</div> <div>N - Nunca = 0% R - Raramente = Abaixo de 50% I - Inconsistente = 50 - 79% C - Consistente = 80 - 100%</div> </div>									
Nome do Paciente: <input type="text"/>									
1ª Avaliação									
Data: <input type="text"/>									
A - Fundamentos									
1 - Move-se espontaneamente	N 0	R 1	I 2	C 3					
2 - Exibe tônus muscular apropriado durante o movimento	N 0	R 1	I 2	C 3					
3 - Aproxima-se para ter contato / tocar instrumento	N 0	R 1	I 2	C 3					
4 - Exibe marcha do calcanhar aos dedos	N 0	R 1	I 2	C 3					
5 - Exibe marcha regular		N 0	R 2	I 3	C 4				
6 - Dominância direita / esquerda estabelecida		N 0	R 2	I 3	C 4				
7 - Cruza linha média do corpo		N 0	R 2	I 3	C 4				
8 - Coordena-se tocando dois instrumentos diferentes		N 0	R 2	I 3	C 4				
Total das colunas:	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Escore Bruto:									0
B - Perceptivo / Visual / Psicomotor									
1 - Demonstra agitação motora (tremor) - nota a inversão da escala de classificação	C 0	I 1	R 2	N 3					
2 - Movimentos corporais inconscientes no andamento (DC)	N 0	R 1	I 2	C 3					
3 - Movimentos corporais conscientes no andamento (DC)	N 0	R 1	I 2	C 3					
4 - Move-se de modo organizado	N 0	R 1	I 2	C 3					
5 - Movimentos estão relacionados aos estímulos musicais	N 0	R 1	I 2	C 3					
6 - Toca 1-4 compassos no andamento do terapeuta (DC)		N 0	R 2	I 3	C 4				
7 - Imita movimentos de motricidade ampla do terapeuta		N 0	R 2	I 3	C 4				
8 - Demonstra habilidade para parar/prosseguir ao receber indicações		N 0	R 2	I 3	C 4				
9 - Adapta-se tocando em resposta a indicações não musicais		N 0	R 2	I 3	C 4				
10 - Adapta-se tocando para equiparar mudanças na dinâmica		N 0	R 2	I 3	C 4				
11 - Adapta-se tocando para equiparar mudanças no andamento (DC)		N 0	R 2	I 3	C 4				
12 - Demonstra habilidade para sequenciar dois movimentos		N 0	R 2	I 3	C 4				
13 - Demonstra habilidade para sequenciar três ou mais movimentos			N 0	R 3	I 4	C 5			
14 - Adapta-se tocando para equiparar mudanças no ritmo (DC)				N 0	R 4	I 5	C 6		
15 - Demonstra habilidade para desenvolver sequência de movimentos				N 0	R 4	I 5	C 6		
Total das colunas:	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Escore Bruto:									0
RESUMO									
Sub-domínio	Escore Bruto	Possível	=	Escore Final					
A - Fundamentos	0	+ 28	=	0%					
B - Perceptivo / Visual / Psicomotor	0	+ 60	=	0%					
Total do domínio (Motricidade Ampla)	0	+ 88	=	0%					

DC= habilidades em domínio-ou-zado

ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO

N - Nunca = 0% | R - Raramente = Abaixo de 50% | I - Inconsistente = 50 - 79% | C - Consistente = 80 - 100%

Nome do Paciente: _____

A - Fundamentos	1ª Avaliação				Data:			
1 - Solta o uso de ambas as mãos.	N 0	R 1	I 2	C 3				
2 - Usa preensão o palmar	N 0	R 1	I 2	C 3				
3 - Usa preensão o em pinça	N 0	R 1	I 2	C 3				
4 - Segura objeto/instrumento independentemente com uma mão	N 0	R 1	I 2	C 3				
5 - Segura objeto/instrumento independentemente com duas mãos	N 0	R 1	I 2	C 3				
6 - Dominância da mão direita/esquerda estabelecida		N 0	R 2	I 3	C 4			
7 - Forma figuras com os dedos e/ou separa os dedos, duas na atividade e lúdica com as mãos		N 0	R 2	I 3	C 4			
8 - Toca instrumento alternando as mãos		N 0	R 2	I 3	C 4			
9 - Sustenta preensão palmar com mão dominante		N 0	R 2	I 3	C 4			
10 - Sustenta preensão palmar com mão não dominante		N 0	R 2	I 3	C 4			
11 - Organiza-se alternando mãos ao tocar		N 0	R 2	I 3	C 4			
Total das colunas:	0	0	0	0	0	0	0	0
Escore Bruto:	0							

B - Percutindo Cordas					n/a			
1 - Mito inteira	N 0	R 1	I 2	C 3				
2 - Apenas um dedo	N 0	R 1	I 2	C 3				
3 - Mito inteira, na pulsação			N 0	R 3	I 4	C 5		
4 - Apenas um dedo, na pulsação			N 0	R 3	I 4	C 5		
5 - Percute cordas com palheta			N 0	R 3	I 4	C 5		
6 - Percute cordas com palheta, na pulsação			N 0	R 4	I 5	C 6		
Total das colunas:	0	0	0	0	0	0	0	0
Escore Bruto:	0							

C - Autoharp / QChord					n/a			
1 - Explora botões de acordes	N 0	R 1	I 2	C 3				
2 - Pressiona um botão a partir de indicações	N 0	R 1	I 2	C 3				
3 - Coordena pressionar botão e percutir cordas		N 0	R 2	I 3	C 4			
4 - Toca acompanhando simples usando cifras de acordes (DC)			N 0	R 3	I 4	C 5		
Total das colunas:	0	0	0	0	0	0	0	0
Escore Bruto:	0							

D - Violão / Dulcimer					n/a			
1 - Forma acordes com o auxílio de indicações				N 0	R 4	I 5	C 6	
2 - Faz posições semelhantes a acordes simples				N 0	R 4	I 5	C 6	
3 - Forma acordes, em padrão musical simples				N 0	R 4	I 5	C 6	
4 - Forma acordes, em padrão musical avançado				N 0	R 4	I 5	C 6	
5 - Toca usando cifras de acordes				N 0	R 4	I 5	C 6	
6 - Toca cordas separadamente				N 0	R 4	I 5	C 6	
7 - Toca cordas separadamente, na pulsação				N 0	R 4	I 5	C 6	
Total das colunas:	0	0	0	0	0	0	0	0
Escore Bruto:	0							

E - Piano					n/a			
1 - Coordena ambas as mãos	N 0	R 1	I 2	C 3				
2 - Usa mão dominante sem abertura excessiva entre os dedos	N 0	R 1	I 2	C 3				
3 - Usa mão não dominante sem abertura excessiva entre os dedos	N 0	R 1	I 2	C 3				
4 - Usa apenas um dedo da mão dominante		N 0	R 2	I 3	C 4			
5 - Usa apenas um dedo da mão não dominante		N 0	R 2	I 3	C 4			
6 - Sequência vários dedos da mão dominante			N 0	R 4	I 5	C 6		
7 - Sequência vários dedos da mão não dominante			N 0	R 4	I 5	C 6		
8 - Forma tríades com a mão dominante			N 0	R 4	I 5	C 6		
9 - Forma tríades com a mão não dominante			N 0	R 4	I 5	C 6		
Total das colunas:	0	0	0	0	0	0	0	0
Escore Bruto:	0							

F - Altura Percutida / Baqueta					n/a			
1 - Toca pequeno instrumento com baqueta quando apresentado	N 0	R 1	I 2	C 3				
2 - Toca nota isolada com baqueta a partir de várias escolhas		N 0	R 2	I 3	C 4			
3 - Toca com baqueta em movimento de golpe e retração			N 0	R 3	I 4	C 5		
4 - Sequência padrão simples de notas								
Total das colunas:	0	0	0	0	0	0	0	0
Escore Bruto:	0							

RESUMO			
Sub-domínio	Escore Bruto	Possível	Escore Final
A - Fundamentos	0	39	0%
B - Percutindo Cordas	0	27	0%
C - Autoharp / QChord	0	15	0%
D - Violão / Dulcimer	0	42	0%
E - Piano	0	41	0%
F - Altura Percutida / Baqueta	0	16	0%
Total do domínio (Motricidade Fina)	0	180	0%

DC = habilidades em domínio cruzado



INTAP - MOTRICIDADE ORAL

1ª Aval 2ª Aval 3ª Aval 4ª Aval 5ª Aval Todas

ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO

N - Nunca = 0% | R - Raramente = Abaixo de 50% | I - Inconsistente = 50 - 79% | C - Consistente = 80 - 100%

Nome do Paciente:

					1ª Avaliação				Data:			
A - Fundamentos												
1 - Demonstra amplitude total de movimentos ao abrir a boca	N 0	R 1	I 2	C 3								
2 - Demonstra amplitude total de movimentos ao sorrir	N 0	R 1	I 2	C 3								
3 - Demonstra amplitude total de movimentos ao contrair os lábios	N 0	R 1	I 2	C 3								
4 - Obtém fechamento completo da boca	N 0	R 1	I 2	C 3								
Total das colunas:	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Escore Bruto:											0	

B - Produção de ar										nb
1 - Torna edoçar bucal de instrumento nos lábios (DC)	N 0	R 1	I 2	C 3						
2 - Produz som	N 0	R 1	I 2	C 3						
3 - É capaz de produzir som conforme indicação		N 0	R 2	I 3	C 4					
4 - Produz som por um segundo ou menos		N 0	R 2	I 3	C 4					
5 - Produz som por mais de um segundo		N 0	R 2	I 3	C 4					
6 - Produz padrão rítmico simples		N 0	R 2	I 3	C 4					
7 - Integra produção de som e movimento de motricidade ampla		N 0	R 2	I 3	C 4					
8 - Integra produção de som e movimento de motricidade fina		N 0	R 2	I 3	C 4					
Total das colunas:	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Escore Bruto :									0	

RESUMO			
Sub-domínio	Escore Bruto	Possível	Escore Final
A - Fundamentos	0	+ 12	= 0%
B - Produção de ar	0	+ 30	= 0%
Total do domínio (Motricidade Oral)	0	+ 42	= 0%

DC= habilidades em domínio-oralizado

Nome do Paciente: _____

	1ª Avaliação				Data:	
A - Fundamentos						
1 - Integra estímulos sensoriais de dois tipos nas atividades	N 0	R 1	I 2	C 3		
2 - Integra vários tipos de estímulo sensorial nas atividades	N 0	R 1	I 2	C 3		
Total das colunas:	0	0	0	0	0	0
Escore Bruto:					0	0

B - Tátil					n/a	
1 - Busca pressão firme	C 0	I 1	R 2	N 3		
2 - Busca pressão suave	C 0	I 1	R 2	N 3		
3 - Tolerância pressão firme	N 0	R 1	I 2	C 3		
4 - Tolerância pressão suave	N 0	R 1	I 2	C 3		
5 - Tolerância manusear objetos leves	N 0	R 1	I 2	C 3		
6 - Tolerância colocar local de instrumento nos lábios (DC)	N 0	R 1	I 2	C 3		
7 - Demonstra habilidade para iniciar/pisar atividade tátil	N 0	R 1	I 2	C 3		
8 - Demonstra consciência ou responde a estímulo tátil	N 0	R 1	I 2	C 3		
9 - Permanece fisicamente acessível quando um instrumento é apresentado	N 0	R 1	I 2	C 3		
10 - Segura instrumento ou baqueta por quatro segundos ou mais	N 0	R 1	I 2	C 3		
11 - Usa mão aberta para tocar instrumentos	N 0	R 1	I 2	C 3		
Total das colunas:	0	0	0	0	0	0
Escore Bruto:					0	0

C - Proprioceptivo					n/a	
1 - Busca estímulo proprioceptivo	C 0	I 1	R 2	N 3		
2 - Tolerância estímulo proprioceptivo	N 0	R 1	I 2	C 3		
3 - Demonstra habilidade para iniciar/pisar atividade proprioceptiva	N 0	R 1	I 2	C 3		
4 - Integra linhas proprioceptivas às atividades		N 0	R 2	I 3	C 4	
Total das colunas:	0	0	0	0	0	0
Escore Bruto:					0	0

D - Vestibular					n/a	
1 - Busca estímulo vestibular	C 0	I 1	R 2	N 3		
2 - Tolerância estímulo vestibular	N 0	R 1	I 2	C 3		
3 - Demonstra habilidade para iniciar/pisar atividade vestibular	N 0	R 1	I 2	C 3		
4 - Demonstra habilidade para retornar à posição após distração vestibular com o auxílio de indicações	N 0	R 1	I 2	C 3		
5 - Demonstra habilidade para retornar à posição após distração vestibular sem o auxílio de indicações		N 0	R 2	I 3	C 4	
Total das colunas:	0	0	0	0	0	0
Escore Bruto:					0	0

E - Visual					n/a	
1 - Busca estímulo visual	C 0	I 1	R 2	N 3		
2 - Tolerância estímulo visual	N 0	R 1	I 2	C 3		
3 - Demonstra habilidade para iniciar/pisar atividade visual	N 0	R 1	I 2	C 3		
4 - Demonstra habilidade para retornar à posição após distração visual com o auxílio de indicações	N 0	R 1	I 2	C 3		
5 - Demonstra consciência ou responde a estímulo visual	N 0	R 1	I 2	C 3		
6 - Mantém o olhar em objeto ou pessoa por tempo apropriado	N 0	R 1	I 2	C 3		
7 - Demonstra habilidade para retornar à posição após distração visual sem o auxílio de indicações		N 0	R 2	I 3	C 4	
Total das colunas:	0	0	0	0	0	0
Escore Bruto:					0	0

F - Auditivo					n/a	
1 - Busca estímulo auditivo	C 0	I 1	R 2	N 3		
2 - Demonstra consciência do som vs. silêncio (DC)	N 0	R 1	I 2	C 3		
3 - Tolerância estímulo auditivo	N 0	R 1	I 2	C 3		
4 - Tolerância uma variedade de sons	N 0	R 1	I 2	C 3		
5 - Demonstra habilidade para iniciar/pisar atividade auditiva	N 0	R 1	I 2	C 3		
6 - Demonstra consciência ou responde a estímulo auditivo	N 0	R 1	I 2	C 3		
7 - Demonstra habilidade para retornar à posição após distração auditiva com o auxílio de indicações	N 0	R 1	I 2	C 3		
8 - Demonstra habilidade para retornar à posição após distração auditiva sem o auxílio de indicações		N 0	R 2	I 3	C 4	
Total das colunas:	0	0	0	0	0	0
Escore Bruto:					0	0

RESUMO				
Sub-domínio	Escore Bruto	Possível	Escore Final	
A - Fundamentos	0	= 8	=	0%
B - Tátil	0	= 33	=	0%
C - Proprioceptivo	0	= 13	=	0%
D - Vestibular	0	= 18	=	0%
E - Visual	0	= 22	=	0%
F - Auditivo	0	= 25	=	0%
Total do domínio (Sen sorial)	0	= 115	=	0%

DC= habilidades em domínio-cruzado



IMTAP - COMUNICAÇÃO RECEPTIVA / PERCEPÇÃO AUDITIVA

1ª Aval 2ª Aval 3ª Aval 4ª Aval 5ª Aval Todos

ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO

N - Nunca = 0% | R - Raramente = Abaixo de 50% | I - Inconsistentemente = 50 - 79% | C - Consistentemente = 80 - 100%

Nome do Paciente:

					1ª Avaliação		Data:		
A - Fundamentos									
1 - Demonstra consciência do som vs. silêncio (DC)	N 0	R 1	I 2	C 3					
2 - Vira a Cabeça em direção à fonte sonora	N 0	R 1	I 2	C 3					
3 - Distingue o som da fonte sonora	N 0	R 1	I 2	C 3					
4 - Distingue dois sons diferentes	N 0	R 1	I 2	C 3					
5 - Imita movimentos musicais simples		N 0	R 2	I 3	C 4				
Total das colunas:	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Escore Bruto:									0

B - Seguindo Instruções								
1 - Segue instrução verbal envolvendo uma ação (DC)	N 0	R 1	I 2	C 3				
2 - Segue instrução verbal envolvendo duas ações (DC)	N 0	R 2	I 3	C 4				
3 - Segue indicações musicais simples (DC)	N 0	R 2	I 3	C 4				
Total das colunas:	0	0	0	0	0	0	0	0
Escore Bruto:	0							

C - Mudanças Musicais								
1 - Demonstra consciência de grandes mudanças no andamento (DC)	N 0	R 1	I 2	C 3				
2 - Demonstra consciência de grandes mudanças na altura (frequência)	N 0	R 1	I 2	C 3				
3 - Demonstra consciência de grandes mudanças na dinâmica (DC)	N 0	R 1	I 2	C 3				
4 - Demonstra consciência de mudanças no ritmo			N 0	R 3	I 4	C 5		
5 - Demonstra consciência de mudanças na intensidade/volume			N 0	R 3	I 4	C 5		
6 - Toca melodicamente na tonalidade da improvisação			N 0	R 3	I 4	C 5		
7 - Toca no tom apropriado sem o auxílio de indicações			N 0	R 4	I 5	C 6		
Total das colunas:	0	0	0	0	0	0	0	0
Escore Bruto:	0							

D - Cantando / Vocalizando								
1 - Vocaliza em resposta a estímulo auditivo	N 0	R 1	I 2	C 3				
2 - Vocaliza em resposta a fala do terapeuta	N 0	R 1	I 2	C 3				
3 - Vocaliza em resposta ao canto do terapeuta	N 0	R 1	I 2	C 3				
4 - Vocaliza em resposta a instrumentos com altura indefinida	N 0	R 1	I 2	C 3				
5 - Vocaliza em resposta a instrumentos com altura definida	N 0	R 1	I 2	C 3				
6 - Vocaliza em resposta a uma linguagem/melodia musical específica (DC)	N 0	R 1	I 2	C 3				
7 - Vocalizações inconsistentes na tonalidade (DC)	N 0	R 1	I 2	C 3				
8 - Canta no tom com o terapeuta		N 0	R 2	I 3	C 4			
9 - Vocaliza em pausa musical fornecida		N 0	R 2	I 3	C 4			
10 - Imita intervalo musical descendente maior que 2M		N 0	R 2	I 3	C 4			
11 - Imita intervalo musical ascendente maior que 2M		N 0	R 2	I 3	C 4			
12 - Canta aluna de uma melodia com precisão (DC)		N 0	R 2	I 3	C 4			
13 - Imita motivos musicais descendentes em intervalos iguais ou menores que 2M		N 0	R 3	I 4	C 5			
14 - Imita motivos musicais ascendentes em intervalos iguais ou menores que 2M		N 0	R 3	I 4	C 5			
Total das colunas:	0	0	0	0	0	0	0	0
Escore Bruto:	0							

E - Ritmo								
1 - Toca 1-4 compassos no andamento do terapeuta (DC)		N 0	R 2	I 3	C 4			
2 - Imita padrão rítmico simples (DC)		N 0	R 2	I 3	C 4			
3 - Imita padrão rítmico intermediário (DC)		N 0	R 2	I 3	C 4			
Total das colunas:	0	0	0	0	0	0	0	0
Escore Bruto:	0							

RESUMO			
Sub-domínio	Escore Bruto	Possível	Escore Final
A - Fundamentos	0	= 16	= 0%
B - Seguindo Instruções	0	= 11	= 0%
C - Mudanças Musicais	0	= 30	= 0%
D - Cantando / Vocalizando	0	= 51	= 0%
E - Ritmo	0	= 12	= 0%
Total do domínio (Comunicação Receptiva / Percepção auditiva)	0	= 120	= 0%

DC= habilidades em domínio-cruzado



IMTA P - COMUNICAÇÃO EXPRESSIVA

1ª Avaliação 2ª Avaliação 3ª Avaliação 4ª Avaliação 5ª Avaliação Todos

Escala de Classificação

N - Nunca = 0% | R - Raramente = Abaixo de 50% | I - Incompleto = 50 - 70% | C - Comente = 80 - 100%

Nome do Paciente:

		1ª Avaliação				Data:			
A - Fundamentos		N 0	R 1	I 2	C 3				
1 - Terça de comunicação		N 0	R 1	I 2	C 3				
2 - Comunicação sem frustração		N 0	R 1	I 2	C 3				
3 - Comunicação de ideias e desejos		N 0	R 1	I 2	C 3				
4 - Comunicação de ideias e conceitos				R 2	I 3	C 4			
5 - Comunicação com conteúdo emocional ou desenvolvimento de ideias					N 0	R 4	I 5	C 6	
Total das colunas:		0	0	0	0	0	0	0	0
Escore Bruto:		0							

B - Comunicação não vocal		n/a							
1 - Conduzir ou mover o tempo como meio de comunicação		N 0	R 1	I 2	C 3				
2 - Gestos		N 0	R 1	I 2	C 3				
3 - Combina gestos com condução/movimentação do tempo		N 0	R 1	I 2	C 3				
4 - Combina gestos com vocalização		N 0	R 1	I 2	C 3				
Total das colunas:		0	0	0	0	0	0	0	0
Escore Bruto:		0							

C - Vocalizações		n/a							
1 - Vocalizações são de qualidade oral clara		N 0	R 1	I 2	C 3				
2 - Vocalizações são de volume apropriado		N 0	R 1	I 2	C 3				
3 - Vocalizações são em extensão apropriada de sílaba		N 0	R 1	I 2	C 3				
4 - Vocalizações têm duração de uma sílaba com duas ou três sílabas				R 2	I 3	C 4			
5 - Vocalizações têm duração de uma sílaba com três ou mais sílabas				R 2	I 3	C 4			
Total das colunas:		0	0	0	0	0	0	0	0
Escore Bruto:		0							

D - Vocalizações espontâneas		n/a							
1 - Vocalizações com o tempo		N 0	R 1	I 2	C 3				
2 - Vocalizações são do tipo não imitativo		N 0	R 1	I 2	C 3				
3 - Vocalizações são intencionalmente imitativas		N 0	R 1	I 2	C 3				
Total das colunas:		0	0	0	0	0	0	0	0
Escore Bruto:		0							

E - Verbalizações		n/a							
1 - Verbalizações são inteligíveis		N 0	R 1	I 2	C 3				
2 - Verbalizações são isoladas		N 0	R 1	I 2	C 3				
3 - Verbalizações têm duração de uma sílaba com duas ou três sílabas				R 2	I 3	C 4			
4 - Verbalizações têm duração de uma sílaba com três ou mais sílabas				R 2	I 3	C 4			
Total das colunas:		0	0	0	0	0	0	0	0
Escore Bruto:		0							

F - Comunicação relacional		n/a							
1 - Responde a perguntas fechadas (sim/não) (PC)		N 0	R 1	I 2	C 3				
2 - Responde a perguntas abertas				R 2	I 3	C 4			
3 - Participa em conversação recíproca simples				R 2	I 3	C 4			
4 - Inicia conversação apropriada à situação				R 2	I 3	C 4			
5 - Faz perguntas apropriadamente				R 2	I 3	C 4			
6 - Responde a questões abertas				R 2	I 3	C 4			
Total das colunas:		0	0	0	0	0	0	0	0
Escore Bruto:		0							

G - Idiosincrasias vocais (base inversa da escala de classificação acima desta seção)		n/a							
1 - Vocalizações contêm inflexões de baixa frequência		C 0	I 1	R 2	N 3				
2 - Vocalizações são estridentes		C 0	I 1	R 2	N 3				
3 - Vocalizações são inconsistentes		C 0	I 1	R 2	N 3				
4 - Vocalizações são síncopas		C 0	I 1	R 2	N 3				
5 - Vocalizações são entrecortadas ou têm ritmo irregular		C 0	I 1	R 2	N 3				
6 - Vocalizações são ruidosas		C 0	I 2	R 3	N 4				
Total das colunas:		0	0	0	0	0	0	0	0
Escore Bruto:		0							

Sub-domínio	RESUMO		
	Escore Bruto	Possível	Escore Final
A - Fundamentos	0	= 19	= 0%
B - Comunicação não vocal	0	= 12	= 0%
C - Vocalizações	0	= 17	= 0%
D - Vocalizações espontâneas	0	= 9	= 0%
E - Verbalizações	0	= 14	= 0%
F - Comunicação relacional	0	= 23	= 0%
G - Idiosincrasias vocais	0	= 19	= 0%
Total do domínio (Comunicação Expressiva)	0	= 113	= 0%

DC= habilidade em domínio cruzado

Nome do Paciente: _____

	1ª Avaliação					Data:	
A - Fundamentos							
1 - Sustenta o atemplo durante toda a atividade (DC)	N 0	R 1	I 2	C 3			
2 - Procura por objeto escondido ou deixado de lado	N 0	R 1	I 2	C 3			
3 - Demonstra entendimento das regras e estruturas (DC)	N 0	R 2	I 3	C 4			
Total das colunas:	0	0	0	0	0	0	0
Score Bruto:	0						

B - Tomada de Decisão							n/a
1 - Responde a perguntas fechadas (sim/não) DC	N 0	R 1	I 2	C 3			
2 - Escolhe entre duas opções concretas apresentadas	N 0	R 1	I 2	C 3			
3 - Escolhe entre três opções concretas apresentadas		N 0	R 2	I 3	C 4		
4 - Responde a questões binárias abstratas		N 0	R 2	I 3	C 4		
5 - Faz escolhas sem a necessidade de justificativas		N 0	R 2	I 3	C 4		
Total das colunas:	0	0	0	0	0	0	0
Score Bruto:	0						

C - Seguindo Instruções							n/a
1 - Segue instrução verbal envolvendo uma ação DC	N 0	R 1	I 2	C 3			
2 - Segue instrução verbal envolvendo duas ações DC		N 0	R 2	I 3	C 4		
3 - Segue indicações musicais simples DC		N 0	R 2	I 3	C 4		
Total das colunas:	0	0	0	0	0	0	0
Score Bruto:	0						

D - Recordação de curto prazo/Sequenciamento							n/a
1 - Recorda novas informações apresentadas durante a atividade	N 0	R 1	I 2	C 3			
2 - Sequencia dois objetos durante a atividade	N 0	R 1	I 2	C 3			
3 - Sequencia três objetos durante a atividade		N 0	R 2	I 3	C 4		
Total das colunas:	0	0	0	0	0	0	0
Score Bruto:	0						

E - Recordação de longo prazo (Avaliado somente se o paciente vier por mais de um sessão)							n/a
1 - Recorda o nome da linguagem	N 0	R 2	I 3	C 4			
2 - Recorda o nome dos instrumentos	N 0	R 2	I 3	C 4			
3 - Recordar as funções dos instrumentos	N 0	R 2	I 3	C 4			
4 - Demonstra consciência da notação musical simplificada	N 0	R 2	I 3	C 4			
5 - Solista a atividade desafiadora anteriormente apresentada	N 0	R 2	I 3	C 4			
6 - Canta/letra de música constantemente sem indicações visuais/auditivas		N 0	R 3	I 4	C 5		
7 - Toca acompanhamento simples sem indicações visuais/auditivas		N 0	R 3	I 4	C 5		
8 - Toca acompanhamento intermediário sem indicações visuais/auditivas		N 0	R 4	I 5	C 6		
9 - Toca acompanhamento avançado sem indicações visuais/auditivas		N 0	R 4	I 5	C 6		
Total das colunas:	0	0	0	0	0	0	0
Score Bruto:	0						

F - Acadêmicas							n/a
1 - Equipara ícones com	N 0	R 2	I 3	C 4			
2 - Equipara ícones com símbolos	N 0	R 2	I 3	C 4			
3 - Identifica ícones com	N 0	R 3	I 4	C 5			
4 - Estimulado a completar ou iniciar tarefa a partir de símbolos escritos	N 0	R 3	I 4	C 5			
5 - Lê cifras de acordes simples	N 0	R 3	I 4	C 5			
6 - Demonstra entendimento de conceitos numéricos 1 - 8	N 0	R 3	I 4	C 5			
7 - Identifica letras A - G	N 0	R 3	I 4	C 5			
8 - Toca acompanhamento simples usando cifras de acordes (DC)		N 0	R 3	I 4	C 5		
9 - Toca melodia simples usando letras escritas como indicações		N 0	R 3	I 4	C 5		
10 - Lê letra de música		N 0	R 4	I 5	C 6		
11 - Demonstra habilidade para escrever letras de música		N 0	R 4	I 5	C 6		
12 - Lê notação em clave de sol (DC)		N 0	R 4	I 5	C 6		
13 - Lê notação em clave de fá (DC)		N 0	R 4	I 5	C 6		
14 - Lê em clave de sol e fá juntas		N 0	R 4	I 5	C 6		
15 - Transcreve letras musicais usando símbolos ou notação (DC)		N 0	R 4	I 5	C 6		
Total das colunas:	0	0	0	0	0	0	0
Score Bruto:	0						

RESUMO			
Sub-domínio	Score Bruto	Possível	Score Final
A - Fundamentos	0	10	0%
B - Tomada de Decisão	0	18	0%
C - Seguindo Instruções	0	11	0%
D - Recordação de curto prazo/Sequenciamento	0	11	0%
E - Recordação de longo prazo	0	42	0%
F - Acadêmicas	0	79	0%
Total do domínio (Cognitivo)	0	171	0%

DC= habilidade sem domínio-cruzado



INTAP - EMOCIONAL

1ª Aval 2ª Aval 3ª Aval 4ª Aval 5ª Aval Todos

ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO

N - Nunca = 0% | R - Raramente = Abaixo de 50% | I - Inconsistente = 50 - 79% | C - Consistente = 80 - 100%

Nome do Paciente:

										1ª Avaliação		Data:						
A - Fundamentos																		
1 - Demonstra variedade de sentimentos											N 0	R 2	I 3	C 4				
2 - Demonstra sentimentos apropriados											N 0	R 2	I 3	C 4				
Total das colunas:										0	0	0	0	0	0	0	0	
Escore Bruto:										0								

B - Diferenciação/Expressão							n/a
1 - Expressa emoções apropriadas às circunstâncias		N 0	R 2	I 3	C 4		
2 - Expressa emoções utilizando instrumentos			N 0	R 3	I 4	C 5	
3 - Expressa emoções verbalmente			N 0	R 3	I 4	C 5	
4 - Demonstra sensibilidade emocional para componentes musicais				N 0	R 4	I 5	C 6
Total das colunas:	0	0	0	0	0	0	0
Escore Bruto:							0

C - Regulação								não
1 - Tolerar situação musical/estapática sem sofrimento	N 0	R 1	I 2	C 3				
2 - Acalmar-se com apoio musical/verbal/físico	N 0	R 1	I 2	C 3				
3 - Tolerar transições entre atividades	N 0	R 1	I 2	C 3				
4 - Auto regular-se dentro de uma atividade		N 0	R 2	I 3	C 4			
5 - Estados emocionais fluem apropriadamente		N 0	R 2	I 3	C 4			
6 - Permanece regulado quando limites são estabelecidos		N 0	R 2	I 3	C 4			
Total das colunas:	0	0	0	0	0	0	0	0
Escore Bruto:								0

D - Autoconhecimento							não
1 - Demonstra reconhecimento de estados emocionais				N 0	R 4	I 5	C 6
2 - Demonstra habilidade para explorar estados emocionais				N 0	R 4	I 5	C 6
3 - Demonstra habilidade para discutir estados emocionais				N 0	R 4	I 5	C 6
4 - Identifica conteúdo emocional apropriadamente				N 0	R 4	I 5	C 6
5 - Demonstra desejo de melhorar a si próprio ou circunstâncias de sua vida				N 0	R 4	I 5	C 6
Total das colunas:				0	0	0	0
Escore Bruto:				0			

RESUMO				
Sub-domínio		Escore Bruto	Possível	Escore Final
A - Fundamentos		0	= 8	= 0%
B - Diferenciação/Expressão		0	= 20	= 0%
C - Regulação		0	= 21	= 0%
D - Autoconhecimento		0	= 30	= 0%
Total do domínio (Emocional)		0	= 79	= 0%

DC= habilidades em domínio cruzado



ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO

N - Nunca = 0% | R - Raramente = Abaixo de 50% | I - Inconsistentemente = 50 - 79% | C - Consistentemente = 80 - 100%

Nome do Paciente:

		1ª Avaliação				Data:	
A - Fundamentos							
1 - Responde ao uso do próprio nome		N 0	R 1	I 2	C 3		
2 - Demonstra consciência da presença do terapeuta		N 0	R 1	I 2	C 3		
3 - Demonstra interesse nas atividades apresentadas		N 0	R 1	I 2	C 3		
4 - Demonstra atenção compartilhada		N 0	R 1	I 2	C 3		
5 - Interage apropriadamente com o terapeuta		N 0	R 1	I 2	C 3		
6 - Usa saudação socialmente apropriada		N 0	R 1	I 2	C 3		
7 - Usa despedida socialmente apropriada		N 0	R 1	I 2	C 3		
8 - Usa contato visual socialmente apropriado		N 0	R 1	I 2	C 3		
9 - Referencia-se socialmente aos outros		N 0	R 1	I 2	C 3		
10 - Demonstra entendimento das regras e estruturas (DC)			N 0	R 2	I 3	C 4	
11 - Demonstra consciência do espaço físico apropriado			N 0	R 2	I 3	C 4	
12 - Demonstra confiança na situação multiterapêutica			N 0	R 2	I 3	C 4	
Total das colunas:		0	0	0	0	0	0
Escore Bruto:		0					

B - Participação							
1 - Entra na sala com o mínimo de solicitações		N 0	R 1	I 2	C 3		
2 - Permanece na sala durante toda a sessão		N 0	R 1	I 2	C 3		
3 - Tenta saltar novas tarefas quando tem oportunidade		N 0	R 1	I 2	C 3		
4 - Inicia nova atividade quando tem oportunidade		N 0	R 1	I 2	C 3		
5 - Tolerar transições entre atividades		N 0	R 1	I 2	C 3		
6 - Participa de atividades estruturadas			N 0	R 2	I 3	C 4	
7 - É flexível no desenvolvimento das atividades			N 0	R 2	I 3	C 4	
8 - Prolonga atividades apropriadamente			N 0	R 2	I 3	C 4	
9 - Trabalha em direção a metas identificadas na sessão			N 0	R 2	I 3	C 4	
Total das colunas:		0	0	0	0	0	0
Escore Bruto:		0					

C - Tomada de turnos							
1 - Antecipa a própria vez adequadamente		N 0	R 1	I 2	C 3		
2 - Aguarda pela vez			N 0	R 2	I 3	C 4	
3 - Sustenta a tomada de turnos com o auxílio de indicações			N 0	R 2	I 3	C 4	
4 - Solicita a vez quando apropriado			N 0	R 2	I 3	C 4	
5 - Sustenta a tomada de turnos sem o auxílio de indicações				N 0	R 2	I 3	C 4
Total das colunas:		0	0	0	0	0	0
Escore Bruto:		0					

D - Atenção							
1 - Sustenta a atenção durante toda a atividade (DC)		N 0	R 1	I 2	C 3		
2 - Demonstra atenção sustentada ao terapeuta		N 0	R 1	I 2	C 3		
3 - Retorna à atividade após distração com o auxílio de indicações			N 0	R 2	I 3	C 4	
4 - Retorna à atividade após distração sem o auxílio de indicações				N 0	R 2	I 3	C 4
Total das colunas:		0	0	0	0	0	0
Escore Bruto:		0					

E - Seguindo instruções							
1 - Segue instrução verbal envolvendo uma ação (DC)		N 0	R 1	I 2	C 3		
2 - Segue instrução verbal envolvendo duas ações (DC)			N 0	R 2	I 3	C 4	
3 - Segue indicações musicais simples (DC)			N 0	R 2	I 3	C 4	
Total das colunas:		0	0	0	0	0	0
Escore Bruto:		0					

F - Habilidades de Relacionamento							
1 - Tolerar interação direta		N 0	R 1	I 2	C 3		
2 - Tolerar redirecionamento		N 0	R 1	I 2	C 3		
3 - Tolerar contato musical		N 0	R 1	I 2	C 3		
4 - Toca em paralelo com o terapeuta			N 0	R 2	I 3	C 4	
5 - Toca em imitação ao terapeuta			N 0	R 2	I 3	C 4	
6 - Sustenta interação musical			N 0	R 2	I 3	C 4	
7 - Sustenta comunicação bidirecional			N 0	R 2	I 3	C 4	
8 - Trabalha cooperativamente com o terapeuta			N 0	R 2	I 3	C 4	
9 - Demonstra flexibilidade em atividades musicais interativas			N 0	R 2	I 3	C 4	
10 - Demonstra flexibilidade em relação a estruturas interativas conhecidas			N 0	R 2	I 3	C 4	
11 - Pode assumir o papel de liderança na atividade			N 0	R 2	I 3	C 4	
12 - Move-se entre habilidades independentes e interdependentes			N 0	R 2	I 3	C 4	
13 - É capaz de explorar relações sociais externas				N 0	R 2	I 3	C 4
Total das colunas:		0	0	0	0	0	0
Escore Bruto:		0					

		RESUMO		
Sub-domínio	Escore Bruto	Possível	Escore Final	
A - Fundamentos	0	36	0%	
B - Participação	0	36	0%	
C - Tomada de turnos	0	20	0%	
D - Atenção	0	13	0%	
E - Seguindo instruções	0	11	0%	
F - Habilidades de Relacionamento	0	55	0%	
Total do domínio (Social)		0	172	0%

F - Ouvir Absoluto e Relativo							n/a
1- Escutar e identificar sons isolados representando-os		N 0	R 3	I 4	C 5		
2- Tocar melodias e ritmos na tonalidade da música			N 0	R 4	I 5	C 6	
3- Identificar o nome da nota ou tom mediante indicação sonora			N 0	R 4	I 5	C 6	
4- Identificar o nome da nota ou tom mediante indicação sonora			N 0	R 4	I 5	C 6	
5- Tocar melodias conhecidas de ouvido			N 0	R 4	I 5	C 6	
6- Mudar o conteúdo melódico para representar mudança na tonalidade			N 0	R 4	I 5	C 6	
7- Transpor melodias de ouvido			N 0	R 4	I 5	C 6	
Total das colunas	0	0	0	0	0	0	0
Escore Bruto:							

G - Criatividade e desenvolvimento de idéias musicais							n/a
1- Criar melodias independentemente	N 0	R 2	I 3	C 4			
2- Improvisar melodias para padrões rítmicos apresentados	N 0	R 2	I 3	C 4			
3- Arranjar diferentes instrumentos para idéias ou imagens apresentadas		N 0	R 3	I 4	C 5		
4- Arranjar diferentes melodias musicais para idéias ou imagens apresentadas		N 0	R 3	I 4	C 5		
5- Criar música para poemas ou histórias		N 0	R 3	I 4	C 5		
6- Improvisar palavras para padrões rítmicos apresentados		N 0	R 3	I 4	C 5		
7- Improvisar estrutura rítmica		N 0	R 3	I 4	C 5		
8- Iniciar motivo musical em atividade de chamada e resposta		N 0	R 3	I 4	C 5		
9- Criar frase melódica com suporte harmônico		N 0	R 3	I 4	C 5		
10- Improvisar harmonia			N 0	R 4	I 5	C 6	
11- Prolongar estrutura de canção conhecida por meio de improvisação			N 0	R 4	I 5	C 6	
12- Criar estrutura completa de canção			N 0	R 4	I 5	C 6	
13- Transcrever idéias musicais usando símbolos ou notação (DC)			N 0	R 4	I 5	C 6	
14- Improvisar representativamente usando componentes musicais			N 0	R 4	I 5	C 6	
15- Improvisar em estilo musical não tradicional			N 0	R 4	I 5	C 6	
16- Improvisar em modo musical não tradicional			N 0	R 4	I 5	C 6	
17- Criar improvisação auto-representativa			N 0	R 4	I 5	C 6	
Total das colunas	0	0	0	0	0	0	0
Escore Bruto:							

H - Leitura musical							n/a
1- Tocar acompanhamento simples usando cifras de acordes (DC)		N 0	R 3	I 4	C 5		
2- Ligar nota notação rítmica simples		N 0	R 3	I 4	C 5		
3- Tocar melodias de canção a partir de indicações escritas			N 0	R 4	I 5	C 6	
4- Utilizar notação em clave de sol (DC)			N 0	R 4	I 5	C 6	
5- Ligar nota musical em notação de clave de sol			N 0	R 4	I 5	C 6	
6- Utilizar notação em clave de fá (DC)			N 0	R 4	I 5	C 6	
7- Ligar nota musical em notação de clave de fá			N 0	R 4	I 5	C 6	
8- Ligar nota musical e acordes simultaneamente			N 0	R 4	I 5	C 6	
9- Ligar nota em clave de sol e fá juntas			N 0	R 4	I 5	C 6	
Total das colunas	0	0	0	0	0	0	0
Escore Bruto:							

I - Acompanhamento							n/a
1- Acompanhar linguisticamente cantando/soando	N 0	R 2	I 3	C 4			
2- Vocalizar e tocar simultaneamente, na pulsão		N 0	R 3	I 4	C 5		
3- Acompanhar vocalmente com instrumento harmônico			N 0	R 4	I 5	C 6	
Total das colunas	0	0	0	0	0	0	0
Escore Bruto:							

RESUMO			
Sub-domínio	Escore Bruto	Positivo	Escore Final
A - Fundamentos	0	= 40	= 0%
B - Andamento	0	= 53	= 0%
C - Ritmo	0	= 60	= 0%
D - Orquestra	0	= 45	= 0%
E - Vocal	0	= 57	= 0%
F - Ouvir Absoluto e Relativo	0	= 41	= 0%
G - Criatividade e desenvolvimento de idéias musicais	0	= 51	= 0%
H - Leitura musical	0	= 52	= 0%
I - Acompanhamento	0	= 15	= 0%
Total do domínio (Musicalidade)	0	= 454	= 0%

DC= habilidades em domínio cruzado

APÊNDICE E

Folha de Registo de Observação de Sessão



Registo de Observação de Sessão

Participante (s): _____

Data: ____ / ____ / ____

Sessão n.º: _____

Objetivos Terapêuticos	
Setting Musical	
Descrição da Sessão: Início/ Quebra-gelo - Atividade - Final/ Relaxamento	
Observações	

Musicoterapeuta Estagiária Cláudia Mendes 2024/2025

APÊNDICE F

Apresentação da Musicoterapia na Instituição Rumo ao Sucesso



Apresentação Musicoterapia



Bem-vindos!



O que é a Musicoterapia?

Definição

A musicoterapia é uma intervenção terapêutica, que explora o potencial da música para alcançar objetivos específicos de reabilitação e desenvolvimento, com recurso à música e aos seus elementos para facilitar a comunicação, a expressão e a organização, visando responder a necessidades físicas, emocionais e cognitivas.

Nogueira et al. (2023)





Musicoterapia *versus* Aulas de Música

Musicoterapia

Utiliza a música como ferramenta terapêutica, focada no desenvolvimento de habilidades, melhoria da qualidade de vida e bem-estar.

- Objetivos individualizados
- Processo criativo e expressivo
- Música como meio de comunicação e expressão

Aulas de Música

Ensinam-se técnicas musicais, como tocar um instrumento ou cantar, com foco na aprendizagem musical.

- Objetivos pré-definidos
- Processo técnico e de aprendizagem
- Música como objeto de estudo e aprendizagem

Bruscia (2014)



Benefícios da Musicoterapia para Crianças e Jovens com NE

1 Comunicação e Expressão

A música pode ajudar a comunicar ideias e sentimentos, especialmente para crianças com dificuldades de linguagem.

2 Cognição e Aprendizagem

A música estimula o desenvolvimento da memória, atenção, concentração, capacidade de fazer escolhas e outras funções cognitivas.

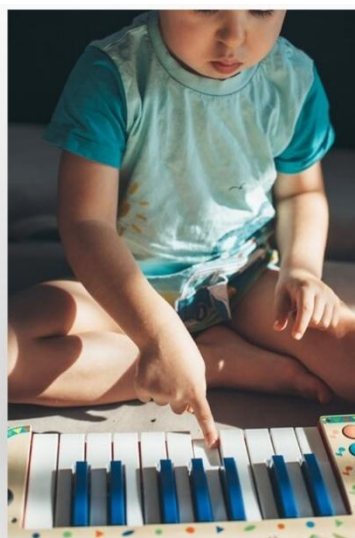
3 Comportamento e Emoções

A música pode promover a calma, reduzir a ansiedade e ajudar a lidar com emoções fortes.

4 Motivação e Interação Social

A música pode aumentar a motivação e facilitar a interação social, criando um ambiente positivo e divertido.

Bruscia (2014)



Objetivos iniciais deste estágio no Colégio Rumo ao Sucesso



1

Identificar as necessidades dos alunos de uma escola de Educação Especial, a nível de estruturação emocional, regulação de comportamentos e cumprimento de regras, em que a musicoterapia pode intervir;

2

Acompanhar, de forma individualizada e personalizada, as crianças selecionadas, estabelecendo objetivos específicos para o desenvolvimento da sua autonomia e das suas competências sociais, comunicativas e cognitivas, para a regulação de comportamento, bem como para a expressão das suas emoções

3

Dar a conhecer a Musicoterapia, o conceito e os seus benefícios, no contexto de alunos com necessidades específicas, a toda a comunidade educativa deste estabelecimento de ensino.



Estrutura de uma Sessão de Musicoterapia para a população em estudo

1

Acolhimento

Canção do "Bom Dia" criar rotina de início, interação inicial e incentivar o cumprimento matinal, através da canção. Na letra da canção é também referido o nome da criança.

2

Objetivo da Sessão

Trabalhar um ou vários objetivos específicos e definidos para a sessão, através de jogos e atividades criativas e interativas, com recurso à música, nomeadamente improvisação, canto, instrumentos orff ou outros, boomwackers e movimento, com Espaço para a criança interagir através de técnicas de musicoterapia, tais como turn taking, pergunta-resposta ou espelhamento.

3

Encerramento

Canção final, "Já Está", com elementos e espaço para que a criança possa facilmente aprender e interagir, pelo menos no refrão. Marcando assim o final da sessão.

Nota: As canções de início e fim foram criadas pela estagiária durante o período de observação, da forma que pareceu mais adequada e funcional a esta população.





Papel do Musicoterapeuta

Cria um ambiente seguro e positivo	Avalia as necessidades individuais das crianças
Planifica e conduz as sessões de musicoterapia	Utiliza técnicas e estratégias musicais específicas
Promove a comunicação e interação através da música	Colabora com outros profissionais da escola



Bruscia (2014)

Exemplos de técnicas utilizadas em Musicoterapia



CANTO

Cantar canções simples ou vocalizes para desenvolver a expressão comunicativa, a motricidade orofacial e a expressão vocal



IMPROVISACÃO MUSICAL CLÍNICA

Utilizar instrumentos para explorar ritmos, melodias e a criatividade musical para desenvolver a interação social, a capacidade de fazer escolhas, os tempos de concentração/atenção e permanência numa atividade, bem como a regulação emocional e comportamental. A improvisação pode ser feita em espelhamento, turn taking, pergunta-resposta ou em simultâneo.



MOVIMENTO

Dançar e mover-se ao som da música para desenvolver a coordenação, a lateralidade, a criatividade, a expressão musical e a interação social



COMPOSIÇÃO MUSICAL

Criar música original, através da improvisação, utilizando instrumentos ou apenas voz possibilita extravasar os sentimentos, emoções e a expressão emocional. Ao incluir uma letra, também se trabalha a linguagem e as competências trabalhadas no canto

AVALIAÇÃO EM MUSICOTERAPIA

Avalia-se para se poder definir estratégias de intervenção e para monitorizar a sua evolução e reajustar quando necessário.

Gatino (2021)

Para esta população, optou-se pelo **IMTAP** (Perfil de Avaliação Individualizada em Musicoterapia).

Objetivos da IMTAP:

Avaliação Detalhada: Fornecer um perfil individual detalhado.

Acompanhamento: Monitorizar a evolução ao longo do tempo.

Identificação de Potencialidades: Identificar áreas com maior potencial e áreas que necessitam de mais atenção.

Silva (2012)



Como a IMTAP Avalia?

A IMTAP avalia dez diferentes domínios de comportamento através de atividades musicais conduzidas por musicoterapeutas. Os domínios incluem:

- Motricidade Global
- Motricidade Fina
- Motricidade Oral
- Domínio Sensorial
- Comunicação Recetiva
- Comunicação Expressiva
- Domínio Cognitivo
- Domínio Emocional
- Domínio Social
- Musicalidade

Silva (2012)

Modelo Plurimodal de Musicoterapia

O que é?

O Modelo Plurimodal é uma abordagem musicoterapêutica cuja intervenção se assume particularmente eficaz em crianças com necessidades específicas de aprendizagem porque tem por base princípios psicanalistas e humanísticos e integra técnicas diversificadas, sempre adaptáveis e ajustáveis ao participante, à sua evolução e necessidades do momento. É, o modelo de musicoterapia mais abrangente a nível de técnicas.

Como Funciona?

Avaliação Integrada: Avalia as necessidades e potencialidades dos participantes de forma abrangente.

Intervenção Personalizada: Utiliza diferentes técnicas musicais adaptadas às necessidades específicas de cada pessoa.

Eixos de Ação

- **Improvisação Musical Clínica:** Criação espontânea de música para expressar emoções e desenvolver competências.
- **Trabalho com Canções:** Utilização de músicas conhecidas para facilitar a comunicação e a interação.
- **Técnicas Recetivas:** Escuta de música para relaxamento e estimulação sensorial.
- **Uso Seletivo de Música Gravada:** Seleção de músicas específicas para atingir objetivos terapêuticos.

Objetivos

Desenvolvimento Cognitivo: Estimular funções cognitivas como memória e atenção.

Competências Sociais: Desenvolver a comunicação (verbal e/ou não verbal) e a interação social.

Bem-Estar Emocional: Promover a expressão e regulação emocional.



Schapira (2007)

Vamos experimentar?

Improvisação

- Improvisação livre
- Turn taking
- Imitação
- Pergunta-Resposta



Objetivos: Quebra de gelo; descontração; interação entre os membros; assumir papel de Liderança; comunicação não verbal; expressão de emoções e sentimentos.

História Sonora

- Criação, em grupo, de história com emoção/ sentimento dominante
- Representação da mesma em desenho/ rabiscos
- Representação sonora da história (com instrumentos, percussão corpora)
- Apresentação aos colegas e identificação das emoções/ sentimentos rep



Objetivos: Estimular a criatividade, a memória, o trabalho de equipa, Exploração sensorial e emocional e a comunicação não verbal.

QUESTÕES?



OBRIGADA!

Bibliografia

Bruscia, K. E. (2014). Defining Music Therapy – third edition. Barcelona: Barcelona Publishers

Gatino, G. (2021). Fundamentos de Avaliação em Musicoterapia. Florianópolis, Santa Catarina: Forma & Conteúdo Comunicação Integrada. [https://vbn.aau.dk/ws/portalfiles/portal/454422252/Fundamentos de avaliacao em musicoterapia ficha isbn.pdf](https://vbn.aau.dk/ws/portalfiles/portal/454422252/Fundamentos_de_avaliacao_em_musicoterapia_ficha_isbn.pdf)

Nogueira, A., Silva, M. & Pachú, C. (2023). O uso da musicoterapia como uma ferramenta terapêutica na área da saúde. Research, Society and Development, v. 12, n. 1. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i1.39377>

Schapira, D. et al. (2007). Musicoterapia Abordaje Plurimodal. Argentina: ADIM Ediciones.

Silva, A. (2012). Tradução para o português brasileiro e validação da escala Individualized Music Therapy Assessment Profile (IMTAP) para uso no Brasil. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Faculdade de Medicina. <http://hdl.handle.net/10183/61729>

Póster apresentado no CIPCA XV



Musicoterapia e Emoção: Estudo de Caso de Criança institucionalizada

Autor: Cláudia Mendes

Coautor: Susana Gutiérrez Jiménez

Afiliação Institucional: Universidade Lusíada, Portugal



Introdução

Estudo de caso de MG, um rapaz guineense de 10 anos, com diagnóstico de paralisia cerebral, que veio para Portugal em 2017, ao abrigo dos Protocolos de Cooperação entre os dois países. Aluno no Externato Rumo ao Sucesso, em regime de internato, desde o ano letivo 2023/2024. Os desafios decorrentes da sua problemática revelaram-se significativos e agravados pela desamparo familiar, o que empolou o seu sofrimento emocional, manifestando-se através de comportamentos autolesivos e agressivos com os outros.

Fundamentação

A musicoterapia é uma intervenção terapêutica, realizada por um profissional credenciado, com o intuito de melhorar a saúde e o bem estar psicomotor, emocional e social das pessoas. (WFMT, 2011). Tem-se revelado eficaz no tratamento de várias condições médicas, como autismo, depressão, trauma e esquizofrenia. No contexto das crianças com necessidades específicas, esta terapia pode melhorar a comunicação, apoiar mudanças e permitir que as crianças exerçam a sua criatividade. Além disso, a musicoterapia promove o relaxamento, a resiliência, a comunicação e a expressão, enquanto reduz comportamentos antissociais e alivia a dor. (Canevska & Akgün, set. 2021). Bruscia (2014) prioriza, como objetivos terapêuticos: a expressão emocional, a evolução de competências e resolução de problemas interpessoais, resolução de conflitos internos, tratamento de traumas emocionais, ajuste comportamental e autoconhecimento. A musicoterapia, por estar incluída no âmbito das terapias expressivas, revela-se benéfica para as crianças que revelem algum tipo de perturbações de vinculação, pois, por si só, possibilita um espaço em que a criança pode representar e processar as suas emoções e experiências que teve, através da improvisação musical e da comunicação não verbal. Bunt (2002), considera a musicoterapia uma forma para a criança elaborar sentimentos, nomeadamente, os difíceis de verbalizar. Bruscia (2014), defende a relação terapêutica – vínculo – como a base da intervenção terapêutica, sendo a música apenas a ferramenta promotora da comunicação, nomeadamente de crianças que não verbalizem espontaneamente as suas ideias ou sentimentos. Neste sentido, a criança consegue expressar-se, de forma natural, através do ritmo, da melodia e da improvisação musical, aprendendo assim outras formas de interagir com os outros e, também, transportar estas aprendizagens para o seu quotidiano. Ao priorizar a empatia e a conexão, quando o terapeuta consegue solidarizar-se com o que o participante sente, facilita a sua capacidade de vinculação, pois a relação com o terapeuta toma a forma de relação segura do ponto de vista afetivo e emocional. (Bruscia, 2014) assim, o participante tem melhor noção dos seus sentimentos e gere os seus pensamentos de forma a conseguir partilhá-los de forma mais espontânea. Na terapia, o participante tem oportunidade de sentir e trabalhar as suas emoções para melhor autocontrolo do seu comportamento e toma de decisões mais conscientes. Para crianças institucionalizadas, o desenvolvimento destas competências assume uma maior importância pois, devido à ausência familiar, a criança pode retrair-se na expressão das suas emoções por não ter aprendido a fazê-lo. (Bernardes, 2012).

A Teoria da Vinculação, refere o trauma, sob efeitos negativos ao nível de insegurança, ansiedade e problemas de interação social que a ausência materna desenvolvem nas crianças institucionalizadas. (Bowlby, 1969). A musicoterapia assume um papel de suporte para relativizar esse impacto, proporcionando a possibilidade de expressão emocional num ambiente seguro e vinculação, através da música. (Bruscia, 2014). O Modelo Plurimodal é uma abordagem inclusiva que permite que os musicoterapeutas usem uma grande variedade de técnicas para incentivar a expressão individual e coletiva, promovendo a integração social e a autoestima dos participantes. A diversidade metodológica deste modelo, que inclui tanto aspetos ativos quanto recetivos da musicoterapia, garante que cada intervenção seja única e devidamente ajustada ao contexto específico de cada criança, maximizando assim os benefícios terapêuticos e educacionais (Schapiro, 2007).

Metodologia

INTERVENÇÃO
1 sessão semanal de 30 a 45 minutos, num total de 15 sessões

Avaliação inicial, pelo perfil The Individualized Music Therapy Assessment Profile (IMTAP), (Bexter et al 2007), revelou um domínio emocional significativamente baixo.

A abordagem terapêutica utilizada foi o modelo Plurimodal por este facilitar a criação de um ambiente terapêutico adaptado e evolutivo de acordo com as necessidades e progressos do participante.

Foram utilizadas as seguintes técnicas:

- Jogo – jogo do telefone com boomwackers, jogo do maestro/ líder;
- Improvisação Musical - técnicas de turn taking, espelhamento, imitação;
- Criação e Recriação de Canções do interesse do MG, com foco no seu interesse nas canções de cariz religioso, sempre que ele assim pedia mas também outras que surgiam de um tema palavras sugeridas pelo MG..

Canção de Bom Dia e de Despedida, para marcar o início e o fim da sessão.



Objetivos

- Estimular a capacidade de gestão de emoções e comportamentos;
- Diminuir os comportamentos autolesivos e agressivos;
- Promover uma melhor comunicação verbal e não verbal.

Resultados

Observou-se melhoria na expressão emocional do MG, através da música, aumento da interação e comunicação, e redução dos comportamentos autolesivos.

A música tomou-se um canal seguro e um espaço terapêutico para expressar os seus sentimentos e emoções.

Este estudo destacou o potencial da musicoterapia como ferramenta eficaz no apoio a crianças e jovens com experiências traumáticas, institucionalizadas e em parcial abandono familiar, oferecendo um espaço terapêutico para expressão emocional, promovendo a autorregulação e a autoestima.



Avaliação inicial – novembro 2024



Avaliação final – março/abril 2025

Referências

- Baxter, H., Berghofer, J., McEwan, L., Nelson, J., Peters, K. & Roberts, P. (2007). Individualized Music Therapy Assessment Profile (IMTAP). Jessica Kingsley Publishers.
- Bernardes, M. M. (2012, October). Musicoterapia como recurso para auxiliar na vinculação saudável de cuidadores e pacientes. In Anais do Congresso Internacional da Faculdade EST (Vol. 1, pp. 957-975).
- Bruscia, K. E. (2014). Defining Music Therapy – third edition. Barcelona: Barcelona Publishers.
- Bunt, L., & Hoskyns, S. (2015). Practicities and basic principles of music therapy. In *The handbook of music therapy* (pp. 27-52). Routledge.
- Rashid, Canevska, O., & Ramo Akgün, N. (2021). Music Therapy for Children with Special Education Needs. In *RESEARCH & REVIEWS IN EDUCATIONAL SCIENCES-I*. Gece Kitaplığı/Gece Publishing.
- World Federation of Music Therapy (2023) About WFMT. Obtido a 18 de março de 2025, de <https://www.wfmt.info/about/who-we-are>.

Organizador:



Apoio:



Parceiros:

