

Universidades Lusíada

Cunha, Bárbara Daniela Silva, 2000-

Reabilitação neurológica: contributos da musicoterapia em contexto de lesão cerebral adquirida

<http://hdl.handle.net/11067/8714>

Metadados

Data de Publicação

2025

Resumo

O estágio desenvolvido no âmbito do mestrado em musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, no Centro de Reabilitação Profissional de Gaia (CRPG), centrou-se na intervenção em reabilitação neurológica com indivíduos com lesão cerebral adquirida. Este relatório propõe-se refletir sobre o papel da musicoterapia na neuroreabilitação, com ênfase nas consequências das lesões cerebrais adquiridas nas competências funcionais, psicossociais e emocionais. A reflexão teórica foi sustentada por concei...

The internship developed within the scope of the master's degree in music therapy at Universidade Lusíada de Lisboa, carried out at the Centro de Reabilitação Profissional de Gaia (CRPG), focused on neurological rehabilitation of individuals with acquired brain injury. This report reflects on the role of music therapy in neurorehabilitation, emphasizing the impact of acquired brain injuries on functional, psychosocial, and emotional competencies. The theoretical framework draws on concepts from ...

Palavras Chave

Lesão Cerebral - Pacientes - Reabilitação, Musicoterapia - Prática profissional, Centro de Reabilitação Profissional (Vila Nova de Gaia, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)

Tipo

masterThesis

Revisão de Pares

Não

Coleções

[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2026-11-01T06:10:07Z com informação proveniente do Repositório



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

**Reabilitação neurológica: contributos da musicoterapia em
contexto de lesão cerebral adquirida**

Realizado por:
Bárbara Daniela Silva Cunha

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

Orientado por:
Dr.^a Sandra Guerreiro

Constituição do Júri:

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

Dissertação aprovada em: 17 de abril de 2026

Relatório de Estágio Alterado

Lisboa

2025



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

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

Mestrado em Musicoterapia

Reabilitação neurológica: contributos da musicoterapia em contexto de lesão cerebral adquirida

Bárbara Daniela Silva Cunha

Relatório de Estágio Alterado

Lisboa

Novembro 2025



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

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

Mestrado em Musicoterapia

Reabilitação neurológica: contributos da
musicoterapia em contexto de lesão cerebral
adquirida

Bárbara Daniela Silva Cunha

Relatório de Estágio Alterado

Lisboa

Novembro 2025

Bárbara Daniela Silva Cunha

Reabilitação neurológica: contributos da musicoterapia em contexto de lesão cerebral adquirida

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

Supervisora de estágio: Professora Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer

Orientadora de estágio: Dr.^a Sandra Guerreiro

Relatório de Estágio Alterado

Lisboa

Novembro 2025

FICHA TÉCNICA

Autora	Bárbara Daniela Silva Cunha
Supervisora de estágio	Professora Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer
Orientadora de estágio	Dr. ^a Sandra Guerreiro
Título	Reabilitação neurológica: contributos da musicoterapia em contexto de lesão cerebral adquirida
Local	Lisboa
Ano	2025

CASA DO CONHECIMENTO DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

CUNHA, Bárbara Daniela Silva, 2000-

Reabilitação neurológica : contributos da musicoterapia em contexto de lesão cerebral adquirida / Bárbara Daniela Silva Cunha ; supervisionado por Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer ; orientado por Sandra Guerreiro. - Lisboa : [s.n.], 2025. - Relatório de estágio do Mestrado em Musicoterapia, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

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

II - GUERREIRO, Sandra

LCSH

1. Lesão Cerebral - Pacientes - Reabilitação
2. Musicoterapia - Prática profissional
3. Centro de Reabilitação Profissional (Vila Nova de Gaia, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
4. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
5. Teses - Portugal - Lisboa

1. Brain damage - Patients - Rehabilitation

2. Music therapy - Practice

3. Centro de Reabilitação Profissional (Vila Nova de Gaia, Portugal) - Study and teaching (Internship)

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

5. Dissertations, academic - Portugal – Lisbon

LCC

1. ML3920.C86 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

Agradecimentos

A conclusão deste trabalho representa o culminar de uma etapa muito importante da minha vida, e não poderia deixar de expressar a minha profunda gratidão a todos os que estiveram ao meu lado ao longo deste percurso.

Em primeiro lugar, aos meus pais, pelo amor incondicional, pela presença constante e por todo o apoio que sempre me deram. Foram o meu alicerce e a base de tudo o que sou.

À minha irmã, por me inspirar a ser um bom exemplo, e por me lembrar, mesmo sem palavras, da importância dos nossos laços.

Ao meu namorado, pelo companheirismo inabalável, por ter estado sempre presente nos momentos mais difíceis, por me incentivar a continuar e por nunca me deixar desistir. O teu apoio foi essencial.

Aos meus colegas, por tornarem esta etapa ainda mais especial. Mais do que os trabalhos e desafios, o que levo comigo são os momentos partilhados, a amizade e o companheirismo que criámos ao longo do tempo.

À minha professora Teresa, pelo conhecimento transmitido, pelos esclarecimentos sempre oportunos e pela forma como me ajudou a ver as coisas de uma perspetiva mais clara e acertada. A sua sabedoria marcou o meu caminho.

À minha orientadora de estágio, pela simpatia, pela disponibilidade constante e por me ter feito sentir confortável e integrada desde o primeiro dia. Agradeço-lhe por cada ajuda e orientação, e estendo também o meu reconhecimento a toda a equipa, que me acolheu com profissionalismo e carinho.

A todos, o meu mais sincero obrigado!

Resumo

O estágio desenvolvido no âmbito do mestrado em musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, no Centro de Reabilitação Profissional de Gaia (CRPG), centrou-se na intervenção em reabilitação neurológica com indivíduos com lesão cerebral adquirida. Este relatório propõe-se refletir sobre o papel da musicoterapia na neuroreabilitação, com ênfase nas consequências das lesões cerebrais adquiridas nas competências funcionais, psicossociais e emocionais. A reflexão teórica foi sustentada por conceitos da neurociência e da musicoterapia clínica, com destaque para a plasticidade cerebral e a estimulação multissensorial, sustentada por autores como Thaut (2005) e Bunt & Stige (2014).

Foram acompanhados pacientes com patologias neurológicas, nomeadamente acidentes vasculares cerebrais e traumatismo cranioencefálicos, com recurso às ferramentas *music therapy assessment scale* e *sounds of intent*. O relatório analisa dois estudos de caso, abordando os perfis clínicos, objetivos terapêuticos e evolução dos atendimentos.

A partir do acompanhamento dos pacientes e da aplicação das intervenções musicoterapêuticas, constatou-se que a musicoterapia constitui um recurso terapêutico eficaz na promoção de melhorias significativas nas funções motoras, comunicacionais e emocionais em pessoas com lesão cerebral adquirida. O estágio evidenciou ainda a importância da adaptação das técnicas musicoterapêuticas às características individuais dos pacientes e do trabalho interdisciplinar articulado para potenciar os resultados da reabilitação.

Palavras-chave: lesão cerebral adquirida, reabilitação neurológica, musicoterapia.

Abstract

The internship developed within the scope of the master's degree in music therapy at Universidade Lusíada de Lisboa, carried out at the Centro de Reabilitação Profissional de Gaia (CRPG), focused on neurological rehabilitation of individuals with acquired brain injury. This report reflects on the role of music therapy in neurorehabilitation, emphasizing the impact of acquired brain injuries on functional, psychosocial, and emotional competencies. The theoretical framework draws on concepts from neuroscience and clinical music therapy, particularly brain plasticity and multisensory stimulation, supported by authors such as Thaut (2005) and Bunt & Stige (2014).

Patients with neurological conditions, namely stroke and traumatic brain injury, were followed using the *Music Therapy Assessment Scale* and *Sounds of Intent* tools. The report analyses two case studies, addressing clinical profiles, therapeutic objectives, and the progression of the interventions.

Based on the follow-up of the patients and the application of music therapy interventions, it was observed that music therapy is an effective therapeutic resource in promoting significant improvements in motor, communicational, and emotional functions in individuals with acquired brain injury. The internship also highlighted the importance of adapting music therapy techniques to the patients' individual profiles and of maintaining an articulated interdisciplinary approach to enhance rehabilitation outcomes.

Keywords: acquired brain injury, neurological rehabilitation, music therapy.

Lista de Figuras

Figura 1 - Áreas de Competências-Chave e Durações (Referencial de Formação, CRPG, 2024).....	5
Figura 2 - Organograma do CRPG (Relatório Integrado de Gestão 2024, página 7).....	7
Figura 3 - Atividades do Programa de Reabilitação para LCA do CRPG em 2009 (Guerreiro, Almeida, Fabela, Dores, Castro-Caldas, 2009)	9

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Dados dos participantes (RAC-LCA 27).....	42
Tabela 2 - Dados dos participantes (RAC-LCA 28).....	43
Tabela 3 - Dados dos participantes (RAC-LCA 29).....	44
Tabela 4 - Plano musicoterapêutico do A.P.	51
Tabela 5 - Resultados relativos à área social.....	57
Tabela 6 - Resultados relativos à área emocional.....	58
Tabela 7 - Resultados relativos à área da atenção e das capacidades cognitivas	59
Tabela 8 - Resultados relativos à área da comunicação/linguagem	60
Tabela 9 - Resultados relativos à área das habilidades motoras.....	61
Tabela 10 - Resultados relativos à área da visão e audição.....	62
Tabela 11 - Resultados relativos à área dos comportamentos sensoriais	62
Tabela 12 - Resultados relativos à área de coping skills e estratégias de regulação	63
Tabela 13 - Resultados relativos à área da personalidade/afeto	63
Tabela 14 - Resultados relativos à área do nível musical e de atividades.....	63
Tabela 15 - Plano musicoterapêutico do grupo A	69
Tabela 16 - Avaliação do domínio reativo	74
Tabela 17 - Avaliação do domínio proativo	75
Tabela 18 - Avaliação do domínio interativo	76

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

ADFA – Associação de Deficientes das Forças Armadas

AIT – Ataque Isquémico Transitório

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CERCIGAIA – Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos Adaptados

CRI – Comunicação e Relações Interpessoais

CRPG – Centro de Reabilitação Profissional de Gaia

EFQM – European Foundation of Quality Management

ET-O – Experiências de Trabalho em Oficina

IEFP – Instituto de Emprego e Formação Profissional

MAV – Malformação Arteriovenosa

OMS – Organização Mundial de Saúde

PADM – Plano de Ação para Apoio aos Deficientes Militares

PO – Plano Operacional

PRN – Programa de Reabilitação Neuropsicológica

PRP – Plano de Reabilitação e Reintegração Profissional

RAC-LCA – Recuperação e Atualização de Competências Pessoais e Sociais – Pessoas com Lesão Cerebral Adquirida

RCPV – Reabilitação Cognitiva, Psicomotora e Visual

RM – Ressonância Magnética

SOY – Sounds of Intent

TAC – Tomografia Computorizada

TCE – Traumatismo Cranioencefálico

TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação

WFMT – World Federation of Music Therapy

Índice

<i>Agradecimentos</i>	<i>ii</i>
<i>Resumo</i>	<i>iv</i>
<i>Abstract</i>	<i>vi</i>
<i>Lista de Figuras</i>	<i>viii</i>
<i>Lista de Tabelas</i>	<i>x</i>
<i>Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos</i>	<i>xii</i>
<i>Índice</i>	<i>xiv</i>
<i>Introdução</i>	<i>1</i>
<i>Caracterização da Instituição</i>	<i>3</i>
Centro de Reabilitação Profissional de Gaia	<i>3</i>
Percurso RAC-LCA.....	<i>4</i>
Estrutura Curricular	<i>4</i>
Constituição dos Grupos e Identificação das Necessidades Individuais	<i>5</i>
Duração e Carga Horária	<i>5</i>
Avaliação dos Resultados	<i>6</i>
Áreas Profissionais Envolvidas	<i>6</i>
Programas e Serviços do CRPG	<i>6</i>
Programa de Reabilitação Neuropsicológica – Abordagem Holística	<i>7</i>
<i>Caracterização da População-Alvo</i>	<i>11</i>
<i>Enquadramento Teórico</i>	<i>13</i>
Lesão Cerebral Adquirida.....	<i>13</i>
<i>Acidente Vascular Cerebral</i>	<i>14</i>
<i>Traumatismo Cranioencefálico</i>	<i>15</i>
Lesão Cerebral Adquirida e Contexto de Reabilitação	<i>16</i>
Abordagem Multidisciplinar.....	<i>18</i>

Musicoterapia	19
<i>Relação Terapêutica na Musicoterapia</i>	20
<i>A Musicoterapia e os Seus Efeitos na Reabilitação</i>	23
<i>Musicoterapia e Qualidade de Vida: Reabilitação, Identidade e Emoção</i>	25
<i>A Musicoterapia Neurológica: Indicações, Técnicas e Benefícios</i>	26
Abordagem Plurimodal.....	29
<i>Domínios de Aplicação e Estratégias Técnicas pela Abordagem Plurimodal</i>	30
Técnicas de Intervenção em Musicoterapia.....	32
<i>Improvisações Musicais Terapêuticas</i>	33
<i>Recriação de Canções</i>	33
<i>Criação de Canções</i>	34
<i>Audição de Música Gravada</i>	35
Grupos Terapêuticos.....	35
<i>Objetivos Gerais</i>	39
<i>Método</i>	41
Participantes.....	41
Instrumentos de Avaliação	44
<i>Sounds of Intent (SOI)</i>	44
<i>Music Therapy Assessment Scale (MTAS)</i>	45
Registos de Sessão Grupal.....	46
Procedimentos	46
<i>Métodos e Técnicas</i>	48
<i>Agenda Semanal</i>	48
<i>Estudos de Caso</i>	49
Estudo de Caso I – A.P.....	49
Caracterização e história clínica	49
Avaliação inicial	50
Objetivos e plano terapêutico	51
Intervenção e progresso terapêutico	52
Resultados finais.....	56
Discussão do caso.....	64

Estudo de Caso II – Grupo A.....	65
Caracterização e história clínica	65
Avaliação inicial	67
Objetivos e plano terapêutico	68
Intervenção e progresso terapêutico	69
Resultados finais.....	72
Discussão do caso	77
<i>Outras Intervenções Clínicas</i>	<i>79</i>
Intervenções Grupais	79
<i>Discussão dos Resultados.....</i>	<i>91</i>
<i>Conclusões Finais.....</i>	<i>93</i>
<i>Reflexão Pessoal.....</i>	<i>95</i>
<i>Referências</i>	<i>97</i>
<i>ANEXOS</i>	<i>113</i>
ANEXO A	115
ANEXO B.....	119
ANEXO C.....	127
ANEXO D	129

Introdução

De acordo com o plano curricular do mestrado em musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, foi desenvolvido um estágio curricular, cuja experiência e resultados serão descritos no presente documento.

O estágio foi realizado no CRPG – Centro de Reabilitação Profissional de Gaia –, tendo como objetivo a realização de intervenção clínica musicoterapêutica em contexto de neuroreabilitação, com a orientação da Professora Doutora Sandra Guerreiro, coordenadora técnica do programa de reabilitação neuropsicológica dirigido a pessoas com lesão cerebral adquirida, e com a supervisão da Professora Doutora Teresa Leite, docente da Universidade Lusíada de Lisboa.

As doenças neurológicas que se destacaram ao longo do estágio foram as lesões cerebrais adquiridas, com especial incidência no acidente vascular cerebral (AVC) e no traumatismo cranioencefálico (TCE). A intervenção foi dirigida a adultos com comprometimentos físicos, cognitivos, comunicacionais e emocionais, decorrentes destas condições. No total, foram acompanhados trinta pacientes, organizados em três grupos de dez elementos, cada um integrado num programa de reabilitação com a duração de cinco meses. Os grupos iniciaram os seus programas em momentos distintos e o trabalho musicoterapêutico articulado com os momentos de entrada na instituição.

Com duração total de nove meses, o estágio permitiu o desenvolvimento de um acompanhamento clínico estruturado, desde a fase inicial de avaliação e integração até à conclusão dos planos terapêuticos.

O presente relatório tem como base a aplicação da musicoterapia no contexto da reabilitação neurológica e procura refletir sobre a sua relevância no processo de recuperação funcional, emocional e social de pessoas com lesão cerebral adquirida. São apresentados os fundamentos teóricos que sustentam a prática musicoterapêutica neste âmbito, destacando a articulação entre os princípios da neurociência e as técnicas específicas da musicoterapia clínica.

A estrutura do relatório encontra-se organizada de forma a facilitar a compreensão do percurso realizado. A primeira secção apresenta a caracterização da instituição e da população-alvo, contextualizando o ambiente de estágio e as especificidades dos pacientes acompanhados. A segunda secção é dedicada ao enquadramento teórico, abordando os principais conceitos relacionados com a lesão cerebral adquirida, as patologias observadas, o processo de reabilitação e a importância da abordagem multidisciplinar. Esta secção inclui ainda uma

reflexão sobre a musicoterapia enquanto prática clínica, a abordagem plurimodal, as técnicas de intervenção utilizadas e a dinâmica dos grupos terapêuticos.

Na terceira secção, são descritos os procedimentos metodológicos adotados, incluindo os instrumentos de avaliação, os critérios de observação e as estratégias de intervenção. A quarta secção centra-se na apresentação e análise de dois estudos de caso, que ilustram de forma detalhada o processo terapêutico e os resultados obtidos. Por fim, a quinta secção reúne a descrição de outras intervenções musicoterapêuticas realizadas durante o estágio, evidenciando a diversidade de contextos e a adaptabilidade das técnicas aplicadas.

Deste modo, este relatório procura não apenas documentar o percurso formativo e clínico desenvolvido ao longo do estágio, mas também refletir criticamente sobre o contributo da musicoterapia no contexto da reabilitação neurológica. Pretende-se demonstrar de que forma a prática musicoterapêutica, fundamentada em bases científicas e sustentada por uma abordagem interdisciplinar, pode promover a recuperação funcional, a expressão emocional e a melhoria da qualidade de vida das pessoas com lesão cerebral adquirida. Assim, a análise que se segue visa integrar a experiência prática com o enquadramento teórico, sublinhando a relevância da música enquanto ferramenta terapêutica no processo de reabilitação global do paciente.

Caracterização da Instituição

Centro de Reabilitação Profissional de Gaia

O Centro de Reabilitação Profissional de Gaia (CRPG) iniciou a sua atividade em 1992, no seguimento de um protocolo de acordo de cooperação celebrado em 1991 entre o Instituto do Emprego e Formação Profissional (IEFP), a Associação de Deficientes das Forças Armadas (ADFA) e a CERCIGAIA – Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados.

Desde então, o CRPG tem-se afirmado como uma entidade de referência na reabilitação profissional de pessoas com diversidade funcional, promovendo a sua inclusão ou reinserção no mercado de trabalho, através de uma abordagem centrada na pessoa e de uma resposta multidisciplinar e integrada.

A missão da instituição assenta no aumento da autonomia social e económica das pessoas com deficiência e incapacidade, tendo como visão a construção de uma sociedade mais digna, inclusiva e equitativa. A sua atuação é orientada por princípios de responsabilidade social, inovação, ética, melhoria contínua e qualidade dos serviços, como atestado pela obtenção da Certificação da Excelência dos Serviços Sociais (EQUASS – Nível II) em diversas ocasiões e, mais recentemente, pela distinção “*Committed to Excellence*” atribuída pela *European Foundation for Quality Management* (EFQM).

O CRPG desenvolve a sua atividade em estreita articulação com os Centros de Emprego e Formação Profissional do IEFP, bem como com estruturas de saúde, entidades empregadoras, organizações da área da deficiência, autarquias e outros agentes da comunidade. Esta rede colaborativa possibilita intervenções integradas e personalizadas que visam a reabilitação biopsicossocial e a capacitação para o exercício de uma atividade profissional.

A instituição atua sobre quatro grupos-alvo principais: (i) pessoas com diversidade funcional decorrente de doenças ou acidentes, (ii) pessoas com deficiência congénita ou adquirida na infância, (iii) adultos em processo de qualificação ao longo da vida e (iv) pessoas militares com incapacidades, beneficiários de programas específicos de assistência e reintegração.

No seu trabalho com estas populações, o CRPG adota um modelo holístico de intervenção, centrado na funcionalidade e no potencial individual, com foco na reorganização dos projetos de vida e na promoção da reintegração nos contextos sociais, formativos e profissionais.

Percurso RAC-LCA

Neste âmbito, destaca-se a implementação do referencial de formação Recuperação e Atualização de Competências Pessoais e Sociais – Pessoas com Lesão Cerebral Adquirida (RAC-LCA), concebido especificamente para responder às necessidades de pessoas com lesão cerebral adquirida (Referencial de Formação, CRPG, 2024).

Este percurso visa promover a (re)integração na vida ativa e profissional, potenciando o desenvolvimento das competências pessoais, sociais, cognitivas, emocionais e profissionais comprometidas pelas alterações encefálicas resultantes de traumatismos crânio-encefálicos, acidentes vasculares cerebrais, tumores ou outras condições neurológicas.

O referencial RAC-LCA sustenta-se nos princípios da igualdade, personalização, individualização e modularização dos percursos. A sua estrutura curricular é abrangente, intensiva e integradora, contemplando atividades de reabilitação funcional e desenvolvimento de competências transversais e técnicas, incluindo literacia digital e competências de empregabilidade. As intervenções procuram otimizar os recursos disponíveis, promovendo estratégias de compensação face às limitações e facilitando a construção de um novo projeto de vida ativo e autónomo.

A especificidade desta população-alvo, caracterizada por alterações profundas em múltiplas dimensões do funcionamento humano (cognitivo, físico, emocional, psicossocial, vocacional e familiar), justifica a implementação de programas formativos como o RAC-LCA, que se posicionam como resposta estruturada à ausência de soluções ajustadas nos circuitos formativos regulares.

Através deste e de outros programas, o CRPG confirma a sua posição como agente ativo na construção de uma sociedade mais inclusiva, promovendo a valorização da diversidade funcional como elemento de cidadania plena.

Estrutura Curricular

O percurso RAC-LCA tem a duração total de 800 horas, distribuídas por áreas de competências-chave como abaixo apresentado.

Recuperação e Atualização de Competências Pessoais e Sociais – Lesão Cerebral Adquirida	Áreas de competências-chave	Duração
	Orientação para o desempenho	98h
	Comunicação e relações interpessoais	68h
	Autonomia no cotidiano	98h
	Competências para a vida diária	168h
	Reabilitação cognitiva/psicomotora/visual	1
	Experiências de trabalho – contexto de oficina	168h
	Experiências de trabalho - contexto real de trabalho	200h

Figura 1 - Áreas de Competências-Chave e Durações (Referencial de Formação, CRPG, 2024)

Constituição dos Grupos e Identificação das Necessidades Individuais

Os grupos são constituídos, em regra, por cerca de dez pessoas, obedecendo ao critério de ordem de referência para esta etapa do programa de reabilitação e reintegração na vida ativa e profissional.

Os objetivos gerais de cada paciente estão delineados no plano de reabilitação e reintegração profissional (PRP). Na fase inicial da implementação do modelo RAC-LCA, a equipa técnico-pedagógica procede à elaboração do plano operacional (PO), que especifica os objetivos particulares para cada paciente, as atividades a desenvolver, a sua duração e periodicidade.

Duração e Carga Horária

O programa RAC-LCA tem uma duração total de 800 horas, das quais 200 são dedicadas a experiências de trabalho em contexto real. A realização destas experiências depende da situação do paciente perante o emprego, dos resultados obtidos durante as 600 horas em centro e da adequação dos objetivos à reintegração profissional da pessoa.

A intervenção em reabilitação cognitiva, psicomotora e visual (RCPV) ocorre, quando necessário, em simultâneo com as áreas de experiências de trabalho em oficina (ET-O) e competências para a vida diária. A duração da RCPV é definida individualmente no plano operacional, sem ultrapassar o tempo máximo previsto nas outras áreas, e pode ser realizada em subgrupos ou individualmente em casos excecionais.

A carga horária semanal prevista para cada paciente é de 31,5 horas, organizada de forma a não interferir com outros tratamentos, quando aplicável. Nas experiências de trabalho, a duração é ajustada conforme o perfil funcional da pessoa, as atividades e os processos da

entidade acolhedora, podendo variar entre 15 e 40 horas semanais, com possibilidade de revisão mediante acordo.

Avaliação dos Resultados

No início do grupo, realiza-se a definição da linha base dos pacientes em três domínios: qualidade de vida, perfil cognitivo e estado emocional. A avaliação formal dos resultados é efetuada com base nos objetivos específicos do plano operacional, contemplando dois elementos: evidências qualitativas e níveis de concretização quantitativos, mensurados numa escala de 1 a 3. Adicionalmente, procede-se à avaliação do cumprimento dos objetivos estabelecidos no PRP relativos à intervenção RAC-LCA.

Após a conclusão da ação, é emitida uma declaração de frequência de formação, em modelo adaptado.

Áreas Profissionais Envolvidas

Considerando a natureza multidimensional dos objetivos e conteúdos a abordar, a implementação de cada área de competência-chave envolve profissionais especializados em diversos domínios, nomeadamente: psicologia, empregabilidade e mediação com entidades empregadoras, tecnologias de informação e comunicação, atividade física adaptada, fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala.

A cada grupo é atribuído um técnico responsável pela organização e acompanhamento do processo.

Programas e Serviços do CRPG

O Centro de Reabilitação Profissional de Gaia (CRPG) estrutura-se em torno de duas grandes áreas operacionais: as áreas de serviço e as equipas de projeto, apoiadas por unidades técnicas e instâncias de gestão estratégica. As áreas de serviço constituem o núcleo central da intervenção técnico-terapêutica, englobando diferentes unidades especializadas que asseguram a reabilitação, qualificação e inclusão profissional das pessoas com deficiência ou incapacidade. Entre estas, destaca-se o Espaço Fénix, unidade dedicada à reabilitação e reintegração profissional de pessoas que sofreram doenças ou acidentes que resultaram em alterações significativas da sua funcionalidade. Esta unidade tem como missão apoiar a reorganização e redefinição do projeto de vida ativa dos pacientes, promovendo o desenvolvimento de competências pessoais, sociais e profissionais que favoreçam a sua autonomia e reintegração social e laboral.

A intervenção no Espaço Fénix caracteriza-se pela abordagem holística e interdisciplinar, envolvendo uma equipa composta por profissionais de diferentes áreas, nomeadamente psicologia, neuropsicologia, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala, serviço social e medicina física e de reabilitação. Esta articulação permite uma atuação integrada sobre as dimensões física, cognitiva, emocional e social, promovendo a funcionalidade e o bem-estar global dos pacientes. É também neste espaço que se desenvolvem programas de reabilitação estruturados, como o RAC-LCA, no qual se inseriu o estágio de musicoterapia aqui descrito.

Complementarmente, o CRPG integra outras unidades e serviços, como o Espaço Minerva, vocacionado para a qualificação de pessoas com deficiências congénitas ou adquiridas precocemente; o Espaço Emprego e Inclusão, responsável pela articulação com entidades empregadoras e pela promoção de medidas de integração profissional; e os Serviços de Apoio, que asseguram a operacionalidade logística e administrativa da instituição. Estas áreas são sustentadas por equipas e departamentos técnicos especializados, nomeadamente nas vertentes de gestão organizacional, inovação, comunicação e desenvolvimento de competências, garantindo o alinhamento estratégico e a qualidade da intervenção.

Assim, o CRPG apresenta uma estrutura funcional integrada e multidimensional, que conjuga reabilitação, formação, inclusão e inovação, constituindo um contexto particularmente propício para o desenvolvimento de práticas terapêuticas interdisciplinares, como a musicoterapia.

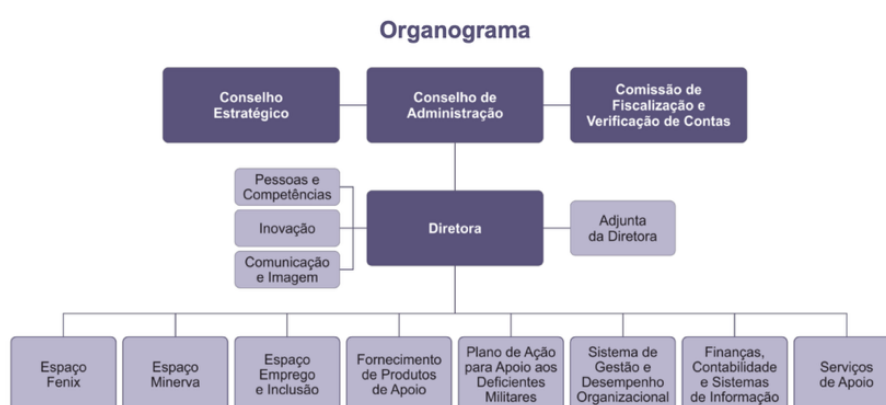


Figura 2 - Organograma do CRPG (Relatório Integrado de Gestão 2024, página 7)

Programa de Reabilitação Neuropsicológica – Abordagem Holística

O CRPG dispõe, desde 2002, de um programa especializado de reabilitação neuropsicológica dirigido a pessoas com LCA. Este programa integra uma abordagem holística

e multidisciplinar, procurando responder de forma abrangente às alterações cognitivas, emocionais, sociais, familiares e ocupacionais que resultam frequentemente deste tipo de condição clínica.

Inspirado nos modelos teóricos de Ben-Yishay (1985) e Prigatano (1994), o programa de reabilitação neuropsicológica (PRN) do CRPG articula diversas dimensões de intervenção: reabilitação cognitiva, psicoterapia, criação de um ambiente estruturado, envolvimento familiar e integração vocacional ou ocupacional, orientando-se para a reconstrução de um projeto de vida significativo e adaptado às novas condições funcionais dos pacientes.

Os objetivos centrais do PRN incluem: apoiar a pessoa no processo de adaptação às alterações físicas e cognitivas, promovendo maior autonomia funcional; fomentar o ajustamento psicossocial, através do desenvolvimento de competências relacionais e da aceitação da nova condição; construir, em articulação com o próprio e com os seus familiares, um projeto realista de reintegração social e/ou profissional.

O programa organiza-se em três modalidades de intervenção: avaliação/orientação vocacional, sessões individuais e intervenções em grupo. A vertente grupal, considerada prioritária, oferece uma intervenção mais intensiva e abrangente, fomentando a autoconsciência, a gestão emocional, as competências interpessoais, as estratégias de compensação e o ajustamento à nova realidade pós-lesão.

Estas atividades decorrem num regime intensivo de cinco meses, com sessões diárias de segunda a sexta-feira, numa carga horária de sete horas por dia. A equipa técnica multidisciplinar responsável pelo acompanhamento inclui profissionais das áreas da psicologia, terapia ocupacional, fisioterapia, terapia da fala, entre outros.

Atualmente, embora as atividades do PRN tenham sido alvo de evolução e reajustes ao longo do tempo, os domínios de intervenção mantêm-se semelhantes. Entre as sessões de grupo atualmente em funcionamento encontram-se: atividade física adaptada, treino cognitivo, comunicação e relações interpessoais (CRI), atenção plena, tecnologias de informação e comunicação (TIC), oficina ocupacional, autonomia pessoal e empregabilidade.

No âmbito das intervenções individuais, os pacientes beneficiam de acompanhamento em psicologia, terapia da fala, fisioterapia e terapia ocupacional.

Este programa constitui um dos pilares da atuação do CRPG na área da reabilitação de pessoas com LCA, sendo reconhecido como uma prática de referência pela sua estrutura integrada, centrada na pessoa e orientada para resultados concretos de reintegração.

Actividade / Terapia	Objectivos / periodicidade
Fisioterapia / Hidroterapia	Desenvolver as capacidades físico-funcionais 1-2 sessões/semana, 60'
Terapia Ocupacional em Grupo e/ou Individual	Promover o uso das capacidades no desempenho de actividades da vida Grupo – 2 sessões/ semana, 90' Individual – 1-2 sessões/semana, 60'
Terapia da Fala	Desenvolver as capacidades de comunicação 1-2 sessões/semana, 60'
Acompanhamento psicológico individual	Promover a adaptação à nova condição 1 sessão semanal, 60'
Orientação	Promover a compreensão e a aceitação dos seus défices; 4 sessões/semana, 30'
Relações Interpessoais	Desenvolver competências de relacionamento interpessoal 2 sessões/semana, 90'
Treino Cognitivo	Desenvolver as capacidades cognitivas Promover a aprendizagem de estratégias de compensação Grupo: 2 sessões/semana, 90' (4 ou 5 elementos), Individual: 4 sessões/semana, 60'
Módulo Básico de Tecnologia de Informação e Comunicação	Promover o uso das estratégias de compensação em contextos próximos de actividade formativa/profissional. 2 sessões/semana, 90'
Grupo de Intervenção com as famílias	Estabelecer uma parceria de trabalho entre técnicos e familiares Promover o apoio mútuo entre familiares. 1 sessão mensal, 90'; 6 sessões no total.

Figura 3 - Atividades do Programa de Reabilitação para LCA do CRPG em 2009 (Guerreiro, Almeida, Fabela, Dore, Castro-Caldas, 2009)

Após concluído o período de intervenção de cinco meses, os pacientes podem ser encaminhados para diferentes percursos, consoante as suas necessidades, capacidades e objetivos delineados ao longo do processo. As possibilidades de continuidade incluem o ingresso em programas de apoio à reintegração no mercado de trabalho, a frequência de ações de formação profissional, ou ainda a participação em atividades ocupacionais com componente produtiva ou em regime de voluntariado.

Caracterização da População-Alvo

O CRPG é uma instituição que acolhe adultos de todos os sexos, em idade ativa e com incapacidades resultantes de doenças ou acidentes. Em específico, no espaço fénix (local de intervenção do estágio), acolhe adultos com doenças adquiridas durante a idade ativa, nomeadamente, a lesão cerebral adquirida.

A LCA é, segundo a Brain Injury Association of America (BIAA, 2023), um tipo de lesão cerebral que ocorre após o nascimento e que não é hereditária, congénita, degenerativa ou provocada por trauma durante o parto. Assim, é comum que haja uma alteração na atividade neuronal que compromete a integridade física, a atividade metabólica e a capacidade funcional das células nervosas, podendo levar a défices que podem ser leves, moderados ou graves em uma ou mais áreas, dependendo da natureza e localização da lesão.

Os critérios de seleção incluem idade ativa, possuir algum tipo de incapacidade neurológica adquirida, ter a situação clínica estabilizada e perfil para integrar o mercado de trabalho. As patologias predominantes incluem acidentes vasculares cerebrais e traumatismos cranioencefálicos, com pacientes provenientes de várias regiões do país.

Os pacientes apresentam um leque diversificado de sequelas que abrangem várias áreas, como a física (por exemplo, ataxias, paresias, descoordenação, cefaleias e fadiga), a cognitiva (por exemplo, limitações na memória, atenção, comunicação, planeamento e raciocínio), a emocional (por exemplo, ansiedade, depressão, baixa autoestima, dificuldades na aceitação e labilidade emocional) e a comportamental (por exemplo, desinibição, falta de autocontrolo e irritabilidade).

Enquadramento Teórico

Nesta secção, será apresentada uma revisão da literatura abrangente sobre lesões cerebrais adquiridas e o respetivo contexto de reabilitação, para depois ser descrita a área da musicoterapia aplicada a adultos em contexto de reabilitação neurológica, de forma a fundamentar teoricamente a intervenção realizada.

Lesão Cerebral Adquirida

O sistema nervoso central é um mecanismo complexo de processamento que tem como principal função receber e interpretar diferentes estímulos sensoriais, enquanto regula comportamentos motores e executa tarefas exigentes de forma simultânea (Waxman, 2003).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2016) define os distúrbios neurológicos como doenças que afetam tanto o sistema nervoso central como o periférico, envolvendo estruturas como o cérebro, a medula espinhal, os músculos e os nervos.

A LCA é uma condição que pode resultar de traumas, acidentes vasculares cerebrais, doenças degenerativas ou outras condições neurológicas. Essas lesões podem provocar alterações temporárias ou permanentes no funcionamento psicológico da pessoa que não se atribuem a uma origem hereditária, degenerativa, congénita, nem são resultado de traumas durante a gestação (Kamalakannan, 2015).

Este tipo de lesão altera a atividade neuronal, comprometendo a integridade física, a atividade metabólica e a capacidade funcional das células nervosas, o que pode resultar em défices cognitivos, motores e emocionais, com impactos severos no quotidiano da pessoa (Brain Injury Association of America, 2023).

Lezak et al., (2012) reforça que, deste modo, como consequência dessas lesões, os pacientes podem apresentar alterações motoras e dificuldades na comunicação e linguagem, bem como défices cognitivos, emocionais e psicossociais, comprometendo, assim, a realização das atividades da vida diária. Portanto, independentemente da área afetada, as lesões cerebrais têm um impacto significativo na capacidade da pessoa de participar ativamente no quotidiano, afetando diretamente o seu bem-estar e qualidade de vida (Tsaousides et al., (2009)).

Esse tipo de lesão recebe a designação de “deficiência neurológica focal ou global”, uma vez que pode comprometer determinadas áreas cerebrais com consequências que, em casos graves, podem ser fatais.

As lesões cerebrais podem ser classificadas em dois grandes grupos: não traumáticas e traumáticas. As lesões cerebrais não traumáticas resultam de processos internos ao cérebro, como acidentes vasculares cerebrais, infeções, tumores ou falhas na oxigenação cerebral (Geus

et al., 2021). Já as lesões cerebrais traumáticas ocorrem devido a fatores externos, quando uma força é exercida sobre o cérebro, causando danos nas suas conexões. Exemplos dessas situações incluem quedas, acidentes rodoviários, violência ou traumatismos cranianos (Geus et al., 2021).

As LCA, na maioria dos casos, estão associadas a dificuldades em diversas funções cerebrais essenciais. Como o cérebro é responsável pelo controlo de todas as funções do organismo, desde as mais básicas, como a respiração e a frequência cardíaca, até às mais complexas, como a criatividade e as emoções, qualquer dano estrutural pode comprometer o seu funcionamento, reduzindo a eficácia de algumas dessas funções (Gómez, 2008).

Pessoas que sofreram uma LCA têm plena consciência das capacidades que perderam. Isto significa que conseguem identificar as funções motoras ou de comunicação afetadas, mas, devido às ligações cerebrais danificadas, não conseguem executar o desejado. Esse processo de adaptação pode ser extremamente desafiante e, em alguns casos, permanente, exigindo um esforço contínuo para a reconstrução da sua identidade (Ponte et al., (2016)).

Durante o estágio realizado no CRPG, os pacientes acompanhados em musicoterapia apresentavam um historial de LCA, sendo os diagnósticos mais frequentes AVC e TCE. Estas condições neurológicas, embora distintas na sua origem, partilham consequências funcionais significativas que afetam a qualidade de vida, o bem-estar emocional e as capacidades de interação social das pessoas.

A compreensão dos principais desafios associados a estas patologias permite uma intervenção musicoterapêutica mais sensível e adaptada às necessidades de cada pessoa.

Acidente Vascular Cerebral

O acidente vascular cerebral (AVC) resulta de uma interrupção súbita do fluxo sanguíneo cerebral, provocada por um bloqueio arterial (AVC isquémico) ou pela rutura de um vaso sanguíneo (AVC hemorrágico). Em ambos os casos, a lesão cerebral consequente pode originar alterações significativas ao nível motor, cognitivo, comunicacional, emocional e sensorial, cuja gravidade depende da localização e extensão da área cerebral afetada.

De acordo com a literatura, as sequelas mais frequentes incluem hemiparesia ou hemiplegia, défices de coordenação e equilíbrio, alterações da fala e da linguagem (como afasia, disartria ou apraxia verbal), bem como dificuldades de atenção, memória e processamento da informação (Langhorne et al., 2011). Do ponto de vista emocional e psicossocial, é comum a presença de sintomas depressivos, ansiedade, irritabilidade e alterações de personalidade, frequentemente associados à perceção de perda de autonomia e à dificuldade em readaptar-se à rotina diária (Hackett et al., 2014).

Estas alterações comprometem de forma profunda a vida quotidiana e a participação social, afetando a capacidade para desempenhar atividades básicas (alimentar-se, vestir-se, locomover-se) e instrumentais (trabalhar, comunicar, gerir relações interpessoais). Consequentemente, o processo de reabilitação deve integrar não apenas a recuperação funcional, mas também a reconstrução do sentido de identidade e de autoeficácia, frequentemente fragilizados após o evento neurológico (Clarke, 2009).

Neste contexto, a musicoterapia constitui uma ferramenta terapêutica de particular relevância, ao oferecer uma via alternativa de expressão emocional e comunicação não-verbal, e ao favorecer a reorganização neurológica através da estimulação rítmica e sensório-motora. A improvisação musical permite que o paciente explore sons e emoções mesmo quando a linguagem verbal está comprometida, enquanto as técnicas baseadas no ritmo e na sincronização motora contribuem para a reeducação dos movimentos e a regulação emocional (Thaut, 2005; Magee et al., 2017).

Traumatismo Cranioencefálico

O traumatismo cranioencefálico (TCE) resulta de uma lesão cerebral provocada por um impacto direto ou indireto na cabeça, frequentemente decorrente de acidentes rodoviários, quedas ou situações de violência. A gravidade e o tipo de défices associados dependem da localização e extensão da lesão, podendo afetar de forma significativa o funcionamento cognitivo, emocional, comportamental e social do paciente (Lezak et al., 2012). As sequelas mais comuns incluem dificuldades de memória, atenção e planeamento, alterações na regulação emocional, impulsividade, baixa tolerância à frustração e dificuldade em interpretar pistas sociais, o que pode conduzir a sentimentos de isolamento e perda de identidade (Ponsford, 2013).

A literatura aponta que, para além dos comprometimentos neurológicos, as pessoas com TCE enfrentam um profundo desafio existencial, marcado pela reconstrução do sentido de si próprias e do seu lugar no mundo (Nochi, 1998). Esta rutura com o *self* anterior está frequentemente associada a sentimentos de desorientação, luto pela perda de capacidades e redefinição das relações interpessoais e profissionais. Assim, compreender estas pessoas implica reconhecer não apenas os défices cognitivos ou motores, mas sobretudo o processo de reconstrução identitária e emocional que decorre após a lesão (Ownsworth & Haslam, 2016).

Neste contexto, a musicoterapia oferece um espaço terapêutico privilegiado para explorar dimensões de continuidade identitária, expressão emocional e reconexão social. Através do fazer musical — seja pela improvisação, pela escuta ou pela composição —, o

paciente é convidado a expressar emoções difíceis de verbalizar, a reorganizar padrões de atenção e de autorregulação e a experimentar novas formas de relação com os outros (Baker & Tamplin, 2006; Magee, 2019). A música funciona, assim, como mediadora entre o corpo e a emoção, facilitando a integração sensório-motora e afetiva, essenciais à recuperação global e à vivência de uma vida mais plena e significativa.

Lesão Cerebral Adquirida e Contexto de Reabilitação

De acordo com Almeida et al., (2016), a reabilitação de pessoas com LCA tem sido cada vez mais associada ao conceito de qualidade de vida, um indicador importante que reflete a percepção subjetiva do paciente sobre o seu estado de saúde e bem-estar.

No contexto de reabilitação, a qualidade de vida é especialmente relevante, pois captura a vivência do paciente em relação às alterações impostas pela lesão cerebral, incluindo as suas condições físicas, emocionais, cognitivas e sociais.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1994), referido em Almeida et al., (2016), a qualidade de vida refere-se à percepção da pessoa sobre a sua posição na vida, levando em consideração o contexto cultural, valores pessoais e as expectativas em relação à sua saúde e à sua condição de vida.

Segundo Gordon et al., (2006), em Almeida et al., (2016), no caso da LCA, a avaliação da qualidade de vida torna-se ainda mais fundamental, pois essa condição pode afetar de forma profunda os diversos domínios da vida de uma pessoa, desde a autonomia às relações sociais e ao papel profissional.

Almeida et al., (2015) destacam que, após uma LCA, as funções mais frequentemente comprometidas incluem dificuldades motoras, como ataxia, desequilíbrio, perda de sensibilidade, paresias e descoordenação; défices cognitivos, como dificuldades de atenção, memória, linguagem e percepção; desafios emocionais, incluindo labilidade emocional, depressão e problemas de aceitação; além de alterações comportamentais, como irritabilidade, desinibição e agressividade.

Diante dessa complexidade, Gómez (2008) enfatiza a importância de iniciar precocemente um programa de reabilitação especializado para lesões cerebrais, conduzido por equipas transdisciplinares. Estes programas devem facilitar a reintegração do paciente na sociedade e a realização das suas atividades diárias com maior independência, proporcionando objetivos específicos que permitam adaptações físicas, psicológicas e sociais adequadas.

Embora os avanços científicos e tecnológicos tenham permitido melhorar os processos de reabilitação, importa reconhecer que muitas lesões cerebrais adquiridas apresentam um

potencial limitado de recuperação funcional total. A extensão da lesão, o tempo decorrido até à intervenção e as características individuais do paciente influenciam significativamente o prognóstico (Teasell & Hussein, 2020). Nesses casos, a intervenção terapêutica deve orientar-se não apenas para a re aquisição de funções perdidas, mas também — e sobretudo — para a promoção da qualidade de vida, da autonomia possível e do bem-estar subjetivo do paciente. Assim, o foco da reabilitação passa da restituição completa das capacidades para a adaptação funcional e emocional, valorizando experiências significativas, a manutenção das relações interpessoais e o fortalecimento da identidade pessoal (Turner-Stokes, 2008). Esta perspectiva integradora reforça o papel das abordagens que favorecem a expressão, o sentido de competência e a participação ativa do paciente no seu processo de recuperação, como é o caso da musicoterapia.

O processo de recuperação de lesões cerebrais e de patologias associadas à degeneração do cérebro é frequentemente descrito na literatura como plasticidade cerebral. Este conceito refere-se à capacidade do cérebro de modificar a sua atividade em resposta a estímulos internos ou externos, reorganizando a sua estrutura, funções ou conexões (Aparicio, 2019).

Com o passar dos anos, a compreensão sobre a regeneração e reorganização dinâmica do cérebro após uma lesão tem sido aprofundada, permitindo que os cientistas investiguem sob quais condições é possível restabelecer funções cerebrais através da estimulação intensiva e controlada das redes neuronais afetadas (Barrett, 2013).

Schaffert (2020) relembra o trabalho inovador de Marian Diamond, que desempenhou um papel fundamental na mudança de paradigma sobre a capacidade transformativa do cérebro. A cientista demonstrou que “o cérebro encolhe com o empobrecimento e cresce aquando de um ambiente enriquecido, independentemente da idade.”

Esta descoberta reforça a ideia de que a estimulação desempenha um papel essencial na manutenção da saúde cerebral. Os diferentes mecanismos que regulam a neuroplasticidade são dependentes da experiência, sendo esta um fator determinante para potenciar a capacidade do cérebro de se adaptar, favorecendo tanto a aprendizagem como a recuperação após uma lesão ou doença neurológica (Voss, 2017).

Dessa forma, estabelece-se uma ligação entre a adaptação do cérebro, a memória, a recuperação de habilidades e a manutenção ou reabilitação de condições neurológicas. Os estímulos podem ter origem tanto em experiências externas como internas, sendo um exemplo disso a imaginação, um processo no qual as conexões neuronais ativadas são semelhantes às de uma experiência real (Jauset, 2016).

É de reforçar, portanto, que programas de reabilitação que incluem atividades que estimulam a atenção, a imaginação, a criatividade, o movimento e a memória são fundamentais para “favorecer o incremento das conexões neuronais entre diferentes áreas cerebrais” e promover benefícios tanto a nível fisiológico como cognitivo (Jauset, 2016).

Abordagem Multidisciplinar

A abordagem multidisciplinar assume-se como um modelo de intervenção essencial na reabilitação, baseando-se na colaboração coordenada entre profissionais de distintas áreas, com vista à definição e implementação de planos individualizados de cuidados. Esta atuação integrada permite responder de forma mais eficaz às necessidades específicas de cada paciente, promovendo melhores resultados clínicos e funcionais (Guedes & Castro-Poças, 2022).

Para além da vertente clínica, esta abordagem estende-se igualmente às dimensões da prevenção e da educação. A implementação de programas educativos e de sensibilização tem-se revelado crucial na diminuição do estigma associado à doença ou deficiência, contribuindo para a construção de comunidades mais informadas, conscientes e inclusivas (Dias et al., 2023).

Nos programas de reabilitação neurológica, a equipa multidisciplinar é geralmente composta por médicos fisiatras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, neuropsicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, e, em alguns contextos, musicoterapeutas, terapeutas artísticos e psicólogos clínicos. Cada especialidade contribui de forma complementar: enquanto os profissionais da área médica e da fisioterapia se focam na recuperação das funções motoras e fisiológicas, os terapeutas da fala e ocupacionais centram-se na comunicação e nas atividades da vida diária; já os psicólogos e musicoterapeutas atuam nas dimensões emocionais, cognitivas e relacionais do processo.

A literatura tem evidenciado que a articulação eficaz entre estas disciplinas potencia a plasticidade cerebral, reduz o tempo de hospitalização e melhora a reintegração psicossocial (Turner-Stokes et al., 2008; Wade, 2020). Modelos colaborativos, caracterizados por reuniões regulares de equipa, definição conjunta de objetivos e comunicação contínua entre profissionais, demonstram promover ganhos mais consistentes na funcionalidade e qualidade de vida dos pacientes (Laxe & Bernabeu, 2013).

O envolvimento ativo da equipa multidisciplinar nas diferentes fases do processo terapêutico favorece não apenas a eficácia das intervenções, mas também a promoção do autocuidado e da saúde mental coletiva.

Este compromisso com a comunidade e com a pessoa reforça a importância de um modelo de cuidados pautado pela inclusão, pelo respeito e pela dignidade humana (Dias et al., 2023).

Em síntese, a metodologia multidisciplinar destaca-se como uma prática estruturante nos contextos de reabilitação. Através de uma comunicação eficaz, da adaptação das estratégias terapêuticas às necessidades individuais, do acompanhamento continuado e do envolvimento comunitário, esta abordagem permite um cuidado integral e centrado na pessoa. O seu impacto traduz-se não só na atenuação dos sintomas, mas também na melhoria sustentada da qualidade de vida e do bem-estar geral das pessoas (Dias et al., 2023).

Musicoterapia

Segundo Bruscia (1998), a musicoterapia pode ser definida como um processo sistemático de intervenção em que o terapeuta recorre a experiências musicais e às relações construídas através delas como agentes dinâmicos de mudança, com o intuito de promover a saúde do paciente.

A World Federation of Music Therapy ([WFMT], 2011) amplia esta definição ao descrever a prática como o uso profissional da música e dos seus elementos em contextos médicos, educacionais e sociais, visando a melhoria do bem-estar físico, emocional, comunicativo, social, intelectual e espiritual de indivíduos, grupos, famílias ou comunidades.

Esta abordagem parte do princípio de que todas as pessoas são inerentemente criativas e capazes de se expressar musicalmente, independentemente da sua formação ou competências técnicas. A experiência estética musical, conforme defende Storr (1992), citado por Grocke et al., (2008), enriquece a vida, proporciona prazer e cria um espaço expressivo que transcende a linguagem verbal.

Os musicoterapeutas adotam metodologias flexíveis, adaptando as intervenções às necessidades específicas, interesses e trajetórias de vida dos pacientes, sem exigência de competências musicais prévias. A motivação para participar no processo terapêutico é o principal requisito (Davies & Richards, 1998; de l'Etoile, 2002; Geretsegger et al., 2017). As sessões podem ser individuais — para necessidades clínicas específicas — ou em grupo, promovendo a interação social por meio de uma linguagem não-verbal (Davies & Richards, 1998; de l'Etoile, 2002).

Estudos apontam para benefícios significativos da musicoterapia quando integrada em planos terapêuticos convencionais, nomeadamente na redução de sintomas emocionais, como a depressão e a ansiedade, na melhoria da funcionalidade pessoal e social e na qualidade de vida

dos pacientes (Gold et al., 2009). A intervenção tem-se revelado particularmente eficaz na promoção da motivação, expressão emocional e envolvimento social (Geretsegger et al., 2017).

Quanto aos mecanismos subjacentes à sua eficácia, Gold et al., (2009) identificam três elementos fundamentais: a música como meio de expressão emocional, a prática musical coletiva como facilitadora de competências relacionais, e o envolvimento musical como motor de motivação para o tratamento e a reabilitação, fatores essenciais, sobretudo em casos de desmotivação acentuada (Rolvsjord, 2001; Solli, 2008).

Jackson (2015) sublinha que a música possui propriedades relacionais singulares e a musicoterapia oferece um espaço terapêutico seguro, propício à reformulação da percepção de si e dos outros. Por sua vez, Choppin et al., (2016) destacam a capacidade da música em evocar emoções complexas, reforçando conexões entre o passado afetivo e o presente terapêutico.

Neste sentido, a musicoterapia representa uma oportunidade de desenvolvimento do autoconceito, da autoeficácia e da qualidade de vida. O processo musical favorece o sentimento de ser escutado, promove a reconstrução de relações e fortalece o sentimento de humanidade (Jackson, 2015).

Os objetivos terapêuticos variam consoante o estágio clínico: na fase aguda, procura-se estabilizar emocionalmente; na reabilitação, favorece-se o autoconhecimento e a comunicação; a longo prazo, trabalha-se a consolidação da identidade, o reforço de estratégias de *coping* e a melhoria do funcionamento global (Silverman, 2015; Torres et al., 2016). Em sessões de grupo, privilegiam-se a interação interpessoal e o sentimento de pertença, promovendo autoestima e coesão (Silverman, 2015; Torres et al., 2016).

Em síntese, a musicoterapia configura uma abordagem terapêutica eficaz e flexível no campo da reabilitação, e a sua inserção em contextos multidisciplinares permite uma resposta personalizada e humanizada, centrada na pessoa, com base em evidência científica consolidada.

Relação Terapêutica na Musicoterapia

A relação terapêutica é compreendida como um processo dinâmico e contínuo de influência mútua, no qual terapeuta e paciente se afetam reciprocamente, muitas vezes de forma inconsciente (Birnbaum, 2014).

Segundo Mitchell (1988), a mudança psicológica nasce do intercâmbio de experiências emocionalmente relevantes dentro da relação terapêutica, sendo a qualidade desse vínculo um elemento fundamental para a eficácia do processo. Assim, a transformação envolve tanto o paciente como o terapeuta, que deve assumir uma postura de apoio e contenção, ajudando o

paciente a organizar o seu mundo emocional e a desenvolver formas de relacionamento mais ajustadas e saudáveis.

No campo da musicoterapia, a música assume um papel essencial na criação e manutenção dessa ligação terapêutica. Funciona como um recurso facilitador, devendo ser aplicada de forma sensível e ajustada às necessidades cognitivas, emocionais, físicas e sociais de cada indivíduo (American Music Therapy Association [AMTA], 2005). Ainda que, por vezes, não seja considerada o foco principal da intervenção, a qualidade da aliança terapêutica é amplamente reconhecida como um componente essencial em musicoterapia, tal como em diversas modalidades psicoterapêuticas (Craske, 2010). Esta aliança terapêutica assenta numa colaboração genuína, marcada pela confiança e pelo trabalho conjunto, contrastando com abordagens mais hierárquicas que colocam o terapeuta como o detentor do saber e o paciente numa posição passiva (Norcross, Beutler & Levant, 2006; Silverman, 2015). Silverman (2015) sublinha que a utilização da música no processo clínico pode reforçar de forma significativa essa ligação e o sentimento de confiança entre ambos. Práticas como a criação de canções ou a improvisação musical permitem ao paciente expressar-se emocionalmente num espaço seguro e recetivo, aprofundando a relação terapêutica. A vivência musical partilhada, sobretudo através de sessões improvisadas, não só intensifica a conexão com o terapeuta como também ajuda o paciente a desenvolver modos de relação mais eficazes fora do contexto da terapia (Davies, Richards & Barwick, 2015).

A musicoterapia procura desenvolver a capacidade do paciente de reconhecer e expressar os seus estados internos, recorrendo à música como forma simbólica de representação, que o terapeuta interpreta e integra no processo clínico. Uma parte importante desta relação terapêutica consiste na atenção que o terapeuta dirige às próprias respostas emocionais e cognitivas que emergem da transferência do paciente (Edwards, 2016). A transferência — entendida como a sintonia inconsciente de afetos, perceções e pensamentos entre paciente e terapeuta (ou entre os membros de um grupo) — constitui um canal emocional fundamental. Em contexto grupal, observa-se frequentemente um fortalecimento das relações entre os participantes após experiências musicais partilhadas, como improvisações ou composições coletivas. Por outro lado, a contratransferência, que corresponde às reações emocionais do terapeuta face ao paciente, pode influenciar de maneira significativa o desenrolar do processo terapêutico (Høglend, 2014).

Ahonen (2018) destaca ainda a relevância do *self* do terapeuta na construção da relação terapêutica e lembra que, na musicoterapia, existe uma relação triangular entre terapeuta, paciente e música. Esta tríade manifesta-se em múltiplas camadas — verbais, não verbais,

musicais, emocionais, intrapessoais e interpessoais. A música ao vivo produzida pelo terapeuta deve ser cuidada e suficientemente equilibrada para não colocar em causa o sentimento de competência do paciente. Além disso, características como empatia, autenticidade, aceitação incondicional, paciência, imaginação e competência profissional são apontadas como essenciais para uma intervenção eficaz (AMTA, 2020; Borczonek, 2004; Silverman, 2015; Silverman, 2018).

A investigação empírica mostra que uma aliança terapêutica sólida está associada a melhorias clínicas mais significativas, maior eficácia da intervenção, melhor adesão ao processo terapêutico e níveis mais elevados de satisfação por parte dos pacientes (Bolsinger et al., 2020; Gavrielidou & Odell-Miller, 2017; Norcross & Lambert, 2018; Silverman, 2015). Pelo contrário, quando a relação terapêutica é frágil, tendem a aumentar as probabilidades de abandono precoce e o risco de comportamentos disruptivos (Bolsinger et al., 2020; Silverman, 2018).

Com o intuito de fortalecer a aliança terapêutica, Silverman (2015) propõe um conjunto de estratégias, entre as quais se destacam a validação da experiência do paciente, a expressão de consideração positiva incondicional, a execução de músicas apreciadas pelo paciente, a promoção da colaboração na resolução de problemas e a valorização do *feedback* recebido. Outras técnicas incluem a modelagem, o realismo na definição de expectativas, o reforço verbal e não verbal e a formulação empática de questões.

Complementarmente, Bruscia (2016) sugere abordagens para promover a empatia terapêutica, incluindo técnicas ativas, como imitação, sincronização, reflexão e incorporação de motivos musicais apresentados pelo paciente. No contexto da musicoterapia receptiva, o terapeuta tem o papel de escolher as peças musicais mais apropriadas, considerando sempre os gostos e as condições atuais do paciente (sejam elas físicas, emocionais ou cognitivas). Por exemplo, podem ser selecionadas músicas cujo andamento se alinhe com o ritmo cardíaco do indivíduo ou que espelhem sentimentos relevantes que este esteja a experienciar.

Em suma, a relação terapêutica na musicoterapia constitui-se como um pilar essencial e um motor dinâmico de todo o percurso de tratamento. A música atua como uma ponte comunicativa entre o musicoterapeuta e o paciente, o que, por sua vez, não só intensifica a aliança terapêutica, mas também simplifica a exteriorização de emoções, a comunicação interpessoal e o desenvolvimento pessoal. Por estas razões, a música demonstra ser um instrumento de grande potencial para impulsionar a mudança a nível clínico e no relacionamento estabelecido.

A Musicoterapia e os Seus Efeitos na Reabilitação

A música tem sido amplamente reconhecida como um estímulo capaz de provocar respostas imediatas no cérebro, com impacto significativo nas esferas emocional, cognitiva e motora. Bruscia (1998) descreve a música como um meio poderoso de induzir, orientar e evocar memórias, emoções e reações físicas, revelando o seu potencial como ferramenta terapêutica.

A literatura aponta para a importância de atividades que estimulem a atenção, a imaginação, a criatividade, o movimento e a memória no fortalecimento das conexões cerebrais. Nesse sentido, os programas de reabilitação devem integrar práticas diversificadas que considerem simultaneamente os domínios fisiológico e cognitivo (Jauset, 2016). Este princípio encontra suporte na neuro-plasticidade, entendida como a capacidade do cérebro de reorganizar-se, quer na sequência de uma lesão, quer ao longo de processos degenerativos.

De acordo com Thaut (2005), ações como tocar ou ouvir música de forma ativa promovem a ativação de múltiplas regiões cerebrais responsáveis por funções cognitivas, percepção física e visual, organização mental e processamento sonoro. Estas atividades afetam também a dimensão emocional, a sensação física das vibrações sonoras, a memória e os movimentos envolvidos na execução musical. Posteriormente, o autor reforça que a música, pela sua estrutura rítmica, melódica e temporal, contribui para a reativação de habilidades funcionais perdidas, ao estimular áreas cerebrais envolvidas no controlo motor, cognição, emoção e motivação (Thaut, 2018).

Neste contexto, a música surge como uma ferramenta eficaz na reabilitação, promovendo a recuperação funcional, o bem-estar emocional e a melhoria da comunicação (Magee et al., 2009). Especificamente em pessoas com LCA, a música tem mostrado ser eficaz na estimulação de áreas associadas à memória, ao controlo motor e à percepção emocional, contribuindo para a neuro-plasticidade e recuperação funcional (Magee et al., 2009). A estimulação das redes neuronais através da música pode favorecer a recuperação de competências motoras essenciais, como a coordenação e o controlo físico, fundamentais para a realização de atividades diárias e o reforço da autonomia (Benenzon, 2011).

Evidências recentes obtidas por técnicas de neuroimagem indicam que as áreas auditivas do cérebro mantêm conexões funcionais e anatómicas extensas com regiões motoras, cognitivas, emocionais e motivacionais. Estas ligações, envolvendo redes auditivo-frontais, auditivo-motoras e auditivo-límbicas, reforçam a ideia de que a estimulação musical regular e precoce pode potenciar a plasticidade cerebral (Thaut, 2018). Neste âmbito, Altenmüller (2013) destaca que a prática contínua de atividades musicais — como tocar instrumentos ou escutar

música — contribui para alterações cerebrais estruturais e funcionais, explicando, por exemplo, os níveis de adaptação observados em músicos profissionais.

De forma integrada, a prática clínica da musicoterapia serve para apoiar a recuperação física, emocional e cognitiva dos pacientes (American Music Therapy Association, 2005). A utilização da música neste contexto terapêutico evidencia-se como promotora de conexões neuronais para além das áreas auditivas, sendo particularmente relevante no tratamento de patologias neurológicas.

Leins (2012) descreve a música como uma linguagem sonora com estrutura temporal complexa, capaz de ativar diversos domínios cerebrais — incluindo sistemas sensoriais, motores e emocionais. Esta perspetiva alinha-se com a definição de musicoterapia proposta por Bruscia (1991), que a concebe como um processo interpessoal no qual o terapeuta utiliza os múltiplos elementos da música — físicos, emocionais, mentais, sociais, estéticos e espirituais — para ajudar o paciente a melhorar, manter ou restaurar a saúde.

A Federação Mundial de Musicoterapia (2011) reforça esta visão, definindo a prática como uma intervenção terapêutica através da música em diferentes contextos — médicos, educacionais ou sociais — com o propósito de melhorar a qualidade de vida em todas as suas dimensões.

Na reabilitação neurológica de pessoas com LCA, a musicoterapia tem-se afirmado como uma abordagem eficaz, oferecendo intervenções personalizadas e significativas que visam a recuperação funcional e a melhoria da qualidade de vida. Para além da recuperação das funções cognitivas e motoras, a musicoterapia promove o envolvimento e a motivação do paciente, facilita a expressão emocional e oferece suporte não-verbal, aspetos particularmente relevantes nos processos de neuro-reabilitação (Hemmesch, 2020). Assim, a música desempenha um papel importante não só na reestruturação de competências motoras, cognitivas e comunicativas, como também na redução de sintomas depressivos e no aumento da motivação e bem-estar emocional (Thompson, 2022).

Intervenções que envolvem ritmo e movimento, como o uso de instrumentos de percussão, podem contribuir para a melhoria da coordenação motora e do tônus muscular, especialmente em pacientes com hipotonia (Kim et al., 2011). Estes ganhos traduzem-se em maior independência funcional, melhor coordenação bi-manual e redução das tensões musculares (Benenzon, 2011).

Além disso, a música apresenta benefícios significativos ao nível da cognição, com estudos a demonstrar melhorias na atenção, memória e perceção (Jones et al., 2021). Em casos de afasia ou dificuldades comunicacionais, o canto pode servir como ferramenta eficaz na

rearticulação da linguagem e recuperação de estruturas linguísticas danificadas (Magee et al., 2009). Desta forma, a musicoterapia oferece um complemento relevante às abordagens tradicionais de reabilitação, promovendo estímulos que favorecem a plasticidade cerebral e a reorganização funcional.

Musicoterapia e Qualidade de Vida: Reabilitação, Identidade e Emoção

A musicoterapia tem-se revelado uma ferramenta terapêutica relevante na promoção da autonomia de pessoas com LCA, contribuindo para o desenvolvimento da coordenação motora, o desempenho de atividades da vida diária e o fortalecimento da autoestima e da confiança pessoal (Kim et al., 2011). O envolvimento com a música, ao evocar prazer e motivação, facilita a participação ativa dos pacientes no processo de reabilitação, uma vez que está associado à libertação de neurotransmissores como a dopamina, responsáveis pela modulação da motivação e da recompensa (Thaut & Gardiner, 2014).

Neste contexto, a qualidade de vida constitui um constructo central na reabilitação neurológica, sendo amplamente reconhecida como um dos principais indicadores da eficácia das intervenções terapêuticas. A sua avaliação permite mensurar o impacto das sequelas da lesão, possibilitando a adaptação das estratégias clínicas às necessidades funcionais, emocionais e sociais do paciente (Costanza et al., 2007). De acordo com a Brain Injury Association of America (2023), esta avaliação possibilita a identificação de domínios críticos, como a autonomia, o bem-estar psicológico e a integração social, fundamentais para a reestruturação da vida após uma lesão cerebral.

As consequências da LCA frequentemente incluem um declínio significativo na qualidade de vida, com alterações cognitivas, emocionais e comportamentais que comprometem a adaptação da pessoa ao seu contexto familiar e social (Gordon et al., 2006; Lezak et al., 2004). A musicoterapia, ao promover a reconexão com a identidade pessoal, a expressão emocional e a comunicação funcional, pode facilitar a reintegração psicossocial do paciente, contribuindo positivamente para a sua qualidade de vida (Thaut, 2008).

Adicionalmente, a LCA pode comprometer aspetos centrais da experiência humana, designados por alguns autores como os “ingredientes da vida” — identidade, personalidade, emoções, relações interpessoais e autonomia. O processo de reabilitação, nestes casos, vai além da recuperação física, implicando igualmente uma reconstrução emocional e psicológica. A perda de competências associadas à identidade pessoal, como o exercício profissional ou a prática de atividades significativas, pode gerar sentimentos de descontinuidade e fragilidade

identitária, especialmente perante as novas limitações impostas pela lesão (Purdie et al., 1997, em Bradt et al., 2010).

A musicoterapia pode desempenhar um papel crucial na reconstrução da identidade e na promoção da autorregulação emocional. A utilização de músicas pessoalmente significativas possibilita o acesso a memórias autobiográficas e a sentimentos de continuidade com o *self* pré-lesão, promovendo o reconhecimento de si e a aceitação da nova realidade. Além disso, o envolvimento musical favorece a expressão de emoções que, por vezes, são difíceis de verbalizar, contribuindo para o alívio emocional e para o fortalecimento da autoestima (American Music Therapy Association, 2005; Bruscia, 2016).

Do ponto de vista relacional, a musicoterapia pode ainda facilitar a reconstrução de vínculos interpessoais, atuando como mediador da comunicação em pacientes com dificuldades expressivas. A LCA pode comprometer severamente as capacidades comunicativas, conduzindo a situações de isolamento social. A prática musicoterapêutica, ao estimular a interação e a expressão, configura-se como um recurso valioso para o desenvolvimento de competências sociais e a reativação da rede de apoio (Twyford & Watson, 2008, em Magee et al., 2009).

Ao potenciar a motivação, facilitar a regulação emocional, promover a reconstrução da identidade e fomentar a integração social, a musicoterapia contribui de forma abrangente para a percepção positiva do processo de reabilitação e para a melhoria efetiva da qualidade de vida de pessoas com lesão cerebral adquirida.

A Musicoterapia Neurológica: Indicações, Técnicas e Benefícios

A musicoterapia neurológica (MTN) tem vindo a consolidar-se como uma abordagem terapêutica baseada em evidência científica, particularmente relevante em contextos de LCA. De acordo com Hald (2019), a indicação da musicoterapia nestes pacientes assenta numa avaliação abrangente das necessidades motoras, comunicacionais, linguísticas, emocionais, sociais e psicossociais, permitindo o delineamento de planos terapêuticos personalizados orientados para a recuperação funcional e para o bem-estar global da pessoa.

O desenvolvimento da MTN remonta aos anos 1990, no âmbito da investigação biomédica translacional em música, culminando na sistematização de 20 técnicas terapêuticas distribuídas por três domínios principais: cognitivo, sensoriomotor e de linguagem (Thaut, 2016). Esta abordagem distingue-se por assentar em modelos neurocientíficos da percepção e da produção musical, sendo sustentada por uma sólida base de evidência e prática clínica (Aldridge, 2005; Thaut, 2005; Baker et al., 2006; L'Etoile, 2010).

No domínio sensoriomotor, a MTN tem revelado particular eficácia através da influência dos estímulos rítmicos musicais nos padrões de movimento. Janzen (2021) salienta que o tempo intrínseco à música regula o ritmo dos movimentos, modulando padrões espaço-temporais e favorecendo a recuperação funcional. Tal eficácia é explicada pela rede de conexões entre o sistema auditivo e as estruturas motoras da medula espinhal, tronco encefálico e áreas corticais e subcorticais (Bahrami, 2017). Técnicas como a Rhythmic Auditory Stimulation demonstraram benefícios na marcha de pessoas com doença de Parkinson ou sequelas de acidente vascular cerebral, promovendo maior regularidade, simetria e velocidade (Thaut et al., 1996; McIntosh et al., 1997).

Relativamente à linguagem e comunicação, a MTN tem sido aplicada de forma eficaz em perturbações como a afasia. O ritmo e a entoação desempenham um papel fundamental na organização da fala, sendo a melodia particularmente útil na ativação de áreas não verbais preservadas após a lesão (Meulen, 2016). A *Melodic Intonation Therapy*, baseada na utilização de padrões melódicos e rítmicos para facilitar a fala espontânea e voluntária, tem evidenciado melhorias significativas (Schlaug et al., 2008). Outras técnicas incluem o MUSTIM (*Musical Speech Stimulation*), que recorre a músicas familiares para evocar respostas verbais; o VIT (*Vocal Intonation Therapy*), centrado no treino da entoação e do controlo respiratório; e o TS (*Therapeutic Singing*), que explora o canto como meio de desenvolver articulação e fluência verbal (Thaut, 2005).

No campo da cognição, a musicoterapia neurológica promove melhorias na atenção, memória e funções executivas, aspetos frequentemente comprometidos em pacientes neurológicos (Raglio, 2015). A memória musical tende a permanecer preservada durante mais tempo do que outros tipos de memória, constituindo um recurso valioso na presença de défices (Thaut, 2015). Técnicas como o *Musical Echoic Training*, que estimula a memória auditiva de curto prazo através de padrões rítmicos, o *Music Mnemonics Training*, que reforça a atenção visual e espacial, e o *Associative Mood and Memory Training*, que recorre a estados emocionais para evocar recordações, ilustram a versatilidade deste domínio (Thaut, 2005).

Do ponto de vista neurocientífico, a eficácia da MTN assenta em mecanismos como a neuroplasticidade e o *entrainment*¹. Este último consiste na sincronização da frequência de um sistema com estímulos externos, sendo particularmente evidente na resposta do sistema auditivo humano a padrões rítmicos, com elevada precisão temporal (Nombela et al., 2013; Thaut, McIntosh & Hoemberg, 2015). Estudos demonstraram a possibilidade de sincronizar estímulos

¹ Capacidade que o cérebro humano tem de sincronizar processos biológicos internos (como a frequência cardíaca, o ritmo respiratório ou o ritmo motor) com um estímulo externo e rítmico.

auditivos com padrões de movimento em pacientes com perturbações motoras, verificando melhorias não apenas na cadência, mas também em parâmetros espaciais e de força (Thaut et al., 2015). O *entrainment* tem igualmente sido explorado na reabilitação cognitiva e comunicacional, com resultados promissores na memória, articulação e fluência discursiva (Altenmüller & Schlaug, 2013; Bunt & Hoskyns, 2002).

Outro mecanismo implicado é a ativação do sistema de neurónios-espelho, localizado no córtex motor pré-frontal, que se ativa tanto na execução como na observação de uma ação. A música tem demonstrado a capacidade de ativar estes neurónios, sugerindo que experiências musicais podem induzir alterações funcionais e estruturais relevantes para a aprendizagem, a linguagem e a interação social (François, Grau-Sánchez, Duarte & Rodriguez-Fornells, 2015). A componente motivacional da música acrescenta ainda valor clínico, funcionando como fator de envolvimento e de adesão às terapias, sobretudo em contextos onde a desmotivação é comum (Raglio et al., 2015).

A MTN inclui igualmente uma vertente socioemocional significativa. Práticas como a improvisação, a recriação e discussão de canções, bem como a composição musical, têm-se mostrado eficazes na expressão e regulação das emoções, na promoção da comunicação e na construção de relações empáticas entre terapeuta e utente (Pacchetti et al., 2000; Baker et al., 2006; Raglio, 2015). A escuta e discussão de canções pode facilitar processos de recordação e análise de experiências pessoais (Bruscia, 1991; Wigram et al., 2002), enquanto a composição encoraja a projeção de sentimentos na música e o desenvolvimento de estratégias de *coping*, com potencial terapêutico significativo (Baker & Wigram, 2005; Wigram, 2004).

A improvisação, por sua vez, constitui um espaço de expressão não verbal que possibilita a emergência de conteúdos difíceis de comunicar, funcionando como ferramenta de regulação emocional e aceitação da condição clínica (Bruscia, 1991; Gardstrom, 2001). Estudos indicam que esta prática pode desencadear movimentos ou expressões verbais não observados fora do contexto musical (Pacchetti et al., 2015), resultado da ativação integrada de áreas cerebrais associadas à criatividade e à diminuição da automonitorização (Raglio et al., 2015). Além disso, a improvisação estimula o córtex pré-frontal mediano, região associada à memória autobiográfica, autoexpressão e narrativa pessoal, contribuindo para ganhos em comunicação e expressão emocional (Tomaino, 2013).

Assim, a musicoterapia neurológica, integrando técnicas dirigidas à cognição, linguagem, motricidade e dimensões socioemocionais, configura-se como uma intervenção abrangente e eficaz na reabilitação neurológica, permitindo ao utente recuperar competências

funcionais, mas também reencontrar formas de expressão e de ligação consigo próprio e com os outros (Wan & Schlaug, 2010; Altenmüller & Schlaug, 2015).

Abordagem Plurimodal

Partindo dos fundamentos da musicoterapia neurológica, cuja prática está ancorada em modelos neurocientíficos e técnicas estruturadas para reabilitação funcional, é pertinente alargar a compreensão da intervenção musicoterapêutica para além dos parâmetros predominantemente biomédicos. Nesse sentido, a abordagem plurimodal propõe uma perspetiva ampliada e integradora da pessoa, valorizando a totalidade da experiência humana — biológica, psicológica, social e espiritual — e oferecendo um enquadramento terapêutico centrado na escuta das dimensões subjetivas e relacionais da pessoa em contexto clínico.

A abordagem plurimodal, desenvolvida por Schapira et al. (2007), assenta numa conceção integradora do ser humano, compreendido como uma unidade biopsicossocioespiritual. Esta perspetiva holística favorece um aprofundamento do universo interno da pessoa, ampliando a compreensão da sua vivência subjetiva e promovendo uma escuta terapêutica mais sensível às múltiplas dimensões da experiência humana.

Na perspetiva psicodinâmica, a música é vista como um instrumento terapêutico fundamental, pois permite transpor as barreiras da fala e estabelecer contacto com o domínio do inconsciente (Wheeler, 1981).

A interação com a música, ao despertar emoções e sentimentos através de uma via não-verbal, facilita o aparecimento de mecanismos de defesa característicos da perspetiva analítica, assim como de fenómenos de transferência e contratransferência. Estes elementos demonstram ser fundamentais para a organização da sessão terapêutica e para a dinâmica psíquica do terapeuta e do paciente (Schapira et al., 2007).

O percurso e as vivências de cada indivíduo influenciam as suas formas de relacionamento, a sua postura na sociedade e as suas ações diárias. Dentro deste contexto, a música assume o papel de um veículo de eleição para a representação simbólica do mundo interior, transportando consigo conteúdos emocionais e inconscientes que funcionam como a matriz afetiva subjacente ao pensamento (Priestley, 1975, conforme citado em Schapira et al., 2007).

Ao longo do processo terapêutico, estas vivências podem ser elaboradas, permitindo ao sujeito reconstruir sentidos e integrar experiências emocionais fragmentadas.

Tanto os mecanismos de defesa como os fenómenos transferenciais que emergem na prática musicoterapêutica são análogos aos que se verificam em contextos de psicoterapia

analítica. A dinâmica relacional entre terapeuta e paciente — marcada por projeções mútuas — influencia profundamente o processo terapêutico, sendo considerada uma componente essencial da intervenção na abordagem plurimodal (Schapira et al., 2007).

Em termos teóricos, esta perspectiva foi construída a partir de várias orientações de musicoterapia, nomeadamente a musicoterapia analítica, o modelo Nordoff-Robbins e o modelo Benenzon, aos quais se juntou a musicoterapia morfológica. Adicionalmente a estes quadros específicos da disciplina, a abordagem plurimodal integrou também contribuições significativas da psicologia, da filosofia e da neuropsicologia.

Com o amadurecimento da aplicação clínica, surgiram conceitos originais que refletem a experiência adquirida, sendo de salientar a passagem do modelo tradicional biopsicossocial para um modelo expandido — o modelo biopsicossocioespiritual — que passa a considerar a dimensão da espiritualidade como um núcleo central nos cuidados terapêuticos (União Brasileira das Associações de Musicoterapia [UBAM], 2011).

Um dos princípios orientadores cruciais desta abordagem é o reconhecimento da individualidade de cada pessoa no que diz respeito à forma como se expressa e percebe o meio, designados como "modos expressivos recetivos". Esta visão pressupõe que a prática musicoterapêutica deve ser adaptada às particularidades do paciente, em vez de se fixar rigidamente num único modelo teórico, técnica ou estilo musical.

Neste sentido, a aplicação prática da abordagem plurimodal foi estruturada em quatro pilares principais de intervenção: improvisações musicais com fins terapêuticos, trabalho que envolve canções, técnicas de escuta recetiva e a utilização criteriosa de música gravada. A seleção do eixo de intervenção mais apropriado é determinada pelas características individuais do paciente ou do grupo, bem como pela fase do processo terapêutico em que se encontram (UBAM, 2011; Sotta, 2023).

Em 2021, este modelo integrava um conjunto estruturado de 44 técnicas terapêuticas, (Sotta, 2023), demonstrando a sofisticação e adaptabilidade desta abordagem perante as múltiplas necessidades clínicas e expressivas dos pacientes.

Domínios de Aplicação e Estratégias Técnicas pela Abordagem Plurimodal

A abordagem plurimodal em musicoterapia caracteriza-se pela integração flexível de diferentes modalidades de intervenção — ativas, recetivas e verbais — que permitem responder de forma abrangente às dimensões motora, cognitiva, comunicacional e emocional da pessoa em processo de reabilitação. Este modelo baseia-se na capacidade do terapeuta de transitar entre

diversos modos de relação terapêutica e de expressão musical, ajustando as técnicas às necessidades e ao estado clínico do paciente em cada momento (Leite, 2008; Bruscia, 2014).

Um dos domínios centrais desta abordagem é o das improvisações musicais terapêuticas, que podem ser não referenciais, quando o foco está na comunicação puramente musical e na expressão emocional imediata, ou referenciais, quando a música evoca conteúdos associativos, descritivos ou simbólicos. Estas formas de improvisação favorecem o acesso a níveis pré-verbais de experiência, promovendo a regulação emocional, a expressão simbólica e a reconstrução da identidade após a lesão (Wigram, 2004; Aigen, 2014). No contexto da reabilitação neurológica, a improvisação assume também um papel importante na estimulação motora e cognitiva, ao envolver o ritmo, a coordenação e a atenção sustentada.

Outro domínio relevante é o trabalho com canções, que engloba técnicas como a criação de canções pessoais, a recriação ou colagem de canções, o canto conjunto ou a reflexão sobre letras significativas. Estas estratégias favorecem a expressão emocional, a coesão grupal e a integração autobiográfica, funcionando como um espaço simbólico entre a experiência individual e o coletivo. De acordo com Baker e Wigram (2005), o uso da canção em contexto terapêutico potencia o sentimento de continuidade e identidade, especialmente em pessoas que vivenciam alterações profundas na sua autoimagem e funcionalidade.

As técnicas recetivas, como a audição de música editada, o banho sonoro, o desvanecimento musical dirigido ou a estimulação de imagens e sensações através do som, visam promover relaxamento, ativação de memórias e integração emocional. Estas práticas assentam na capacidade da música em induzir estados de consciência ampliada e em facilitar o contacto com o mundo interno do paciente (Bonny & Savary, 1990; Bunt & Stige, 2014). Em contextos de reabilitação, estas técnicas revelam-se particularmente úteis para reduzir a ansiedade, aumentar a consciência corporal e favorecer a imagética positiva relacionada com o movimento e o bem-estar.

Por fim, o uso seletivo de música editada, quer como acompanhamento, suporte expressivo ou material personalizado, permite reforçar a continuidade terapêutica entre sessões e integrar o mundo musical do paciente no processo clínico. Esta prática valida as suas preferências culturais e identitárias, reforçando a ligação entre o espaço terapêutico e o quotidiano (Bruscia, 2014).

A literatura contemporânea evidencia que modelos plurimodais e interdisciplinares de musicoterapia, quando integrados em programas de reabilitação, produzem efeitos positivos na regulação do humor, na comunicação interpessoal e na reintegração social (Magee, 2019; Tamplin et al., 2013). A articulação entre métodos ativos e recetivos, aliada à colaboração entre

diferentes disciplinas terapêuticas, potencia os resultados da reabilitação ao conjugar a recuperação funcional com o bem-estar psicossocial, respondendo de forma mais completa às necessidades complexas das pessoas com lesão cerebral adquirida.

Técnicas de Intervenção em Musicoterapia

Na área da musicoterapia, Bruscia (2016) estabeleceu uma distinção entre duas categorias de métodos: os ativos e os recetivos. Os métodos ativos englobam práticas como a improvisação, a composição e a reinterpretação musical, tendo como finalidade a expressão emocional, a exploração de questões pessoais, a reflexão sobre essas experiências e a procura de soluções através da linguagem sonora e da música. Por outro lado, as técnicas recetivas baseiam-se na audição musical — seja de gravações ou de performances executadas pelo terapeuta ao vivo — com o objetivo de gerar uma experiência sensorial que estimule a assimilação das vibrações musicais, a introspeção e a recuperação de memórias ou eventos com significado. Adicionalmente, Unkefer e Thaut (2005) propõem uma variedade de programas e técnicas que integram a experiência musical tanto em sessões individuais como em grupo, e que também articulam a música com outras formas de expressão artística.

A prática da musicoterapia rege-se, portanto, por uma abordagem que coloca a pessoa no centro, priorizando as necessidades e particularidades de cada paciente em detrimento de uma correspondência estrita com o diagnóstico clínico. Embora a natureza da patologia possa influenciar as estratégias de tratamento e a postura do terapeuta, os estudos sugerem que o diagnóstico clínico tem uma influência limitada na decisão específica sobre as técnicas a serem utilizadas (Gold et al., 2009). Assim, a escolha de intervenções individualizadas resulta da consideração de múltiplos fatores, sendo o diagnóstico apenas um deles. Silverman (2015) identificou vários métodos frequentemente empregados em contextos psiquiátricos, tais como a criação e análise de letras de músicas, a recriação de peças musicais, o trabalho com ritmos e a improvisação. Segundo Gold et al. (2009), a experiência musical adquire o seu verdadeiro potencial terapêutico quando é integrada num vínculo terapêutico bem estruturado.

A fase de verbalização e reflexão subsequente à vivência musical constitui, de igual modo, um aspeto vital do processo terapêutico, pois permite atribuir sentido à experiência e relacioná-la com o percurso de vida do paciente (Gold et al., 2009). Garred (2004) sublinha que o potencial de transformação da experiência musical, em conjunto com a análise verbal posterior, varia consoante o modelo terapêutico em uso e as características idiossincráticas do paciente. Contudo, Bruscia (1998) faz a ressalva de que intervenções que se apoiam unicamente nos efeitos diretos da música, desconsiderando o elemento relacional do processo terapêutico,

não devem ser classificadas como musicoterapia. Tais práticas, de acordo com o autor, enquadram-se melhor no que se designa por “medicina musical” (Gold et al., 2009).

Improvisações Musicais Terapêuticas

De acordo com Bruscia (1987) e Wigram (2004), a improvisação configura-se como uma das formas mais distintivas de interação musical em contexto musicoterapêutico, sendo considerada um elemento central em múltiplos modelos de intervenção. Esta prática assenta na criação musical espontânea entre terapeuta e paciente, realizada através da utilização de instrumentos previamente selecionados por ambos. A improvisação pode assumir um carácter totalmente livre ou decorrer dentro de uma estrutura predefinida, abordando conteúdos musicais e extramusicais.

Os musicoterapeutas recebem formação específica que lhes permite intervir terapeuticamente durante o processo de improvisação. Essa intervenção pode passar, por exemplo, pela oferta de uma base harmónica ou rítmica, com o objetivo de apoiar, clarificar, desafiar ou confrontar a expressão musical do paciente (Gold et al., 2009).

A improvisação musical possibilita a expressão de um leque alargado de ideias e emoções num ambiente seguro, beneficiando da estruturação e previsibilidade rítmica inerentes à música. Esta prática pode recorrer a instrumentos convencionais, objetos sonoros não tradicionais ou ao próprio corpo, incluindo a utilização da voz. A produção sonora pode ser livre ou integrar diferentes níveis de estruturação, consoante os objetivos terapêuticos definidos (Wheeler et al., 2005).

Recriação de Canções

A técnica de recriação de canções consiste na interpretação vocal ou instrumental de composições musicais já existentes, podendo também englobar produções musicais, jogos e outras atividades fundamentadas em elementos da linguagem musical. Esta prática é aplicável tanto em intervenções individuais como em contexto grupal, proporcionando ao paciente uma oportunidade de expressão autêntica dentro de um enquadramento sonoro estruturado.

Adicionalmente, permite o acesso a *feedback* terapêutico, quer proveniente do musicoterapeuta, quer dos restantes pessoas do grupo, quando tal se aplica (Wheeler et al., 2005).

A aplicação desta técnica contribui significativamente para o fortalecimento da perceção de competência do paciente relativamente às tarefas propostas, oferecendo-lhe a oportunidade de se vivenciar como alguém capaz, escutado e validado no contexto relacional. Esta

experiência favorece o desenvolvimento de vínculos interpessoais e promove sentimentos de autoconfiança e pertença — fatores considerados essenciais no âmbito do processo terapêutico (Wheeler et al., 2005).

Criação de Canções

No contexto da intervenção musicoterapêutica, a técnica de criação de canções configura-se como uma ferramenta que possibilita ao paciente o desenvolvimento da sua criatividade e a expressão de pensamentos, emoções e necessidades por meio da linguagem musical. Este processo pode contribuir para o fortalecimento da autoestima, ao proporcionar uma experiência de produção musical pessoal que reforça sentimentos de competência e autoeficácia.

Simultaneamente, a canção criada pode adquirir um valor simbólico, representando uma manifestação autêntica da identidade do paciente e fomentando um sentimento de pertença. Além disso, essa criação musical pode ser rememorada, reinterpretada ou partilhada em momentos ou contextos significativos para o próprio, incluindo com pessoas próximas (Wigram & Baker, 2005).

A criação de canções por adultos tem-se revelado um método eficiente para o suporte emocional, espiritual e psicológico, promovendo o desenvolvimento da autoconsciência, a resolução de tensões internas e a exteriorização de conteúdos afetivos que, por vezes, não conseguem ser adequadamente transmitidos pela linguagem falada (Wigram & Baker, 2005).

A implementação desta técnica pode variar no seu grau de organização. Em configurações mais formais, é solicitado ao paciente que complete frases já estabelecidas, em formatos moderados, sugere-se a alteração de versos numa música já existente, e nas abordagens mais espontâneas, a composição acontece de forma livre, abrangendo tanto a letra como a melodia (Silverman, 2015).

Além do aspeto puramente musical, a composição de canções estimula a comunicação, quer seja verbal ou não-verbal, facilitando o aprofundamento das interações terapêuticas. As vantagens desta prática podem ir além, seja pelas experiências relacionais vivenciadas no processo, seja pela oportunidade de partilha da canção com o círculo familiar, amigos ou em atuações públicas (Wigram & Baker, 2005).

Durante este percurso, a função do musicoterapeuta é de facilitar e guiar, assistindo o paciente na elaboração de um resultado final que o represente plenamente, tanto em termos musicais como terapêuticos. A música criada pode ser gravada, ouvida e discutida em sessões seguintes, funcionando como um recurso terapêutico complementar. Neste quadro, a

composição musical serve como um meio de expressão completo, que permite canalizar sentimentos, descrever vivências, harmonizar conflitos e contar a história de vida do paciente através de uma linguagem que conjuga elementos falados e não-verbais (Wheeler et al., 2005).

Audição de Música Gravada

A audição de música editada, também designada por técnica recetiva, constitui uma modalidade de intervenção em musicoterapia que permite à pessoa experienciar a música predominantemente através da escuta. Esta vivência pode suscitar respostas diversificadas, que se manifestam de forma silenciosa, verbal ou mediante outras expressões não-verbais, dependendo das características e necessidades do paciente.

Enquanto técnica recetiva, a audição musical pode ser orientada para uma multiplicidade de finalidades terapêuticas. Entre estas destacam-se a promoção de um estado de recetividade e atenção, a estimulação de processos de evocação de memórias e associações, a facilitação do relaxamento e a abertura à exploração de conteúdos internos de natureza emocional ou cognitiva.

A escuta pode ser realizada com base em música ao vivo, interpretada pelo musicoterapeuta, ou através da utilização de gravações previamente seleccionadas. A escolha do material sonoro é efetuada em consonância com os objetivos terapêuticos delineados, considerando o perfil do paciente e o contexto clínico em que a intervenção se insere (Matoso & Oliveira, 2017).

Grupos Terapêuticos

A musicoterapia pode ser desenvolvida em regime individual ou em grupo. A intervenção grupal reveste-se de especial relevância, considerando que o ser humano é, por essência, um ser social, inserido em múltiplos contextos relacionais ao longo da vida. Muitos dos desafios experienciados têm origem precisamente em situações sociais, sendo, por isso, pertinente que o ambiente terapêutico reflita esta dimensão interpessoal (Wheeler, Shultis & Polen, 2005).

Ao integrar diversos grupos — profissionais, sociais ou recreativos — ao longo do seu percurso, é natural que a pessoa encontre na experiência grupal um espaço privilegiado de expressão, identificação e aprendizagem. Para que o contexto terapêutico de grupo seja efetivamente transformador, é essencial que certos fatores estejam presentes. Entre os elementos mais importantes do processo terapêutico, salientam-se: o incentivo à esperança, que ocorre quando as melhorias observadas nalguns pacientes motivam os restantes; o sentimento

de que não se está isolado, o qual permite aos membros perceberem que as suas dificuldades não são únicas; a troca de conhecimentos e informações relevantes; a prática do altruísmo; o aprimoramento das capacidades de interação social; a aquisição de novos comportamentos por meio da imitação; a aprendizagem que resulta das relações interpessoais; o aumento da união e do sentido de pertença no grupo; a experiência da catarse como um meio de libertação emocional construtiva; e o despertar para questões existenciais de maior profundidade (Rutan, Stone & Shay, 2014; Wheeler et al., 2005; Yalom & Leszcz, 2005).

No contexto de grupo, tal como na vida quotidiana, cada pessoa desempenha múltiplos papéis. Inicialmente, o terapeuta é o único com um papel claramente estabelecido; no entanto, à medida que o grupo evolui, os membros vão progressivamente assumindo diferentes funções. Benne e Sheats (1948) classificam esses papéis em três grandes categorias: papéis orientados para a tarefa, papéis de manutenção do grupo e papéis auto-orientados. Bernard e MacKenzie (1994) apresentam uma tipologia complementar, incluindo o papel estrutural (relacionado com a liderança), o papel sociável (centrado nas interações interpessoais), o papel divergente (associado à introdução de perspectivas alternativas ou à contestação) e o papel cauteloso (frequentemente relacionado com uma atitude reservada e observadora).

A constituição e desenvolvimento de um grupo terapêutico tendem a seguir uma progressão em quatro fases distintas. A primeira, denominada fase formativa, caracteriza-se pelo estabelecimento dos primeiros contactos, num ambiente marcado pela reserva, pela procura de segurança e pela exploração inicial das dinâmicas grupais. Segue-se a fase reativa, onde emergem traços individuais mais pronunciados, frequentemente acompanhados de tensões ou conflitos interpessoais, exigindo das pessoas maior capacidade de regulação emocional e disponibilidade para a partilha autêntica. A terceira fase, de maturação, corresponde a um momento de funcionamento mais autónomo e eficaz, com partilha de liderança, espontaneidade crescente e maior competência na gestão emocional e relacional. Por fim, a fase de separação representa o encerramento do processo terapêutico, implicando uma reflexão conjunta sobre o percurso realizado e a projecção de aprendizagens futuras (Rutan et al., 2014; Wheeler et al., 2005).

Esta última etapa revela-se particularmente sensível, podendo evocar emoções intensas relacionadas com a despedida. Por esse motivo, recomenda-se que inclua momentos de avaliação partilhada, expressão emocional consciente e rituais de encerramento apropriados, facilitando uma conclusão saudável e integradora do processo terapêutico (Wheeler et al., 2005).

Assim, compreende-se que a prática musicoterapêutica em contexto de reabilitação neurológica deve ser pensada de forma integrada, articulando a dimensão individual e grupal, e considerando as especificidades de cada paciente e o enquadramento clínico em que se insere.

Em síntese, o enquadramento teórico aqui apresentado permite compreender que a intervenção em musicoterapia junto de pessoas com lesão cerebral adquirida — seja por AVC ou TCE — deve assentar numa perspetiva integrativa e multidimensional. A literatura evidencia que estas condições implicam não apenas défices motores e cognitivos, mas também alterações emocionais, sociais e identitárias que exigem uma abordagem terapêutica abrangente, centrada na pessoa. Neste contexto, a musicoterapia surge como uma ferramenta promotora de reabilitação e de qualidade de vida, capaz de estimular a plasticidade cerebral, favorecer a comunicação, a expressão emocional e o restabelecimento do sentido de *self*. Assim, torna-se evidente que os objetivos de um projeto de intervenção musicoterapêutica devem orientar-se para a recuperação funcional e psicossocial, promovendo a autonomia, a integração social e o bem-estar global dos pacientes, em articulação com a restante equipa multidisciplinar.

Objetivos Gerais

O estágio em Musicoterapia, desenvolvido no âmbito da prática supervisionada do Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, teve como principais objetivos:

- Promover o fortalecimento da identidade e a validação pessoal de pacientes com TCE e AVC, através da exploração de memórias musicais e de experiências sonoras associadas à construção do *self*.
- Facilitar a expressão emocional e o bem-estar psicológico dos pacientes, avaliando o impacto da utilização terapêutica da música na autorregulação emocional e na percepção de qualidade de vida.
- Sensibilizar e envolver a equipa multidisciplinar do CRPG, promovendo o reconhecimento da musicoterapia como componente complementar no processo de reabilitação neurológica e na promoção global do bem-estar dos pacientes.
- Estimular competências sensório-motoras, cognitivas e comunicacionais, através da aplicação de técnicas musicoterapêuticas orientadas para o desenvolvimento funcional e para a adaptação aos diferentes contextos de vida das pessoas.

Método

O presente capítulo expõe a abordagem metodológica adotada ao longo do estágio em musicoterapia, como fundamentação das práticas que sustentaram a intervenção realizada no CRPG.

Os métodos utilizados foram delineados a partir da revisão da literatura especializada, articulando princípios teóricos com a realidade institucional e os recursos disponíveis no contexto de estágio.

Serão apresentados os critérios de seleção e caracterização das pessoas integradas no programa de musicoterapia, com especial atenção aos respectivos perfis clínicos. Proceder-se-á à descrição dos instrumentos de avaliação utilizados nos momentos de intervenção, os quais visaram monitorizar o progresso terapêutico e avaliar os efeitos da intervenção musicoterapêutica ao longo do acompanhamento.

Além disso, serão detalhados os procedimentos implementados nas diferentes fases do estágio, incluindo os métodos e técnicas de intervenção aplicadas especificamente em pacientes com lesão cerebral adquirida. A calendarização semanal das sessões será também descrita, proporcionando uma compreensão estruturada da organização temporal e funcional do programa.

Por fim, serão identificados e analisados outros projetos e atividades desenvolvidos pelo musicoterapeuta no decurso da sua integração na equipa multidisciplinar do CRPG, evidenciando a diversidade e abrangência da sua atuação.

Através desta análise, pretende-se refletir sobre a eficácia da musicoterapia enquanto intervenção complementar na reabilitação de adultos em idade ativa, que apresentam algum tipo de incapacidade, realçando a sua aplicabilidade prática e o seu valor terapêutico no seio de uma abordagem interdisciplinar.

Participantes

No presente estágio, foram intervencionadas um total de 30 pessoas. Dos 30 pacientes intervencionados em sessões grupais de musicoterapia, 22 eram do sexo masculino e 8 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 28 e os 57 anos.

A Tabela 1 apresenta os pacientes que beneficiaram de acompanhamento em musicoterapia em contexto de grupo, incluindo informação relativa ao grupo terapêutico a que pertenceram, idade, sexo e diagnóstico clínico.

Tabela 1 - Dados dos participantes (RAC-LCA 27)

RAC-LCA	Grupo Terapêutico	Identificação	Idade	Sexo	Lesão Cerebral
RAC-LCA 27	Grupo A	A.M.	53	Feminino	AVC
		C.S.	43	Masculino	AVC
		J.D.	39	Feminino	Hemorragia Cerebral
		P.G.	52	Masculino	AVC
	Grupo B	S.M.	31	Masculino	AVC
		B.C.	38	Masculino	Tumor Cerebral
		S.A.	48	Feminino	TCE
	Grupo C	R.P.	54	Masculino	AVC
		J.O.	57	Masculino	AVC
		C.A.	51	Masculino	Epilepsia

Tabela 2 - Dados dos participantes (RAC-LCA 28)

RAC-LCA	Grupo Terapêutico	Identificação	Idade	Sexo	Lesão Cerebral
RAC-LCA 28	Grupo D	P.T.	54	Feminino	AVC
		J.MR.	41	Masculino	Surto Psicótico /AVC
		F.N.	51	Masculino	Meningit e/Encefa lite
		B.C.	28	Feminino	AVC
	Grupo E	S.L.	49	Feminino	AVC
		L.M.	29	Masculino	TCE
		J.MT.	55	Masculino	AVC
	Grupo F	M.A.	48	Feminino	AVC
		J.M.	41	Masculino	AVC
		E.A.	49	Masculino	AVC

Tabela 3 - Dados dos participantes (RAC-LCA 29)

RAC-LCA	Grupo Terapêutico	Identificação	Idade	Sexo	Lesão Cerebral
29	Grupo G	J.F.	55	Masculino	Encefalite Herpética
		J.L.	36	Masculino	TCE
		J.R.	57	Masculino	AVC
		M.M.	52	Feminino	AVC
		J.L.	51	Masculino	AVC
	Grupo H	A.P.	55	Masculino	Tumor/AVC
		D.J.	52	Masculino	AVC
		R.S.	34	Masculino	AVC
		N.M.	39	Masculino	AVC
		G.O.	42	Masculino	AVC

Instrumentos de Avaliação

O estabelecimento das metas clínicas, o acompanhamento do desenvolvimento terapêutico dos pacientes nas sessões de musicoterapia e a comunicação dos dados obtidos para a cooperação entre diferentes disciplinas foram efetuados através do registo de observações de forma sistemática, da aplicação do método *Sounds of Intent* e da utilização de um instrumento de avaliação em escala. Estes recursos permitiram que a prática da musicoterapia fosse sustentada pela recolha, exame e avaliação ininterrupta da informação clínica pertinente a cada pessoa.

Sounds of Intent (SOI)

O instrumento Sounds of Intent (Anexo A) é um modelo de avaliação e *framework* pedagógico concebido para descrever e compreender o envolvimento e as capacidades musicais de pessoas, com um foco particular naqueles que apresentam dificuldades de aprendizagem, incluindo necessidades profundas e complexas. O instrumento avalia o desenvolvimento musical da pessoa em três domínios inter-relacionados que constituem as suas dimensões

centrais: a receptividade (*engagement and receptivity*), que avalia como a pessoa recebe e reage à música; a ação (*response and performance*), que avalia a produção musical ativa da pessoa através da voz, instrumentos ou movimentos; e a interação (*interaction and communication*), que avalia como a pessoa utiliza a música para se relacionar com outras pessoas ou para comunicar intenções. Estas dimensões são mapeadas ao longo de uma escala de desenvolvimento que se baseia na observação das manifestações mais singulares de envolvimento musical. O modelo é construído a partir das margens do espectro do desenvolvimento em direção ao centro, permitindo uma descrição abrangente das capacidades musicais humanas. O Sounds of Intent é um instrumento de observação e descrição qualitativa que gera dados organizados por níveis de envolvimento, permitindo ao terapeuta delinear o perfil musical do paciente, monitorizar o progresso ao longo do tempo (registando a transição entre diferentes níveis de envolvimento) e informar a prática clínica, adaptando as intervenções ao nível atual de capacidade e potencial do paciente.

Music Therapy Assessment Scale (MTAS)

A Music Therapy Assessment Scale (*MTAS*) (Anexo B), desenvolvida pela plataforma *Music Therapy Made Simple*, não é encarada como um instrumento de avaliação psicométrica, mas sim como um modelo de avaliação qualitativa e um *framework* de observação clínica estruturada. O seu propósito é auxiliar os musicoterapeutas no processo de descrição e sistematização da prática, permitindo uma abordagem mais organizada na observação do paciente (*Music Therapy Made Simple*, s.d.). Esta ferramenta foi utilizada para simplificar a recolha e a organização de informação relevante sobre o comportamento, as respostas musicais, as preferências e as necessidades dos pacientes, contribuindo para a elaboração de intervenções terapêuticas mais eficazes e individualizadas.

A *MTAS* é composta por três modelos distintos de avaliação, que foram desenvolvidos para oferecer flexibilidade e adaptabilidade a diferentes contextos terapêuticos e faixas etárias (*Music Therapy Made Simple*, s.d.). O modelo de avaliação abrangente, o mais extenso, foi utilizado como guião orientador com enunciados distribuídos por várias áreas de objetivos terapêuticos. Este modelo facilitou a observação sistemática, permitindo o registo não só de comportamentos observáveis, mas também a inclusão de anotações personalizadas de acordo com o contexto. O modelo de avaliação breve, com uma estrutura concisa, incluindo listas de verificação e espaço para comentários sobre pontos fortes, necessidades e respostas musicais observadas, foi utilizado para análises mais sucintas em sessões específicas. O modelo de avaliação para cuidados agudos, por sua vez, utiliza uma escala de Likert para registar as

respostas dos pacientes antes e depois da intervenção, tendo sido desenhado para medir o impacto imediato da sessão de musicoterapia. A utilização do *MTAS*, ao proporcionar um registo claro e organizado das observações clínicas e das respostas musicais, contribuiu significativamente para a articulação da informação com a equipa multidisciplinar e para o desenvolvimento de planos terapêuticos adequados às necessidades de cada pessoa.

Registos de Sessão Grupal

Os registos sistemáticos das sessões (Anexo C) foram elaborados com base num modelo fornecido pela orientadora de estágio, com o propósito de analisar e sistematizar a observação direta dos participantes. Estes registos estruturados demonstraram-se cruciais para a monitorização contínua da intervenção, pois incluíam parâmetros essenciais: uma descrição sumária do decurso da sessão e dos principais temas emergentes, a identificação de alterações no comportamento ou na dinâmica do grupo, o detalhe da música produzida (incluindo repertório, improvisações e instrumentos utilizados), e, finalmente, as reflexões do terapeuta e sugestões para intervenções futuras.

Adicionalmente à observação direta no local e ao preenchimento do registo específico, foi realizada uma análise pormenorizada das gravações de áudio e vídeo das sessões. Esta abordagem metodológica suplementar possibilitou um entendimento mais profundo e detalhado do decorrer do processo terapêutico, fornecendo, assim, uma perspetiva mais abrangente para a fundamentação das decisões no âmbito da prática da musicoterapia.

Procedimentos

O estágio curricular em musicoterapia decorreu no CRPG, no âmbito do programa holístico e interdisciplinar denominado RAC-LCA (reabilitação neuropsicológica em lesão cerebral adquirida), dirigido à reabilitação neuropsicológica de pessoas com lesão cerebral adquirida. Este percurso foi realizado sob a supervisão científica da Professora Doutora Sandra Guerreiro, coordenadora técnica do programa, e da Professora Doutora Isabel Almeida, neuropsicóloga da instituição.

O estágio teve início com a elaboração de um programa de intervenção em musicoterapia, validado pela direção técnica do CRPG. A fase inicial, que totalizou cerca de um mês, foi marcada pela integração e observação participante da estagiária na equipa técnica interdisciplinar, com o intuito de observar as práticas em vigor e conhecer o modelo de intervenção da instituição. Durante este período, a estagiária acompanhou várias sessões conduzidas por diferentes técnicos nas áreas de educação física adaptada, oficina, treino

cognitivo, tecnologias de informação e comunicação (TIC) e relações Interpessoais. Essa experiência permitiu-lhe compreender, de forma direta, a organização e implementação prática do PRN (Programa de Reabilitação Neurológica), bem como os efeitos positivos do trabalho interdisciplinar na promoção da funcionalidade e qualidade de vida dos pacientes com LCA.

Nesta fase observacional, a estagiária recolheu dados clínicos relevantes para o planeamento, tais como diagnóstico, perfil funcional, objetivos terapêuticos e formas de articulação profissional. As primeiras intervenções com os pacientes foram baseadas nas informações clínicas descritas nos processos individuais e nos relatórios da equipa multidisciplinar, sendo posteriormente complementadas por observação direta em sessão e por avaliações realizadas em diferentes momentos da intervenção (inicial, intermédia e final).

Seguiu-se a fase de intervenção clínica, que incluiu a implementação de sessões de musicoterapia com os participantes selecionados. A intervenção iniciou-se com uma avaliação diagnóstica centrada na história de vida das pessoas, sintomas atuais, preferências musicais, limitações funcionais e potencialidades individuais. Esta avaliação inicial permitiu delinear objetivos terapêuticos específicos, em articulação estreita com a equipa multidisciplinar. As sessões iniciais tiveram como objetivo a apresentação dos princípios da musicoterapia, a explicação das normas de funcionamento das sessões e a familiarização com os instrumentos e dinâmicas terapêuticas.

As sessões foram conduzidas em formato grupal, com duração aproximada de 45 minutos. A intervenção utilizou uma sala equipada com mobiliário, computadores e diversos instrumentos musicais, como *djembs*, pandeireta, teclado, guitarra, *ukulele*, melódica, entre outros, além de equipamentos tecnológicos como computador portátil, telemóvel e coluna *bluetooth*.

A estagiária participou nos ciclos RAC-LCA 27, RAC-LCA 28 e RAC-LCA 29. O grupo RAC-LCA 27 decorreu entre 2 de outubro de 2024 e 3 de fevereiro de 2025, tendo sido acompanhado desde a fase de observação, formando-se dois subgrupos de três participantes e um subgrupo de quatro. O grupo RAC-LCA 28, acompanhado entre 2 de dezembro de 2024 e 2 de maio de 2025, manteve a mesma estrutura. O grupo RAC-LCA 29, por sua vez, teve início a 10 de março e foi acompanhado até 27 de junho de 2025, com dois subgrupos de cinco participantes. Os registos audiovisuais das sessões, realizados com consentimento informado (Anexo D), serviram para fins de supervisão e avaliação clínica.

Após o término da intervenção, procedeu-se ao encerramento terapêutico com os participantes, seguido da análise crítica dos resultados obtidos, que sustentaram a elaboração

do presente relatório. O estágio totalizou 406 horas e 30 minutos, distribuídas entre 2 de outubro de 2024 e 27 de junho de 2025.

Métodos e Técnicas

O modelo de intervenção em musicoterapia mais proeminente que a estagiária adotou nas sessões foi a abordagem plurimodal ou método multimodal de Diego Schapira. As estratégias técnicas aplicadas incluíram a improvisação musical (tanto referencial quanto não referencial), a composição de canções, a utilização de música e movimento, e a implementação de jogos musicais.

Agenda Semanal

A agenda semanal do estágio decorreu regularmente em três dias da semana. Às quartas-feiras, a estagiária esteve presente entre as 13h30 e as 17h00; às quintas e sextas-feiras, o horário foi das 9h00 às 12h30. Além destes períodos fixos, houve participação pontual noutros momentos, mediante a necessidade de substituições, apoio adicional às equipas ou outras atividades extraordinárias.

Durante estas jornadas, as principais atividades desenvolvidas incluíram a condução de sessões de musicoterapia em grupo, a participação em reuniões clínicas com a equipa multidisciplinar, momentos de supervisão e discussão de casos.

As sessões foram distribuídas da seguinte forma:

O grupo RAC-LCA 27, o Grupo A teve sessões às sextas-feiras às 10h45 durante a Fase 1, e às quartas-feiras às 14h30 na Fase 2; o Grupo B encontrava-se às quartas-feiras às 15h30 na Fase 1 e às 15h45 na Fase 2; o Grupo C teve sessões às sextas-feiras às 9h30.

O grupo RAC-LCA 28, o Grupo D reunia-se às quintas-feiras às 9h30, o Grupo E às quintas-feiras às 10h45 e o Grupo F às sextas-feiras às 11h45.

O grupo RAC-LCA 29, o Grupo G teve sessões às quartas-feiras às 15h45 e o Grupo H às sextas-feiras às 9h30.

Este planeamento semanal refletiu uma prática constante e integrada no funcionamento da instituição, permitindo ao estagiário vivenciar de forma progressiva e consistente o trabalho clínico em musicoterapia, em articulação com os demais da equipa.

Estudos de Caso

Nesta parte do relatório, serão apresentados dois estudos de caso referentes a pacientes com patologias derivadas de lesões cerebrais adquiridas, submetidos a diferentes modalidades de intervenção musicoterapêutica no contexto de reabilitação neurológica. O primeiro estudo de caso será sobre um paciente em específico que recebeu intervenção em contexto de grupo e o segundo estudo de caso incidirá sobre um grupo como um todo e o seu percurso terapêutico.

Seguidamente, descrevem-se de forma mais sintética outras intervenções grupais realizadas no decorrer do estágio.

Estudo de Caso I – A.P.

O estudo de caso de A.P. é paradigmático da complexidade e da cronicidade da lesão cerebral adquirida. Este caso particular revela o potencial de reabilitação que a música representa em quadros clínicos complexos e progressivos, focando-se na recuperação da autonomia e na reconstrução da identidade após múltiplos eventos neurológicos. A jornada de A.P. levanta questões cruciais sobre o valor da musicoterapia enquanto recurso de motivação e manutenção funcional face à perda progressiva, sendo um espelho da luta pela reintegração social e profissional.

Caracterização e história clínica. A.P., do sexo masculino, tinha 55 anos à data da intervenção e vivia com a sua esposa, que constitui o seu principal suporte. Anteriormente, A.P. trabalhou na área de eletrónica, uma profissão que exigia uma elevada destreza manual e coordenação motora. A sua história clínica é marcada por uma cronologia complexa. Aos 26 anos foi-lhe diagnosticado um tumor cerebral, cujas consequências iniciais incluíram descoordenação motora no lado direito, paralisia no lado esquerdo e ptose ocular esquerda (queda anormal da pálpebra superior do olho esquerdo que ocorre devido a uma disfunção ou fraqueza do músculo responsável por levantar a pálpebra, frequentemente causada por lesões neurológicas).

Após dois anos, o paciente demonstrou notável resiliência ao regressar à atividade profissional, apesar de apresentar limitações residuais, como perda de audição à esquerda e estrabismo, conseguindo, ainda assim, manter uma marcha autónoma e o desempenho das suas funções profissionais.

Aos 47 anos, sofreu um AVC hemorrágico, que resultou no agravamento do quadro clínico e na perda progressiva de funcionalidade, acentuada após um AIT aos 53 anos. Desde então, deixou de conseguir deslocar-se com andarilho e passou a depender de cadeira de rodas,

embora mantenha a capacidade de deambular pequenas distâncias com o apoio de duas pessoas e de subir e descer escadas com auxílio.

O paciente apresentava alterações das funções cognitivas (memória, atenção, linguagem e velocidade de processamento), sensoriais (amaurose esquerda), motoras (hemiparesia direita, ataxia, défices de força, motricidade fina e destreza manual, sobretudo no membro superior direito) e funções oromotoras (disfagia, disartria e paresia facial esquerda). Os membros superiores revelam limitação da amplitude de movimento, mais acentuada à direita, com défice de sensibilidade e escrita pouco perceptível, o que impôs um processo de transferência de lateralidade.

Apesar destas limitações motoras e cognitivas, A.P. é autónomo em algumas atividades básicas, como o banho (com supervisão da esposa) e a alimentação (ainda que necessite que lhe preparem e partam os alimentos). A esposa constitui um apoio central na sua vida, incentivando-o a manter-se o mais independente possível. Quando iniciou a intervenção em musicoterapia, o paciente encontrava-se de baixa médica há mais de um ano e realizava sessões de fisioterapia e terapia da fala de forma regular.

Avaliação inicial. O primeiro contacto da estagiária com o A.P. ocorreu na sua primeira semana de integração no programa de reabilitação do centro, aquando da sua participação na sessão inaugural de musicoterapia. Nessa ocasião, o paciente referiu apreciar música e recordou que, na juventude, por volta dos 20 anos, aprendeu a tocar guitarra. Desde o início demonstrou-se recetivo e motivado para a exploração musical, revelando grande curiosidade e iniciativa na experimentação de diferentes instrumentos, seleccionando de forma autónoma aqueles que considerava possíveis de utilizar.

A avaliação inicial decorreu ao longo do primeiro mês de intervenção, num total de quatro sessões. Desde o início, tornou-se evidente a dificuldade significativa na comunicação verbal, uma vez que, apesar da vontade expressa em comunicar, a compreensão da sua fala mostrava-se comprometida. Por diversas vezes, foi necessário recorrer à mediação dos colegas presentes nas sessões para decifrar o conteúdo da sua mensagem.

No domínio motor, observou-se uma limitação acentuada no manuseamento dos instrumentos musicais. Um dos membros superiores apresentava ausência de movimento, enquanto o outro, ainda que com mobilidade reduzida, era utilizado de forma criativa, apoiando o instrumento na perna para o abanar ou sacudir. Em alguns momentos, foi necessária a intervenção direta da estagiária para posicionar adequadamente o instrumento, embora o paciente revelasse sempre iniciativa em deslocar-se autonomamente com a cadeira de rodas até à mesa de instrumentos, escolhendo aquele que desejava utilizar.

A caracterização inicial do perfil de A.P., realizada através da observação clínica e do modelo qualitativo *MTAS*, revelou um perfil funcional marcado por um contraste entre competências sociais e défices motores e emocionais. Na dimensão social e comportamental, A.P. demonstrava um comportamento adequado, estabelecendo e mantendo contacto visual e respeitando o ritmo da sessão, o que indica uma base sólida para a intervenção grupal. No entanto, o seu perfil emocional era limitado: embora expressasse emoções, não as identificava nem nomeava, e não demonstrava uma variedade de afetos ou vocabulário emocional. A nível cognitivo, o paciente era orientado no tempo e no espaço e fazia escolhas, mas dependia de apoio para manter a atenção e transitar entre atividades. A comunicação era iniciada, mas limitada a frases de poucas palavras. O quadro mais restritivo residia na área motora, onde as limitações eram severas: A.P. usava dispositivo de mobilidade assistida e dependia de apoio para iniciar movimentos motores, não conseguindo imitar movimentos nem demonstrar controlo ou coordenação motora fina ou grossa, nem isolar dedos individualmente. No plano musical, o paciente usava a música para expressão e demonstrava ajuste inicial ao ritmo com apoio. Este mapeamento delineou as áreas críticas – motora, comunicação e regulação emocional – que informaram e priorizaram os objetivos terapêuticos subsequentes.

Objetivos e plano terapêutico. O plano terapêutico foi centrado na mobilidade e na interação/comunicação do paciente.

Tabela 4 - Plano musicoterapêutico do A.P.

Problema nº1	Déficé na comunicação expressiva
<i>Objetivo nº1</i>	<i>Aumentar a iniciativa de colaboração ou interação com os pares</i>
Sub-objetivo nº1	Aumentar a frequência de vocalizações durante a improvisação Utilizar instrumentos para expressar necessidades ou emoções
Problema nº2	Risco de isolamento no grupo
<i>Objetivo nº2</i>	<i>Fomentar a interação e o sentimento de pertença</i>
Sub-objetivo nº2	Participar ativamente na tomada de decisão sobre o repertório ou instrumentalização
Problema nº3	Limitações motoras
<i>Objetivo nº3</i>	<i>Otimizar o controlo e a coordenação motora</i>
Sub-objetivo nº3	Melhorar a precisão e a coordenação motora na utilização de um instrumento Manter o tempo musical de forma consistente

Intervenção e progresso terapêutico. A intervenção terapêutica decorreu entre março de 2025 e junho de 2025, com sessões semanais de aproximadamente 45 a 60 minutos cada. Ao todo, foram realizadas 14 sessões em *setting* grupal.

O percurso terapêutico poderá ser dividido em quatro fases principais: envolvimento e ativação pessoal; prática e desenvolvimento da musicalidade expressiva; consolidação da individualidade e tomada de iniciativa; e, por fim, integração e dinâmicas de inter-relação. Embora descritas separadamente, estas fases ocorreram de forma bastante fluida ao longo do processo, com a sua distinção a tornar-se mais evidente a partir do primeiro mês de intervenção.

A primeira fase designou-se como envolvimento e ativação pessoal, onde as primeiras sessões decorreram à base da experimentação dos instrumentos, improvisações musicais e brincadeiras sonoras (jogar com intensidades e movimentos sonoros). O A.P. demonstrou uma atenção evidente e concentrada nos momentos musicais que foram surgindo. Foram apresentados os instrumentos musicais disponíveis, de forma a esclarecer os pacientes sobre o que eram e os sons que reproduziam. Depois da estagiária dar a liberdade de experimentação o A.P. tomou iniciativa de manusear todos os instrumentos, apesar de demonstrar algumas dificuldades nos movimentos.

Nesta fase foram feitos alguns jogos de interação musical e alguns deles envolveram movimento, onde o A.P. reagiu, de forma muito fluida e genuína, demonstrando uma vontade e um empenho significativo em participar e contribuir sonoramente para a produção musical do grupo. Movimentava a cabeça de acordo com os sons e tentava manipular os instrumentos com maior esforço para intensificar a sonoridade dos mesmos. No final de cada improvisação ou interação musical tinha uma expressão de grande satisfação.

Quando existiam momentos de conversação sobre os momentos musicais ou sobre elementos associativos a estagiária tinha dificuldade em perceber o que o A.P. queria expressar verbalmente. A ajuda dos restantes pacientes do grupo foi fundamental e a relação foi sendo construída entre todos numa forma mais colaborativa e de inter-ajuda. Estes momentos permitiram valorizar o tempo e o espaço que o A.P. tinha para tentar expressar-se, demonstrando também o apoio e a paciência dos demais.

Ao longo das primeiras sessões foi notório que a atenção e presença do A.P. eram mais ativas nos momentos musicais, através dos movimentos corporais, do simples manuseamento dos instrumentos e das expressões faciais. O mesmo não acontecia quando ocorriam conversações, pois a comunicação verbal não era fluida e não permitia que o envolvimento dele fosse tão facilitado e que acontecesse de forma tão participativa.

Perante isto, podemos afirmar que A.P. demonstrou capacidade de *entrainment* rítmico e uma produção instrumental mais consistente. Tinha, de certo modo, consolidado a base sensório-motora e o ganho o necessário para transitar para outra fase.

Seguimos, portanto, para uma segunda fase, descrita como prática e desenvolvimento da musicalidade expressiva, que representava um desafio direto às limitações de comunicação e fluência verbal do A.P, mas onde a sua produção musical foi aumentando ao longo das sessões, assim como a sua capacidade de interagir e de se sincronizar com os pares nos momentos musicais.

Numa das sessões, e já no âmbito do trabalho de potenciação da voz como ferramenta expressiva e de interação, durante um período de improvisação musical, a estagiária pediu ao A.P. que cantasse.

Contudo, este momento de tensão transformou-se num marco terapêutico. Em vez de recuar, A.P. surpreendeu o grupo ao lançar a melodia da canção “Laurindinha”. Embora o vocabulário fosse pouco compreensível devido às suas limitações de dicção, a identificação imediata da melodia pelo grupo demonstrou que A.P. tinha encontrado um canal expressivo viável para contornar o seu défice verbal. Este foi um sinal de adesão profunda ao processo, onde o paciente utilizou a música como uma ferramenta compensatória, acedendo a redes neuronais de linguagem alternativas (Magee, 2019).

O grupo reagiu com perplexidade e sorrisos, emitindo palavras e expressões de incentivo, mas, crucialmente, não parou de tocar. Esta resposta não-verbal sofisticada do grupo assegurou que o momento não se tornasse excessivamente constrangedor ou focado no erro, mas sim numa oportunidade de validação. O grupo promoveu um espaço de escuta ativa e permanência, permitindo que A.P. explorasse e consolidasse a sua voz recém-descoberta. No decorrer desse momento, a estagiária processou clinicamente a situação, ocupando-se de assegurar a continuidade da melodia como uma base estrutural estável para a participação de todos. Este episódio marcou o percurso terapêutico de A.P. como o momento em que ele reafirmou o seu lugar no grupo pela sua contribuição expressiva, transformando o canto numa poderosa ferramenta de auto-agência e reconstrução identitária.

Nesta fase da intervenção, o grupo demonstrou um interesse crescente e ativo na seleção do repertório. Surgiram os primeiros nomes de canções concretas, abrindo espaço para a partilha de memórias e o planeamento da execução musical enquanto fonte de interação no grupo.

Foi neste período que a estagiária introduziu práticas focadas no desenvolvimento da sincronização rítmica. Foram implementadas atividades rítmicas de *entrainment*, utilizando

tanto *inputs* verbalizados (como onomatopeias) quanto não-verbalizados, com o objetivo primário de apoiar o desenvolvimento rítmico de A.P.

Como resultado desta intervenção dirigida, a produção rítmica de A.P. registou um aumento considerável, particularmente no uso da pandeireta e do *djembé*, demonstrando uma sincronia notória com os pares, assim como um manuseamento mais estável dos instrumentos. O paciente demonstrou uma capacidade crescente de sincronizar o seu toque com o ritmo falado pela estagiária. Com o tempo, esta sincronia evoluiu, tornando-se mais natural e estabelecendo-se não só com o *input* da terapeuta, mas também com o pulso rítmico geral e o conjunto das sonoridades produzidas pelo grupo.

Em momentos musicais que exigissem um maior trabalho de motricidade, assim como momentos em que as mudanças de andamento acontecessem de forma mais rápida, o A.P. manuseava os instrumentos de forma menos definida.

A partir do sucesso inicial na sincronização rítmica, surgiu um novo foco terapêutico: o desenvolvimento do canto como um veículo para a comunicação expressiva, a integração grupal e a potencialização das capacidades residuais de A.P. Este objetivo emergiu da necessidade de ter ferramentas alternativas de comunicação.

Para concretizar este objetivo, a estagiária implementou a recriação musical, introduzindo ativamente repertório familiar ao paciente. A intervenção centrou-se em iniciar a vocalização através de frases melódicas curtas e simples, com a terapeuta a fornecer um apoio constante e próximo na entoação e no ritmo. A evolução de A.P. neste processo foi notável e profundamente pessoal. Inicialmente, as tentativas eram apenas sussurros ou sons inarticulados. Contudo, ao reconhecer a melodia de uma canção marcante ("Laurindinha"), A.P. vocalizou, pela primeira vez, uma frase melódica clara. Este momento não foi apenas um ganho comunicacional, representou uma descoberta pessoal e um aumento imediato da sua autoestima.

A eficácia desta mudança reside em dois mecanismos musicoterapêuticos centrais: mecanismo de compensação neurológica, uma vez que a utilização da melodia para vocalizar demonstra a ativação de vias cerebrais alternativas para a produção da fala (Thaut, 2005) e o reconhecimento da melodia "Laurindinha" funcionou como uma pista de acesso à articulação, promovendo a fluência de forma que a fala normal não conseguia; mecanismo de reafirmação, uma vez que o reconhecimento e a vocalização de uma canção marcante acedeu a redes de memória autobiográfica e afetiva, pois o canto tornou-se um meio de autoexpressão, que transcende o ganho meramente comportamental, ligando-o às suas memórias e permitindo-lhe assumir um papel mais ativo e valorizado no grupo.

Portanto, a música, ao integrar processos afetivos, motores e cognitivos, atuou como um catalisador para a recuperação funcional e para a reconstrução da narrativa de A.P.

É, então, na terceira fase, designada por consolidação da individualidade e tomada de iniciativa, que se destaca o processo de o A.P. se tornar mais protagonista da sua própria jornada terapêutica. Começou-se a sentir que dentro do grupo o A.P. encontra a sua própria “voz”, manifestando, ao longo das sessões, as suas necessidades, gostos e emoções, reconhecendo e valorizando a sua forma singular e que traz algo de muito bom ao grupo.

Numa das sessões, observou-se uma mudança significativa no papel e na agência de A.P. no seio do grupo. Enquanto a estagiária organizava o material para o início da sessão, o paciente entregou-lhe um conjunto de folhas contendo letras de variadas músicas, escolhidas por si. Este ato não foi meramente uma sugestão de repertório, mas sim um momento de afirmação identitária. Ao trazer material que apreciava enquanto ouvinte e que desejava executar, A.P. utilizou a música como veículo para reivindicar a sua competência e ter visibilidade. Este comportamento traduziu um avanço no seu processo de reabilitação, indicando que o *setting* terapêutico havia promovido um ambiente seguro o suficiente para que o paciente passasse de um participante passivo a um proponente ativo da intervenção.

A iniciativa gerou entusiasmo no grupo, que questionou imediatamente a estagiária sobre a viabilidade da execução das canções. Esta reação validou a ação de A.P., transformando-o no foco positivo da interação grupal e reforçando o seu *status* social. A estagiária respondeu à iniciativa alcançando a guitarra e incentivando os pacientes a escolherem instrumentos. Seguiu-se um debate entre todos sobre as canções trazidas por A.P., onde o grupo decidiu democraticamente a ordem de escolha e a distribuição dos instrumentos em cada uma delas. Esta negociação musical e a subsequente tomada de decisão coletiva demonstram como a música pode ser utilizada para trabalhar funções cognitivas e sociais, enquanto simultaneamente se honra a agência e o contributo de A.P., consolidando a sua posição como elemento essencial na dinâmica da "banda" em formação.

Dá-se, aqui, um momento de coesão grupal, onde todos juntos, unem as suas capacidades e potencialidades ativas para trabalharem em prol de um objetivo comum. Nomeiam as tarefas de cada elemento e sentem o verdadeiro espírito de uma banda, onde surge o nome “Os Farturas”. O A.P. sente-se validado pela sua iniciativa, deixando de ser um participante passivo. É a partir desta fase que se torna mais evidente o facto de que ele passa a estar ativamente envolvido, onde aprende que as suas ações e escolhas têm um impacto real e positivo, o que é crucial para levar essa atitude proativa para outros contextos da vida dele.

O A.P. assume o papel de vocalista da banda, sendo o motor de arranque das sessões seguintes. No início das sessões seguintes já trazia com ele novas ideias, canções novas e coisas a discutir com os colegas sobre o projeto coletivo que se estava a gerar. As sessões desenvolveram-se num equilíbrio entre produção musical do material que foi surgindo e a exploração de diferentes instrumentos e debates sobre a estruturação das canções.

A quarta fase, designada por integração e dinâmica de inter-relação, constitui a fase final do processo terapêutico. É o ponto em que as competências e a confiança adquiridas nas fases anterior são postas em prática. O A.P. sentia-se parte do grupo, valorizado e compreendido pelos colegas, e mobilizava as suas competências para conseguir tirar proveito da experiência e contribuir de forma genuína. Esta fase constitui o auge de expressão de ideias e sentimentos, que se observa tanto por parte do A.P. como no seio de todo o grupo, constatando-se o apoio entre os seus membros e uma capacidade de encontrar um ponto de equilíbrio entre as vontades individuais e o objetivo grupal.

Nestas últimas sessões, o A.P. tinha momentos de felicidade e emoção, com expressões como “Lindo!”. O seu corpo movia-se com energia e era notório o empenho em cantar e, ao mesmo tempo, manusear instrumentos pequenos com a mão funcional. O A.P. mostrava-se fortemente empenhado em trazer canções e de as partilhar com os colegas, sessão após sessão, interagia num espírito de brincadeira com os colegas e nunca queria sair das sessões.

Esta integração, tanto no grupo como nos vários processos é estimulada até ao terminar da intervenção musicoterapêutica, no final de junho de 2025.

Resultados finais. De forma a descrever o impacto da intervenção realizada, os dados qualitativos das observações foram comparados em dois momentos. O mapeamento inicial do envolvimento, que foi realizado na 3ª sessão, e a reavaliação qualitativa final, que foi realizada na sessão 11ª sessão. O modelo utilizado no caso do A.P. foi o *MTAS* (anexo B).

Com base na comparação entre o mapeamento inicial do envolvimento e a reavaliação qualitativa final, a análise é segmentada por áreas de funcionamento, permitindo uma compreensão clara da evolução do paciente.

Tabela 5 - Resultados relativos à área social

Área Avaliada	Mapeamento Inicial do Envolvimento	Reavaliação Qualitativa Final
<i>Social</i>	Estabelece e mantém contacto visual Respeita o ritmo e o desenvolvimento das sessões Interage com a estagiária e com os pares Não apresenta comportamentos ou verbalizações disruptivas Envolve-se em atividade lúdica e imaginativa Apresenta consciência da orientação espacial e dos limites do próprio corpo, requerendo facilitação externa	Não foram observadas alterações significativas, mantendo os comportamentos sociais positivos e adequados

A reavaliação qualitativa final do perfil de A.P. demonstrou que a manutenção de um comportamento adequado na área social entre o mapeamento inicial e final sugere uma consistência nas interações. Este dado é clinicamente positivo, pois indica que as melhorias noutras áreas, frequentemente acompanhadas por instabilidade ou maior vulnerabilidade emocional, não comprometeram a estabilidade social já presente.

A manutenção desta estabilidade social é algo significativo, dado que o mapeamento inicial já evidenciava pontos fortes como o estabelecimento e manutenção de contacto visual, o respeito pelo ritmo da sessão e a interação com os pares, sem a ocorrência de comportamentos disruptivos. Esta base social sólida não só se manteve como serviu de sustento para os ganhos noutras áreas. Teoricamente, este fenómeno pode ser explicado pela capacidade intrínseca da música em promover a coesão grupal e um ambiente terapêutico seguro. As técnicas de interação social da musicoterapia neurológica, (Thaut, 2005), ao abordarem questões de humor e interação social através de improvisações e *performances* partilhadas, reforçaram o sentimento de pertença do paciente, prevenindo o isolamento. Assim, enquanto A.P. se focava em superar os desafios motores e comunicacionais, o contexto social proporcionado pela música permaneceu uma constante, oferecendo o suporte emocional e o meio de expressão não

verbal que, como sugere Hemmesch (2020), são cruciais para manter o paciente envolvido e emocionalmente estável durante o tratamento.

Tabela 6 - Resultados relativos à área emocional

Área Avaliada	Mapeamento Inicial do Envolvimento	Reavaliação Qualitativa Final
<i>Emocional</i>	Não identifica nem nomeia emoções, mas expressa-as facialmente Não usa vocabulário emocional Não faz afirmações sobre si próprio ou sobre os outros	Identifica, nomeia e expressa emoções, com uma variedade maior do que na avaliação inicial Faz afirmações de esperança e felicidade

A maior transformação ocorreu no plano emocional. No mapeamento inicial, verificou-se que A.P. expressava emoções descarga, mas não as identificava nem nomeava, e não demonstrava uma variedade de afetos. Na reavaliação final, o paciente evoluiu significativamente, passando da mera expressão para a sua identificação e nomeação (processamento cognitivo). Esta capacidade de verbalização e reconhecimento emocional, nomeadamente a expressão de sentimentos como esperança, confiança e felicidade em contexto musical, aponta para uma maior consciência interna e um notável progresso na inteligência emocional.

Este ganho é vital porque, como afirmam Aldridge (2010) e Impellizzeri (2020), a regulação emocional é um desafio central e um fator crítico para o sucesso de qualquer reabilitação cognitiva. A música facilitou esta mudança ao funcionar como um recurso valioso para aceder aos sistemas afetivos e motivacionais do cérebro (Thaut, 2010). A experiência musicoterapêutica, ao envolver qualidades afetivas inerentes à perceção musical, permitiu que A.P. acesse a redes de memória associativa e tornasse as informações cognitivas congruentes com estados emocionais positivos (Wheeler, 2014). Ao expressar esperança e felicidade através do canto e da composição, conforme notado por Aldridge (2005), o paciente não só recuperou o seu sentido de autoeficácia, mas também criou o estado emocional positivo (Impellizzeri, 2020) essencial para que os outros processos cognitivos e motores fossem eficazes. A mudança, neste caso, é a fundação da reabilitação holística.

Tabela 7 - Resultados relativos à área da atenção e das capacidades cognitivas

Área Avaliada	Mapeamento Inicial do Envolvimento	Reavaliação Qualitativa Final
Capacidades Cognitivas	Mantém a atenção na tarefa com algum apoio Faz escolhas Demonstra pensamento organizado, sem pensamentos tangenciais Com apoio, transita com sucesso entre atividades e espaços É orientado no tempo e no espaço	Mantém a atenção na tarefa com maior independência Segue instruções de vários passos Faz escolhas e é motivado por incentivos Demonstra pensamento organizado, sem pensamentos tangenciais Com apoio, transita com sucesso entre atividades e espaços É orientado no tempo e no espaço

No que diz respeito às capacidades cognitivas, a manutenção de alguns pontos fortes do mapeamento inicial foi crucial para o sucesso da reabilitação: A.P. era orientado no tempo e no espaço e demonstrava pensamento organizado, sem pensamentos tangenciais. Estes dados sugerem que as funções de orientação básica e de raciocínio lógico estrutural estavam preservadas.

No entanto, a maior transformação ocorreu na transição para uma maior independência na manutenção da atenção. O facto de o paciente conseguir seguir instruções de vários passos durante tarefas musicais complexas, como a prática de um *medley*, indica um significativo aumento da capacidade de processamento e da memória de trabalho. Este ganho é clinicamente explicável: a música, por ser um estímulo multidimensional composto por múltiplos elementos acústicos (ritmo, melodia, harmonia) que exigem atenção distribuída, atua como um *framework* estruturado para o treino cognitivo (Thaut & Gardiner, 2014).

A música, ao exigir que A.P. mantivesse o foco no ritmo, na melodia e na interação, estimulou os processos de monitorização, ajuste e atualização da memória de trabalho

(Gardiner & Thaut, 2014). O facto de a motivação estar agora ligada a incentivos (como a escolha de repertório), e não apenas à supervisão externa, aponta para um envolvimento mais ativo e intencional no processo terapêutico. Se nos basearmos na improvisação e composição para praticar a organização e a resolução de problemas, (Thaut, 2005), a complexidade progressiva das tarefas musicais permitiu a A.P. transferir o treino de flexibilidade cognitiva e controlo executivo para as suas atividades diárias. O sucesso neste domínio não é apenas um ganho comportamental, mas uma otimização das vias neurais subjacentes às funções executivas, fundamental para a autonomia.

Tabela 8 - Resultados relativos à área da comunicação/linguagem

Área Avaliada	Mapeamento Inicial do Envolvimento	Reavaliação Qualitativa Final
<i>Comunicação / Linguagem</i>	Inicia comunicação	Inicia comunicação
	Comunica em frases de poucas palavras	Comunica em frases completas
	Responde ao nome e a perguntas	Responde ao nome e a perguntas
	Com apoio, expressa-se verbalmente	Com apoio, expressa-se verbalmente

A evolução da comunicação foi igualmente significativa, sendo notável a transição de frases curtas e lacónicas para frases completas e mais complexas. Este progresso, embora gradual, é crucial, pois demonstra um aumento da fluência verbal e da capacidade de estruturar o pensamento. No mapeamento inicial, já se verificavam aspetos positivos, como a iniciação da comunicação e a resposta a perguntas, o que indica que a intenção comunicativa e a compreensão estavam preservadas. A manutenção destes aspetos, conjugada com o progresso na complexidade frásica, sugere que a estimulação melódica e rítmica facilitou o acesso a redes neuronais de linguagem alternativas.

O ritmo e a entoação da música funcionaram como uma pista de acesso externa, permitindo que o cérebro contornasse as vias danificadas da fala e utilizasse áreas corticais intactas (frequentemente as do hemisfério direito, ligadas à música) para a produção de linguagem (Thaut, 2005). Assim, a música foi uma ferramenta compensatória que permitiu ao paciente desenvolver um repertório expressivo mais robusto, superando o défice de articulação e a tendência para frases curtas.

Tabela 9 - Resultados relativos à área das habilidades motoras

Área Avaliada	Mapeamento Inicial do Envolvimento	Reavaliação Qualitativa Final
<i>Competências Motoras</i>	Usa dispositivo de mobilidade assistida	Usa dispositivo de mobilidade assistida
	Com apoio, inicia movimentos motores	Inicia movimentos motores e começa a imitá-los
	Não imita movimentos motores	Começa a demonstrar algum
	Não demonstra controlo ou coordenação motora fina e grossa	controlo ou coordenação motora fina e grossa
	Não possui amplitude de movimento dentro dos limites normais nos membros superiores e inferiores	Começa a possuir amplitude de movimento dentro dos limites normais no membro superior direito e no membro inferior direito

Apesar das limitações persistentes no controlo e coordenação motora fina e grossa, a evolução a nível motor é um dos resultados mais importantes. No mapeamento inicial, o paciente dependia de dispositivo de mobilidade assistida e não imitava movimentos motores, o que sublinhava a gravidade dos défices. Na reavaliação, a capacidade de iniciar e imitar movimentos (anteriormente inexistente) e de coordenar ações simples sugere uma melhoria fundamental na integração motora.

A amplitude de movimento do membro superior e inferior direito, ainda que parcial, indica uma recuperação funcional específica que está diretamente relacionada com o treino motor. O ritmo externo da música atuou como um fator temporal que estabilizou e organizou a atividade motora de A.P. (Thaut, 2005). Adicionalmente, a capacidade de imitar movimentos baseia-se na ativação do sistema de neurónios-espelho (François et al., 2015), onde a observação dos movimentos dos pares e da estagiária, combinada com a ação musical, facilitou o planeamento e a execução motora.

As mudanças nos comportamentos sensoriais (como o balançar-se na cadeira ou a criação de sons mais audíveis) podem ser interpretadas como uma exploração e regulação sensorial mais ativa por parte do paciente. A.P. utilizou estes comportamentos para modular o seu nível de ativação em resposta ao estímulo musical, demonstrando uma maior

consciência corporal (que no início era apenas "alguma") e controlo sobre a sua postura. A persistência de limitações (como a não recuperação da amplitude total de movimento e a dependência de apoio) é esperada num quadro de LCA, mas o ganho na iniciação e imitação motora é a chave para o potencial de funcionalidade futura e para a transferência dos movimentos para o quotidiano.

Tabela 10 - Resultados relativos à área da visão e audição

Área Avaliada	Mapeamento Inicial do Envolvimento	Reavaliação Qualitativa Final
<i>Visão e Audição</i>	Não apresenta visão dentro dos limites normais Acompanha visualmente os objetos Não apresenta audição dentro dos limites normais	Não foram observadas alterações, mantendo as capacidades e limitações

Tabela 11 - Resultados relativos à área dos comportamentos sensoriais

Área Avaliada	Mapeamento Inicial do Envolvimento	Reavaliação Qualitativa Final
<i>Comportamentos Sensoriais</i>	Alguma consciência corporal Permanece na cadeira Procura objetos com textura Procura sons específicos (calmos, mais suaves) Evita sons específicos (muito altos, rugosos)	Alguma consciência corporal Permanece na cadeira Agita-se ou balança-se na cadeira Cria sons mais audíveis Procura sons específicos (calmos, mais suaves) Evita sons específicos (muito altos, rugosos)

Tabela 12 - Resultados relativos à área de coping skills e estratégias de regulação

Área Avaliada	Mapeamento Inicial do Envolvimento	Reavaliação Qualitativa Final
<i>Coping Skills e Estratégias de Regulação</i>	Relaxamento muscular progressivo	Mantém o relaxamento muscular progressivo como estratégia de regulação

Tabela 13 - Resultados relativos à área da personalidade/afeto

Área Avaliada	Mapeamento Inicial do Envolvimento	Reavaliação Qualitativa Final
<i>Personalidade / Afeto</i>	Curiosidade	Confiança
	Entusiasmo/euforia	Cooperação
		Afeto congruente
		Entusiasmo/euforia
		Otimismo

Tabela 14 - Resultados relativos à área do nível musical e de atividades

Área Avaliada	Mapeamento Inicial do Envolvimento	Reavaliação Qualitativa Final
<i>Nível Musical e Atividades</i>	Demonstra início/paragem	Demonstra início/paragem
	Usa a música para expressão	Demonstra alto/baixo (volume)
	Com apoio, ajusta-se ao ritmo	Demonstra pergunta-e-resposta
	Demonstra curto/longo	Com apoio, ajusta-se ao tom
		Ajusta-se ao ritmo
		Lê letras de música
		Canta canções
		Usa a música para expressão
		Demonstra curto/longo

A nível musical, o mapeamento inicial já indicava que A.P. usava a música para expressão e demonstrava início/paragem de forma consistente, o que sugeria uma perceção rítmica básica e a utilização do som como canal afetivo. A reavaliação evidenciou a capitalização destes aspetos: a aquisição de novas competências, como o ajuste ao volume

(alto/baixo), a capacidade de leitura de letras e o canto de canções, são provas concretas dos ganhos cognitivos (atenção, memória de trabalho) e motores (coordenação vocal e controle dinâmico). Estes novos comportamentos musicais confirmam que a música não foi apenas um meio de expressão, mas sim um motor de desenvolvimento de novas habilidades funcionais (Baker et al., 2006), demonstrando a transferência de competências não musicais para a tarefa musical.

Relativamente aos objetivos inicialmente propostos, os resultados demonstram um notável progresso, validando a pertinência do plano terapêutico delineado. O ganho mais significativo e profundo da intervenção, contudo, transcende os progressos observados nas tabelas e reside na potencialização da agência pessoal do paciente. A musicoterapia, mais do que uma ferramenta de reabilitação, revelou-se um meio para lhe dar voz e restaurar o seu sentido de si. Num contexto onde a sua identidade e autonomia foram comprometidas pela lesão cerebral, as sessões proporcionaram um espaço seguro para a manifestação da individualidade através de escolhas musicais e de liderança. O ato de tomar a iniciativa de recolher letras e assumir o papel de vocalista, conforme observado no processo, não apenas exercitou competências cognitivas e motoras, mas acima de tudo validou o paciente como pessoa, reforçando a sua autoeficácia e o sentido de pertença. Este reforço da agência é, segundo Bruscia (2014), a fundação psicossocial sobre a qual todos os outros ganhos funcionais se tornam clinicamente significativos e sustentáveis a longo prazo.

Discussão do caso. A evolução deste caso clínico valida a eficácia da musicoterapia no contexto de pacientes com lesão cerebral adquirida. A música, sendo uma experiência inerentemente previsível e estruturada, proporcionou ao A.P. um ambiente familiar e com significado. Esta característica torna-se fundamental para pessoas que enfrentam dificuldades face à sua realidade e uma progressiva redução das atividades com relevância pessoal.

Ao longo das sessões, o A.P. demonstrou uma notável progressão e um crescente sentido de autodeterminação, apesar das barreiras impostas pela sua condição.

Nesta intervenção, o canto desempenhou um papel central na evolução do A.P. e na concretização dos objetivos terapêuticos. O ato de cantar serviu de base para a expressão musical e foi um canal para a manifestação da vontade individual. Ele revelou um comportamento de afirmação pessoal ao tomar a iniciativa de recolher as letras das músicas e trazê-las para as sessões, reforçando a sua decisão de manter o papel de vocalista no grupo.

Este caso ilustra a importância de uma sólida construção da relação terapêutica e de uma fase de expressão musical inicial para o subsequente ganho de autonomia e confiança.

O processo desenrolou-se num equilíbrio entre a utilização de elementos musicais “familiares” e a introdução de outros mais exploratórios, permitindo que ele se sentisse seguro para avançar.

Ao experienciar um ambiente de conforto e segurança, o A.P. alcançou uma produção sonora intencional e genuína. Este progresso desbloqueou os seus níveis de desempenho cognitivo, o que, por sua vez, promoveu uma comunicação mais ampla e uma interação relacional mais autêntica com os seus pares. A consolidação da sua individualidade, evidenciada pela escolha de material musical e pela discussão de estruturas, permitiu que ele transferisse os seus ganhos cognitivos para um aumento notável da sua capacidade de socialização com o ambiente à sua volta.

Estudo de Caso II – Grupo A

O estudo de caso do grupo A é paradigmático pela importância da dimensão psicossocial e relacional na reabilitação pós-LCA. Este caso particular revela o potencial da musicoterapia em grupo para superar o isolamento e restaurar a agência social em quadros clínicos que comprometem a interação e a identidade. A dinâmica do grupo A levanta questões cruciais sobre a forma como o suporte recíproco e a coesão afetiva gerados através da música se tornam o alicerce para a reconstrução da autonomia individual e a renegociação dos papéis sociais dos seus membros, indo além da recuperação funcional para focar na reintegração plena na comunidade.

Caracterização e história clínica. O grupo A, inserido na RAC-LCA 27, era constituído por quatro pacientes, dois do sexo masculino e dois do sexo feminino, com idades compreendidas entre 39 e 53 anos.

A constituição do grupo A foi, inicialmente, determinada por critérios logísticos e de otimização de horários dos pacientes na instituição, visando a integração das sessões de musicoterapia nos respetivos tempos de formação. No entanto, uma análise clínica aprofundada revelou que, apesar da conveniência horária ter sido o fator de agregação primário, os quatro pacientes partilhavam objetivos terapêuticos centrais e transversais.

A.M., do sexo feminino, com 53 anos, iniciou o seu percurso profissional aos 24 anos, onde trabalhou na área financeira, sendo bancária, com boas competências digitais. Tem dois filhos maiores de idade que fazem parte da sua vida de uma forma muito presente.

Com 50 anos, foi vítima de doença súbita incapacitante e sofreu um enfarte e um AVC. Caminhava com a ajuda de um andador, possuía uma ligeira limitação de destreza

manual e motricidade fina, mais aparente na mão esquerda. Segundo a avaliação acedida pela estagiária, relatava um défice moderado (rapidez de execução e produtividade nas tarefas, estabilidade do desempenho, meticulosidade, atenção, velocidade de processamento, memória de trabalho e funções executivas), um défice ligeiro (precisão/eficácia, concentração) e um défice severo (controlo da atenção/inibição de comportamento desadequados). Apresentava sintomatologia ansiosa, em grau moderado, e sintomatologia depressiva, em grau severo.

C.S., do sexo masculino, com 43 anos, reside com os seus pais e ingressou no mercado de trabalho desde muito cedo, tendo desempenhado funções ligadas à área da logística num armazém. Realizou, também, alguns biscates a título próprio e após o COVID ficou desempregado.

Com 41 anos sofreu um AVC. Não sabia ler nem escrever e não produzia palavras. Possuía hemiparesia facial (lado direito). Os resultados da avaliação sugerem funcionamento cognitivo geral deficitário, em grau severo, com maiores dificuldades ao nível das capacidades mentais da linguagem. Observam-se alterações a nível da memória visual, mas mantém preservadas as capacidades de atenção. A nível das funções executivas observam-se alterações a nível do planeamento, iniciativa e abstração com impactos na funcionalidade do paciente.

J.D., do sexo feminino, com 39 anos, morava sozinha após ficar divorciada, e era fisioterapeuta, profissão que exerceu até à sua situação de doença. Com 37 anos sofreu uma hemorragia cerebral e passou a residir com os seus pais e com o seu irmão mais novo. Possuía lentidão e dificuldade de processamento. Apresentava défices de equilíbrio e era lenta no discurso, tinha perda de sensibilidade nas mãos. É uma paciente muito emocional e não se expunha a pessoas que eram conhecidas porque tinha vergonha. Desde a situação ocorrida que se sentia mais ansiosa, com humor deprimido, menos paciente e não conseguia estar muito tempo parada. Apresentava um quadro clínico de anorexia nervosa, e havia referências a um possível quadro de abuso e violência na relação conjugal.

P.G., do sexo masculino, com 52 anos, trabalhou como ladrilhador e, também, jardineiro. Esteve emigrado em França onde trabalhou na construção civil. É casado e tem dois filhos. Fazia desporto, em específico, BTT.

Com 49 anos sofreu um AVC. Apresentava comprometimento do membro superior, fazia marcha autónoma com padrão espático. Não conseguia fazer nada com a mão esquerda e tinha dificuldades em caminhar. Apresentava alterações nas funções da atenção, da

memória, mentais de nível superior e de sono. Sentia-se mais agitado em tinha alterações severas na velocidade de processamento.

Avaliação inicial. O primeiro contacto da estagiária com o grupo A ocorreu ao longo do primeiro mês de observação no programa de reabilitação do centro. Durante esse mês a estagiária teve oportunidade para ser observadora-participante, onde pôde conhecer os pacientes e realizar valências do programa de reabilitação com eles, quer participando nas atividades quer auxiliando os terapeutas/formadores nas sessões. Portanto, a avaliação inicial decorreu ao longo do primeiro mês de observação e ao longo das duas primeiras sessões.

A avaliação inicial foi estruturada para analisar as características de cada paciente individualmente, bem como a dinâmica do grupo como um todo. O objetivo foi estabelecer um ponto de partida para a intervenção, considerando as necessidades e o potencial de cada indivíduo dentro do contexto coletivo.

A.M. com sequelas físicas de um AVC e enfarte, demonstrou inicialmente baixa autoeficácia e insegurança, refletidas na sua hesitação em manusear instrumentos. Apesar da sua baixa pontuação social, a sua participação ativa na reflexão e na partilha de opiniões com o grupo sugere uma preservação das suas capacidades de introspeção e uma procura por conexão social, o que é crucial para a sua qualidade de vida.

A participação ativa de C.S. revelou uma motivação intrínseca significativa, apesar das suas dificuldades executivas e da afasia. Demonstrou uma notável inteligência emocional e social, utilizando a comunicação não-verbal (sons, olhares, sorrisos) para interagir e expressar-se. A sua resiliência face à afasia manifestou-se no esforço para se fazer compreender, por exemplo, através da escrita no telemóvel. O seu desejo de ajudar os outros e de colaborar sugeriu um forte sentido de pertença. Foi muito evidente o seu entusiasmo e a sua curiosidade aquando das primeiras sessões, pelo seu envolvimento musical e pela sua entrega à experiência.

A J.D. foi uma paciente muito ativa, demonstrando alegria e descontração nas sessões, o que contrasta com a ansiedade e vergonha que sente fora deste ambiente. Apesar das suas limitações motoras nos membros superiores, ela mostrou grande iniciativa e coragem na exploração de instrumentos, o que reforça o seu sentido de agência e independência.

A participação do P.G. demonstrou capacidade de adaptar a maneira de tocar instrumentos, mesmo com limitações físicas, evidencia uma notável resiliência. Demonstrou alguma resistência, algum cuidado com os sons que fazia e da forma como os fazia. O seu

foco em um ponto específico durante a produção de sons sugeriu que a música funcionava como um meio para canalizar a atenção e compensar dificuldades cognitivas.

A dinâmica inicial do grupo foi caracterizada pela diversidade de perfis e necessidades dos pacientes e, apesar da estranheza inicial, houve uma notável motivação para a participação e interação, pela curiosidade e novidade. Observou-se um ambiente de mútua colaboração e suporte, onde cada membro, apesar das suas limitações individuais, procurava contribuir para o todo.

Para complementar a observação clínica, foi aplicado o instrumento de avaliação *SOI*, cujos resultados em conjunto com os dados recolhidos durante as sessões, constituíram a base para a definição dos objetivos musicoterapêuticos.

Objetivos e plano terapêutico. O plano terapêutico foi centrado em cinco parâmetros diferentes.

Tabela 15 - Plano musicoterapêutico do grupo A

Problema nº1	Dificuldades de memória e défices cognitivos
<i>Objetivo nº1</i>	<i>Estimulação cognitiva e memória</i>
Sub-objetivo nº1	Melhorar a memória e as funções cognitivas dos pacientes através da associação de músicas a momentos específicos ou informações simples
Problema nº2	Isolamento social e barreiras de comunicação
<i>Objetivo nº2</i>	<i>Integração social e comunicação</i>
Sub-objetivo nº2	Fomentar a comunicação e interação social entre os pacientes, tanto verbal como não-verbal, usando a música como meio de expressão
Problema nº3	Limitações motoras e défices de coordenação
<i>Objetivo nº3</i>	<i>Estimulação motora e coordenação</i>
Sub-objetivo nº3	Melhorar a coordenação motora e o controlo motor através de atividades rítmicas que envolvem movimento e expressão corporal
Problema nº4	Ansiedade e dificuldades de regulação emocional
<i>Objetivo nº4</i>	<i>Redução da ansiedade e regulação emocional</i>
Sub-objetivo nº4	Reduzir a ansiedade e promover a regulação emocional de todos os pacientes, criando um ambiente seguro e acolhedor através da música
Problema nº5	Baixa autovalorização e falta de autoconfiança
<i>Objetivo nº5</i>	<i>Fortalecimento da autovalorização e autoconfiança</i>
Sub-objetivo nº5	Aumento da iniciativa e proposta de conteúdos originais no seio da atividade musical

Intervenção e progresso terapêutico. A intervenção terapêutica decorreu entre 2 de outubro de 2024 e 3 de fevereiro de 2025, com sessões semanais de aproximadamente 45 a 60 minutos cada. Ao todo, foram realizadas 9 sessões em *setting* grupal.

A estrutura das sessões foi estabelecida para fornecer a previsibilidade e o enquadramento necessários à gestão dos défices de atenção e de ativação inerentes à LCA. Tipicamente, cada encontro iniciava-se com uma abertura musical focada no ritmo, funcionando como um ritual de *entrainment* para ambientar e focar os pacientes na sessão. Seguia-se um momento de conversação que permitia a partilha de estados emocionais e dos eventos da semana, fomentando a comunicação expressiva e a escuta mútua. A fase

central da sessão era dedicada ao trabalho de continuidade, onde se dava seguimento aos temas que haviam surgido espontaneamente em encontros anteriores. Finalmente, a sessão culminava com uma improvisação musical ou conversação, decisão tomada em função da vontade e da naturalidade do momento, garantindo que a expressão e a autonomia dos pacientes orientassem o encerramento.

A interação interpessoal no grupo revelou-se consistentemente positiva e construtiva, sendo uma base sólida para a intervenção. Os elementos do grupo demonstravam um elevado grau de carinho e respeito recíproco, evidenciando competências sociais cruciais como a paciência, a escuta ativa e a capacidade de gerir os silêncios. Esta dinâmica promovia um ambiente calmo e seguro. A coesão grupal não dependia de uma figura de liderança formal; em vez disso, emergiu uma liderança distribuída, onde todos os membros se sentiam co-responsáveis pelo processo. O ponto de consolidação desta coesão foi o surgimento de um projeto coletivo partilhado. Este objetivo comum, facilitado pela música, tornou mais fácil a harmonização das dinâmicas individuais e a construção de um sistema de suporte afetivo mútuo, fundamental para a superação das dificuldades individuais.

O percurso do grupo pode ser compreendido em quatro fases principais. Estas fases refletem o crescimento gradual dos pacientes, desde a exploração inicial até à consolidação de uma identidade grupal forte, culminando na criação de um produto final e na reflexão sobre o término do ciclo.

Fase 1 – Exploração e construção de vínculo - Esta fase inicial centrou-se no estabelecimento de um ambiente seguro e na exploração do potencial da musicoterapia para cada paciente. A primeira sessão foi dedicada à apresentação da abordagem, à exploração livre dos instrumentos e a exercícios de improvisação, serviu como diagnóstico da postura individual e da inibição. Observou-se a curiosidade e o entusiasmo de C.S. e J.D., que demonstraram uma elevada conexão, enquanto P.G. se concentrou num padrão musical próprio e A.M. se mostrou inicialmente mais passiva. A necessidade de reforçar a ausência de regras ("está tudo bem, não há nenhuma regra") foi crucial para atenuar a insegurança dos pacientes, que é uma resistência comum na LCA.

Na segunda sessão, através de uma atividade de exploração sonora ("fora" e "dentro"), a vivência musical atuou como um meio não-verbal e seguro para aceder a memórias e estados emocionais.

As partilhas de C.S. (mar, meditação), J.D. (festa), A.M. (praia, caixa de música) e P.G. (floresta, chuva) revelaram a capacidade da música para aceder a memórias profundas,

sensoriais e afetivas, promovendo a associação e a introspecção. Esta fase foi fundamental para construir um vínculo de confiança entre os pacientes e a estagiária, preparando o terreno para uma participação mais ativa nas fases seguintes.

O papel da música nesta fase foi o de “quebrar o gelo” e validação sensorial. Esta abertura emocional foi o terreno fértil para construir um vínculo de confiança entre os pacientes e a estagiária, preparando o grupo para uma participação mais ativa.

Fase 2 – Afirmção e coesão grupal - A partir da terceira sessão, o grupo começou a demonstrar maior autonomia e coesão. A capacidade de reflexão sobre os temas e sons das sessões anteriores permitiu que o grupo passasse de uma exploração individual para uma construção coletiva do material. A improvisação passou a ser orientada por temáticas, refletindo uma evolução na capacidade de abstração e de pensamento conjunto.

O papel da música nesta fase foi o de promotor de coesão e agência social. Nesta fase, a afirmação da individualidade e o crescimento da coesão grupal tornaram-se mais evidentes. J.D. e A.M. demonstraram uma participação mais livre e menos preocupada. O exemplo simbólico das gargalhadas partilhadas por todos os membros após uma improvisação ("rimos todos ao mesmo tempo") e a reflexão de A.M. ("ganhamos equilíbrio") evidenciam o fortalecimento do sentido de pertença. A iniciativa de P.G. em sugerir a união dos instrumentos de diferentes improvisações é um marco importante, demonstrando a sua capacidade de liderança e pensamento abstrato. A observação de que o grupo "vai atrás do que o outro está a fazer" e que os membros "não se invadem musicalmente" sublinham a consolidação de uma dinâmica de inter-relação na escuta mútua e na modulação interpessoal.

A música, ao exigir o ajuste rítmico e dinâmico, forneceu o treino em tempo real necessário para esta coesão social.

Fase 3 – Projeto coletivo e empoderamento - Esta fase foi marcada pela transição do processo para o produto. O grupo assumiu a responsabilidade de desenvolver um projeto coletivo, culminando na sua gravação. O papel da música passou a ser o de estrutura de liderança e autoeficácia. O exemplo simbólico do trabalho de P.G. em casa, que elaborou um texto com base nas fases estipuladas, é um forte indicador de motivação intrínseca e sentido de agência.

A união do grupo tornou-se "muito mais unânime" musicalmente, especialmente em ambientes sonoros que espelhavam estados de espírito (prova de regulação emocional conjunta). O apoio mútuo, as gargalhadas e a troca constante de olhares revelam um alto grau de ligação afetiva. A abertura para discutir e melhorar o projeto coletivo mostra uma

maturidade grupal e um investimento genuíno no resultado. Embora a gravação tenha gerado alguma ansiedade, este momento final serviu como uma poderosa experiência de empoderamento, com o grupo a sentir-se capaz de criar algo significativo e de o partilhar, transformando a fragilidade individual em força criativa coletiva.

Fase 4 – Encerramento e reflexão - A última sessão foi dedicada à reflexão sobre o ciclo de musicoterapia. Os pacientes demonstraram um misto de emoções: orgulho e felicidade pelo que construíram, mas também tristeza e ansiedade perante a despedida e a incerteza do futuro. O papel da música foi catalisador no que toca à reflexão e rede de apoio.

A avaliação da experiência, feita de forma anónima e através de conversa, revelou a importância do trabalho em grupo ("Do nada fizemos alguma coisa"). As palavras de A.M. ("tínhamos muita sorte por nos termos encontrado uns aos outros") encapsulam o ganho mais significativo da intervenção: a criação de uma ligação profunda e a descoberta de uma rede de apoio fundamental. Este encerramento reforça a ideia de que a musicoterapia não foi apenas uma reabilitação, mas uma experiência de vida que proporcionou um novo sentido de comunidade, autoconfiança e esperança para o futuro, consolidando o ganho psicossocial do grupo.

Resultados finais. De forma a avaliar a intervenção realizada, os resultados foram comparados entre duas avaliações. A primeira avaliação foi realizada na 1ª sessão e complementada na 4ª sessão e a segunda avaliação foi realizada na sessão 8ª sessão. O instrumento de avaliação utilizado no caso do grupo A foi o *SOI* (anexo A).

A intervenção musicoterapêutica, no primeiro mês, resultou em progressos significativos, tanto a nível individual como na dinâmica do grupo. Os resultados demonstram a eficácia da musicoterapia em promover competências cognitivas, emocionais e sociais, enquanto validam o plano terapêutico inicial.

O progresso de cada membro do grupo foi distinto, refletindo as suas necessidades e desafios particulares:

A.M. demonstrou uma evolução notável na superação do receio e no aumento da autoconfiança. Desenvolveu uma maior liberdade para explorar instrumentos, contrariando a sua crença inicial de incapacidade. As sessões foram um canal seguro para a sua expressão emocional, o que se revelou crucial para lidar com a sintomatologia depressiva.

C.S. apesar da afasia, demonstrou um progresso na comunicação, com uma recuperação gradual da função linguística, usando palavras isoladas de forma mais consistente. A música proporcionou um ambiente de relaxamento significativo, permitindo-

lhe partilhar reflexões emocionais e memórias pessoais, especialmente relacionadas com a figura da mãe.

J.D. caracterizada pela sua participação constante e alegre, soube utilizar a música como uma ferramenta eficaz para a interação social. Apesar das limitações motoras que ainda afetam a sua precisão e fluidez com os instrumentos, a sua alegria e a utilização de sons e movimentos para se conectar com os outros demonstram que as sessões foram um espaço seguro, onde pôde expressar-se sem o medo de julgamento que sentia noutros contextos. O seu desejo de contribuir para a construção musical e de partilhar opiniões reflete uma procura por validação e conexão humana.

Os progressos individuais convergiram para um fortalecimento da dinâmica grupal, que se tornou um pilar de apoio para todos os membros. A intervenção promoveu a confiança, a criatividade e o trabalho em equipa. O projeto coletivo, nomeadamente o poema/narrativa, reforçou o senso de realização comum e serviu como um poderoso símbolo da capacidade do grupo em superar as dificuldades. O respeito e a coesão observados criaram um ambiente seguro e colaborativo, crucial para o sucesso de toda a intervenção.

Após o primeiro mês, os resultados indicaram a necessidade de continuar a promover a confiança, a criatividade, o pensamento e o planeamento, e os ciclos das sessões seguintes teriam como foco manter a motivação e desafiar o grupo a aprofundar o processo criativo. Os objetivos específicos incluíram: auxiliar C.S. nas estratégias de comunicação não-verbal, para compensar as dificuldades remanescentes da afasia; incentivar A.M. a uma maior participação sonora, aprofundando o seu nível de conforto e iniciativa; trabalhar com o P.G. o contacto ocular e o envolvimento direto nas dinâmicas de grupo, para uma maior integração social; auxiliar a J.D. nas estratégias de execução dos instrumentos, para melhorar a precisão e a fluidez motora, apesar das suas limitações.

Com base na comparação entre a avaliação inicial (1ª avaliação) e a avaliação final (2ª avaliação), a análise foi segmentada por domínios, permitindo uma compreensão clara da evolução do grupo e dos pacientes.

A análise dos resultados, revela um progresso significativo no grupo em todos os domínios da interação sonora: reativo, proativo e interativo. Esta evolução sugere que a intervenção foi eficaz em promover uma maior consciência e intencionalidade no uso do som e da música, tanto a nível individual como na dinâmica coletiva.

Tabela 16 - Avaliação do domínio reativo

<i>Da consciência à resposta diferenciada</i>	De níveis elementares com consciência apenas emergente (inicial) para uma maior consciência da variedade sonora e a produção de respostas diferenciadas (ex: a sons altos/baixos) (final)
<i>Da exposição à associação</i>	De uma exposição passiva a uma variedade rica de sons (nível 1A) para a aquisição de significado associativo onde os sons remetem para pessoas, lugares ou afetos (nível 1D)
<i>Da resposta ao reconhecimento</i>	De uma resposta passiva a estímulos sonoros (inicial) para o reconhecimento e resposta ativa à repetição de padrões sonoros (nível 3A), indicando processamento ativo

No domínio reativo, o grupo A manifestou a evolução mais significativa, refletindo uma notável transição do processamento sensorial passivo para a integração cognitiva ativa. O progresso de um nível de consciência elementar para a capacidade de modulação dinâmica (responder a contrastes altos/baixos) demonstra um ganho no controlo intencional da resposta motora e vocal, essencial para a interação. Crucialmente, a progressão para o nível 1D é a evidência clínica de que o som se tornou um mediador neuropsicológico. A música, ao evocar associações com lugares, pessoas ou afetos, atuou como pista de acesso à memória autobiográfica, ligando o estímulo auditivo ao significado emocional e cognitivo. Esta capacidade de o grupo aceder e partilhar a função simbólica da música foi o alicerce da sua coesão. Finalmente, o atingir do nível 3A, que implica o reconhecimento ativo da repetição de padrões, sublinha o sucesso no treino da atenção sustentada e da memória de trabalho. Musicalmente, o grupo passou a demonstrar uma escuta proativa e preditiva, essencial para a participação na improvisação e para a emergência da liderança entre pares. A música, assim, não apenas treinou a perceção, mas ativou o potencial de processamento e significado no grupo.

Tabela 17 - Avaliação do domínio proativo

<i>Da involuntariedade à intenção</i>	De uma produção de som acidental ou controlada apenas por movimentos co-ativos (inicial) para a produção e controlo do som de forma intencional (nível 2), refletindo o aumento da agência
<i>Do movimento à expressão e simbolismo</i>	De um uso mecânico do som (inicial) para uma utilização criativa e simbólica, onde o som expressa sentimentos (nível 2B) e simboliza situações (nível 3D)
<i>Da produção à criação de padrões</i>	De uma ausência de padrões (inicial) para a capacidade de produzir padrões sonoros simples de forma intencional, seja através da repetição ou da regularidade

No domínio proativo, a mudança mais crucial reside na passagem da ação acidental para a intencionalidade sonora, marcando um aumento substancial na agência pessoal dos membros do grupo. O salto para o nível 2 reflete uma vitória sobre a inibição motora e a apatia, indicando que os pacientes recuperaram o controlo voluntário sobre a produção de som. Musicalmente, este controlo intencional serviu como base para a comunicação criativa: o grupo utilizou o som não só para expressar sentimentos (nível 2B), mas também para simbolizar outras situações (nível 3D). Esta utilização simbólica do material musical aponta para um progresso notável na capacidade de abstração e no pensamento organizado, essenciais para a coesão do projeto coletivo. A capacidade de produzir padrões sonoros simples de forma regular e repetitiva demonstra, ainda, uma melhoria na coordenação motora e no planeamento de ação. A música, neste domínio, revelou-se um meio de autodeterminação, transformando os pacientes de recetores passivos em agentes ativos e criativos do seu próprio processo de reabilitação.

Tabela 18 - Avaliação do domínio interativo

<i>Da involuntariedade à interação direta</i>	De relações sonoras involuntárias e facilitadas pela estagiária (nível 1A) para a interação ativa e intencional através do som (nível 2), onde os sons de um membro estimulam a resposta do outro (nível 2A)
<i>Do contexto limitado à independência</i>	De uma interação dependente de contextos específicos (inicial) para uma consistência e maior frequência, ocorrendo independentemente do contexto (nível 2C)
<i>Da resposta à imitação e reconhecimento</i>	De uma mera resposta sonora (inicial) para uma forma complexa de diálogo por imitação do som dos outros (nível 3), envolvendo escuta ativa, reconhecimento e partilha musical

No domínio interativo, o grupo A demonstrou a progressão mais vital para a sua reabilitação psicossocial. O salto de relações involuntárias (nível 1A) para a interação intencional (nível 2) atesta que a musicoterapia superou o isolamento inicial, tornando o som um veículo de comunicação social. O facto de a produção sonora de um membro estimular a resposta do outro (nível 2A) simboliza a emergência da escuta ativa e da antecipação entre pares, marcando a génese do diálogo grupal. Musicalmente, a progressão para o nível 3 – a interação por imitação do som dos outros – representa o marco mais significativo. Não se trata apenas de uma resposta, mas sim de uma forma complexa de diálogo musical que exige reconhecimento do outro e flexibilidade cognitiva, fortalecendo a coesão. O ganho da consistência interativa (nível 2C), independentemente do contexto, sugere que as competências de envolvimento social e de regulação interpessoal adquiridas na sessão foram generalizadas, provando que o grupo se tornou um sistema de suporte e de validação mútua. A música, neste domínio, funcionou como um treino estruturado para a reciprocidade social perdida com a lesão.

Face a tudo isto, há um avanço notável em todos os domínios. A progressão foi mais do que linear, foi transformadora. O grupo passou de um estado reativo e involuntário para um estado proativo e intencional. As competências adquiridas, como a capacidade de associar, expressar sentimentos, criar padrões e interagir através do som, demonstram a eficácia da musicoterapia em promover a reabilitação funcional, a expressão criativa e a conexão humana.

Discussão do caso. A análise dos dados obtidos ao longo da intervenção demonstra que os objetivos terapêuticos foram, em grande parte, concretizados, validando a pertinência da musicoterapia para o grupo em questão. A discussão que se segue visa interligar as observações individuais e de grupo com os objetivos iniciais e os resultados formais do instrumento de avaliação, evidenciando a natureza holística e interconectada do processo terapêutico.

A evolução mais notável do grupo como um todo reside na sua dinâmica de inter-relação. Conforme demonstrado pela progressão no domínio interativo do instrumento de avaliação, o grupo ascendeu de uma relação involuntária baseada no som para uma interação complexa, marcada pela imitação, pela resposta sonora e pela criação conjunta. A passagem da "busca de estimular a interação" para a "interação através da imitação" espelha a evolução das fases do processo terapêutico: da exploração inicial e da construção de vínculo a um estágio de coesão e projeto coletivo, onde a colaboração se tornou a norma. Momentos como a iniciativa de P.G. em sugerir a união dos instrumentos, a reflexão de A.M. sobre terem "sorte por nos termos encontrado uns aos outros" e a alegria partilhada nas sessões confirmam que o objetivo de fomentar a interação social foi plenamente alcançado, resultando na criação de uma comunidade de apoio mútuo.

Em relação aos objetivos individuais, os dados revelam progressos alinhados com o plano terapêutico. O objetivo de fortalecer a autovalorização e autoconfiança foi crucial para a evolução de A.M., cuja crescente participação e liberdade em explorar instrumentos contrariaram a sua crença inicial de incapacidade. O seu progresso no domínio reativo, ao associar sons a memórias e lugares, reflete uma maior consciência e um uso mais intencional da música, o que sugere um aumento da sua autoestima.

A intervenção foi também eficaz no objetivo de redução da ansiedade e regulação emocional. Este foi um ganho significativo para C.S. e P.G., que encontraram na musicoterapia um espaço seguro para se acalmarem e expressarem emoções. A evolução de C.S. no domínio proativo, ao passar de uma produção sonora involuntária para a expressão de sentimentos através do som, é um testemunho direto da eficácia da música em superar as suas barreiras de comunicação e emoção. As reflexões de P.G. sobre a música como um canal de calma demonstram que as sessões serviram como um importante regulador emocional.

A estimulação de competências motoras foi um objetivo parcialmente alcançado, mas com um impacto significativo. Apesar de J.D. ainda enfrentar limitações na precisão, a sua alegria e a sua participação ativa na exploração de instrumentos reforçam a

importância do processo em detrimento da perfeição do produto. P.G., por sua vez, demonstrou uma notável resiliência ao tentar usar a mão disfuncional, o que sugere que a música serviu como um poderoso catalisador de motivação. Este progresso motor está diretamente ligado à evolução de ambos no domínio proativo, uma vez que passaram a produzir sons de forma mais intencional e controlada.

Em suma, os dados mostram que os progressos foram interligados e sinérgicos. A melhoria nas habilidades motoras (domínio proativo) permitiu uma maior participação nas atividades musicais (nível musical), o que fortaleceu a autovalorização e a confiança (domínio emocional). Por sua vez, este aumento de autoconfiança encorajou uma maior interação social (domínio interativo), culminando na coesão do grupo e no sentimento de pertença. O ganho mais significativo e duradouro foi a potencialização dos pacientes, que passaram a ver a música não apenas como um auxílio, mas como um meio de expressão e de criação de um novo sentido de comunidade, o que, em última análise, demonstra o valor intrínseco e o potencial transformador da musicoterapia.

Outras Intervenções Clínicas

Para além dos estudos de caso apresentados anteriormente, foram realizadas outras intervenções grupais, no âmbito da musicoterapia.

Intervenções Grupais

A intervenções são apresentadas de forma sucinta a partir da história clínica, dos objetivos da intervenção, das atividades realizadas e dos resultados obtidos.

Grupo B. Constituído por 3 elementos.

S.M. trata-se de um indivíduo do sexo masculino, com 31 anos de idade e formação superior em Gestão de Atividades Turísticas, com historial clínico de AVC, tendo sido submetido a cirurgia para recolocação de retalho ósseo e drenagem de líquido cefalorraquidiano (LCR). Apresenta hemiparesia e défice visual à esquerda, resultantes de lesão no hemisfério cerebral direito. A nível neuropsicológico, evidencia défices severos nas funções executivas, atenção, memória de trabalho, velocidade de processamento e inibição comportamental. Embora não manifeste sintomatologia ansiosa, apresenta sintomatologia depressiva de grau moderado. A perceção de qualidade de vida revela comprometimento significativo, particularmente nos domínios cognitivo e do self.

B.C. trata-se de um indivíduo do sexo masculino, 38 anos, com historial de tumor cerebral e intervenção cirúrgica. Apresenta alterações do equilíbrio, fadiga moderada, impulsividade, intolerância ao ruído e défices cognitivos severos, sobretudo na atenção, abstração e memória verbal. Manifesta sintomatologia ansiosa ligeira e alterações de personalidade, sem sintomas depressivos. A perceção de qualidade de vida revela comprometimento nos domínios cognitivo e do self, mantendo-se mais preservada nas dimensões física, emocional e social.

S.A. é uma mulher, 48 anos, com historial de traumatismo crânio-encefálico decorrente de acidente rodoviário e traumatismos nos membros inferiores. Apresenta amnésia retrógrada, antecedentes oncológicos (colo do útero) e história de eventos psicossociais marcados por instabilidade emocional, depressão severa e ansiedade. Revela défices cognitivos severos ao nível da atenção, memória recente, rapidez de processamento e regulação comportamental, bem como alterações moderadas na perceção visual. A perceção de qualidade de vida encontra-se profundamente comprometida em todas as dimensões avaliada.

A intervenção musicoterapêutica foi orientada por um plano terapêutico delineado a partir de observações clínicas iniciais. O objetivo principal era abordar problemáticas neurológicas, emocionais e sociais, nomeadamente a impulsividade e o défice no controlo inibitório de B.C., a tendência controladora e as dificuldades na regulação emocional de S.A., e a necessidade de validação e expressão de S.M. As sessões foram estrategicamente concebidas para promover a escuta ativa e a criação de limites, enquanto se procurava fortalecer a autonomia e a expressão individual de cada paciente.

O processo terapêutico iniciou-se com a exploração de instrumentos, revelando de imediato as dinâmicas e os desafios do grupo. O comportamento de B.C. em dominar o ambiente sonoro e a atitude controladora de S.A. durante as improvisações demonstraram a necessidade de trabalhar a modulação comportamental. No entanto, estas sessões iniciais também revelaram o potencial terapêutico de cada paciente: a resposta emocional de B.C. a sons harmónicos e a sua posterior capacidade de "ouvir e reproduzir" padrões rítmicos, a forte motivação intrínseca de S.M. e o uso da guitarra como meio de expressão emocional, e a notável capacidade de S.A. em aceder a memórias profundas através do som.

O progresso da intervenção foi marcado pelo uso de atividades de improvisação baseadas em temáticas, que se mostraram eficazes em mediar a expressão de emoções e memórias. Foi neste contexto que S.A. acedeu a conteúdos emocionais significativos, reconhecendo a capacidade da musicoterapia para abrir "gavetas" que ela própria mantinha fechadas. S.M., por sua vez, utilizou as sessões como um canal de validação pessoal, reforçando a sua perceção de que é um ser "vivo, ativo e capaz". A evolução do grupo culminou na criação de um projeto coletivo, uma iniciativa que, apesar dos momentos de tensão e das dificuldades de S.A. em abdicar do controlo, proporcionou uma experiência de realização e empoderamento mútuos.

Em conclusão, os resultados demonstram que a musicoterapia funcionou como um meio terapêutico eficaz e multifacetado. A intervenção promoveu progressos notáveis na regulação emocional e no controlo inibitório, especialmente em B.C., cujos comportamentos se tornaram mais modulados e responsivos. S.A., apesar da sua resistência inicial, demonstrou a capacidade de aceder a conteúdos emocionais e de se envolver num projeto que exigiu cedência e colaboração. Para S.M., a música foi um veículo para a expressão emocional e para o fortalecimento da sua autonomia. O caso deste grupo evidencia que, mesmo em ambientes clinicamente desafiadores, a musicoterapia pode proporcionar um espaço de crescimento, onde o processo criativo coletivo se torna um meio para alcançar a validação, a expressão pessoal e a coesão social.

Grupo C. A intervenção musicoterapêutica com este grupo, composto por C.A., J.O. e R.P., foi concebida para responder aos desafios neurológicos, emocionais e de comunicação de cada um. O plano terapêutico foi delineado a partir de observações clínicas que revelaram quadros distintos, mas com impactos significativos nas suas capacidades cognitivas, motoras e socioemocionais.

A avaliação clínica revelou que J.O., um homem de 57 anos com hemiparesia esquerda pós-AVC, apresenta défices cognitivos severos, particularmente em funções executivas, atenção e memória. Estas dificuldades manifestam-se na sua tendência para dominar o espaço sonoro com um padrão rítmico repetitivo no bombo, evidenciando uma falta de flexibilidade cognitiva. C.A., de 51 anos, com um historial de lesão cerebral e epilepsia, sofre de confusão mental e ansiedade severa, que o levam a um isolamento sonoro. Por sua vez, R.P., também vítima de AVC, apresenta um funcionamento cognitivo global abaixo da média, preferindo instrumentos de sonoridade simples e evitando reflexões abstratas. A intervenção visou, portanto, promover a escuta ativa e o contacto visual, com objetivos específicos para cada um: modular a dominância sonora de J.O., incentivar a participação de R.P. e trabalhar o planeamento com C.A.

O processo terapêutico iniciou-se com a exploração livre de instrumentos. Inicialmente, a dinâmica foi marcada pelo padrão rítmico dominante de J.O. no bombo, que criava um "barulho" que invadia os outros, limitando a escuta e a participação de R.P. e C.A. As reflexões eram curtas e diretas, revelando a dificuldade do grupo em aprofundar temas ou abstrair. O ponto de viragem crucial na intervenção foi a retirada estratégica do bombo. Esta adaptação permitiu uma maior sintonia e equilíbrio sonoro, promovendo a escuta ativa e a participação mais colaborativa. Foi neste novo ambiente de maior segurança que o grupo demonstrou um notável progresso, com os membros a sugerirem três canções significativas para si. A transição para o canto foi um marco importante, especialmente para R.P., que começou a participar mais ativamente na sonoridade e a cantar com entusiasmo, o que sugere um progresso significativo no seu envolvimento pessoal e na sua capacidade de expressão. Apesar de ainda ter dificuldades em reter a estrutura e a sequência das canções, o grupo tornou-se "mais fácil de seguir" e mais atento ao que os outros faziam. A maior sintonia observada também se refletiu em atos de autonomia, como R.P., que, de forma autónoma, procurar ir buscar e trocar de instrumentos.

Em conclusão, a intervenção resultou em progressos significativos que se alinharam com os objetivos estabelecidos. J.O. mostrou uma evolução notável ao modular o seu comportamento sonoro, permitindo um equilíbrio na dinâmica de grupo. R.P. demonstrou

um aumento da participação e da autonomia, e C.A. mostrou-se mais ativo no planeamento ao sugerir as canções. Apesar do grupo ter revelado ansiedade perante o término da intervenção, a decisão de apresentar a canção "Mãe Querida" em conjunto com outros colegas no evento de encerramento foi um forte indicador de que a musicoterapia proporcionou um sentido de pertença, de valor e de realização, culminando na criação de laços que foram além da terapia.

Grupo D. A intervenção com este grupo, composto por F.N., J.MR., P.T. e B.C., foi delineada para responder aos seus complexos quadros neurológicos e emocionais. Os objetivos terapêuticos visaram a estimulação cognitiva, a regulação emocional e a promoção da interação, dada a tendência inicial dos pacientes para o isolamento.

A avaliação clínica revelou défices severos em todos os membros. P.T., com 54 anos, apresentava fadiga e défices cognitivos. J.MR., de 41 anos, com historial de surto psicótico e AVC, sofria de problemas de equilíbrio e de atenção. F.N., de 51 anos, com lesão cerebral após meningite, manifestava lentidão de pensamento e um discurso pobre. Por fim, B.C., de 28 anos e com um AVC recente, evidenciava altos níveis de ansiedade e défices de memória. O processo terapêutico iniciou-se num contexto de cansaço e dispersão, onde cada paciente estava, inicialmente, na sua "bolha".

As sessões de musicoterapia foram estruturadas para promover um envolvimento gradual e para explorar o potencial da música como mediador de comunicação e emoção. A exploração inicial dos instrumentos revelou a curiosidade do grupo e a formação de um som agradável e sincrónico. Cada membro demonstrou afinidades musicais específicas: a capacidade rítmica de B.C., que comunicava através da repetição de padrões; o interesse de F.N. pelos sons graves do bombo, que o remetiam à música tradicional portuguesa; a preferência de J.MR. pelo *oceandrum*; e a sensibilidade de P.T.

A intervenção evoluiu para a exploração emocional guiada, onde a música se tornou um canal seguro para a partilha de sentimentos. Numa sessão, através de improvisações sobre emoções, B.C. expressou a sua tristeza e P.T. revelou a dor da perda de um ente querido, sendo suportada musicalmente pelos restantes. A observação clínica sugere que a música serviu como uma via alternativa de expressão para F.N. e J.MR., que se mostraram mais reservados. Atividades como a associação de sons a movimentos e o canto de músicas conhecidas fortaleceram a coesão do grupo e a perceção de autoeficácia. A B.C., em particular, mostrou-se muito "dada ao sonoro", explorando a voz e os instrumentos de forma criativa, enquanto F.N., apesar da sua rigidez cognitiva, demonstrou esforço ao tentar tocar instrumentos complexos.

O ponto culminante da intervenção foi o projeto de composição de uma letra original, adaptada a uma melodia existente. Este processo criativo coletivo não só evidenciou um alto nível de envolvimento e entusiasmo, mas também serviu como uma ferramenta terapêutica poderosa. A composição favoreceu o desenvolvimento de habilidades cognitivas, como a organização de ideias, a memória de trabalho e a coordenação, além de fortalecer o sentido de identidade e pertença ao grupo. A confiança entre os membros tornou-se visível, especialmente na relação próxima entre B.C. e P.T., onde a música mediou uma profunda conexão emocional, ao ponto de B.C. ver em P.T. uma figura maternal.

A musicoterapia demonstrou ter um impacto profundo e multifacetado neste grupo. Observou-se uma redução da ansiedade, especialmente em B.C. e P.T., que encontraram nas sessões um espaço de relaxamento. A dinâmica do grupo estabilizou, passando de um momento inicial de fadiga e isolamento para uma maior sintonia e interação. Apesar das limitações cognitivas severas, a música permitiu que os pacientes se conectassem e se expressassem. O caso do deste grupo evidencia que a musicoterapia não apenas atua como uma ferramenta para a reabilitação de funções, mas também como um meio poderoso para a reconexão emocional e a construção de uma comunidade.

Grupo E. A avaliação clínica revelou défices significativos nos três membros. S.L., de 49 anos, sofreu um AVC que comprometeu a fala e a mobilidade da mão direita. Apresenta dificuldades na articulação e no acesso a palavras, além de fadiga e nervosismo. L.M., de 29 anos, vítima de um TCE, manifesta desorientação espacial, alterações no humor e défices na atenção e velocidade de processamento. J.MT., com 55 anos e também com um historial de AVC, apresenta fadiga severa, lentidão e uma tendência à impulsividade, embora as suas funções cognitivas globais se mantenham maioritariamente preservadas.

Com base na avaliação das necessidades do grupo, os objetivos gerais da intervenção musicoterapêutica centraram-se na estimulação das funções cognitivas e motoras, através da utilização da música para promover a atenção sustentada, a velocidade de processamento da informação, a organização de ideias e a coordenação motora. Paralelamente, a intervenção visou a regulação emocional e a expressão, criando um ambiente seguro para a manifestação de estados internos como a fadiga e a ansiedade. A música foi usada como uma ferramenta para a promoção da coesão e interação social, incentivando a escuta ativa, o contacto visual e a sincronização do grupo, a fim de fortalecer o sentimento de pertença e o apoio mútuo entre os membros.

O processo terapêutico iniciou-se com a exploração livre dos instrumentos, revelando a energia e o humor característicos do grupo. Inicialmente, a dinâmica era marcada

pela verbalização repetitiva de J.MT. e pelas brincadeiras de L.M., que, apesar das suas limitações físicas, se mostravam muito ativos e desinibidos. Esta abordagem inicial permitiu aos pacientes manifestarem-se livremente, o que, embora dispersivo, foi crucial para a formação de um vínculo e para a observação clínica das suas dificuldades.

O ponto de viragem da intervenção foi a exploração das emoções através da música, que revelou a vulnerabilidade subjacente aos comportamentos iniciais. Numa sessão, J.MT. partilhou sentir "cansaço" (um 3 numa escala de 0 a 4), enquanto L.M., com a sua boa disposição, classificou o seu estado de espírito como "festa" (um 5). A dinâmica de grupo mostrou-se altamente responsiva, com o humor de L.M. a aliviar a tristeza de J.MT. A partir desse momento, as improvisações musicais demonstraram uma notável capacidade de sincronização e imitação rítmica, com a S.L. a fazer um esforço visível para acompanhar o grupo apesar das suas dificuldades motoras. Observou-se uma evolução na regulação emocional de L.M., que manipulava o *oceandrum* com mais intensidade em momentos mais ativos e com suavidade em momentos de maior tranquilidade. O grupo revelou também uma grande capacidade de escuta ativa, conseguindo terminar improvisações em silêncio de forma sincronizada.

O uso da guitarra mostrou-se particularmente eficaz na modulação da impulsividade e na redução da fadiga de J.MT., que se acalmava visivelmente ao tocá-la. A música atuou como um mediador para a expressão emocional e a criação de um espaço de confiança. Os exercícios que envolviam a relação entre som e movimento permitiram a S.L. expressar-se de forma mais fluída e consciente do seu corpo, ultrapassando as suas limitações físicas. O grupo demonstrou uma forte ligação e um grande companheirismo, evidenciado pela capacidade de todos seguirem o som do outro, revelando uma confiança mútua.

Em conclusão, a musicoterapia demonstrou ter um impacto profundo e multifacetado neste grupo. A intervenção permitiu que o grupo evoluísse de uma dinâmica inicialmente reativa e dispersa para uma de maior sintonia e cooperação. A música atuou como um mediador para a expressão emocional, permitindo a todos os membros – mesmo aqueles com dificuldades verbais – comunicar os seus estados internos.

Grupo F. A intervenção foi delineada a partir da avaliação clínica de três pacientes com quadros complexos resultantes de um AVC: M.A., J.M. e E.A.

M.A., de 48 anos, do sexo feminino, apresenta hemiparesia, lentidão no pensamento e linguagem, e um medo de falhar que afeta a sua perceção de autoeficácia. Para J.M., 41 anos, do sexo masculino, o quadro inclui disartria, ataxia e défices de motricidade fina, além de uma velocidade de processamento cognitivo comprometida. Por fim, E.A., de 49 anos,

do sexo masculino, lida com alterações no braço e mão direita, e uma notável falta de "filtro verbal", o que compromete o controlo do seu discurso. Os objetivos da intervenção focaram-se na superação destes desafios, visando a redução da ansiedade, a estimulação motora e cognitiva, e a promoção da expressão e do controlo emocional.

O processo terapêutico, marcado por sessões de menor duração e pela ausência pontual de elementos, apresentou desafios iniciais significativos na formação de uma relação de confiança. A vergonha e o receio de se exporem e de tocarem os instrumentos foram barreiras visíveis, com a exceção de M.A., que, contrariando a sua história de medo de falhar, mostrou-se desde o início como um catalisador positivo. A sua disposição, entusiasmo e colaboração constante foram essenciais para quebrar o gelo. Para J.M. e E.A., foi necessário adotar uma estratégia terapêutica baseada no humor e na brincadeira, criando um ambiente de "galhofa" que os encorajasse a sentir-se mais à vontade. Atividades com movimentos corporais, dança e música foram introduzidas com o objetivo de tornar as sessões mais descontraídas e de promover a expressão não-verbal, superando assim a vergonha inicial.

O ponto de viragem do processo ocorreu quando o grupo, motivado pela observação do trabalho de outros pacientes, estabeleceu um objetivo de grupo: a criação de uma canção original. Este projeto de criação coletiva foi um marco, transformando a dinâmica inicial de receio numa de motivação e concretização.

O envolvimento foi profundo, com o grupo a demonstrar um elevado número de ideias, o que reflete uma notável evolução na sua perceção de autoeficácia. A musicoterapia, ao permitir este processo de criação, possibilitou a superação das barreiras de confiança e o aprofundamento da relação terapêutica.

Como resultado, J.M. sentiu-se confortável para permitir a gravação das sessões, E.A. começou a trazer para a sessão desabafos e emoções, e até a M.A. teve momentos de desabafo e de partilha de preocupações. A expressão de sentimentos de amor e carinho pelas suas famílias (filha, filhos e mulher) tornou-se um tema recorrente, evidenciando que a música se tornou um espaço seguro para a partilha de emoções e vulnerabilidades que ultrapassavam os seus quadros clínicos. Este percurso demonstra que a musicoterapia não apenas atua na reabilitação de funções, mas também na reconexão emocional e na construção de uma comunidade capaz de oferecer um apoio mútuo inestimável.

O percurso dos grupos D, E e F, que partilharam a mesma turma na RAC-LCA 28, culminou num momento de profunda realização e coesão. Após um processo terapêutico que desafiou barreiras como a fadiga, o receio e a vergonha, os grupos evoluíram de um estado

de isolamento para uma dinâmica de colaboração e expressão. Através da musicoterapia, as suas jornadas individuais – a luta contra a ansiedade, a superação da lentidão de pensamento e a reconquista da voz – materializaram-se em algo tangível: as suas músicas originais. A apresentação destas composições perante toda a instituição não foi apenas um “espetáculo”; foi um ato de afirmação e um momento de celebração coletiva. Esta experiência final e a capacidade de dar voz às suas histórias perante os outros, solidificou os ganhos terapêuticos e proporcionou um sentimento de realização e de pertencimento.

Grupo G. A intervenção foi delineada a partir dos quadros clínicos e das histórias de vida únicas de cada um dos cinco pacientes: M.M., J.L., J.R., J.F. e J.L.

M.M. uma mulher de 52 anos que sofreu um AVC hemorrágico. A sua história contrasta o seu passado como operadora de máquina em série, uma função que exigia velocidade e precisão, com a sua atual lentidão cognitiva e de movimento. Esta mudança causa-lhe frustração e ansiedade, agravadas por uma intolerância ao barulho que a faz sentir confusão e picos de calor em ambientes com muita gente. A sua reabilitação é vista pelo marido como estagnada, adicionando uma camada emocional às suas dificuldades.

J.R. com 57 anos, este ex-proprietário de café lida com as sequelas de um AVC que lhe causou afasia motora e uma hemiparésia direita. O seu historial clínico revela episódios confusionais e uma instabilidade emocional que se manifesta em choro ou ataques de riso, muitas vezes em momentos inadequados. A sua infância, focada unicamente na agricultura e na escola, oferece um contexto para a sua postura inicial de observador e o seu aparente desinteresse pela música.

J.L. aos 36 anos, sofreu um traumatismo crânio-encefálico num acidente de futebol, que resultou em lesão axonal difusa. As sequelas físicas incluem disartria e uma ligeira hemiparésia, que comprometem a sua capacidade de realizar tarefas manuais, como a sua profissão de casqueiro e estofador. A nível emocional, enfrenta desânimo e irritabilidade, exacerbados pela falta de apoio familiar e pelo desemprego. A sua insatisfação geral com a vida e a sintomatologia ansiosa e depressiva demonstram o peso do seu quadro.

J.F. aos 55 anos sofreu de encefalite herpética, que lhe causou afasia sequelar e alterações cognitivas. É uma pessoa focada no trabalho e na reabilitação, com a esperança de regressar brevemente à sua profissão. Embora o seu historial não revele uma vida de lazer muito estruturada, o seu gosto por futebol e caminhadas e a sua elevada motivação e compromisso com o processo de reabilitação foram as suas principais forças.

A sua impulsividade e falta de flexibilidade cognitiva são evidentes nas suas interações. A sua desinibição, que se traduz numa notável perda do "filtro" verbal, faz com

que os seus comentários sejam frequentemente inadequados e maldosos, disfarçados de brincadeira.

J.L. aos 51 anos, este paciente de AVC apresenta alterações na linguagem (disartria) e défices cognitivos severos, principalmente nas funções atencionais e executivas. Embora a sua avaliação revele uma satisfação com o fator social, ele manifesta uma profunda insatisfação com a sua autonomia e a sua identidade. A sua postura agressiva e verbalmente atacante pode ser vista como uma manifestação da sua frustração interna, enquanto o seu cansaço constante sugere o grande esforço que ele despende para a regulação.

A dinâmica inicial do grupo foi particularmente desafiadora, com a gestão de conflitos e a regulação emocional a tornarem-se os principais focos terapêuticos. A M.M. atuou como um elemento estabilizador e como ouvinte ativa, enquanto J.R. alternava entre a distração e ataques de riso que chegavam a parar a sessão. As interações entre J.L., J.F. e J.L. eram frequentemente tensas. Para gerir este cenário, a estagiária utilizou estratégias baseadas no humor, na exploração sonora e em movimentos corporais, com o objetivo de criar um espaço de segurança. Foi neste ambiente que o grupo, apesar das suas dificuldades, começou a demonstrar uma notável capacidade de se sincronizar musicalmente, evidenciando uma sintonia subjacente que podia ser explorada.

O ponto de viragem do processo foi a decisão coletiva de criar um *medley* de músicas. Este projeto tornou-se o veículo para a transformação da energia de conflito em energia criativa. A necessidade de colaborar, ouvir e comunicar de forma respeitosa para concretizar a canção forçou os pacientes a praticarem as competências que mais lhes faltavam. O grupo, que se nomeou como uma "banda", demonstrou ganhos terapêuticos notáveis: J.F. mostrou-se mais calmo e comedido nas suas interações, e J.L. menos agressivo verbalmente, o que reflete uma melhoria na gestão das suas emoções e no seu autocontrolo. J.R. tornou-se visivelmente mais animado e interessado nas sessões, e J.L. passou a ser mais proativo, dando sugestões e participando ativamente no projeto, uma vez que a música proporcionou um canal seguro para a catarse, quebrando o seu retraimento e expressando emoções profundas ao cantar uma música que o mesmo escolheu.

O culminar deste processo foi a gravação de um vídeo no exterior, que serviu como uma prova tangível da evolução do grupo. O projeto, a música e a gravação tornaram-se símbolos de um caminho de superação, onde mostrou a capacidade de transformar a adversidade em algo construtivo e de construir uma coesão social e musical.

Grupo H. Composto por cinco pacientes, do sexo masculino, iniciou o percurso de forma muito curiosa e exploratória, onde a receptividade destacou-se de modo geral, revelando uma sintonia musical quase automática e um respeito mútuo sonoro.

R.S., aos 34 anos, sofreu um AVC isquêmico, o seu quadro clínico inclui défices cognitivos ligeiros, com dificuldades de memória e atenção, e alterações físicas como dor neuropática e uma discreta dificuldade de equilíbrio. Apesar destas limitações e do receio de não conseguir manter o ritmo de trabalho, ele mantém-se altamente motivado para a reabilitação, mostrando satisfação com a sua vida social e com as suas competências cognitivas e digitais.

N.M., sofreu um AVC, e a sua lesão, cuja causa ainda está por determinar, deixou-o com um quadro complexo que inclui hemiparésia espástica à esquerda, disfagia e dificuldades cognitivas a nível da velocidade de processamento e da atenção alternada. Atualmente desloca-se de cadeira de rodas e enfrenta desafios como a necessidade de ajuda nos cuidados pessoais e a perda da capacidade de usar os seus programas de design, uma vez que a sua profissão era designer gráfico. A sua frustração emocional, aliada a um discurso rápido e precipitado, revela o peso da sua condição.

G.O., sofreu um AVC isquêmico. O seu quadro é marcado por uma afasia transcortical motora, o que o impede de produzir uma fala fluente, limitando-o a palavras soltas. Além disso, a sua capacidade de leitura e escrita está comprometida, e ele apresenta uma hemiparesia direita que limita o uso do membro superior. Apesar das dificuldades de comunicação e locomoção, ele mantém a sua paixão por trabalhar com madeira e o contacto com a família e amigos, embora o medo da esposa de que sofra convulsões limite as suas saídas.

D.J., na sequência de um AVC, ele apresenta um funcionamento cognitivo geral abaixo da média, com especial dificuldade na memória a longo prazo e nas capacidades visuo-espaciais. O seu quadro inclui sintomatologia ansiosa leve e uma insatisfação notória com o seu domínio físico. A sua recomendação para um programa de reabilitação visa o desenvolvimento de competências para o estabelecimento de uma rotina e para uma vida mais ativa.

A.P., com 55 anos, tem um historial clínico complexo, iniciado com um tumor cerebral e agravado por um AVC hemorrágico e um AIT. Atualmente, depende de uma cadeira de rodas e necessita de apoio para a locomoção, apesar de manter alguma autonomia nas atividades básicas. As suas limitações motoras e cognitivas são severas, afetando a

memória, atenção, linguagem e velocidade de processamento. A sua esposa é um apoio central, incentivando a sua independência.

As primeiras sessões revelaram um grupo com experiências musicais diversas. A fase de improvisação inicial demonstrou uma sinergia promissora, com os pacientes a respeitarem o espaço sonoro uns dos outros. No entanto, o processo foi marcado por desafios, como o desconforto inicial de R.S. com a gravação e a postura mais resguardada de N.M., que tocava instrumentos simples e pouco audíveis. Para facilitar a integração de N.M., foi adotada uma estratégia de brincadeira e humor, que o ajudou a sentir-se mais seguro e a encarar as sessões de forma mais positiva.

A verdadeira transformação do grupo ocorreu quando os membros decidiram formar uma banda. Esta iniciativa não só superou o desconforto com a gravação, como deu um propósito claro à terapia. A decisão de dar a cada membro uma função (vocalista, guitarristas, percussionistas) tornou-se um símbolo do novo sentido de identidade e colaboração.

R.S. redescobriu a sua paixão pela guitarra, que tinha aprendido em jovem. O instrumento tornou-se um novo foco de reabilitação, levando-o a comprar uma guitarra e a praticar em casa, para além das sessões.

G.O. apesar da sua afasia, encontrou uma forma de comunicação através da música, cantava todas as canções e tocava o bombo.

A.P. assumiu o papel de impulsionador do repertório, trazendo sugestões de músicas que se tornaram o centro da prática musical do grupo. Esta liderança traduziu-se num ganho significativo de autonomia e iniciativa.

N.M. superou o seu retraimento inicial, sentindo-se mais integrado e participativo à medida que o grupo se consolidava, encarando as sessões de forma mais positiva.

D.J. o seu papel de "multi-percussionista", explorava o ritmo e servia de sustentação para os outros, o que reflete a sua capacidade de apoiar a dinâmica do grupo.

Este grupo ao colaborar na escolha dos instrumentos, na intensidade sonora e no nome da banda, demonstrou uma crescente capacidade de comunicação e trabalho em equipa. O caminho foi um testemunho de como a musicoterapia pode ser um veículo para a recuperação, transformando um grupo de pacientes com desafios neurológicos numa banda coesa e motivada.

Discussão dos Resultados

A análise dos resultados obtidos durante o estágio em musicoterapia no CRPG confirma, de forma robusta, as evidências científicas que sustentam a musicoterapia como uma intervenção fundamental na reabilitação de adultos com LCA. A prática clínica demonstrou que a música atua como um agente terapêutico primário na ativação da neuroplasticidade e na reorganização de circuitos neuronais, validando as premissas de autores como Oliver Sacks (2007), que sublinham o papel da música na recuperação de funções perdidas e na redescoberta de um sentido de continuidade pessoal.

Os resultados observados alinham-se com o primeiro objetivo do estágio — estimular competências sensório-motoras e comunicacionais —, uma vez que a música se revelou um meio eficaz para potenciar a coordenação motora e a precisão rítmica através da estimulação auditiva e motora sincronizada. O princípio da estimulação rítmica auditiva, amplamente estudado por Thaut (2005), foi aplicado em várias sessões através de exercícios de percussão e movimento corporal, facilitando a sincronização entre som e ação. Tal prática resultou em melhorias significativas na coordenação e na destreza manual, confirmando o impacto do ritmo na reorganização funcional das vias motoras.

Paralelamente, verificou-se uma associação e significados entre a produção sonora e o desempenho cognitivo, em consonância com os estudos de Chang (2022). A sincronização musical emergiu como um catalisador para a melhoria da atenção sustentada, do planeamento e da memória de trabalho, permitindo aos pacientes desenvolver estratégias cognitivas de compensação. A música, ao envolver simultaneamente dimensões auditivas, propriocetivas e cinestésicas, proporcionou uma estimulação multissensorial que contribuiu para a criação de novas vias neuronais compensatórias, de acordo com o princípio da plasticidade cerebral (Thaut, 2005; Voss, 2017).

O segundo objetivo do estágio — estimular a expressão emocional e o bem-estar psicológico — também encontrou confirmação prática. A musicoterapia revelou-se uma via alternativa de comunicação para pacientes com afasia ou outros défices de fala, validando a hipótese de Gottfried (2009) de que a música constitui uma linguagem por si só. A criação de canções originais, a improvisação vocal e a recriação de canções conhecidas permitiram que os pacientes expressassem emoções e memórias, reforçando a sua identidade e sentido de continuidade. Assim, a música não apenas compensou limitações comunicacionais, como também funcionou como um instrumento de reconstrução do eu e de reconexão social, em linha com o objetivo de fortalecer a identidade e a validação pessoal.

A nível grupal, a prática clínica corroborou as ideias de Bruscia (1998), evidenciando que a música promove um espaço terapêutico seguro e coeso, capaz de integrar as dimensões emocional e social da reabilitação. As dinâmicas observadas nos grupos — da fase inicial de formação à separação — mostraram uma progressiva consolidação da coesão e da colaboração. Projetos coletivos como a criação de bandas terapêuticas ou de *medleys* partilhados demonstraram ser catalisadores de empatia, escuta e sentido de pertença, cumprindo o objetivo de promover a adaptação social e o trabalho em equipa.

Por fim, o estágio também contribuiu para sensibilizar a equipa multidisciplinar do CRPG para o papel da musicoterapia como recurso integrador na reabilitação neurológica. A comunicação contínua com profissionais de terapia ocupacional, terapia da fala e neuropsicologia permitiu uma articulação de objetivos e estratégias, reforçando o valor da abordagem plurimodal e interdisciplinar. A observação conjunta dos progressos funcionais e emocionais dos pacientes promoveu uma visão mais integrada do processo terapêutico, indo ao encontro do quarto objetivo do estágio.

De forma global, a experiência prática permitiu comprovar que a musicoterapia, quando integrada num plano de reabilitação multidisciplinar, atua simultaneamente nos domínios físico, cognitivo, emocional e social. As melhorias observadas — tanto ao nível da funcionalidade como do bem-estar subjetivo — revelam que a música, enquanto mediadora terapêutica, tem a capacidade de transformar a experiência de reabilitação num processo significativo, centrado na pessoa, e orientado não apenas para a recuperação funcional, mas também para a promoção de uma vida mais plena e com sentido.

Conclusões Finais

O presente estágio permitiu consolidar a musicoterapia como uma valência complementar e integrada nos programas de reabilitação desenvolvidos pelo CRPG, demonstrando o seu impacto transversal nas dimensões física, cognitiva, emocional e relacional de pacientes com LCA.

Os resultados obtidos confirmam o cumprimento dos objetivos traçados no início do estágio. A intervenção musicoterapêutica contribuiu significativamente para o fortalecimento da identidade e validação pessoal dos pacientes, através da exploração de memórias musicais e aspetos identitários. A música funcionou como um espelho sonoro do eu, permitindo que os pacientes se percebessem para além das suas limitações e redescobrissem um sentido de continuidade e de agência.

O segundo objetivo — estimular a expressão emocional e o bem-estar psicológico — foi igualmente alcançado. Através da improvisação, da recriação e da escuta musical, os pacientes encontraram um meio seguro e simbólico para expressar emoções complexas como frustração, tristeza ou raiva, frequentemente inibidas pela experiência de perda associada à lesão. Ainda que o tempo disponível por sessão tenha sido um desafio, a música revelou-se um canal de comunicação profunda e transformadora, facilitando o acesso a conteúdos emocionais de difícil verbalização.

A nível interpessoal, a criação musical em grupo emergiu como um poderoso catalisador de coesão, empatia e pertença. Projetos como a formação de uma banda terapêutica e a elaboração de *medleys* coletivos promoveram a escuta ativa e o apoio mútuo, fortalecendo os laços entre os pacientes e contribuindo para a reintegração social. Estes resultados confirmam a pertinência da musicoterapia grupal como estratégia para a reabilitação psicossocial.

Por sua vez, o objetivo de estimular competências sensório-motoras, cognitivas e comunicacionais foi concretizado através da aplicação de técnicas rítmicas e instrumentais baseadas nos princípios da neurociência da música (Thaut, 2005). Observou-se uma melhoria gradual na coordenação, atenção e fluência comunicativa, validando o potencial da música enquanto agente de reorganização neuronal e de reforço funcional.

Em paralelo, foi atingido o objetivo de sensibilizar a equipa multidisciplinar para o papel da musicoterapia no processo de reabilitação neurológica. A partilha de observações clínicas e a colaboração com terapeutas da fala, fisioterapeutas e psicólogos fortaleceram a

visão integrada do cuidado, favorecendo o reconhecimento da musicoterapia como uma prática coadjuvante e interdisciplinar.

Em última análise, o estágio permitiu confirmar que a musicoterapia não se limita à recuperação funcional, mas estende-se à promoção do bem-estar global e da qualidade de vida. O caráter estético, simbólico e relacional da música permitiu que os pacientes reencontrassem sentido, prazer e pertença num processo de reabilitação frequentemente marcado pela incerteza e pela perda.

Esta experiência reforça, assim, a relevância da musicoterapia como parte integrante dos programas de neuroreabilitação, não apenas como técnica de apoio, mas como uma prática humanizadora, que valoriza a subjetividade e a expressividade de cada pessoa. O estágio evidenciou que, mesmo em contextos de baixo potencial de recuperação funcional, a música oferece possibilidades reais de transformação, restaurando a dignidade, a esperança e a capacidade de viver de forma mais plena.

Reflexão Pessoal

A conclusão deste estágio não representa apenas o fim de um percurso acadêmico, mas o início de uma jornada profissional profundamente significativa. Ao longo deste processo, fui tocada pelas histórias e pela resiliência de cada paciente. Acompanhar as suas conquistas, os seus silêncios e momentos de vulnerabilidade foi um privilégio que ultrapassa qualquer aprendizagem teórica. A experiência vivida transformou a minha forma de compreender a musicoterapia e reafirmou a minha convicção de que esta é a área onde desejo continuar a crescer e contribuir.

O estágio permitiu-me consolidar o conhecimento teórico adquirido e, sobretudo, compreender as suas implicações práticas no contexto da reabilitação neurológica. A principal reflexão que emerge deste percurso é a necessidade de integrar a musicoterapia de forma estruturada e contínua nos planos terapêuticos de instituições como o CRPG. Os resultados observados — tanto no domínio motor como no cognitivo, comunicacional e social — evidenciam o seu potencial enquanto intervenção terapêutica essencial, e não apenas complementar.

No plano pessoal e profissional, este percurso foi igualmente transformador. No início, a minha postura era mais prudente e focada na aplicação rigorosa dos conceitos aprendidos. Contudo, à medida que me envolvi nas histórias e dinâmicas de cada grupo, percebi que a verdadeira eficácia da musicoterapia reside na escuta ativa, na flexibilidade e na presença clínica. Aprendi a confiar na intuição e na relação terapêutica, respondendo com criatividade e empatia aos imprevistos do processo — fosse a desinibição súbita de um paciente, fosse o retraimento de outro.

A tradução da teoria em prática revelou-se um exercício exigente e enriquecedor. Conceitos como o da neuroplasticidade deixaram de ser abstrações científicas para se tornarem experiências observáveis, materializadas na melhoria motora de pacientes que, no início, tinham movimentos limitados. A música revelou-se uma verdadeira ponte entre o corpo e a mente, possibilitando a comunicação e a expressão emocional mesmo na ausência da fala.

O maior ganho pessoal deste estágio foi, sem dúvida, a lição de humildade, empatia e humanidade. A força e o entusiasmo dos pacientes ensinaram-me que a reabilitação não é apenas um conjunto de técnicas, mas um processo de reconstrução do ser — de identidade, autoestima e pertença. Esta experiência transformou a minha visão sobre o papel do

musicoterapeuta: mais do que um facilitador de processos musicais, é um mediador de possibilidades humanas, um agente de sentido e de transformação.

Sinto que esta etapa foi apenas o início de um caminho que quero continuar a percorrer com compromisso, curiosidade e respeito pela singularidade de cada pessoa. A musicoterapia, para mim, deixou de ser apenas uma profissão para se tornar uma forma de encontro — com os outros, com a música e comigo mesma.

Referências

- Ahonen, H. (2018). 'Self as instrument' – Safe and effective use of self in music psychotherapy: Canadian music therapists' perceptions. *Approaches: An Interdisciplinary Journal of Music Therapy*, 11(2). <https://doi.org/10.56883/aijmt.2019.211>
- Aigen, K. (2014). *The study of music therapy: Current issues and concepts*. Routledge.
- Aldridge, D. (1995). Music Therapy and the Treatment of Alzheimer's Disease. *Clinical Gerontologist*, 16(1), 41–57. https://doi.org/10.1300/J018v16n01_05
- Aldridge, D. (2005). *Music therapy and neurological rehabilitation: Performing health*. London, United Kingdom: Jessica Kingsley.
- Almeida, I., Guerreiro, S., Martins-Rocha, B., Dores, A. R., Vicente, S. G., Barbosa, F., & Castro-Caldas, A. (2016). Impacto de um programa holístico de reabilitação neuropsicológica na qualidade de vida de pessoas com lesão cerebral adquirida. *Psychologica*, 58(2), 61–74. https://doi.org/10.14195/1647-8606_58-2_4
- Altenmüller, E., & Schlaug, G. (2013). Neurologic music therapy: The beneficial effects of music making on neurorehabilitation. *Acoustical Science and Technology*, 34(1), 5–12. <https://doi.org/10.1250/ast.34.5>
- American Music Therapy Association. (2005). *Definition of music therapy*. <http://www.musictherapy.org/about/standards>
- American Music Therapy Association. (2005). *What is music therapy?* <https://www.musictherapy.org/about/musictherapy/>
- American Music Therapy Association. (2020). *A career in music therapy*. <https://www.musictherapy.org/careers/employment/>

American Music Therapy Association. (n.d.). *Quality of service, music therapy standards*. <https://www.musictherapy.org/> (Acedido a 5 de março de 2025)

Baker, F., Tamplin, J., Kennelly, J., & Wheeler, B. (2006). *Music therapy methods in neurorehabilitation: A clinician's manual*. London, United Kingdom: J. Kingsley Publishers.

Baker, F. A., Tamplin, J., Rickard, N., Ponsford, J., New, P. W., & Lee, Y.-E. C. (2019). A therapeutic songwriting intervention to promote reconstruction of self-concept and enhance well-being following brain or spinal cord injury: Pilot randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 33(6), 1045–1055.
<https://doi.org/10.1177/0269215519831417>

Barrett, A. M., Oh-Park, M., Chen, P., & Ifejika, N. L. (2013). Neurorehabilitation: Five new things. *Neurology Clinical Practice*, 3(6), 484–492.
<https://doi.org/10.1212/01.CPJ.0000437088.98407.fa>

Benenzon, R. O. (2011). *Musicoterapia: De la teoría a la práctica* (Nueva ed. ampliada). Paidós.

Bernard, H., & MacKenzie, K. (1994). *Basics of group psychotherapy*. Guilford Press.

Birnbaum, J. C. (2014). Intersubjectivity and Nordoff-Robbins Music Therapy. *Music Therapy Perspectives*, 32(1), 30–37. <https://doi.org/10.1093/mtp/miu004>

Bolsinger, J., Jaeger, M., Hoff, P., & Theodoridou, A. (2020). Challenges and Opportunities in Building and Maintaining a Good Therapeutic Relationship in Acute Psychiatric Settings: A Narrative Review. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 965.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00965>

Bonny, H. L., & Savary, L. M. (1990). *Music and your mind: Listening with a new consciousness* (2nd ed.). Station Hill Press.

Book Review: Endocrine Pathology: Differential Diagnosis and Molecular Advances. (2003). *Tumori Journal*, 89(6), 687–687.

<https://doi.org/10.1177/030089160308900613>

Borczone, R. M. (2017a). *Music therapy: A fieldwork primer* (Second edition). Barcelona Publishers.

Borczone, R. M. (2017b). *Music therapy: A fieldwork primer* (Second edition). Barcelona Publishers.

Bradt, J., Magee, W. L., Dileo, C., Wheeler, B. L., & McGiloway, E. (2010). Music therapy for acquired brain injury. In The Cochrane Collaboration (Ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews* (p. CD006787.pub2). John Wiley & Sons, Ltd.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD006787.pub2>

Brain Injury Association of America. (2023). *2023 impact report*. Brain Injury Association of America.

Braun Janzen, T., Schaffert, N., Schlüter, S., Ploigt, R., & Thaut, M. H. (2021). The effect of perceptual-motor continuity compatibility on the temporal control of continuous and discontinuous self-paced rhythmic movements. *Human Movement Science*, 76, 102761. <https://doi.org/10.1016/j.humov.2021.102761>

Bruscia, K. E. (1987). *Improvitational models of music therapy*. Charles C Thomas, Publisher.

Bruscia, K. E. (1988). A Survey of Treatment Procedures in Improvisational Music Therapy. *Psychology of Music*, 16(1), 10–24. <https://doi.org/10.1177/0305735688161002>

Bruscia, K. E. (1998). *Defining music therapy* (2nd ed.). Barcelona Publishers.

Bruscia, K. E. (2001). A Qualitative Approach To Analyzing Client Improvisations. *Music Therapy Perspectives*, 19(1), 7–21.
<https://doi.org/10.1093/mtp/19.1.7>

- Bruscia, K. E. (2014). *Defining music therapy* (Third edition). Barcelona Publishers.
- Bunt, L., & Hoskyns, S. (2002). *The handbook of music therapy*. London, United Kingdom: Routledge.
- Bunt, L., Hoskyns, S., & Swamy, S. (Eds.). (2024). *The handbook of music therapy* (Second edition). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315713403>
- Bunt, L., & Stige, B. (2014). *Music Therapy* (0 ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315817989>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2017). *Traumatic brain injury and concussion*. <https://www.cdc.gov/traumaticbraininjury/index.html>
- Choppin, S., Trost, W., Dondaine, T., Millet, B., Drapier, D., Vérin, M., Robert, G., & Grandjean, D. (2016). Alteration of complex negative emotions induced by music in euthymic patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 191, 15–23. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.063>
- Clarke, P. (2009). Living with Stroke: A Narrative Review of the Literature. *Health & Social Care in the Community*, 17(2), 111–122.
- Craske, M. (2010). *Cognitive-behavioral therapy*. American Psychological Association.
- Daveson, B. A. (2007). *Music therapy methods in neuro-rehabilitation: A clinician's manual* [Review of the book *Music therapy methods in neuro-rehabilitation: A clinician's manual*, by F. Baker & J. Tamplin]. *Music Therapy Perspectives*, 25(1), 59–60. <https://doi.org/10.1093/mtp/25.1.59>
- Davies, A., & Richards, E. (1998). Music Therapy in Acute Psychiatry: Our Experience of Working as Co-Therapists with a Group for Patients from Two

Neighbouring Wards. *British Journal of Music Therapy*, 12(2), 53–59.

<https://doi.org/10.1177/135945759801200203>

Davies, A., Richards, E., & Barwick, N. (2014). *Group Music Therapy* (0 ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315752570>

Diário da República. (2016). *Regulamento n.º 107-A/2016*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/107-a-2016-73357891> (Acedido a 5 de março de 2025)

Dias, R. I. R., Rocha, M. E. D. S. B., Siqueira, A. P. D., Leite, A. M., Gomes, G. K. S., Labs, A. V. M., Bastos, A. R. D. S., Bezerra, F. D. C., Andrade, R. P., Palma, A. L. G. L., Regis, A. F. A., & Souza, P. C. (2023). Saúde mental: Intervenções multidisciplinar no tratamento e diagnóstico. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 5(5), 2329–2337. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n5p2329-2337>

Edwards, J. (Ed.). (2015). *The Oxford Handbook of Music Therapy* (Vol. 1). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199639755.001.0001>

Elkind, M. S., & Sacco, R. L. (1998). Stroke risk factors and stroke prevention. *Seminars in Neurology*, 18(4), 429–440. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1040896>

François, C., Grau-Sánchez, J., Duarte, E., & Rodriguez-Fornells, A. (2015). Musical training as an alternative and effective method for neuro-education and neuro-rehabilitation. *Frontiers in Psychology*, 6(475), 1–15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00475>

François, C., Lévêque, Y., Baumard, J., & Pothier, M. (2015). Musical practice and the mirror neuron system: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 6, 1789. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01789>

Freitas, R., Carvalho, A., Ferreira, M. R., & Lima, V. (2012). A qualidade no terceiro setor: O caso do Centro de Reabilitação Profissional de Gaia (CRPG). In *IV Congresso Internacional de Casos Docentes em Marketing Público e Não Lucrativo*.

Gardstrom, S. (2001). Practical techniques for the development of complementary skills in musical improvisation. *Music Therapy Perspectives*, 19(2), 82–87.

<https://doi.org/10.1093/mtp/19.2.82>

Garred, R. (2004). *Dimensions of dialogue: An inquiry into the role of music and of words in creative music therapy*. Aalborg Universitetsforlag.

Gavrielidou, M., & Odell-Miller, H. (2017). An investigation of pivotal moments in music therapy in adult mental health. *The Arts in Psychotherapy*, 52, 50–62.

<https://doi.org/10.1016/j.aip.2016.09.006>

Geretsegger, M., Mössler, K. A., Bieleninik, Ł., Chen, X.-J., Heldal, T. O., & Gold, C. (2017). Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(5).

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004025.pub4>

Gold, C., Solli, H. P., Krüger, V., & Lie, S. A. (2009). Dose–response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: Systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(3), 193–207.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.01.001>

Gómez Pastor, I. (2008). El daño cerebral sobrevenido: Un abordaje transdisciplinar dentro de los servicios sociales. *Intervención Psicosocial*, 17(3).

<https://doi.org/10.4321/S1132-05592008000300002>

Guedes, T. P., & Castro-Poças, F. (2022). Abordagem multidisciplinar – como funciona? *Revista Portuguesa de Coloproctologia*, 64–68.

Guerreiro, S., Almeida, I., Fabela, S., Dorés, A. R., & Castro-Caldas, A. (2009). Avaliação de 5 anos de reabilitação neuropsicológica no Centro de Reabilitação Profissional de Gaia (CRPG). *Re(habilitar) – Revista da ESSA*.

Hackett, M. L., Yapa, C., Parag, V., & Anderson, C. S. (2014). Frequency of depression after stroke: A systematic review of observational studies. *Stroke*, 36(6), 1330–1340.

Han, S. Y. (2016). Traumatic brain injury: Definition, classification, and epidemiology. In S. Y. Han (Ed.), *Neurotrauma management for the severely injured polytrauma patient* (pp. 3–12). Springer.

Hemmesch, K., & Kunz, T. (2020). *The collaboration of music therapy and physical therapy: A case study for rehabilitation treatment of a patient with chronic stroke* [Trabalho final de curso, University of North Dakota]. *Physical Therapy Scholarly Projects*. <https://commons.und.edu/pt-grad/703>

Høglend, P. (2014). Exploration of the Patient-Therapist Relationship in Psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 171(10), 1056–1066. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14010121>

Jackson, N. A. (2015). Music Therapy and Chronic Mental Illness: Overcoming the Silent Symptoms. *Music Therapy Perspectives*, 33(2), 90–96. <https://doi.org/10.1093/mtp/miv017>

Jauset, J. (2016). Música, movimiento y neuroplasticidad. Eufonia. Didáctica de la música.

Jellinger, K. A. (2010). Basic mechanisms of neurodegeneration: A critical update. *Journal of Cellular and Molecular Medicine*, 14(3), 457–487. <https://doi.org/10.1111/j.1582-4934.2010.01010.x>

Jones, C., Richard, N., & Thaut, M. (2021). Investigating music-based cognitive rehabilitation for individuals with moderate to severe chronic acquired brain injury: A feasibility experiment. *NeuroRehabilitation*, 48(2), 209–220. <https://doi.org/10.3233/NRE-208015>

Kamalakannan, S., Gudlavalleti, Aashrai S. V., Murthy Gudlavalleti, V., Goenka, S., & Kuper, H. (2015). Challenges in understanding the epidemiology of acquired brain injury in India. *Annals of Indian Academy of Neurology*, 18(1), 66.

<https://doi.org/10.4103/0972-2327.151047>

Kim, S. J., Kwak, E. E., Park, E. S., Lee, D. S., Kim, K. J., Song, J. E., & Cho, S.-R. (2011). Changes in gait patterns with rhythmic auditory stimulation in adults with cerebral palsy. *NeuroRehabilitation: An International, Interdisciplinary Journal*, 29(3), 233–241. <https://doi.org/10.3233/NRE-2011-0698>

Khaku, A. S., & Tadi, P. (2025). Cerebrovascular disease. In *StatPearls* [Internet]. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430927/>

Langhorne, P., Bernhardt, J., & Kwakkel, G. (2011). Stroke rehabilitation. *The Lancet*, 377(9778), 1693–1702.

Laxe, S., & Bernabeu, M. (2013). Multidisciplinary Approaches in Neurorehabilitation: Principles and Evidence-Based Practice. *NeuroRehabilitation*, 33(1), 45–52.

L'Etoile, S. K. (2010). Neurologic music therapy: A scientific paradigm for clinical practice. *Music and Medicine*, 2(2), 78–84. <https://doi.org/10.1177/1943862110364232>

Lezak, M. D. (Ed.). (2012). *Neuropsychological assessment* (5th ed). Oxford University Press.

Magee, W. L. (2019). *Music technology in therapeutic and health settings*. Jessica Kingsley Publishers.

Magee, W. L., Davidson, J. W., Gold, C., & Thompson, W. F. (2017). Music Therapy Assessment and Outcome Measurement: A Review of the Literature and Recommendations for Practice. *Nordic Journal of Music Therapy*, 26(4), 320–343.

Magee, W. L., & Baker, M. (2009). The use of music therapy in neuro-rehabilitation of people with acquired brain injury. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 5(4), 150–156. <https://doi.org/10.12968/bjnn.2009.5.4.41678>

Mateos-Aparicio, P., & Rodríguez-Moreno, A. (2019). The Impact of Studying Brain Plasticity. *Frontiers in Cellular Neuroscience*, 13, 66. <https://doi.org/10.3389/fncel.2019.00066>

Matoso, L., & Oliveira, A. (2017). O efeito da música na saúde humana: base e evidências científicas. *Revista Ciência e Desenvolvimento*, 10(2). <https://doi.org/10.11602/1984-4271.2017.10.2.1>

Masel, B. E., & DeWitt, D. S. (2010). Traumatic brain injury: A disease process, not an event. *Journal of Neurotrauma*, 27(8), 1529–1540. <https://doi.org/10.1089/neu.2010.1358>

Music Therapy Made Simple. (n.d.). *Music therapy assessment forms*. <https://www.musictherapymadesimple.com/documentation/p/assessment-forms-packet>

Nochi, M. (1998). “Loss of Self” in the Narratives of People with Traumatic Brain Injury: A Qualitative Analysis. *Social Science & Medicine*, 46(7), 869–878.

Nombela, C., Hughes, L. E., Owen, A. M., & Grahn, J. (2013). Into the groove: Can rhythm influence Parkinson’s disease? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 37(10), 2564–2570. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2013.08.003>

Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303–315. <https://doi.org/10.1037/pst0000193>

Pacchetti, C., Mancini, F., Aglieri, R., Fundaro, C., Martignoni, E., & Nappi, G. (2000). Active music therapy in Parkinson’s disease: An integrative method for motor and emotional rehabilitation. *Psychosomatic Medicine*, 62(3), 386–393. <https://doi.org/10.1097/00006842-200005000-00012>

Owensworth, T., & Haslam, C. (2016). Impact of Rehabilitation on Self-Concept Following Traumatic Brain Injury: An Interpretative Meta-Synthesis. *Neuropsychological Rehabilitation*, 26(1), 1–35.

Polen, D. W., Shultis, C. L., & Wheeler, B. L. (2017). *Clinical training guide for the student music therapist* (Second edition). Barcelona Publishers.

Ponte, A. S., & Fedosse, E. (2016). Caracterização de sujeitos com lesão cerebral adquirida em idade produtiva. *Revista CEFAC*, 18(5), 1097–1108.
<https://doi.org/10.1590/1982-0216201618518415>

Ponsford, J. (2013). *Traumatic brain injury: Rehabilitation for everyday adaptive living*. Psychology Press.

Raglio, A. (2015). Music Therapy Interventions in Parkinson's Disease: The State-of-the-Art. *Frontiers in Neurology*, 6. <https://doi.org/10.3389/fneur.2015.00185>

Rolvjord, R. (2001). Sophie Learns to Play her Songs of Tears: – A case study exploring the dialectics between didactic and psychotherapeutic music therapy practices. *Nordic Journal of Music Therapy*, 10(1), 77–85.
<https://doi.org/10.1080/08098130109478020>

Rutan, J. S., Shay, J. J., & Stone, W. N. (2014). *Psychodynamic Group Psychotherapy* (5th ed). Guilford Publications.

Schaffert, N., Braun Janzen, T., Ploigt, R., Schlüter, S., Vuong, V., & Thaut, M. H. (2020). Development and evaluation of a novel music-based therapeutic device for upper extremity movement training: A pre-clinical, single-arm trial. *PLOS ONE*, 15(11), e0242552. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242552>

Schapira, D., Ferrari, K., Sánchez, V., & Hugo, M. (2007). *Musicoterapia: Abordaje plurimodal*. ADIM Ediciones.

Schlaug, G., Marchina, S., & Norton, A. (2008). From singing to speaking: Why singing may lead to recovery of expressive language function in patients with Broca's aphasia. *Music Perception*, 25(4), 315–323. <https://doi.org/10.1525/MP.2008.25.4.315>

Silverman, M. J. (2015). *Music therapy in mental health for illness management and recovery*. Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198735366.001.0001>

Silverman, M. J. (2019). Music Therapy and Therapeutic Alliance in Adult Mental Health: A Qualitative Investigation. *Journal of Music Therapy*, 56(1), 90–116.
<https://doi.org/10.1093/jmt/thy019>

Solli, H. P. (2008). “Shut Up and Play!”: Improvisational Use of Popular Music for a Man With Schizophrenia. *Nordic Journal of Music Therapy*, 17(1), 67–77.
<https://doi.org/10.1080/08098130809478197>

Sotta, M. D. (2023). *Musicoterapia Plurimodal no tratamento da esquizofrenia (Manuscrito)*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.15998.77127>

Sounds of Intent. (n.d.). *Sounds of Intent*. <https://soundsofintent.org/>

Tamplin, J., Baker, F. A., Jones, B., Way, A., & Lee, S. (2013). *Music therapy methods in neurorehabilitation: A clinician's manual*. Jessica Kingsley Publishers.

Teasdale, G., & Jennett, B. (1974). Assessment of coma and impaired consciousness: A practical scale. *The Lancet*, 304(7872), 81–84.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(74\)91639-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(74)91639-0)

Teasell, R., & Hussein, N. (2020). Rehabilitation of the Patient with Brain Injury. In *Physical Medicine and Rehabilitation: Principles and Practice* (6th ed.). Wolters Kluwer.

Thaut, M. H. (2005). The Future of Music in Therapy and Medicine. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1060(1), 303–308.

<https://doi.org/10.1196/annals.1360.023>

Thaut, M. H. (2015). Music as therapy in early history. In *Progress in Brain Research* (Vol. 217, pp. 143–158). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/bs.pbr.2014.11.025>

Thaut, M. H., Francisco, G., & Hoemberg, V. (2021). Editorial: The Clinical Neuroscience of Music: Evidence Based Approaches and Neurologic Music Therapy. *Frontiers in Neuroscience*, 15, 740329. <https://doi.org/10.3389/fnins.2021.740329>

Thaut, M. H., McIntosh, G. C., & Hoemberg, V. (2015). Neurobiological foundations of neurologic music therapy: Rhythmic entrainment and the motor system. *Frontiers in Psychology*, 5. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01185>

Thaut, M., & Hoemberg, V. (Eds.). (2016). *Handbook of neurologic music therapy* (First published in paperback). Oxford University Press.

Thompson, N., Bloska, J., Abington, A., Masterson, A., Whitten, D., & Street, A. (2022). The Feasibility and Acceptability of Neurologic Music Therapy in Subacute Neurorehabilitation and Effects on Patient Mood. *Brain Sciences*, 12(4), 497. <https://doi.org/10.3390/brainsci12040497>

Tomaino, C. (2013). Creativity and improvisation as therapeutic tools within music therapy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1303(1), 84–86. <https://doi.org/10.1111/nyas.12224>

Torres MI, M., Ramos V, J., Suarez Pc, M., Garcia S, A., & Mendoza M, T. (2016). Benefits of Using Music Therapy in Mental Disorders. *Journal of Biomusical Engineering*, 04(02). <https://doi.org/10.4172/2090-2719.1000116>

Tsaousides, T., Warshowsky, A., Ashman, T. A., Cantor, J. B., Spielman, L., & Gordon, W. A. (2009). The relationship between employment-related self-efficacy and

quality of life following traumatic brain injury. *Rehabilitation Psychology*, 54(3), 299–305.
<https://doi.org/10.1037/a0016807>

Turner-Stokes, L. (2008). Evidence for the Effectiveness of Multi-disciplinary Rehabilitation Following Acquired Brain Injury: A Synthesis of Two Systematic Approaches. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 40(9), 691–701.

Turner-Stokes, L., et al. (2008). Evidence for the Effectiveness of Multidisciplinary Rehabilitation Following Acquired Brain Injury: A Synthesis of Two Systematic Approaches. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 40(9), 691–701.

Unkefer, R., & Thaut, M. (2014). *Music Therapy in the Treatment of Adults with Mental Disorders: Theoretical Bases and Clinical Interventions*. Barcelona Publishers.

Van Der Meulen, I., Van De Sandt-Koenderman, M. W. M. E., Heijenbrok, M. H., Visch-Brink, E., & Ribbers, G. M. (2016). Melodic Intonation Therapy in Chronic Aphasia: Evidence from a Pilot Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Human Neuroscience*, 10. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2016.00533>

Volpi, S. (2011). Entrevista com o musicoterapeuta argentino Diego Schapira. *Brazilian Journal of Music Therapy*, (11). <https://doi.org/10.51914/brjmt.11.2011.281>

Voss, P., Thomas, M. E., Cisneros-Franco, J. M., & De Villers-Sidani, É. (2017). Dynamic Brains and the Changing Rules of Neuroplasticity: Implications for Learning and Recovery. *Frontiers in Psychology*, 8, 1657. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01657>

Wade, D. T. (2020). Rehabilitation – a New Approach. Overview and Part One: The Problems. *Clinical Rehabilitation*, 34(1), 3–10.

Walsh, M. (2018). Traumatic brain injury: Pathophysiology and long-term effects. In S. M. Zasler, D. I. Katz, & R. D. Zafonte (Eds.), *Brain injury medicine* (2nd ed., pp. 345–362). Demos Medical Publishing.

Wells, A. J. (2023). Finding a pathway through music therapy: Supporting a woman with cerebral palsy to access her community. *British Journal of Music Therapy*, 37(2), 93–100. <https://doi.org/10.1177/13594575231199341>

Wheeler, B. (1981). The Relationship Between Music Therapy and Theories of Psychotherapy. *Music Therapy*, 1(1), 9–16. <https://doi.org/10.1093/mt/1.1.9>

Wheeler, B. L. (1999). *The dynamics of music psychotherapy* [Review of the book *The dynamics of music psychotherapy*, edited by K. E. Bruscia]. *Music Therapy Perspectives*, 17(2), 104–105. <https://doi.org/10.1093/mtp/17.2.104>

World Federation of Music Therapy. (2011). *About WFMT: What is music therapy?* <https://www.wfmt.info/about>

World Federation of Music Therapy. (2011). *President presents: Announcing WFMT's new definition of music therapy.* http://www.wfmt.info/WFMT/President_presents..._files/President%20presents...5-2011.pdf

Yalom, I., & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5th ed.). Basic Books.

Yang, S., Suh, J. H., Kwon, S., & Chang, M. C. (2022a). The effect of neurologic music therapy in patients with cerebral palsy: A systematic narrative review. *Frontiers in Neurology*, 13, 852277. <https://doi.org/10.3389/fneur.2022.852277>

Yang, S., Suh, J. H., Kwon, S., & Chang, M. C. (2022b). The effect of neurologic music therapy in patients with cerebral palsy: A systematic narrative review. *Frontiers in Neurology*, 13, 852277. <https://doi.org/10.3389/fneur.2022.852277>

Young, L. (2007). Baker, F. & Wigram, T. (Eds.). (2005). *Songwriting: Methods, Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers. 285 pages. *Music Therapy Perspectives*, 25(1), 66–67. <https://doi.org/10.1093/mtp/25.1.66>

Zhao, W., Wu, C., Stone, C., Ding, Y., & Ji, X. (2020). Treatment of intracerebral hemorrhage: Current approaches and future directions. *Journal of the Neurological Sciences*, 416, 117020. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2020.117020>

ANEXOS

Lista de Anexos

Anexo A – Sounds of Intent

Anexo B – Music Therapy Assessment Scale

Anexo C – Registo de Sessão de Grupo – Musicoterapia

Anexo D – Declaração de Consentimento Informado para Gravação

The Expanded Sounds of Intent Framework of Musical Development



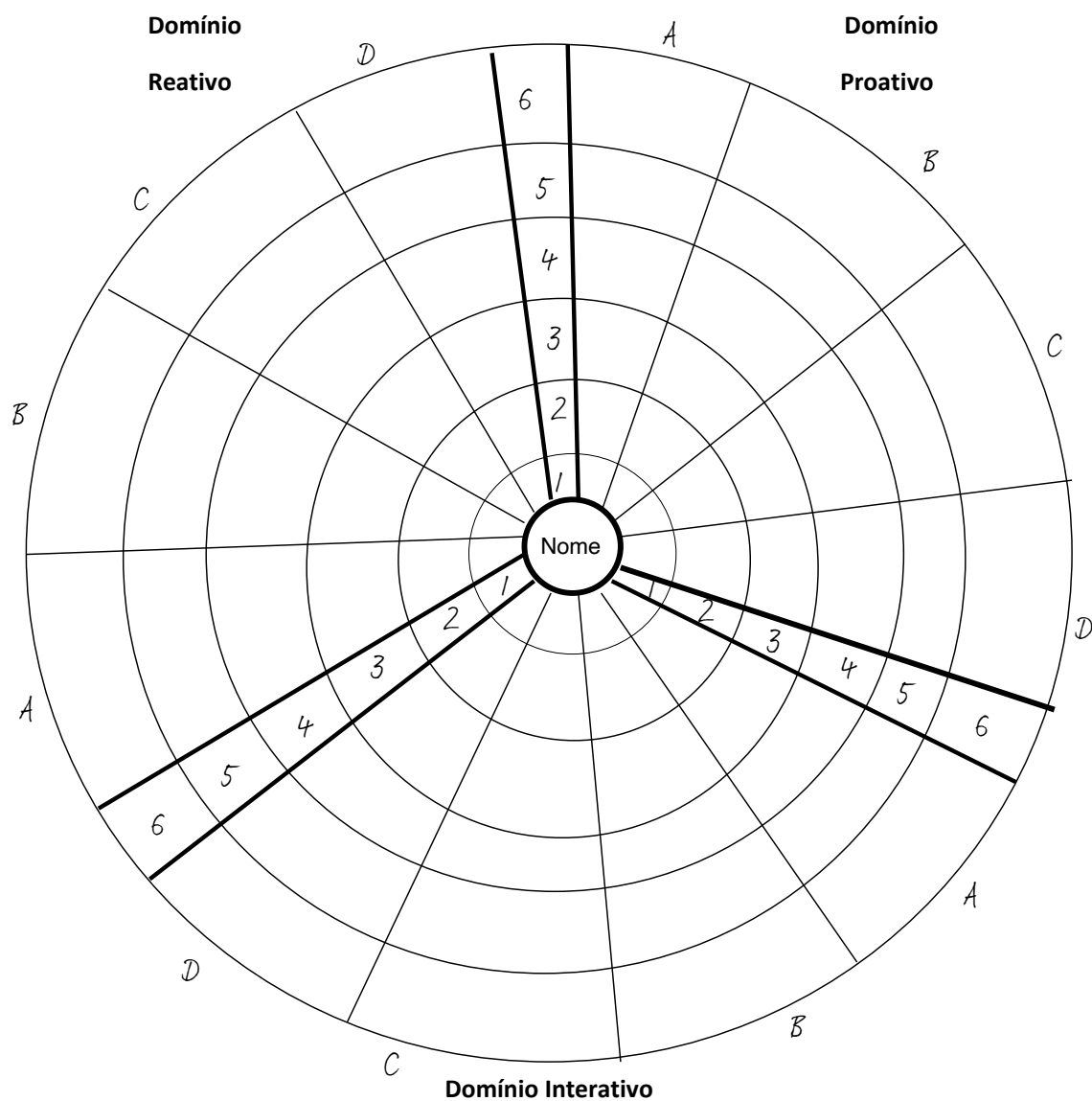
Sons da Intenção (quadro detalhado)

	Nível 1			Nível 2			Nível 3			Nível 4			Nível 5			Nível 6		
Segmento	R1	R2	L1	R2	L2	L2	R3	L3	L3	R4	R4	L4	R5	L5	L5	R6	L6	
	Escolhe os sons.	Produz sons sem saber.	Relaciona-se com a produção sonora através do som.	Monta uma sequência sonora.	Faz o contrário e o som de forma independente.	Interage com o som através do objeto utilizado e do som.	Responde a padrões sonoros simples (alternância simples, regularidade).	Produz padrões sonoros simples (alternância simples, regularidade).	Interage através do objeto utilizado, do som mesmo, ou através da regularidade.	Reconhece e responde a grupos sonoros simples (alternância simples, regularidade).	Reconhece e responde a grupos sonoros simples (alternância simples, regularidade).	Reconhece e responde a grupos sonoros simples (alternância simples, regularidade).	Reconhece e responde a grupos sonoros simples (alternância simples, regularidade).	Reconhece e responde a grupos sonoros simples (alternância simples, regularidade).	Reconhece e responde a grupos sonoros simples (alternância simples, regularidade).	Reconhece e responde a grupos sonoros simples (alternância simples, regularidade).	Reconhece e responde a grupos sonoros simples (alternância simples, regularidade).	
Elemento A	R1A	R1A	L1A	R2A	R2A	L2A	R3A	R3A	L3A	R4A	R4A	L4A	R5A	R5A	L5A	R6A	L6A	
Elemento B	R1B	R1B	L1B	R2B	R2B	L2B	R3B	R3B	L3B	R4B	R4B	L4B	R5B	R5B	L5B	R6B	L6B	
Elemento C	R1C	R1C	L1C	R2C	R2C	L2C	R3C	R3C	L3C	R4C	R4C	L4C	R5C	R5C	L5C	R6C	L6C	
Elemento D	R1D	R1D	L1D	R2D	R2D	L2D	R3D	R3D	L3D	R4D	R4D	L4D	R5D	R5D	L5D	R6D	L6D	

sounds of intent

Programa Sons de Intenções (SOY)

Esquema Concêntrico



ANEXO B

Music Therapy Assessment Scale

Avaliação em Musicoterapia
(Music Therapy Made Simple)

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

Outro suporte para avaliação (circular):

Formulário de admissão Conversa com o tutor Conversa com o cliente Outro: _____

Escala de classificação:

Nunca/Raramente – Não realiza a ação, realiza-a raramente, a competência não está presente, etc.

Com Apoio – Realiza a ação com apoio verbal, apoio físico, suportes visuais, etc.

Independentemente – Realiza a ação quando apropriado, não necessita de apoio, a competência está presente, etc.

Não observado – Não é adequado para a idade, não foi abordado na avaliação, etc.

Social

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

Comentários:

Emocional

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

Comentários:



Atenção e Capacidades Cognitivas

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

Comentários:

Comunicação/Linguagem

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

Comentários:



Habilidades Motoras

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

Comentários:

Visão e Audição

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

Comentários:



Comportamentos Sensoriais

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

Comentários:

Coping Skills e Estratégias de Regulação

<i>Nunca/ Raramente</i>	<i>Com Apoio</i>	<i>Independentemente</i>	<i>Não Observado</i>	
				<i>Usa...</i>
				Mordedor
				Objeto de conforto
				Fidgets (brinquedos de inquietação)
				Bola de stress/squish
				Agenda visual



Coping Skills e Estratégias de Regulação (continuação)

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

Comentários:

Personalidade/Afeto

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

Comentários:



Respostas Musicais e Atividades

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

Comentários:

Preferências Musicais:

Instrumentos preferidos:

Instrumentos evitados:

Géneros/músicas de interesse:

Géneros/músicas que não gosta:

Outros:



Sumário da Avaliação

Pontos fortes:

Necessidades gerais:

Recomendações de tratamento:

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

Objetivo 1**Objetivo 2****Objetivo 3**

Nome do terapeuta: _____

Assinatura do terapeuta: _____

Data: ____/____/____



ANEXO C

Registo de Sessão de Grupo – Musicoterapia

REGISTO DE SESSÃO DE GRUPO - MT

IDENTIFICAÇÃO DO GRUPO: _____

DATA: _____ TERAPEUTA: _____

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

ANEXO D

Declaração de Consentimento Informado para Gravação

Lisboa, ____ de _____ de _____

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

Caro(a) Senhor(a),

A instituição _____, onde o/a _____, sob representação legal de V^a Ex^a, está inserido acolhe este ano letivo um estagiário 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 pelo estagiário.

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

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

Com os melhores cumprimentos,

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

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 vídeo/áudio 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 pelo estagiário.

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

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

Assinatura

Nome Legível