

Universidades Lusíada

Pesca, Marcelo Costa, 1993-

Caminhos para a vida plena: contributos da musicoterapia em adultos com deficiência em contexto institucional

<http://hdl.handle.net/11067/8882>

Metadados

Data de Publicação

2026

Resumo

O presente relatório descreve o trabalho desenvolvido no âmbito do estágio curricular do Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, realizado na APERCIM – Associação para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Mafra, entre setembro de 2024 e junho de 2025. O estágio teve como objetivos promover a expressão emocional, a comunicação, a autonomia e a interação social dos clientes através de experiências musicais adaptadas, sustentadas por uma relação terapêutica segu...

This report describes the work developed within the scope of the curricular internship of the Master's Degree in Music Therapy at Universidade Lusíada de Lisboa, carried out at APERCIM – Associação para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Mafra, between September 2024 and June 2025. The internship aimed to promote emotional expression, communication, autonomy and social interaction skills in the clients through musical experiences adapted to each individual's abilities and needs...

Palavras Chave

Associação Para Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Mafra (Portugal) - Ensino e estudo (Estágio), Musicoterapia - Prática profissional, Pessoas com perturbações do desenvolvimento - Assistência em instituições - Portugal - Mafra

Tipo

masterThesis

Revisão de Pares

Não

Coleções

[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2026-10-29T20:04:13Z com informação proveniente do Repositório



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

**Caminhos para a vida plena: contributos
da musicoterapia em adultos com deficiência
em contexto institucional**

Realizado por:
Marcelo Costa Pesca

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

Orientado por:
Dr.^a Ana Cristina da Silveira Poção

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: 30 de julho de 2026

Lisboa

2026



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A
INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
Mestrado em Musicoterapia

Caminhos para a vida plena: contributos da musicoterapia
em adultos com deficiência
em contexto institucional

Marcelo Costa Pesca

Lisboa
Maio 2026



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A
INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
Mestrado em Musicoterapia

Caminhos para a vida plena: contributos da
musicoterapia em adultos com deficiência
em contexto institucional

Marcelo Costa Pesca

Lisboa
Maio 2026

Marcelo Costa Pesca

Caminhos para a vida plena: contributos da musicoterapia em adultos com deficiência em contexto institucional

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 Ana Cristina da Silveira Poção

Lisboa
Maio 2026

FICHA TÉCNICA

Autor Marcelo Costa Pesca
Supervisora de estágio Professora Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer
Orientadora de estágio Dr.^a Ana Cristina da Silveira Poção
Título Caminhos para a vida plena: contributos da musicoterapia em adultos com deficiência em contexto institucional
Local Lisboa
Ano 2026

CASA DO CONHECIMENTO DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

PESCA, Marcelo Costa Pesca, 1993-

Caminhos para a vida plena : contributos da musicoterapia em adultos com deficiência em contexto institucional / Marcelo Costa Pesca ; supervisionado por Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer ; orientado por Ana Cristina da Silveira Poção. - Lisboa : [s.n.], 2026. - 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 - POÇÃO, Ana Cristina da Silveira, 1972-

LCSH

1. Pessoas com perturbações do desenvolvimento - Assistência em instituições - Portugal - Mafra
 2. Musicoterapia - Prática profissional
 3. Associação Para Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Mafra (Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
 4. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
 5. Teses - Portugal - Lisboa
-
1. Developmentally disabled - Institutional care - Portugal - Mafra
 2. Music therapy - Practice
 3. Associação Para Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Mafra (Portugal) - Study and teaching (Internship)
 4. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
 5. Dissertations, academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. ML3920.P47 2026

AVISO LEGAL

O conteúdo deste relatório de estágio reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor 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, o autor 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. O autor 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

À minha mãe devo a certeza de que havia sempre alguém do meu lado, um suporte constante e um amor que nunca dependeu dos meus méritos para existir.

Ao meu pai, com quem aprendi que a dedicação e o esforço sustentados pela paciência são, de todas as virtudes, as que mais constroem, e que o trabalho feito com honestidade é em si mesmo uma forma de carácter.

À minha irmã, que nunca esperou ser chamada duas vezes, e cujo suporte, dado com naturalidade e sem hesitação, foi mais valioso do que ela provavelmente imagina.

À Joana devo o encorajamento nos momentos em que existia dúvida, o apoio que nunca falhou, e à paciência que eu nem sempre merecia.

Do André, da Bárbara e da Liane ficou a certeza de que a amizade e a interajuda tornam qualquer caminho menos solitário.

À equipa técnica da APERCIM, pela paciência com que acolheram as minhas questões e pela prontidão com que responderam a cada uma delas.

À minha orientadora, Ana Poção, pelo tempo que dispensou, pelo apoio que ofereceu e pela paciência com que acompanhou este processo.

À Professora Teresa e aos restantes professores do mestrado em Musicoterapia por todo o ensinamento dado ao longo destes anos.

A todos, a minha sincera gratidão.

Resumo

O presente relatório descreve o trabalho desenvolvido no âmbito do estágio curricular do Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, realizado na APERCIM – Associação para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Mafra, entre setembro de 2024 e junho de 2025. O estágio teve como objetivos promover a expressão emocional, a comunicação, a autonomia e a interação social dos clientes através de experiências musicais adaptadas, sustentadas por uma relação terapêutica segura e articuladas com a equipa multidisciplinar, para garantir coerência e continuidade no processo terapêutico. A intervenção decorreu em sessões individuais e de grupo, recorrendo a técnicas recetivas, improvisação musical e recriação de canções, adaptadas às necessidades e características de cada cliente. A metodologia de análise de dados incluiu registos sistemáticos das sessões, análise áudio e vídeo e avaliação contínua do processo terapêutico.

Os resultados obtidos, com base na observação direta, indicaram melhorias na atenção, na autorregulação e na capacidade de expressão emocional dos participantes, bem como um aumento do envolvimento e da motivação face às experiências musicais. O estágio contribuiu para a integração da musicoterapia nas práticas institucionais da APERCIM, evidenciando o potencial da música como meio facilitador de expressão, comunicação e desenvolvimento humano.

Palavras-chave: Musicoterapia; Perturbação do Desenvolvimento Intelectual.

Abstract

This report describes the work developed within the scope of the curricular internship of the Master's Degree in Music Therapy at Universidade Lusíada de Lisboa, carried out at APERCIM – Associação para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Mafra, between September 2024 and June 2025. The internship aimed to promote emotional expression, communication, autonomy and social interaction skills in the clients through musical experiences adapted to each individual's abilities and needs, supported by a safe therapeutic relationship and articulated with the multidisciplinary team, in order to ensure coherence and continuity in the therapeutic process. The intervention took place in both individual and group sessions, using receptive techniques, musical improvisation and song recreation, adapted to the needs and characteristics of each client. The methodology for data analysis included systematic session records, audio and video analysis, and continuous evaluation of the therapeutic process.

The results obtained, based on direct observation, indicated improvements in attention, self-regulation and emotional expression among the participants, as well as increased engagement and motivation towards musical experiences. The internship contributed to the integration of music therapy within APERCIM's institutional practices, highlighting the potential of music as a facilitating medium for expression, communication and human development.

Keywords: Music Therapy; Intellectual Developmental Disorder.

Lista de tabelas

Tabela 1 - Caracterização dos participantes.....	29
Tabela 2 - Plano terapêutico de ZL	37
Tabela 3 - Plano terapêutico de RP	49

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

AMA – Atividade Motora Adaptada

APERCIM – Associação para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Mafra

CACI – Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão

CAO – Centro de Atividades Ocupacionais

CRI – Centro de Recursos para a Inclusão

FT – Fisioterapia

MTA-MTMS – Music Therapy Assessment – Music Therapy Made Simple

PDI – Perturbação do Desenvolvimento Intelectual

PEA – Perturbação do Espectro do Autismo

PII – Planos Individualizados de Inclusão

TF – Terapia da Fala

TO – Terapia Ocupacional

Sumário

Agradecimentos	i
Resumo	iii
Abstract.....	v
Lista de tabelas.....	vi
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos.....	vii
Introdução	1
Caracterização da Instituição	2
Unidades CACI.....	2
CACI 1	3
CACI 2	3
Caracterização da população alvo.....	5
Enquadramento teórico	6
Perturbação do desenvolvimento intelectual	6
Musicoterapia e os seus modelos práticos	7
Musicoterapia Comportamental.....	8
Musicoterapia Humanista	9
Musicoterapia Comunitária.....	11
Musicoterapia na deficiência	11
Componente não-verbal.....	12
Objetivos gerais da população	13
Relação terapêutica e colaboração interdisciplinar.....	14
Desafios da intervenção	15
Musicoterapia e a Perturbação do espectro do autismo.....	16
Processo Vida Plena.....	17
Outras intervenções.....	19
Técnicas de Musicoterapia.....	20
Técnicas recetivas	20
Técnicas baseadas na improvisação.....	22
Técnicas Recreativas.....	24

Outras técnicas.....	25
Objetivos do estágio.....	27
Metodologia	28
Participantes.....	28
Instrumentos de Avaliação	28
Music Therapy Assessment de Music Therapy Made Simple (MTA-MTMS).....	28
Registo de Sessão Individual e Grupal	30
Escala de autonomia e independência da APERCIM	30
Procedimentos.....	31
Técnicas utilizadas.....	33
Agenda semanal.....	33
Outros projetos.....	34
Estudos de caso	35
Estudo de caso 1 – ZL.....	35
Caracterização do cliente	35
Avaliação inicial.....	35
Objetivos e plano terapêutico.....	36
Intervenção terapêutica	37
4ª Fase – Regressão e término da intervenção	42
Discussão de resultados e reflexão crítica	44
Estudo de caso 2 – RP.....	47
Caracterização do cliente	47
Avaliação inicial.....	47
Objetivos e plano terapêutico.....	48
Intervenção terapêutica	48
1ª Fase – Conhecimento e exploração inicial	48
2ª fase – Consolidação da relação e emergência da ação intencional.....	50
3ª Fase – Consolidação e Processo de Terminação.....	51
Discussão de resultados e reflexão crítica	54
Outras intervenções clínicas	57

Cliente BP	57
Cliente FP	57
Cliente LS	58
Cliente VS	59
Grupo 1	60
Grupo 2	60
Conclusão.....	62
Reflexão Pessoal	64
Anexos	70

Introdução

O presente relatório constitui um requisito da Unidade Curricular Seminário de Estágio e apresenta uma descrição sistematizada, crítica e reflexiva do trabalho desenvolvido no âmbito do estágio curricular do Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, realizado na instituição APERCIM – Associação para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Mafra, entre setembro de 2024 e junho de 2025.

O estágio integrou-se nas unidades CACI (Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão) da instituição e teve como propósito o estabelecimento de laços afetivos, a criação de um projeto de validação pessoal, bem como a contribuição para a estruturação da ocupação do cliente e para a organização do pensamento, tanto a nível concreto como ao nível da expressão simbólica. A intervenção decorreu com adultos com deficiência intelectual, alguns dos quais apresentavam também comorbidades de ordem motora ou do foro psiquiátrico.

Durante o estágio, foram realizadas sessões individuais e de grupo de musicoterapia, com o objetivo principal de promover a expressão emocional, assim como o fortalecimento da autoestima, a melhoria da comunicação interpessoal e o desenvolvimento de competências sociais.

Este relatório apresenta, numa primeira secção, a caracterização da instituição e da população envolvida, bem como o enquadramento teórico da musicoterapia aplicada ao contexto da deficiência intelectual, abordando os fundamentos metodológicos e as técnicas mais utilizadas. Seguidamente, são descritos os métodos de intervenção, incluindo os procedimentos, técnicas e instrumentos de avaliação utilizados, e são apresentados estudos de caso representativos do processo terapêutico desenvolvido.

O documento conclui com uma reflexão crítica e pessoal sobre a experiência de estágio, destacando os aprendizados profissionais, os desafios enfrentados e a importância da musicoterapia enquanto meio facilitador de expressão, comunicação e desenvolvimento em pessoas com deficiência intelectual.

Caracterização da Instituição

A Associação para Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Mafra (APERCIM) é uma instituição que tem como principais objetivos promover o bem-estar, a autonomia e a qualidade de vida de pessoas com e sem deficiência ou com problemas de saúde mental, desde o nascimento e sem limite de idade. Os seus valores baseiam-se no humanismo, solidariedade, respeito, confiança e sustentabilidade, atuando assim de forma ética e personalizada, visando a reabilitação, integração e participação ativa dos seus clientes na sociedade (APERCIM - Mafra, s.d.)

A instituição apresenta vários serviços de resposta social: Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão (CACI), Centro de Recursos para a Inclusão (CRI), dois lares residenciais, creche, intervenção precoce e uma quinta para aprendizagem ao ar livre e equitação terapêutica (APERCIM - Mafra, s.d.).

A equipa técnica da instituição é composta por técnicos de serviço social, educação social, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala, psicologia, reabilitação física e de atividades artísticas.

A intervenção efetuada no âmbito do presente estágio teve lugar nas unidades CACI, sendo a sua descrição apresentada a seguir.

Unidades CACI

O Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão é uma resposta social que visa a promoção de atividades de capacitação e ocupação para pessoas com deficiência. O seu objetivo é melhorar a qualidade de vida e fomentar a autonomia, facilitando o acesso à comunidade e aos seus recursos, de acordo com as necessidades, capacidades e níveis de funcionalidade de cada indivíduo (ADFP, sem data).

O CACI destina-se a pessoas com deficiência, com idade igual ou superior a 18 anos, que de forma temporária ou permanentemente não consigam prosseguir a sua formação ou exercer uma profissão, ou que estejam em processo de inclusão socioprofissional (ADFP, sem data).

A APERCIM dispõe de duas unidades CACI, denominadas CACI 1 e CACI 2, sendo o encaminhamento dos clientes para estas unidades efetuado de acordo com os resultados da escala de autonomia e independência desenvolvida pela instituição.

CACI 1

O CACI 1 tem uma capacidade total de 65 clientes, distribuídos por diferentes grupos ocupacionais, designadamente: Dolce Vita I, Dolce Vita II, Dolce Vita III e Dolce Vita IV, Artes e Ofícios I e Artes e Ofícios II. A ordem pela qual os grupos foram enumerados é respetiva, de forma crescente, aos níveis de dependência dos clientes que os integram.

São vários os serviços prestados aos indivíduos deste centro: alimentação e cuidados pessoais, apoio terapêutico, promoção e desenvolvimento do bem-estar físico, emocional, psíquico e social, transporte e apoio às famílias ou cuidadores responsáveis pelos clientes fora da instituição. Já os objetivos assentam no desenvolvimento de competências relacionais, pessoais e sociais, promoção do bem-estar, a qualidade de vida, a ocupação e interação com o meio e a capacitação para a inclusão social e profissional.

CACI 2

O CACI 2 é uma resposta social cujo principal objetivo é potencializar a participação social e económica dos clientes. Através de uma intervenção de base comunitária, o CACI promove atividades como meio de capacitação, orientadas para o desenvolvimento de competências funcionais, autonomia e independência.

A atuação do CACI estrutura-se na implementação de Planos Individualizados de Inclusão (PII), elaborados com os próprios clientes e respetivas famílias. Desta forma, são respeitados e promovidos os direitos das pessoas com deficiência, nomeadamente o direito à autodeterminação, à não discriminação, à participação plena na sociedade e ao acesso a serviços de qualidade. Por conseguinte, a filosofia de intervenção inspira-se na abordagem *Gentle Teaching* (McGee e Brown, 2007), que se baseia na criação de relações significativas e afetivas entre clientes e profissionais. Esta abordagem enfatiza a segurança emocional, o carinho, o respeito e o envolvimento como pilares fundamentais para a mudança comportamental e o bem-estar. Os profissionais desempenham um papel central, recorrendo a estratégias relacionais e pedagógicas que favorecem a construção de vínculos afetivos e contextos seguros de aprendizagem e desenvolvimento.

Tendo em conta o supracitado, os objetivos do CACI 2 são definidos da seguinte forma: promoção da autonomia e da vida independente, da qualidade de vida, da valorização pessoal e da inclusão social e profissional.

Caracterização da população alvo

A APERCIM alberga clientes com vários tipos de deficiência. Dentro desta população, estão inseridos aqueles que, por razões variadas, apresentam limitações de funcionalidade significativas nos planos cognitivo, adaptativo e social. Devido a essas limitações, que têm como base uma disfunção cognitiva acentuada, os clientes apresentam dificuldades na inserção social e profissional na comunidade, necessitando, por conseguinte, de serem acolhidos por instituições que ofereçam apoio adequado às suas diferentes necessidades.

Na APERCIM, encontram-se clientes com diferentes níveis de autonomia, desde os mais independentes aos mais dependentes, sendo que alguns usufruem apenas do CACI, enquanto outros, além deste, residem também nos lares da instituição. Nos clientes mais dependentes, as necessidades e os objetivos principais centram-se no bem-estar e na qualidade de vida. Estes clientes normalmente necessitam de ajuda ou monitorização para a alimentação, higiene e medicação, tal como para transitarem entre os vários espaços e salas da instituição. Os apoios terapêuticos que recebem têm como principal objetivo estimular e prevenir o declínio provocado pela patologia. Já os clientes mais autónomos, estão distribuídos por várias salas temáticas e laborais, onde ocupam o seu tempo em atividades laborais internas com alguma articulação com a comunidade. Recebem remuneração pelo trabalho feito e podem usá-lo em serviços internos, como o bar, ou em compras no exterior. Apesar de terem menos limitações do que muitos dos seus pares, têm necessidades mais complexas e precisam de monitorização alargada. Para além das necessidades a nível de qualidade de vida e bem-estar, somam-se o sentimento de pertença, a autodeterminação e poder de escolha, vinculação, relações sociais, entre outros (Kozma et al., 2009; Schuengel et al., 2013).

Enquadramento teórico

Com esta secção pretende-se expor os fundamentos teóricos e metodológicos que são necessários para levar a cabo a intervenção deste estágio, tanto no que diz respeito às patologias implicadas como no que se refere aos desenvolvimentos teóricos de intervenção que são específicos da musicoterapia. A APERCIM acolhe clientes com diferentes tipos de deficiência. Deste modo, considerando a diversidade da sua população, optou-se por definir especificamente a perturbação do desenvolvimento intelectual (PDI), uma vez que todos os clientes abrangidos pela intervenção musicoterapêutica apresentam esta condição, com ou sem comorbidades associadas.

Perturbação do desenvolvimento intelectual

Entende-se por perturbação do desenvolvimento intelectual uma perturbação do desenvolvimento neurológico que surge durante a infância, que inclui défices tanto no funcionamento intelectual como adaptativo, abrangendo os domínios conceptual, social e prático.

Para que um indivíduo seja diagnosticado com perturbação do desenvolvimento intelectual, será necessário preencher três critérios (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 2010; American Psychiatric Association, 2013). Em primeiro lugar, verifica-se a existência de défices nas funções intelectuais, os quais são habitualmente avaliados através da aplicação de testes de inteligência padronizados e reconhecidos cientificamente. Em segundo lugar, identificam-se défices significativos nas funções adaptativas, os quais se refletem na capacidade do indivíduo para alcançar níveis de independência pessoal, assumir responsabilidades e desenvolver competências sociais compatíveis com as exigências do quotidiano. Por fim, é essencial que estas limitações se manifestem durante o período do desenvolvimento, sendo esta uma condição necessária para o diagnóstico.

Complementarmente, a American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (2010) propõe cinco premissas fundamentais que devem ser consideradas para uma definição mais abrangente e contextualizada da deficiência intelectual. Primeiramente, é imprescindível que as limitações funcionais do indivíduo sejam compreendidas no contexto da sua comunidade, tendo como referência os pares da mesma faixa etária e contexto sociocultural, o que inclui ambientes como a escola, a

residência e o bairro. Esta abordagem permite uma avaliação mais realista e contextualizada do funcionamento adaptativo.

De seguida, uma avaliação válida e ética deve considerar a diversidade cultural e linguística do indivíduo, bem como fatores sensoriais, de comunicação, motores e comportamentais que possam interferir no seu desempenho. Tal implica a necessidade de adotar uma perspetiva holística e sensível à individualidade de cada pessoa, reconhecendo a influência de variáveis étnicas, culturais e contextuais nos resultados obtidos.

Adicionalmente, é importante reconhecer que, em cada caso individual, as limitações podem coexistir com diversas áreas de competência. Assim, a avaliação deve igualmente procurar identificar os pontos fortes e as potencialidades da pessoa, de forma a fornecer uma perspetiva equilibrada que vá além da mera identificação de défices.

A quarta premissa prende-se com o objetivo da avaliação, que deve ir além de um mero rótulo. A identificação das limitações visa, sobretudo, delinear o tipo e o nível de suporte necessário para promover o desenvolvimento e a inclusão da pessoa. Nesse sentido, uma avaliação eficaz deve resultar num perfil funcional que oriente a intervenção e favoreça a melhoria da qualidade de vida do indivíduo, promovendo uma abordagem centrada na pessoa.

Por último, reconhece-se que, com o apoio adequado e personalizado, mantido de forma consistente ao longo do tempo, é expectável uma melhoria significativa na funcionalidade do indivíduo e torna-se possível uma maximização do potencial de desenvolvimento do indivíduo. Caso essa evolução não se verifique, poderá ser necessária uma reavaliação dos apoios prestados, no sentido de reajustar as estratégias e os recursos mobilizados em função das necessidades concretas da pessoa. Dependendo dos níveis de desempenho intelectual e das capacidades adaptativas do sujeito, a deficiência pode ser considerada leve, moderada, severa ou profunda (American Psychiatric Association, 2013).

Musicoterapia e os seus modelos práticos

A definição de musicoterapia tem mudado ao longo do tempo, e várias associações e entidades ofereceram as suas próprias descrições desta intervenção terapêutica. Apesar de existirem algumas variações entre as várias definições, algumas ideias centrais são recorrentes, nomeadamente a desconstrução da música e dos seus

elementos, a definição de objetivos terapêuticos, a adoção de uma abordagem multidimensional e a valorização da relação terapêutica.

A musicoterapia envolve métodos que se conectam com a psicoterapia, prática musical, medicina, psicologia da música, reabilitação social e etnomusicologia. Os seus efeitos terapêuticos são amplos, manifestando-se em áreas psicomotoras, emocionais, interpessoais, socioculturais e espirituais (Bruscia, 2014; Jacobsen et al., 2019).

Para melhor fundamentar a intervenção levada a cabo no estágio aqui descrito, será importante descrever de forma sucinta os vários modelos da musicoterapia considerados relevantes para o presente estágio. Como a musicoterapia está interligada aos vários modelos de psicologia, estes também serão brevemente descritos.

Musicoterapia Comportamental

A psicologia comportamental surgiu com o objetivo de estudar a mente humana através do comportamento observável. Inicialmente, conceitos como o condicionamento clássico e operante (aprendizagem associativa), eram utilizados no tratamento clínico. Ao longo do tempo este modelo foi sofrendo alterações e é hoje considerado um modelo psicoterapêutico eficaz (Standley et al., 2004).

A análise comportamental aplicada é baseada nos princípios do condicionamento e da teoria de aprendizagem social de Albert Bandura (1969, citado por Standley et al., 2004), que defende que o homem não age apenas por impulsos internos ou por respostas passivas aos estímulos, mas também é capaz de proactivamente iniciar interações recíprocas com o ambiente, tendo os processos cognitivos um papel determinante na estimulação e regulação do comportamento.

As técnicas comportamentais na musicoterapia baseiam-se em quatro princípios behavioristas: identificação e análise dos processos cognitivos e afetivos do comportamento, registo e avaliação da sua magnitude para definir a necessidade de intervenção, modificação das condições ambientais para promover a mudança e avaliação dos resultados segundo critérios de autonomia, independência e autossustentação (Standley et al., 2004).

As técnicas de condicionamento operante baseiam-se na introdução ou remoção de reforços positivos ou negativos de forma a aumentar a ocorrência de um comportamento desejável. No estudo de Madsen et al. (1968), realizado com um adolescente que apresentava comportamentos violentos, a música foi utilizada como

reforço positivo e negativo. Sempre que se observavam comportamentos violentos ou resistência à realização das tarefas, a guitarra, que era um objeto de lazer do adolescente, era retirada. Por outro lado, quando o adolescente cumpria as atividades propostas, o instrumento era devolvido e eram proporcionadas aulas de música. O estudo descreve ainda a utilização de contingências comportamentais baseadas no interesse do adolescente pela guitarra, com atribuição gradual de responsabilidades de forma a existir uma aproximação progressiva aos objetivos finais (*shaping*), bem como intervenções para melhorar a relação mãe-filho através de *roleplay* e sessões conjuntas de escuta musical orientada, promovendo comunicação em ambiente seguro. Neste modelo, a intervenção é, frequentemente, realizada no contexto em que o comportamento ocorre com maior regularidade e, à medida que o processo terapêutico progride, verifica-se uma redução gradual do suporte do terapeuta, com o objetivo de promover a manutenção e generalização do comportamento na ausência de apoio terapêutico (Madsen et al., 1968).

Musicoterapia Humanista

A musicoterapia humanista assenta numa compreensão da pessoa enquanto ser relacional, consciente e orientada para o crescimento. Esta perspetiva encontra fundamentos teóricos na psicologia humanista. Bugental (1963, citado por Ruud, 1990) teorizou cinco premissas que enfatizam uma visão holística do ser humano, a importância do contexto relacional, a consciência e autoconsciência, a liberdade de escolha e a orientação para o significado e para a autorrealização. Nesta perspetiva, a experiência humana não pode ser reduzida a processos isolados ou a relações de causalidade estritamente biológicas ou comportamentais, pelo contrário, deve ser compreendida como uma totalidade dinâmica em constante interação com o mundo e com os outros. Consequentemente, as abordagens terapêuticas inspiradas nesta linha de pensamento privilegiam o encontro interpessoal, a autenticidade e a expressão individual como elementos centrais do processo terapêutico.

No campo da musicoterapia, estes princípios são articulados numa perspetiva relacional, como proposto por Abrams (2011). Segundo esta abordagem, a existência humana é fundamentalmente relacional e, por essa razão, a saúde pode ser entendida como a capacidade de estabelecer e sustentar formas saudáveis de relacionamento. A música, enquanto fenómeno estético e temporal profundamente enraizado na

experiência humana, constitui um meio privilegiado para a construção dessas relações. Assim, a musicoterapia é conceptualizada como uma prática em que terapeuta e cliente participam conjuntamente em experiências musicais no tempo, promovendo formas estético-temporais de relacionamento que favorecem a expressão pessoal, a comunicação e o desenvolvimento do indivíduo.

A abordagem da musicoterapia criativa desenvolvida por Paul Nordoff e Clive Robbins ilustra concretamente estes princípios (Robbins & Robbins, 1991). Nesta perspetiva, assume-se que todas as crianças possuem uma capacidade inata de expressão musical, frequentemente designada como “*music child*”. O papel do terapeuta consiste em criar contextos musicais que convidem à participação espontânea e à comunicação expressiva, permitindo que a criança explore e desenvolva as suas potencialidades criativas e relacionais. As intervenções musicais funcionam, assim, como convites à interação, aos quais o cliente responde através de gestos sonoros, vocais ou instrumentais, estabelecendo um processo contínuo de comunicação e criação musical conjunta.

Um exemplo desta abordagem pode ser observado no estudo de caso de Carol Robbins e Clive Robbins (Robbins & Robbins, 1991) com uma criança com danos neurológicos e elevada sensibilidade a sons intensos. Ao longo do processo terapêutico, a relação musical construída entre terapeuta e cliente permitiu explorar gradualmente os sons e instrumentos que inicialmente despertavam medo, particularmente os instrumentos de percussão. Através da criação de material musical baseado nas próprias expressões verbais da criança e da introdução progressiva de diferentes instrumentos, a criança foi desenvolvendo confiança e capacidade expressiva, culminando numa experiência musical intensa que simbolizou a superação das suas dificuldades iniciais. Este processo evidencia como a experiência musical partilhada pode favorecer mudanças significativas na relação do indivíduo consigo próprio, com o som e com os outros.

Deste modo, a musicoterapia humanista pode ser entendida como uma prática terapêutica centrada na pessoa, na relação e na experiência estética da música. Integrando os pressupostos da psicologia humanista e as perspetivas relacionais da musicoterapia, esta abordagem procura criar espaços de encontro musical que possibilitem expressão, comunicação e crescimento pessoal. A música torna-se, assim,

não apenas um recurso técnico ou um meio de intervenção, mas um espaço relacional onde terapeuta e cliente constroem, em conjunto, experiências significativas que contribuem para o bem-estar e para o desenvolvimento humano.

Musicoterapia Comunitária

A musicoterapia comunitária, segundo Stige (2014) trata-se de uma abordagem prática centrada na comunidade, onde os objetivos são promover mudanças socioculturais e fortalecer as relações interpessoais dos intervenientes. Esse processo, que ocorre entre o terapeuta e a comunidade, foca-se na inclusão e na participação ativa, onde a música é o veículo para a interação e transformação social. Deste modo, esta abordagem interessa-se pelo bem-estar e qualidade de vida coletivo, estudando a relação entre a música e a saúde, e como estas interferem nas interações do indivíduo com a sua comunidade.

O terapeuta, como profissional qualificado, fundamenta-se em valores como a inclusão e participação ativa ao dar a voz a grupos desfavorecidos e utilizando a música para incentivar mudanças individuais, comunitárias e socioculturais. Esta prática surge como uma resposta às transformações socioculturais das sociedades modernas, combinando elementos da musicoterapia clínica com práticas musicais quotidianas.

Embora geralmente aplicada em contextos inclusivos e comunitários, a Musicoterapia Comunitária pode também integrar-se em ambientes terapêuticos institucionais ao promover a colaboração entre indivíduos com as suas necessidades e as suas comunidades.

Musicoterapia na deficiência

A musicoterapia é uma abordagem terapêutica que se baseia predominantemente na comunicação não-verbal, sendo, por isso, particularmente adequada para indivíduos com dificuldades de comunicação, expressão emocional e interação social, bem como para aqueles que apresentam comportamentos considerados inadequados. A natureza acessível da música permite que esta seja usada como um meio eficaz de partilha emocional e construção de relações interpessoais, tornando-se uma ferramenta terapêutica relevante para populações com défices de desenvolvimento (Watson, 2007). A convergência das fontes disponíveis reforça a ideia de que a música, pela sua universalidade e estrutura não-verbal, constitui um canal terapêutico particularmente

acessível a indivíduos com dificuldades cognitivas ou verbais (Watson, 2007; Boxill & Chase, 2007; Keith, 2013).

Componente não-verbal

A musicoterapia desenvolve-se num contexto predominantemente não verbal, permitindo criar pontes de comunicação que podem ser compreendidas mesmo por indivíduos com limitações cognitivas ou dificuldades na linguagem verbal (Benenzon, 2011). Neste sentido, a comunicação estabelece-se através de elementos como o som, o ritmo, o movimento corporal e a expressão vocal, sendo o corpo reconhecido como mediador para a comunicação. Este é utilizado para produzir som e movimento através de ações como bater palmas, marchar, dançar ou produzir sons com a boca, de forma a trabalhar a consciência corporal, a exploração sonora e a organização motora.

A exploração sonora inicia-se frequentemente através de superfícies como o chão, a mesa ou a parede, estabelecendo uma relação inicial com o meio exterior. Paralelamente, a voz é utilizada como instrumento sonoro e melódico. A intervenção privilegia elementos musicais simples e primitivos, como o ritmo básico, a intensidade sonora e as qualidades do som, tais como a duração, altura, timbre e intensidade (Benenzon, 2011).

De forma complementar, Boxill & Chase (2007) destacam que a música constitui um estímulo multisensorial capaz de evocar sentimentos, despertar emoções e provocar respostas fisiológicas e mentais, independentemente do nível de inteligência ou do estado geral de saúde. A autora sublinha que a música tem o poder de abrir canais de comunicação em indivíduos com dificuldades na interação social ou com o ambiente, sendo particularmente eficaz quando a comunicação verbal está limitada, como no caso da PDI. Watson (2007), no contexto do trabalho com adultos com dificuldades de aprendizagem, reforça esta perspetiva, evidenciando que a musicoterapia permite que os clientes expressem e partilhem sentimentos, bem como contem as suas histórias através da música, mesmo quando não têm acesso às palavras.

Deste modo, a componente não-verbal da musicoterapia não apenas facilita a comunicação em contextos de limitação verbal, mas também promove a expressão emocional, a exploração sensorial e a integração corporal, consolidando a música como um recurso terapêutico multifacetado, acessível a diversos quadros clínicos e capaz de estimular a interação e a autoexpressão.

Objetivos gerais da musicoterapia no âmbito da PDI

Um dos propósitos centrais da intervenção musicoterapêutica com pessoas com PDI é o desenvolvimento de competências adaptativas e a promoção da autonomia, permitindo aos indivíduos estabelecer relações com significado, apesar das limitações intelectuais e funcionais. O trabalho, como sugere Benenzon (2011), tem início em sessões individuais, nas quais se estabelece o contacto terapêutico e se identificam as formas de expressão mais adequadas ao paciente. Para tal, recorre-se à exploração da identidade sonoro-musical do cliente, à consciência corporal e ao desenvolvimento de competências de percepção e participação musical (Benenzon, 2011). Keith (2013) refere que a intervenção visa a normalização, entendida como a aquisição de competências adequadas a contextos de aprendizagem e ambientes integrados. Boxill & Chase (2007) complementam esta perspetiva, sublinhando a importância de criar oportunidades que facilitem a aquisição de competências no domínio do comportamento adaptativo, com vista à reintegração do indivíduo na sociedade.

No que respeita ao desenvolvimento de competências sensoriais, motoras e cognitivas, Keith (2013) destaca os benefícios dos métodos recreativos que promovem a coordenação motora fina e grossa, assim como a coordenação olho-mão. Boxill & Chase (2007) sublinham que tocar instrumentos ou dançar estimula os sentidos e promove a propriocepção, enquanto Watson (2007) evidencia que a música pode atender às necessidades sensoriais específicas dos indivíduos, oferecendo estímulos auditivos, táteis, propriocetivos e vestibulares adequados.

À medida que a relação terapêutica é consolidada, procura-se preparar o indivíduo para a integração em atividades grupais, consideradas mais eficazes para o desenvolvimento de competências interpessoais (Benenzon, 2011). A música exerce, neste contexto, um impacto significativo na comunicação e interação social. Keith (2013) descreve atividades de grupo, como passar instrumentos ou partilhar um tambor, como oportunidades para a interação social e permitem que pessoas com deficiência intelectual desenvolvam competências relacionais. Boxill & Chase (2007) salientam ainda o potencial da música para promover a coesão grupal através do canto, ao mesmo tempo que contribui para a melhoria das capacidades comunicativas. Watson (2007) reforça esta perspetiva, evidenciando que a musicoterapia cria espaços seguros para a

partilha e expressão de sentimentos, facilitando o estabelecimento de relações interpessoais.

No domínio da expressão emocional, a prática musical atua sobre a autoestima, promove um sentido de realização pessoal, permitindo ainda a expressão segura de sentimentos complexos, como a raiva ou a dor, sem colocar em causa a relação terapêutica (Boxill & Chase, 2007; Keith, 2013; Watson, 2007).

Relação terapêutica e colaboração interdisciplinar

A intervenção do musicoterapeuta nesta população ocorre geralmente em contextos de educação especial ou instituições de reabilitação, onde a pessoa com PDI assume frequentemente o duplo papel de aluno e paciente, num espaço que integra dimensões educativas e terapêuticas (Benenzon, 2011). A relação terapêutica inicia-se habitualmente através de sessões individuais, permitindo ao terapeuta estabelecer contacto, identificar formas de comunicação e avaliar a possibilidade de integração em grupo. Este processo requer flexibilidade e capacidade de adaptação para responder às necessidades individuais de cada pessoa, incluindo o seu ritmo biológico e psicomotor, devendo a intervenção articular-se com outras atividades educativas ou terapêuticas presentes no contexto institucional (Benenzon, 2011).

Keith (2013) enfatiza a importância da empatia e da capacidade do terapeuta de se manter verdadeiramente presente, observando a experiência do cliente sob múltiplas perspetivas. A observação detalhada das respostas do cliente, não apenas aos objetivos terapêuticos, mas também à sua forma de estar global durante as sessões, permite ajustes informados à intervenção (Keith, 2013; Polen, 2013). Boxill & Chase (2007) reforçam que o terapeuta deve acolher qualquer conteúdo que emerja durante o processo, sem julgamentos, enquanto Watson (2007) descreve o musicoterapeuta como um parceiro ativo, criativo na adaptação do ambiente musical para maximizar o potencial terapêutico.

A colaboração interdisciplinar é outro fator essencial da prática clínica. Keith (2013) sublinha que o terapeuta deve atuar como defensor dos interesses do cliente, comunicando progressos e avaliando necessidades em articulação com os cuidadores. Watson (2007) reforça a necessidade de uma abordagem holística, baseada na partilha efetiva de informação e no trabalho colaborativo entre profissionais e famílias. A comunicação entre todos os intervenientes, incluindo instituições, terapeutas,

profissionais de saúde, assistentes sociais, cuidadores e familiares, é crucial para garantir coerência e continuidade na intervenção (Watson, 2007; Swaney, 2019). Swaney (2019) sublinha ainda que, quando os clientes não dispõem de oportunidades regulares de comunicação, existe o risco de regressão nos resultados obtidos. Por este motivo, a responsabilidade de promover e sustentar a comunicação não deve ser exclusivamente dos terapeutas, sendo igualmente de todos os profissionais e cuidadores que integram a equipa de apoio ao cliente.

Em suma, a eficácia da intervenção musicoterapêutica depende não apenas da qualidade da relação terapêutica estabelecida entre terapeuta e cliente, mas também da capacidade de articulação e colaboração entre todos os profissionais envolvidos, garantindo que a musicoterapia contribua de forma integrada para o desenvolvimento global do indivíduo.

Desafios da intervenção

A intervenção com pessoas com deficiência intelectual apresenta múltiplos desafios que exigem sensibilidade, adaptação e planeamento cuidadoso por parte do terapeuta. Um dos principais consiste na tendência de alguns profissionais para subestimarem as capacidades comunicativas destes indivíduos, baseando-se excessivamente em indicadores como o quociente de inteligência (Benenzon, 2011).

As dificuldades de linguagem e simbolização representam outro obstáculo relevante, limitando a compreensão de jogos simbólicos ou de conteúdos linguísticos complexos. Para contornar estas limitações, recomenda-se a utilização de estruturas musicais simples e textos breves, adaptados à experiência imediata da criança (Benenzon, 2011). A prática terapêutica deve ainda considerar a gestão de momentos de agressividade ou autoagressividade, canalizando a energia do indivíduo para atividades sonoras e rítmicas que permitam organizar o movimento e favorecer a expressão emocional. Paralelamente, é fundamental respeitar o tempo biológico individual, evitando ritmos demasiado rápidos ou distantes do ritmo fisiológico da criança, uma vez que a adaptação ao ritmo orgânico constitui um elemento essencial do processo terapêutico (Benenzon, 2011).

A progressão lenta dos resultados terapêuticos representa um desafio adicional, exigindo do terapeuta uma gestão cuidadosa das expectativas. Boxill & Chase (2007) e Swaney (2019) alertam que, em muitos casos, as mudanças ocorrem apenas após longos

períodos de intervenção, sendo necessária uma perspetiva a longo prazo. A eficácia terapêutica depende ainda da capacidade do terapeuta de não se estabelecer nas mesmas estratégias a longo prazo, adaptando criativamente a sua abordagem às necessidades e capacidades em constante evolução do cliente (Keith, 2013; Polen, 2013). Esta flexibilidade torna-se ainda mais determinante no trabalho com indivíduos com deficiência intelectual severa ou profunda, cujas respostas verbais ou cognitivas podem ser limitadas.

As sensibilidades sensoriais, como a defensividade tátil ou a hipersensibilidade auditiva, constituem outro desafio que deve ser considerado na intervenção (Keith, 2013; Watson, 2007).

Resumindo, a intervenção terapêutica exige não apenas competências técnicas, mas também uma constante capacidade criativa de adaptação às características individuais de cada cliente, de forma a garantir uma intervenção segura, sensível e eficaz (Benenzon, 2011; Boxill & Chase, 2007; Keith, 2013; Watson, 2007).

Musicoterapia e a Perturbação do espectro do autismo

A reflexão sobre a intervenção com pessoas com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) revela-se pertinente no contexto do trabalho com pessoas com deficiência. Apesar das especificidades de cada condição, existem características e desafios partilhados, sobretudo ao nível da comunicação, da interação social e da participação. Neste sentido, o conhecimento desenvolvido no âmbito da musicoterapia com a perturbação do espectro do autismo, mesmo que sucintamente, contribui para uma compreensão mais alargada das possibilidades de intervenção com outras populações com deficiência.

Benenzon (2011) conceptualiza o autismo como uma prolongação patológica do psiquismo fetal, caracterizada por uma forte orientação para o mundo interno e por comportamentos semelhantes aos do feto, como a procura de espaços fechados, o prazer no contacto com a água e a dificuldade em aceitar o contacto físico. Este quadro manifesta-se em dificuldades significativas na comunicação e interação social, tendência para o isolamento e comportamentos motores atípicos, sendo frequentemente estes os motivos de encaminhamento para musicoterapia. A agressividade, a ansiedade, os ritualismos e as dificuldades de adaptação a mudanças são algumas das situações em

que esta intervenção se revela particularmente eficaz, respondendo às necessidades emocionais e sensoriais desta população (Benenzon, 2011; Watson, 2007).

A intervenção musicoterapêutica, segundo Benenzon (2011), procura estabelecer canais de comunicação através de estímulos sonoros que evocam experiências sensoriais precoces, especialmente do período intrauterino. A metodologia é adaptada às especificidades do indivíduo, dada a dificuldade em identificar a identidade sonora individual e em recolher informação clínica detalhada através de entrevistas ou observação estruturada. A proposta terapêutica estrutura-se em três níveis progressivos: regressão, comunicação e integração. Na fase de regressão, a criança é exposta passivamente a estímulos sonoros, promovendo a abertura de canais comunicacionais. Na fase de comunicação, o musicoterapeuta estabelece uma relação terapêutica aproveitando os canais previamente abertos. Por fim, a fase de integração visa expandir a comunicação para o meio social e familiar (Benenzon, 2011).

Processo Vida Plena

No estudo de Swaney (2019) é feita a proposta de um modelo de intervenção baseada no conceito de Vida Plena de Carl Rogers. A intervenção foi feita num *setting* residencial com pessoas com PDI, e o terapeuta tinha como principal objetivo melhorar a qualidade de vida e promover relações significativas com o outro.

Para melhor entender esta linha de pensamento será necessário rever o conceito de Vida Plena de Carl Rogers (2023).

Definindo a sua abordagem terapêutica como centrada na pessoa, esta é genuína e orgânica, sem que o terapeuta se esconda atrás de uma fachada defensiva. A relação seria mais entre duas pessoas, onde o cliente tem todo o seu valor incondicional, independentemente da sua condição, sentimentos ou comportamentos. Deste modo, o cliente ao ser incondicionalmente aceite sente-se seguro para, progressivamente, explorar sentimentos de si cada vez mais estranhos, desconhecidos e perigosos, dando de frente com elementos da sua experiência, que até então não seriam conscientes.

Tendo em conta esta breve descrição da sua abordagem terapêutica, Rogers refere que a Vida Plena não é um estado de virtude, tampouco um estado fixo, mas sim um processo que se dá “quando há liberdade psicológica para seguir qualquer direção.” (Rogers, 2023, pp. 211). O autor define então a Vida Plena como um “processo de movimento numa direção selecionada pelo organismo humano quando interiormente é

livre de se mover em qualquer direção, sendo que as qualidades gerais dessa direção parecem ter uma certa universalidade” (Rogers, 2023, pp. 211).

Parte do processo terapêutico passa pelo cliente descobrir que existem em si sentimentos e atitudes que, antes deste mesmo processo, não teria conseguido identificar e assumir como suas. No seu processo de vida plena, o cliente terá uma abertura à experiência, distanciando-se de processos defensivos e vivenciando plenamente o que existe dentro de si, não olhando a conotações boas ou más. Com o tempo, é observada uma crescente confiança de si, e o cliente estará funcionalmente mais apto para agir de forma adequada, sem esquecer todas as suas impressões sensoriais, memórias e aprendizagens anteriores, e sem negligenciar as suas próprias necessidades e exigências sociais.

Para concluir, a pessoa em liberdade psicológica caminha em direção à funcionalidade plena, estando mais apta para, de acordo com o seu organismo, sentir e reagir. Como consequência, estará também mais aberto às consequências das suas ações, corrigindo-as quando são desadequadas (Rogers, 2023).

Voltando a Swaney (2019), cujo estudo se desenvolveu em sessões individuais, a improvisação revela ser de grande importância para esta população e para o desenrolar do processo de vida plena. O objetivo é observar todos os elementos presentes no espaço terapêutico, como o som e silêncio, movimento e quietude, gestos, entre outros, para que seja possível a criação de uma linguagem conjunta e de repertório específico para cada cliente, pelo que o processo de aprendizagem é mútuo.

Esta intervenção baseia-se em quatro experiências relacionais, exploradas através da improvisação: curiosidade sobre o outro, convite ao outro, celebração do outro e reconhecimento do outro. Através da criatividade musical do terapeuta, o cliente começa por se tornar consciente do outro. Assim que a atenção foi captada, o terapeuta convida o cliente a juntar-se a ele na improvisação, quer seja com alguns instrumentos de fácil execução ou com a voz. Ao celebrar estas experiências, verbalmente ou não, dá-se também o reconhecimento do valor que a participação do cliente tem, contribuindo para o processo de Vida Plena. Em suma, uma pessoa cujo valor é incondicionalmente aceite, é uma pessoa com mais liberdade psicológica, e consequentemente mais capaz de experienciar e expressar os seus sentimentos.

Outras intervenções

A expressão emocional surge como um eixo central em vários dos casos analisados. Botelho (2023) descreve o processo de uma jovem adulta de 26 anos com PDI ligeira que, apesar da resistência inicial à verbalização de emoções e do desconforto em abordar experiências pessoais mais sensíveis, foi progressivamente explorando sentimentos difíceis através de improvisação, jogos de identificação de emoções e escrita de canções. Esta evolução traduziu-se numa maior abertura emocional, numa postura corporal mais disponível e numa participação crescente, ilustrando o que Boxill & Chase (2007) descrevem acerca do potencial da música para evocar emoções e proporcionar gratificação, e o que Watson (2007) enfatiza sobre a expressão segura de emoções complexas sem comprometer a relação terapêutica.

A regulação do comportamento e o controlo da impulsividade constituem outro tema recorrente. Ponces (2018) apresenta o caso de um jovem de 17 anos com epilepsia, incapacidade intelectual e perturbação de hiperatividade e défice de atenção, cujas dificuldades no controlo da impulsividade e na regulação comportamental representaram os principais desafios iniciais. Através da composição de canções e da improvisação instrumental, verificou-se uma diminuição dos comportamentos impulsivos e maior aceitação das propostas terapêuticas, o que vai ao encontro do que Watson (2007) descreve como a capacidade da música para conter e transformar emoções como a raiva ou a frustração. Em consonância com esta perspetiva, Vieira (2018) descreve o caso de um cliente de 37 anos com comprometimentos cognitivos, comunicacionais e motores, no qual a intervenção musicoterapêutica, estruturada em torno da improvisação instrumental e do cancionário tradicional infantil, permitiu alcançar os três objetivos definidos: estimular o discurso verbal, promover o autocontrolo comportamental e aumentar a capacidade de atenção e concentração. A redução das estereotipias motoras foi conseguida através do redirecionamento para atividades musicais, em linha com o que Boxill & Chase (2007), descreve sobre a capacidade da música para redirecionar comportamentos inadequados e com os exemplos de Watson (2007) sobre a transformação de estados emocionais desafiantes.

Na comunicação e a autonomia, Ponces (2018) descreve o caso de um jovem de 17 anos com PEA em comorbidade com PDI, cuja hipersensibilidade auditiva e postura inicial passiva perante a música representaram desafios significativos, exigindo uma

adaptação cuidadosa dos estímulos sonoros, tal como Keith (2013) e Watson (2007) referem. Através da improvisação clínica e da construção gradual de uma relação terapêutica segura, o cliente passou a participar de forma mais ativa, com maior coesão na improvisação e crescente autonomia na escolha e utilização de instrumentos (Ponces, 2018).

Vieira (2018) apresenta um caso complementar com uma cliente de 30 anos com Deficiência Congénita Permanente Intelectual e Anatómica, cuja comunicação era essencialmente não-verbal e que apresentava longos períodos de inatividade no contexto do CAO. A intervenção, de carácter livre e assente na improvisação musical, orientou-se para o desenvolvimento da autonomia, da iniciativa e da comunicação, domínios que Benenzon (1997) identifica como particularmente acessíveis através de um contexto não-verbal, e que Boxill & Chase (2007) associam à promoção do comportamento adaptativo. Os resultados foram parcialmente alcançados: registou-se uma evolução significativa ao nível comportamental, com a cliente a demonstrar iniciativa e capacidade de escolha no dia a dia, bem como o estabelecimento de uma relação terapêutica que possibilitou improvisações rítmicas partilhadas.

Técnicas de Musicoterapia

Nesta secção pretende-se rever quais as técnicas que foram utilizadas durante toda a intervenção musicoterapêutica do presente estágio.

Técnicas recetivas

Nas experiências recetivas, o cliente ouve música e responde à experiência de forma silenciosa, verbal ou por meio de outra modalidade expressiva. A música utilizada pode ser ao vivo ou gravada, incluindo improvisações, performances ou composições do próprio cliente ou terapeuta, bem como gravações comerciais de repertórios musicais variados. A experiência auditiva pode concentrar-se em diferentes dimensões da música, físicas, emocionais, intelectuais, estéticas ou espirituais, sendo as respostas do cliente orientadas em função do objetivo terapêutico estabelecido para a intervenção (Bruscia, 2014).

A técnica Escuta orientada para a ação (*Action Listening*) (Keith, 2013) envolve o uso de música gravada ou ao vivo, com ou sem letra, como estímulo para desencadear comportamentos específicos, como movimentos motores, respostas verbais ou atividades da vida diária. Esta abordagem é indicada para clientes com capacidades

auditivas e competências básicas de linguagem receptiva. Diferente de outras abordagens estruturadas, aqui a música atua como pista, não como organizador da resposta. Os objetivos principais incluem a melhoria da linguagem receptiva e expressiva, o seguimento de instruções e o reforço de competências de autocuidado. O sucesso da intervenção depende da seleção cuidadosa do repertório musical, adequado à faixa etária e com elementos musicais ou linguísticos que funcionem como sinais eficazes, bem como da preparação do ambiente físico e tecnológico que facilite o envolvimento dos clientes.

Durante a sessão, o terapeuta observa atentamente a capacidade de atenção, coordenação motora, compreensão das letras e a forma como os participantes interagem entre si, verificando se seguem os sinais musicais ou se respondem por imitação. A experiência pode ser realizada em grupo ou de forma individual e adaptada para diferentes faixas etárias ou níveis de desenvolvimento, sendo mais comum entre crianças mais novas. A prática pode evoluir gradualmente, partindo de respostas simples até sequências mais complexas, e incluir variações como a escuta eurítmica, na qual a música estrutura diretamente os movimentos, promovendo coordenação física, controle de impulsos e resistência. Mesmo clientes com défices sensoriais ou dificuldades graves de integração sensorial podem beneficiar de adaptações apropriadas, reforçando a versatilidade desta abordagem enquanto ferramenta terapêutica no desenvolvimento de competências.

A técnica Escuta musical contingente (*Contingent Music Listening*) consiste na utilização da escuta musical como reforço positivo condicionado à emissão de comportamentos desejáveis, sendo uma abordagem clássica da musicoterapia comportamental. Esta técnica é especialmente indicada quando ouvir música preferida mostra ser um estímulo reforçador eficaz para o indivíduo. O objetivo principal é promover o aumento de comportamentos adaptativos ou a diminuição de comportamentos indesejáveis, como demonstrado em contextos que vão desde sessões de musicoterapia até tarefas laborais simples. A música escolhida deve funcionar como um motivador positivo claro e ajustado ao perfil do cliente, e o ambiente deve ser propício à monitorização e ao reforço das respostas desejadas (Keith, 2013).

A implementação desta técnica varia consoante o indivíduo e o contexto, sendo a sua flexibilidade uma das suas principais características. Em sessões terapêuticas formais, pode ser usada para reforçar comportamentos sociais adequados, enquanto em

contextos educativos ou ocupacionais, pode incentivar a atenção à tarefa ou a execução de atividades manuais. O terapeuta observa continuamente se o comportamento-alvo está a ocorrer e se a escuta musical mantém a sua eficácia como reforço, ajustando se necessário a programação dos reforços. Embora escutar música seja o reforço mais comum, em alguns casos a própria execução musical pode funcionar como reforçador mais poderoso, podendo então a técnica assumir contornos recreativos. O papel do terapeuta pode também variar, desde uma posição central no planeamento e condução das sessões até uma função auxiliar, em colaboração com outros profissionais na implementação de planos de modificação comportamental.

Técnicas baseadas na improvisação

As experiências musicais improvisadas em contexto terapêutico consistem na criação de conteúdos musicais por parte do cliente, podendo este gerar melodias, ritmos, canções ou peças instrumentais de forma espontânea. Esta prática pode ocorrer individualmente, em dueto, ou em grupo, envolvendo o terapeuta, outros clientes e, em certos casos, figuras significativas do universo relacional do cliente. A improvisação pode ser realizada com qualquer meio musical acessível ao cliente, incluindo a voz, sons corporais, instrumentos de percussão, cordas, sopro ou teclas, conforme as suas capacidades individuais (Bruscia, 2014).

O papel do terapeuta é central na facilitação do processo, oferecendo orientações claras, demonstrações práticas e estruturas musicais que sirvam de base à improvisação. Pode também contribuir através do acompanhamento vocal ou instrumental que estimule, complemente ou direcione a improvisação do cliente. Adicionalmente, o terapeuta pode propor estímulos extramusicais, como imagens, títulos ou narrativas, que funcionem como pontos de partida para a expressão musical do cliente, favorecendo a sua criatividade e capacidade de simbolização (Bruscia, 2014).

A improvisação referencial (Keith, 2013) é uma experiência musicoterapêutica baseada na improvisação musical em torno de temas ou ideias não musicais, desafiando os participantes a traduzirem pensamentos, sentimentos ou conceitos em música e, por sua vez, a interpretar musicalmente as expressões dos outros. Indicadas para crianças e adolescentes com capacidade linguística e cognitiva adequada, estas improvisações promovem a expressão emocional, a autoconsciência, a autoestima, a comunicação e competências cognitivas e sensoriais. Os temas utilizados devem ser cuidadosamente

selecionados em função dos objetivos terapêuticos, como por exemplo emoções ou situações sociais, e acompanhados por uma variedade de instrumentos que incentivem a criatividade através de diferentes formas de produção sonora.

Durante a sessão, o terapeuta observa não apenas o comportamento musical dos participantes, mas também a sua capacidade. A discussão posterior sobre o conteúdo musical pode enriquecer ainda mais a experiência. A natureza desta experiência permite uma vasta gama de adaptações, tanto ao nível dos instrumentos utilizados como dos temas propostos, das dinâmicas interpessoais exploradas e dos formatos de participação. Estas improvisações oferecem assim um espaço flexível e expressivo para a construção de sentido pessoal e relacional através da música.

A improvisação de canções/letras, segundo Polen (2013) é uma técnica musicoterapêutica que consiste na criação espontânea de letras e melodias, estruturada pelo terapeuta com base nas capacidades e necessidades do cliente. O terapeuta fornece suporte musical e verbal, podendo modelar frases ou usar formatos como pergunta-resposta para facilitar a participação vocal do cliente. Esta abordagem é especialmente indicada para indivíduos com competências linguísticas funcionais e com objetivos terapêuticos como aumentar a consciência do meio, melhorar a atenção, promover o controlo de impulsos, reforçar competências de autocuidado e fortalecer a autoestima. A improvisação vocal permite desenvolver a capacidade de responder a estímulos, prolongar o envolvimento ativo e fomentar a iniciativa. Esta técnica coaduna com o conceito de *contact-song* de Boxill & Chase (2013) que são canções baseadas nos interesses, pontos fortes, comportamentos e problemas do cliente, esta canção aparece intuitivamente através do terapeuta ou através de pistas dadas pelo cliente. É uma canção improvisada ou composta que será utilizada, reutilizada e variada como canal para a mudança e adaptação.

A observação deve ir além das respostas previstas, incluindo interpretações mais amplas do conteúdo lírico improvisado, que pode revelar ligações emocionais profundas ou memórias afetivas inesperadas. O terapeuta ajusta o nível de direcionamento consoante as capacidades cognitivas do cliente, podendo optar por temas ou deixar espaço para livre expressão. A improvisação vocal é, no entanto, desaconselhada em contextos de grupo com indivíduos com défices cognitivos graves, dada a complexidade

simbólica e emocional envolvida na utilização da própria voz como instrumento expressivo (Polen, 2013).

Por fim, temos a improvisação musical clínica descrita por Boxill & Chase (2007). Esta ocorre quando a expressão musical e os seus elementos se manifestam de forma espontânea no contexto terapêutico, constituindo um canal significativo para o estabelecimento da relação e para o progresso do processo terapêutico. Esta forma de intervenção, que pode surgir de modo livre ou estruturado, em contexto individual ou grupal, tem como principal característica a personalização da comunicação e do contacto entre terapeuta e cliente, centrando-se na vivência do momento presente. Quando utilizada como reflexo do "aqui e agora", a improvisação musical permite estabelecer uma conexão genuína com o indivíduo ou grupo, criando uma ligação musical entre cliente e terapeuta, onde a ação sonora se torna congruente e síncrona com os estados emocionais expressos.

Através desta prática, é possível validar os sentimentos do cliente ao traduzi-los simbolicamente na música, apoiar o desenvolvimento do autocontrolo comportamental mediante diretrizes musicais, e estimular a interação, tanto musical como não musical. Além disso, a improvisação oferece um meio de refletir, sustentar e, quando necessário, corrigir comportamentos, ajustando-se de forma sensível e dinâmica às necessidades, sintomas, interesses, capacidades e estados afetivos do cliente. A eficácia desta abordagem requer do terapeuta uma postura empática, flexível e isenta de julgamento, bem como competências musicais avançadas que lhe permitam adaptar-se, corresponder e interagir musicalmente de forma responsiva e significativa com o cliente.

Técnicas Recreativas

Nos métodos recreativos, o cliente aprende, canta, toca ou interpreta música previamente composta, ou reproduz qualquer forma musical apresentada como modelo. Este conceito abrange também atividades musicais estruturadas e jogos nos quais o cliente assume papéis ou comportamentos especificamente definidos. O termo recreativo apresenta um âmbito mais amplo, incluindo a execução, reprodução, realização ou interpretação parcial ou total de uma obra musical já existente, independentemente da presença ou não de um público (Bruscia, 2014).

Uma das técnicas utilizadas foi as lições de música adaptativas referidas por Keith (2013). Estas constituem uma forma de intervenção musicoterapêutica individual,

centrada na aprendizagem de voz ou instrumentos musicais adaptados às necessidades específicas do cliente. Embora se baseiem na estrutura tradicional das aulas de música, estas sessões têm como objetivo principal o desenvolvimento terapêutico, sendo a aprendizagem musical um meio para alcançar metas como o aumento da autoconsciência, o treino de competências cognitivas e motoras, a tolerância à frustração, o reforço da autoestima e o desenvolvimento de competências sociais e de lazer. A escolha do instrumento pode depender de uma avaliação inicial das capacidades motoras e preferências do aluno, sendo essencial que o terapeuta tenha sensibilidade para ajustar expectativas e propor instrumentos que proporcionem feedback positivo desde cedo.

Durante as sessões, o musicoterapeuta observa continuamente o desempenho técnico, os níveis de frustração e a abertura à correção, ajustando o grau de dificuldade para manter o aluno na zona de desenvolvimento ideal entre o domínio e o desafio. Os procedimentos seguem uma estrutura semelhante à das aulas convencionais, mas com adaptações que respondem às necessidades individuais do aluno. Estas adaptações podem incluir o uso de materiais visuais, ferramentas auxiliares para facilitar a execução de instrumentos ou sistemas de notação simplificados. A interação entre o ensino musical e os objetivos terapêuticos faz destas aulas uma via eficaz para promover o desenvolvimento global dos participantes, ampliando as suas oportunidades de expressão, comunicação e participação social através da música.

Outras técnicas

A arte-terapia é uma intervenção na qual a criação de imagens visuais, em presença de um terapeuta qualificado, facilita a expressão de pensamentos e sentimentos que de outra forma poderiam não ser expressos. Estas produções, com função diagnóstica e terapêutica, oferecem um registo visível da sessão e orientam o tratamento (Waller & Gilroy, 1992). Nesta perspetiva, durante a intervenção musicoterapêutica, o desenho foi igualmente utilizado como recurso complementar à música: ora como comportamento apropriado, reforçado através de pistas musicais, ora como meio de materialização das emoções e sentimentos suscitados pela escuta de determinadas peças musicais e improvisações.

O movimento mediado pela música constitui uma atividade altamente adaptável, passível de ser ajustada às necessidades e objetivos terapêuticos de cada cliente, como

descrevem & Chase (2007) ao referir-se ao corpo-movimento. Desde sequências motoras simples até padrões mais complexos, a integração entre música e movimento permite trabalhar competências como a coordenação motora, a locomoção, a estruturação do movimento no tempo e no ritmo, a melhoria da propriocepção e a construção de uma autoimagem saudável, além de potenciar outros domínios expressivos e criativos. Durante a intervenção musicoterapêutica, foram exploradas, entre outras formas, a dança e a marcha.

O enquadramento teórico acima descrito reúne os fundamentos necessários para compreender o alcance da intervenção musicoterapêutica com pessoas com PDI.

As abordagens analisadas, tal como as descrições de casos clínicos, demonstram a necessidade de uma intervenção flexível, criativa e centrada na pessoa. Os desafios identificados, tais como a progressão lenta dos resultados, as sensibilidades sensoriais, as dificuldades de comunicação e a importância da colaboração interdisciplinar, reforçam que a eficácia terapêutica depende não apenas do domínio técnico, mas também da capacidade do terapeuta de se adaptar continuamente às necessidades e ao ritmo de cada cliente.

Objetivos do estágio

Tendo em conta o enquadramento anteriormente apresentado, o estágio de musicoterapia na APERCIM teve como objetivo geral implementar a musicoterapia como complemento das intervenções já propostas pela instituição, no sentido de promover o desenvolvimento global dos clientes, contribuindo para os domínios da comunicação, da expressão emocional, do comportamento adaptativo e da qualidade de vida.

No âmbito deste objetivo central, foram identificados os seguintes objetivos específicos, para além dos objetivos terapêuticos individuais para cada cliente:

- promover a expressão emocional e a comunicação através de experiências musicais adaptadas às capacidades e necessidades de cada indivíduo;
- desenvolver competências adaptativas, motoras e cognitivas que favoreçam a autonomia e a participação ativa no quotidiano;
- fortalecer a relação terapêutica como espaço seguro de exploração emocional, criatividade e autoexpressão;
- fomentar a interação social e as competências interpessoais;
- articular a intervenção musicoterapêutica com os restantes profissionais, cuidadores e familiares, garantindo coerência e continuidade no processo terapêutico.

Método

Na presente secção serão apresentados os aspetos metodológicos que caracterizaram a intervenção no âmbito deste estágio, incluindo a caracterização dos participantes, a descrição dos procedimentos, a organização das sessões, as técnicas aplicadas e os instrumentos de avaliação utilizados.

Participantes

Foram acompanhados, ao longo do estágio, 6 participantes em registo de sessão individual e 2 grupos, perfazendo um total de 9 clientes. Os participantes eram todos adultos, 4 do sexo feminino e 5 do sexo masculino, estando as idades compreendidas entre os 23 e os 53 anos.

Na Tabela 1, são apresentados a idade e sexo dos clientes, a data de início da intervenção de musicoterapia, o diagnóstico principal, outros apoios terapêuticos e o tipo de residência. Os nomes dos clientes serão substituídos pelas suas iniciais, de forma a garantir o anonimato dos mesmos.

Instrumentos de Avaliação

Para melhor definir os objetivos terapêuticos e monitorizar os progressos dos clientes da intervenção deste estágio, foram utilizados instrumentos e modelos de avaliação, tal como folhas de registo das sessões, que serão descritos de seguida.

Music Therapy Assessment de Music Therapy Made Simple (MTA-MTMS)

A plataforma *Music Therapy Made Simple* compilou um conjunto de modelos de avaliação que, embora não se caracterize como um instrumento de avaliação psicométrico, ajudam a organizar e simplificar o processo de avaliação em musicoterapia. Destina-se a terapeutas que realizam avaliações com clientes em contextos diversos e a sua adaptação é incentivada pela plataforma de maneira a adequar aos diferentes *settings* e populações. Este conjunto de modelos de avaliação é constituído por três documentos: avaliação abrangente, avaliação sucinta e avaliação em cuidados agudos (*Music Therapy Made Simple*, s.d.). Para o presente estágio apenas foram utilizadas a avaliação abrangente e a avaliação sucinta.

A avaliação abrangente é composta por várias grelhas de observação clínica estruturada, organizadas em diferentes domínios de funcionamento do cliente, nomeadamente: social, emocional, cognição e competências académicas, comunicação e

linguagem, motor, visão e audição, respostas e necessidades sensoriais, *coping* e regulação emocional, personalidade e afeto, e respostas e atividades musicais.

Tabela 1 - *Caracterização dos participantes*

Nome	Idade	Sexo	Início da intervenção	Diagnóstico	Outros apoios terapêuticos	Residência
BP	42	M	23/10/2024	DI e esquizofrenia	Psicologia e AMA ¹	Externa
CF	39	F	24/01/2025	S/ diagnóstico formal	Psicologia, TO ² e AMA	APERCIM
FP	53	F	23/10/2024	S/ diagnóstico formal	Psicologia, AMA	APERCIM
JSM	25	F	24/01/2025	Paralisia cerebral	Psicologia, FT ³ , AMA e TO	Externa
LS	23	M	25/10/2024	Síndrome de DiGeorge	Psicologia, TF, AMA e TO	APERCIM
PH	24	M	24/01/2025	PEA	Psicologia e AMA	Externa
RP	27	M	25/10/2024	PEA	S/ apoios	APERCIM
VS	26	F	25/10/2024	DI	Psicologia, TO e TF ⁴	APERCIM
ZL	25	F	25/10/2024	DI e epilepsia	Psicologia, AMA, TF e TO	APERCIM

Em cada domínio, o terapeuta regista os comportamentos observados do cliente através de uma escala de quatro níveis: nunca/raramente, com apoio, de forma independente e não observado.

A avaliação sucinta corresponde a uma página de síntese clínica, onde o terapeuta regista de forma resumida os pontos fortes e as necessidades globais identificadas ao longo do processo de avaliação, tal como as recomendações

¹ Atividade Motora Adaptada

² Terapia Ocupacional

³ Fisioterapia

⁴ Terapia da Fala

terapêuticas, incluindo a frequência e duração das sessões sugeridas e a definição de até três objetivos terapêuticos a trabalhar durante a intervenção.

Ambos os modelos foram traduzidos para português e podem ser vistos no Anexo A.

Registo de Sessão Individual e Grupal

Os registos sistemáticos das sessões foram elaborados a partir de dois modelos disponibilizados pela orientadora de estágio, com o objetivo de analisar e sistematizar as observações diretas dos participantes. Estes registos podem ser vistos no Anexo B.

O Registo de Sessão de Grupo destina-se ao acompanhamento de intervenções com vários participantes, iniciando-se com a identificação do grupo, a data, o terapeuta e a presença dos membros. Este documento orienta o terapeuta na descrição do decurso da sessão, na identificação dos temas centrais e na observação de aspetos relevantes, sejam eles individuais ou relacionados com a dinâmica coletiva. Inclui ainda o registo detalhado da música produzida, das mudanças observadas entre sessões e das reações pessoais do terapeuta, terminando com um espaço para o planeamento de futuras intervenções.

Por sua vez, o Registo de Sessão Individual segue uma lógica semelhante, mas adaptada à realidade de trabalho com um único cliente. Inicia-se com a identificação do cliente e do terapeuta, prosseguindo com a observação direta do cliente, a descrição sumária das atividades realizadas, a identificação dos temas centrais e inclui também uma secção dedicada à música produzida, às reações pessoais do terapeuta e ao planeamento de sessões subsequentes.

Além da observação direta e do preenchimento dos registos, foi também feita uma análise cuidada das gravações áudio e vídeo das sessões. Esta combinação de métodos permitiu obter uma visão mais completa do processo terapêutico e contribuiu para uma tomada de decisões mais informada e adequada ao contexto da prática em musicoterapia.

Escala de autonomia e independência da APERCIM

A Escala de Autonomia e Independência da APERCIM é um instrumento desenvolvido pela coordenadora e psicóloga da instituição com o objetivo de avaliar a autonomia dos clientes. A escala organiza-se em oito subescalas: capacidades motoras, que avalia competências como a transferência postural e a coordenação dos membros superiores; comunicação e linguagem, que inclui itens como o contacto visual e a

capacidade de expressar necessidades de forma oral; competências pessoais, que abrange a higiene, o vestuário e a alimentação; competências sociais, que avalia comportamentos como a empatia, o respeito pelo outro e o cumprimento de regras; competências emocionais, que avalia a regulação emocional e a estabilidade comportamental; competências académicas e funcionais, que inclui a leitura, a escrita e o manuseamento do dinheiro; funções executivas, que analisa capacidades como a tomada de decisão, a planificação e a flexibilidade cognitiva; e autonomia no exterior, que avalia a circulação em espaços conhecidos e desconhecidos, a utilização de transportes públicos e a realização de compras. Em cada subescala, os itens são classificados numa escala de quatro pontos, em que 0 corresponde a total dependência e 3 a total autonomia, sendo a pontuação total máxima de 240 pontos. A soma final determina o nível de autonomia e independência do cliente, distribuído entre o nível 1 (mais dependente) e o nível 6 (menos dependente).

Procedimentos

O estágio curricular em musicoterapia foi realizado na APERCIM, integrado nas unidades CACI, sob a orientação da Coordenadora Ana Poção, responsável pela coordenação de uma das residências da instituição e pelas atividades de expressão artística.

Durante o primeiro mês, o estagiário esteve em período de observação, com o propósito de conhecer a dinâmica institucional, os clientes e a equipa técnica. Nesta fase, visitou todas as salas das unidades CACI, estabelecendo contacto com os auxiliares e os clientes, e participou nas reuniões semanais da equipa técnica, o que permitiu compreender o funcionamento global da instituição e identificar, com o apoio da equipa, quais os clientes que poderiam beneficiar da intervenção musicoterapêutica. O estagiário participou ainda em atividades ao ar livre, como caminhadas, e assistiu a sessões de terapia ocupacional com o cliente LS, com quem mais tarde viria a desenvolver sessões de musicoterapia. Durante este período, teve também acesso aos perfis dos clientes e às avaliações da escala de autonomia e independência aplicadas pela instituição.

Após o período de observação, a equipa técnica reuniu para discutir quais os clientes a encaminhar para a intervenção de musicoterapia. Depois do encaminhamento, as informações relativas a cada cliente, bem como o *feedback* decorrente ao longo da

intervenção, foram articulados com a coordenação dos CACIs, com a orientadora de estágio e com a restante equipa técnica durante as reuniões semanais.

As sessões individuais de musicoterapia tiveram início a 10 de outubro de 2024, com uma duração de 30 minutos semanais, enquanto as sessões de grupo começaram a 24 de janeiro de 2025, com uma duração de 45 minutos semanais. As sessões individuais decorreram inicialmente em diferentes salas, estabilizando ao fim de duas semanas numa sala da ala de intervenção precoce, ao passo que as sessões de grupo tiveram lugar no auditório da instituição.

Para a intervenção foram utilizados diversos instrumentos musicais, incluindo djembé, tubos musicais, tubos de vento, *bodhrán*, piano digital, guitarra, *ukulele*, ovos *shaker*, pau de chuva e outros pequenos instrumentos de percussão.

Complementarmente, recorreu-se a papel e lápis de cor e a uma coluna portátil ligada a um computador ou telemóvel para reprodução de música. Todas as sessões foram gravadas em áudio e vídeo, com consentimento informado (Anexo C), para fins de supervisão e análise posterior.

Nas primeiras sessões foi realizada uma avaliação musical inicial com recurso ao instrumento *MTA-MTMS*, o qual, em articulação com os dados recolhidos durante a fase de observação, possibilitou a definição dos objetivos terapêuticos da intervenção.

No dia 5 de junho de 2025, já na fase final do estágio, o mestrando realizou uma apresentação dirigida à equipa técnica da APERCIM, com o propósito de divulgar o trabalho desenvolvido em musicoterapia ao longo do período de intervenção. Nesta sessão, o mestrando apresentou uma introdução à musicoterapia enquanto disciplina teórica e prática clínica, abordando os seus fundamentos, objetivos e metodologias de intervenção.

A apresentação incluiu ainda a exposição de alguns dos casos acompanhados durante o estágio, através da partilha de excertos de sessões gravadas (com o devido consentimento informado), ilustrando os progressos terapêuticos alcançados em relação aos objetivos inicialmente delineados. Este momento constituiu uma oportunidade de reflexão e partilha interdisciplinar, permitindo à equipa técnica compreender de forma mais aprofundada o papel da musicoterapia no contexto institucional e reconhecer o seu contributo para o desenvolvimento global dos clientes.

O estágio decorreu até à penúltima semana de junho, totalizando 403 horas.

Técnicas utilizadas

Para a intervenção desenvolvida neste estágio, foram aplicadas técnicas de musicoterapia descritas na revisão da literatura, com especial ênfase na improvisação musical, aliada à criação de Canções de Contacto (Boxill & Chase, 2007) e ao uso de técnicas recetivas baseadas no modelo de Escuta musical contingente (Keith, 2013), já descrito na secção de enquadramento teórico.

Importa destacar a adaptação de uma técnica de carácter contingente, na qual a música é utilizada como estímulo ou sinal para a realização de uma atividade, especificamente o desenho. Nesta proposta, o cliente inicia o desenho apenas quando a música começa e interrompe a atividade assim que a música cessa, sendo a execução sonora proveniente quer de uma coluna de reprodução, quer da performance instrumental do terapeuta. O objetivo desta técnica é favorecer a concentração, promovendo gradualmente maior capacidade de atenção e envolvimento na tarefa. Desta forma, a música funciona como mediador temporal, facilitando a permanência do cliente na atividade e apoiando o desenvolvimento do seu autocontrolo durante o processo terapêutico.

Agenda semanal

A agenda semanal do estagiário decorreu em três dias da semana. Às quartas-feiras, o estagiário esteve presente na instituição durante as 9h30 e as 12h; às quintas-feiras, das 9h30 às 12h e das 14h às 15h30; às sextas-feiras, das 9h30 às 16h. Estes períodos seriam flexíveis de acordo com as necessidades da instituição, pontualmente estendendo ou reduzindo o horário sem nunca comprometer a calendarização das sessões. O tempo passado na instituição não se limitou à realização de sessões de musicoterapia, incluindo também a participação em reuniões da equipa técnica, bem como em momentos de supervisão, discussão e reflexão sobre os casos acompanhados.

As sessões de musicoterapia foram organizadas de forma regular ao longo da semana, respeitando a disponibilidade dos clientes e a estrutura das unidades CACI. Às quintas-feiras, as sessões individuais decorreram com BP, às 10h00, e com FP, às 11h00. A partir de janeiro de 2025, estes dois clientes passaram a integrar um grupo conjunto (Grupo 1), cuja sessão teve início às 10h30 do mesmo dia. Às sextas-feiras, as sessões individuais realizaram-se com ZL, às 10h00, e com VS, às 10h30. Também a partir de janeiro de 2025, foi criado o Grupo 2, composto por CF, JSM e PH, com sessões

marcadas para as 11h00. No período da tarde, realizaram-se ainda sessões individuais com RP, às 14h00, e com LS, às 15h00.

Outros projetos

Para além da intervenção desenvolvida no âmbito do estágio, o mestrando participou também em atividades institucionais de carácter artístico e comunitário. Na festa de Natal da APERCIM, colaborou ativamente, não apenas atuando com alguns dos seus clientes, mas também prestando apoio na produção musical da peça de teatro preparada pelas auxiliares de sala. Posteriormente, participou nos concertos da Festa da Família, um evento anual promovido pela instituição e realizado no mês de maio, onde tocou saxofone em conjunto com o músico Jorge Vadio, de Mafra, e apresentou o quarteto de saxofones composto por alunos do Conservatório de Mafra. Estas participações permitiram reforçar a integração do mestrando na comunidade institucional.

Estudos de caso

Estudo de caso 1 – ZL

Caracterização do cliente

O cliente ZL, com 25 anos de idade, era residente da APERCIM e apresentava um diagnóstico de PDI (sem especificação do grau) e epilepsia. Na escala de autonomia e independência desenvolvida pela instituição, ZL apresentava um nível 2 entre 0 e 6. Apesar das suas boas competências motoras, o ZL evidenciava algumas áreas de maior dificuldade, nomeadamente ao nível da comunicação, uma vez que apresentava oralidade limitada, conseguindo transmitir apenas algumas necessidades e desejos através de um vocabulário muito reduzido. Acresciam ainda dificuldades na realização de algumas atividades da vida diária, como atar os sapatos, bem como comportamentos socialmente desajustados, nomeadamente a dificuldade em respeitar o espaço e o tempo do outro e em regular emocionalmente as suas reações perante situações de stress, frustração ou excitação.

Atendendo a estas características, ZL foi integrado na sala Dolce Vita 2 do CACI 1. Durante o período do estágio, frequentou sessões de psicologia, terapia da fala, terapia ocupacional, atividade motora adaptada e equitação terapêutica, nas quais os principais objetivos centraram-se no controlo de impulsos e na capacidade de manter o foco nas atividades. O seu encaminhamento para a musicoterapia surgiu em virtude da resposta positiva a estímulos musicais, em particular a canções infantis e a músicas com forte componente rítmica.

Avaliação inicial

No decurso do primeiro mês de estágio, correspondente à fase de observação, o mestrando estabeleceu o primeiro contacto com ZL. Este encontrava-se numa sala onde era alvo de monitorização contínua e de sucessivas intervenções de correção comportamental, uma vez que demonstrava elevados níveis de impulsividade. Observou-se que demonstrava um gosto particular pelo desenho, atividade a que dedicava grande parte do seu tempo. No desenho, o ZL aplicava demasiada força no uso dos lápis, revelando falta de controlo da motricidade fina. Em diálogo com as auxiliares da sala, foi possível perceber que ZL manifesta também uma preferência especial por

determinadas canções infantis, destacando-se, entre outras, a canção “Todos os patinhos”.

A avaliação inicial foi realizada ao longo das três primeiras sessões, recorrendo-se, para tal, à escala MTA-MTMS, devidamente adaptada ao contexto. Desde as primeiras observações tornou-se evidente que a comunicação de ZL era limitada, exigindo a adaptação da linguagem ao seu nível de compreensão, em conformidade com as recomendações de Hintz (2013). Verificou-se igualmente uma elevada dificuldade em manter-se focado numa mesma tarefa durante mais do que alguns segundos, transitando rapidamente de uma atividade para outra. A sua atenção era facilmente desviada por estímulos do ambiente, como objetos dispostos nas prateleiras, a janela ou o *placard* existente na sala.

No domínio motor, não se identificaram problemas significativos, à exceção de baixa propriocepção, verificadas na ausência de cálculo dos movimentos, batendo frequentemente com os instrumentos na mesa ou nas paredes. Durante a escuta passiva de música, apresentava baixo tónus muscular, mas em diálogo com o técnico de fisioterapia concluiu-se que tal não resultava de défices de controlo motor, mas sim de um relaxamento do tónus sempre que não estava envolvido ativamente numa tarefa.

No domínio social, ZL revelou boa interação com os funcionários, embora não tenham sido registadas interações significativas com os pares. Durante as sessões, o ZL mostrava alguma iniciativa de comunicação, recorrendo frequentemente a gestos e a palavras curtas ou sílabas isoladas. Relativamente à execução de instruções, apresentava dificuldades quando estas envolviam mais de dois passos.

Do ponto de vista musical, foi possível observar a capacidade do ZL para imitar ritmos simples e participar em diálogos de pergunta-resposta. Demonstrou também tendência para completar frases de canções conhecidas e para explorar instrumentos musicais, sobretudo de percussão, tendo particular interesse pelo ovo *shaker*. Por fim, foi também verificado que tem dificuldade na produção de diferentes intensidades sonoras.

Objetivos e plano terapêutico

Tendo em consideração a avaliação inicial e o reduzido período de intervenção a que correspondia o estágio, definiu-se que os objetivos delineados para ZL se centrariam sobretudo no desenvolvimento da capacidade de concentração e no controlo de

impulsos. Estes objetivos foram articulados de forma a complementar e reforçar aqueles que já se encontravam estabelecidos no âmbito da intervenção multidisciplinar em curso.

Tabela 2 - Plano terapêutico de ZL

Objetivo nº1	Aumentar o controlo dos impulsos
<u>Sub-objetivos</u>	<u>Manter o investimento até ao final de uma tarefa.</u>
Estratégias	Improvisação musical, reforçar comportamentos ajustados através da música evitando correção verbal
Objetivo nº2	Aumentar a propriocepção
<u>Sub-objetivos</u>	<u>Marchar e dançar sincronizadamente; tocar instrumentos de percussão com variação de intensidades</u>
Estratégias	Estabelecer uma coreografia na canção “todos os patinhos”; Improvisação rítmica; Marchar com pista musical reproduzida pelo terapeuta ou por uma gravação

Intervenção terapêutica

A intervenção decorreu de 25 de Outubro de 2024 a 13 de Junho de 2025, com 21 sessões registadas, cada uma com 30 minutos de duração. O processo pode ser dividido em quatro fases:

1ª Fase – Reconhecimento do setting

A primeira fase, referente às primeiras três sessões, foi marcada por uma forte agitação do ZL e por dificuldades significativas em manter a atenção numa mesma tarefa. Desde o início, destacou-se a sua tendência para a exploração livre dos instrumentos e pela dança espontânea ao som da música, com momentos breves de pergunta-resposta, ainda pouco consistentes. A propriocepção e o controlo da intensidade do som mostraram-se bastante limitados, o que exigiu do terapeuta atenção contínua à regulação sensorial e motora.

Na primeira sessão, foi introduzido o desenho associado a estímulos musicais, numa tentativa de trabalhar o controlo de impulsos. A música ritmada (como marcha ou bossa nova) despertou reações positivas, levando ZL a dançar ao seu som. Nenhum dos estilos musicais reproduzidos produziu alterações visíveis no conteúdo do desenho, que permaneceu abstrato e desorganizado. Verificaram-se momentos de dispersão frequente,

com olhares constantes para a rua e gestos de apontar de forma repetida para o exterior. Estes comportamentos, por vezes rápidos e sem continuidade, pareceram assumir simultaneamente uma função comunicativa de tédio e um carácter estereotipado. A sala revelou-se excessivamente estimulante, com elementos visuais que captavam a sua atenção, pelo que se apontou a necessidade de reduzir esse estímulo, fechando os estores. A tendência do ZL para se dispersar com qualquer estímulo levou a que fosse necessário um período de ajuste progressivo da quantidade de estímulos propostos no contexto da atividade musical.

A segunda sessão evidenciou maior iniciativa da parte de ZL, que se dirigiu de imediato à guitarra, revelando interesse específico por este instrumento. Durante uma improvisação, mencionou o nome “Maria” e apontou para o terapeuta quando questionado, sugerindo uma possível capacidade de simbolização musical. Foram propostas atividades variadas, incluindo brincadeiras com tubos musicais, jogos de imitação rítmica e exercícios de pintura com estímulo sonoro. Nesta atividade, revelou dificuldade em respeitar os limites espaciais da folha e, após concluir o desenho, demonstrou tendência para rasgá-la do bloco de folhas, dobrá-la e guardá-la no bolso. Em articulação com as auxiliares de sala, foi possível perceber que o comportamento de rasgar e guardar as folhas do caderno estava associado à sua utilização em comportamentos agressivos para com os colegas durante os recreios. Desta forma, não foi permitido a ZL que as guardasse no fim da sessão.

O funcionamento cognitivo revelou-se muito marcado pela ação imediata a partir de impulsos básicos do plano físico ou emocional: numa das circunstâncias, levantou-se abruptamente para ir à casa de banho sem aviso prévio, e usou gestos como olhar para o relógio para comunicar vontade de terminar a sessão. Ainda assim, conseguiu aceitar a proposta de pintar ao som de música reproduzida na coluna, mostrando envolvimento na tarefa. Nesta sessão, houve um momento em que abraçou e beijou o terapeuta. Esta manifestação de afeto pode ser interpretada como um padrão generalizado de comportamento afetivo, visto que o mesmo comportamento foi observado com as auxiliares da sala e restantes técnicos.

Na terceira sessão, a música infantil assumiu um papel central e estruturante. A canção “Todos os patinhos” provocou uma reação muito positiva: o ZL completava frases com a última sílaba, acompanhava o ritmo com o pé e mostrava alegria ao

experimentar a guitarra, apesar da dificuldade de propriocepção e da força excessiva aplicada. Ficou evidente que as canções infantis facilitavam o seu envolvimento e constituíam um recurso privilegiado para a intervenção terapêutica. Contudo, importa refletir sobre a utilização deste tipo de repertório. Benenzon (2011) alerta para a tendência de alguns profissionais subestimarem as capacidades das pessoas com PDI, o que se pode refletir também nas escolhas musicais a que são expostas. Neste processo, não houve uma intenção progressiva de alargar o repertório para além do infantil, o que representa uma limitação a considerar, embora pudesse constituir um trabalho positivo para o futuro.

Foram ainda explorados outros instrumentos, como o tambor, o ukulele e os tubos musicais, registando-se uma boa aceitação.

O exercício de desenho foi novamente implementado, recorrendo-se, nesta ocasião, a acompanhamento musical ao vivo, interpretado pelo terapeuta na guitarra, em vez de uma gravação, com o objetivo de potencializar a relação terapêutica. Implementou-se uma técnica contingente em que a música assumia a função de estímulo antecedente para a realização da atividade de desenho. O cliente iniciava o desenho apenas quando a música era tocada e interrompia a ação quando esta cessava, respondendo, assim, aos sinais musicais emitidos pelo terapeuta. Embora a aplicação da técnica nem sempre tenha produzido os efeitos esperados, evidenciou-se o seu potencial para promover a autorregulação e a atenção sustentada através da utilização da música como mediador temporal do comportamento. Apesar de persistirem dificuldades em manter a atenção em tarefas mais complexas, ZL demonstrou iniciativa ao escolher instrumentos de forma autónoma e envolveu-se numa canção criada com o seu próprio nome, que incluiu a rotulação de emoções. Também participou em tentativas de imitação rítmica associada à contagem de números, embora com grande dificuldade.

Durante um momento de improvisação narrativa, tornou-se evidente a importância de respeitar o tempo interno do cliente, de tolerar o silêncio e de recorrer à comunicação não verbal, evitando que a voz do terapeuta se sobrepusesse às iniciativas criativas do ZL. Após reflexão sobre este momento, reconheceu-se que, em intervenções futuras, deverá privilegiar-se o incentivo musical como forma de promover o envolvimento do cliente nas atividades propostas, em vez do uso excessivo de instruções verbais centrada nos seus comportamentos.

No conjunto destas primeiras sessões, verificou-se a relevância do uso de canções infantis. Estas canções podem ter impacto no ZL tanto por estarem adequadas à sua idade intelectual, como pela possibilidade de corresponderem às que ouvia no contexto familiar durante a primeira infância. Ainda assim, importa não esquecer que a preferência por este repertório pode ser também o resultado de uma exposição limitada a outros géneros musicais, fruto da tendência de infantilização frequentemente observada no contexto da PDI. Verificou-se ainda a necessidade de estruturar melhor o espaço físico e reduzir estímulos externos, criando condições para que ZL pudesse manter-se mais presente na interação musical. A reflexão crítica sobre estas sessões apontou para o equilíbrio entre contenção e flexibilidade: por um lado, controlar o ambiente e modular a quantidade de estímulos; por outro, respeitar o tempo do cliente, valorizando os momentos em que a iniciativa parte dele.

2ª Fase – Expressão musical síncrona e aumento da capacidade de concentração

A fase 2 da intervenção com ZL, correspondente ao período entre novembro de 2024 e janeiro de 2025, foi marcada por progressos significativos no investimento na tarefa, na expressão musical e na interação com o terapeuta. A quarta sessão destacou-se pela melhoria na imitação rítmica com o djambé e por uma maior tentativa de comunicação, chegando a celebrar os sucessos com um “*high five*”. Pela primeira vez conseguiu sentar-se a desenhar de forma mais regulada, mantendo o exercício de desenho apenas com pista musical, o que representou um avanço na sua capacidade de autorregulação.

Na quinta sessão ocorreu um marco relevante na expressão vocal: o ZL conseguiu cantar grosseiramente a primeira frase de “Parabéns a você”, ultrapassando o padrão anterior de completar apenas a última sílaba das frases. Apesar de não se terem verificado progressos consistentes noutras canções ou expressões verbais, este episódio sugere que a estrutura musical desta melodia, com a qual ZL provavelmente estaria bastante familiarizado, funcionou como facilitador para a verbalização.

Na sétima sessão observou-se um momento de focagem particularmente notável, possivelmente favorecido pelo fecho das cortinas e consequente redução de estímulos visuais. Nesse contexto, ZL demonstrou uma ligação musical evidente, sincronizando-se ritmicamente com o terapeuta através do uso do *ovo shaker* e da percussão corporal.

Além disso, respondeu de forma regulada ao exercício que consistia em desenhar apenas mediante a presença da pista musical.

Na nona sessão, ZL inverteu a dinâmica do exercício de desenho: em vez de desenhar apenas ao som da música, passou a interromper o gesto e a aguardar que o terapeuta cessasse a execução, assumindo, assim, um papel ativo na definição da atividade. Esta inversão revelou intencionalidade e maior consciência da interação musical, evidenciando o desejo de influenciar o desenrolar da sessão, ainda que, momentaneamente, o objetivo de prolongar o tempo de desenho tenha sido comprometido.

Na décima sessão verificou-se uma extensão clara do tempo de atenção, ao permanecer cerca de dez minutos concentrado a desenhar, um feito significativamente superior ao observado nas sessões anteriores. Este prolongamento constitui evidência de progressos consistentes na autorregulação. A evolução continuou a ser observada na décima primeira sessão, quando o desenho se apresentou mais preenchido, revelando uma maior permanência e investimento na tarefa. Por vezes, o terapeuta utilizava as palavras “espera” ou “calma” quando ZL não respeitava a pista musical e começava a desenhar. Nestes momentos, ZL repetia a palavra em voz alta e demonstrava entendimento e esforço, revelando maior controlo sobre os seus impulsos, ainda que de forma ansiosa.

Os progressos verificados ao longo desta fase evidenciam a capacidade do ZL para se envolver de forma progressivamente mais regulada e intencional em tarefas estruturadas, sugerindo que o seu potencial de foco e autorregulação pode ser mobilizado quando inserido noutros contextos terapêuticos.

3ª Fase – Iniciativa e regulação

A fase 3 da intervenção, correspondente ao período entre fevereiro e março, foi marcada pela emergência da vontade individual e pelo fortalecimento da autorregulação de ZL. É importante referir que, a partir de janeiro, as sessões deixaram de ocorrer de forma semanal e regular, devido a reestruturações da instituição, o que poderá ter tido impacto negativo na continuidade e consolidação dos progressos observados.

Na décima terceira sessão, apesar da agitação inicial, foi possível manter ZL envolvido numa improvisação musical durante cerca de dez minutos, representando um prolongamento significativo do tempo de foco. Mostrou ainda entusiasmo ao explorar o

microfone, revelando interesse pelo uso da voz como recurso expressivo, o que poderá constituir uma boa ferramenta para o trabalho da fala e para o incentivo à expressão vocal espontânea.

Na décima quarta sessão, a sala habitualmente utilizada para as sessões encontrava-se ocupada com outras atividades da instituição. Excepcionalmente, a sessão de musicoterapia realizou-se na sala de expressão artística, um espaço com elevado nível de estímulos visuais, o que se refletiu numa acentuada dispersão inicial por parte do cliente. Contudo, ZL conseguiu regular-se ao manter o exercício de desenho, demonstrando maior consistência e atenção, bem como potencial para replicar este comportamento ajustado em ambientes fora da sessão de musicoterapia. O contraste entre o contexto altamente estimulante e a sua capacidade de manter a estrutura da tarefa evidenciou avanços relevantes no domínio da autorregulação.

Por fim, a décima sexta sessão, destacou-se pela escolha intencional de instrumentos, selecionando repetidamente o bodhran para si e o djambé para o terapeuta, o que evidencia consciência da dinâmica interativa. Apresentou ainda iniciativa em entrar num diálogo de pergunta-resposta musical durante um a dois minutos, demonstrando progressos significativos no desenvolvimento da comunicação e da reciprocidade musical.

Ainda a faltar alguns minutos para o fim da sessão solicitou ao terapeuta para ver o seu relógio e, em seguida, fingiu estar atrasado para algo, comportamento aprendido provavelmente por modelagem e utilizado como pretexto para terminar a sessão mais cedo, mostrando algum desconforto e ansiedade que o mestrando não conseguiu, durante a sessão, perceber o seu motivo.

4ª Fase – Regressão e término da intervenção

A fase 4 da intervenção, correspondente ao período entre abril e junho, foi marcada por um aumento da irrequietude e por sinais claros de desregulação do ZL, contrastando com os progressos anteriormente observados. Desde a décima sétima sessão, verificou-se uma exploração incessante do espaço da sala e maior dificuldade em manter-se focado. A música continuou a exercer uma função reguladora, sobretudo através de canções familiares, embora os momentos de concentração fossem cada vez mais curtos e intercalados por dispersão.

Devido a alterações e incompatibilidades de horários das salas da instituição, a intervenção sofreu um hiato de quase um mês. Após este período de interrupção, e com mais uma mudança de sala, a décima nona sessão revelou um declínio acentuado. Aumentou a impulsividade, surgiram tentativas de abandonar a sala e a dificuldade em manter-se em tarefas tornou-se evidente. As sessões seguintes confirmaram esta tendência de desorganização. Em conversa com a equipa técnica e com as auxiliares de sala, percebeu-se que esta agitação não era exclusiva das sessões, estando a fazer-se sentir igualmente nos restantes contextos em que o ZL participava, sem que fosse possível identificar uma causa concreta para este comportamento. Na vigésima sessão, ZL não aceitou tarefas nem correções e expressou-se através de desenhos marcados por traços agressivos, chegando a partir os bicos dos lápis. A mudança de sala e a tentativa de terminação através de uma canção pré-composta poderão ter contribuído para a agitação de ZL, embora o estagiário não considere que essa tenha sido a razão mais evidente, uma vez que ZL se mostrou irrequieto ao ponto de não prestar atenção a qualquer diálogo. Por fim, na vigésima primeira e última sessão, mostrou-se mais uma vez irrequieto e abandonou a sala pouco depois da sessão começar, demonstrando resistência em continuar. O comportamento repetido de pedir para ir à casa de banho, embora não fizesse qualquer tipo de necessidade quando lá ia, foi também identificado pelas funcionárias como recorrente.

No seu conjunto, estas últimas sessões foram marcadas pela fragilidade da autorregulação e pela dificuldade em lidar com o processo de terminação. A agressividade no traço, a oposição a tarefas e a tendência para comportamentos obsessivos ou de fuga evidenciam um período de regressão em relação às fases anteriores. Em articulação com a equipa técnica, foram levantadas algumas hipóteses para esta regressão, nomeadamente a baixa médica da psicóloga que acompanhava o ZL, a aproximação do verão, que é um período de grande antecipação por parte dos clientes devido às atividades no exterior, e uma eventual mudança de medicação. Ainda assim, não foi possível identificar uma causa concreta.

Com o objetivo de preparar o processo de terminação, o terapeuta compôs uma canção para o ZL, pretendendo criar um momento musical síncrono que, mesmo sem ser totalmente compreendido por ele, pudesse funcionar como um ritual simbólico de encerramento e despedida. Contudo, o nível de agitação do ZL nas sessões finais

impossibilitou qualquer forma de intervenção, incluindo a apresentação desta canção. Ainda assim, a lembrança de estruturas musicais trabalhadas previamente, como o exercício do desenho com música e a evocação espontânea de canções, mostrou que houve aprendizagens que permaneceram internalizadas. Foi apenas um mês após o término da intervenção, no final de julho, que o estagiário foi informado de que o ZL tinha sido hospitalizado para uma intervenção cirúrgica de urgência aos intestinos, tornando-se esta a razão mais provável para os comportamentos desajustados e para a necessidade constante de ir à casa de banho observados nas sessões finais.

Discussão de resultados e reflexão crítica

A intervenção musicoterapêutica com ZL revelou avanços significativos, sobretudo ao nível da autorregulação, do repertório comunicativo e da emergência de iniciativas próprias. Embora a progressão não tenha sido linear, observou-se uma tendência de fortalecimento da capacidade de manter o foco em atividades estruturadas, de participar em interações musicais de *turn-taking* e de utilizar a música como mediadora de comportamentos expressivos. Estes resultados aproximam-se dos relatados por Vieira (2018), em que indivíduos com deficiência intelectual demonstraram progressos na atenção, comportamento verbal e competências sociais. No entanto, ao contrário do caso descrito por essa autora, onde a evolução ocorreu de forma repentina e consolidada a partir de determinado momento, ZL apresentou melhorias graduais, dependentes da regularidade das sessões e da estabilidade ambiental.

Este padrão é consistente com o que a literatura refere como característica comum na intervenção com populações com deficiência intelectual: mudanças lentas e dependentes de consistência (Boxill & Chase, 2007; Swaney, 2019). Segundo Watson (2007), a natureza não-verbal e acessível da música permite a criação de canais de comunicação mesmo quando a linguagem falada está comprometida, o que explica a relevância do uso de improvisação na trajetória de ZL. Ao mesmo tempo, episódios de regressão após interrupções mais longas reforçam a importância da regularidade terapêutica, já identificada em estudos que apontam para a vulnerabilidade destes clientes a períodos de interrupção (Swaney, 2019).

No que respeita ao primeiro objetivo referente ao aumento do controlo dos impulsos, os resultados obtidos permitem considerá-lo parcialmente alcançado. Ao longo da intervenção, observaram-se progressos consistentes, nomeadamente na

capacidade de permanecer em tarefas estruturadas por períodos progressivamente mais longos, na resposta aos sinais musicais como mediadores do comportamento e na internalização de instruções verbais simples, como "espera" ou "calma". Contudo, a fase final da intervenção foi marcada por uma regressão significativa destes ganhos, algo condicionada por fatores externos à própria intervenção, nomeadamente a questões de saúde que, como se viria a confirmar posteriormente, estaria associada a uma condição médica não diagnosticada durante o processo. Esta regressão não invalida os progressos alcançados, mas sublinha a vulnerabilidade destes clientes a fatores externos.

Relativamente ao segundo objetivo que se refere ao aumento da propriocepção, este foi igualmente alcançado de forma parcial. As estratégias delineadas, como a improvisação rítmica com variação de intensidades, a marcha com pista musical e a coreografia associada à canção "Todos os patinhos", foram trabalhadas de forma recorrente ao longo das sessões, registando-se momentos de sincronização rítmica e de maior consciência corporal. Contudo, a necessidade de dedicar uma parte significativa do tempo terapêutico à regulação comportamental do ZL limitou o investimento neste domínio, uma vez que a desregulação frequente dificultava a implementação consistente das estratégias previstas.

A utilização do desenho aliado à música mostrou-se particularmente eficaz como forma de integração sensorial e exteriorização emocional, em linha com as propostas de Boxill & Chase (2007) e Bruscia (2014), que defendem a complementaridade entre música e artes visuais.

Os dados recolhidos ao longo da intervenção realçam a tendência do ZL para a sobre-estimulação e a facilidade com que entra em desregulação quando confrontado com exigências que excedem o seu limite de tolerância. A musicoterapia revela-se especialmente adequada neste sentido, uma vez que permite ajustar de forma dinâmica o tipo de sonoridade, o nível de interação e a intensidade dos estímulos ao perfil e ao estado momentâneo do cliente. A literatura aponta nesta direção, recomendando uma postura terapêutica flexível e responsiva (Watson, 2007; Keith, 2013), capaz de acolher conteúdos inesperados e de transformar momentos de desregulação em oportunidades de trabalho musical significativo.

Nesse sentido, futuras intervenções com o ZL poderiam beneficiar de um maior investimento em abordagens baseadas em improvisação aberta, que lhe permitam

conduzir a sessão em determinados momentos, respeitando o seu ritmo e reduzindo o risco de sobre-estimulação. A análise crítica do processo permite assim identificar erros metodológicos que limitaram o potencial da intervenção. O excesso de direções verbais, em vários momentos, sobrepôs-se à iniciativa do cliente, reduzindo o espaço de espontaneidade. A irregularidade na frequência das sessões, bem como as mudanças de sala, comprometeram a estabilidade necessária ao progresso. Estas limitações apontam para a necessidade de maior consistência temporal, de rituais estruturados de início e fim de sessão, de maior contenção ambiental e de uma escuta mais atenta ao tempo interno do cliente.

Outro ponto crítico refere-se à preparação da terminação das sessões. O terapeuta estagiário poderia ter planeado estratégias mais graduais e previsíveis de finalização, tornando este processo mais fácil de ser internalizado pelo cliente.

A última fase da intervenção foi marcada por declínio e desregulação, expressos em comportamentos de oposição, traços agressivos no desenho, impulsividade e padrões obsessivos. Mais tarde, tudo indica que fatores físicos associados a problemas intestinais terão contribuído para este estado, sublinhando a importância de integrar a dimensão médica e global da saúde na análise do processo terapêutico. Ainda assim, em termos globais, os resultados alcançados confirmam que a musicoterapia constituiu um espaço de desenvolvimento para ZL, permitindo-lhe vivenciar momentos de autonomia, expressividade e relação. Embora o percurso tenha sido marcado por avanços lentos e oscilações, este caso reforça a pertinência de intervenções prolongadas, consistentes e flexíveis.

Tal como apontado por Watson (2007), Keith (2013) e Swaney (2019), este caso reforça o potencial da música para abrir canais de comunicação, favorecer a autorregulação e promover competências adaptativas, mesmo em contextos de limitações cognitivas significativas. A experiência de ZL confirma estes pressupostos, enquanto alerta para a importância de um olhar crítico sobre o papel do terapeuta, cuja sensibilidade, criatividade e capacidade de adaptação são determinantes para transformar desafios em oportunidades de crescimento.

Estudo de caso 2 – RP

Caracterização do cliente

O cliente RP, com 27 anos de idade, era residente da APERCIM e apresentava um diagnóstico de perturbação do espectro do autismo. Na escala de autonomia e independência desenvolvida pela instituição, RP situava-se no nível 3 entre 0 e 4. RP não apresentava limitações significativas ao nível das capacidades motoras, conseguindo-se deslocar com autonomia dentro da instituição. No domínio da comunicação, comunicava de forma reativa, respondendo pontualmente quando interrogado, sem revelar iniciativa comunicativa espontânea. Ao nível cognitivo e académico, não apresentava competências de leitura nem de escrita, e não tinha noção do tempo nem da data. Por fim, evidenciava uma fraca autonomia no exterior da instituição, necessitando sempre de apoio nas deslocações.

Tendo em conta os resultados dessa avaliação, RP foi integrado na sala Dolce Vita 3 do CACI 1. Durante o período de estágio, participou em poucas atividades de carácter terapêutico, integrando-se sobretudo em atividades ao ar livre, como passeios e sessões de equitação terapêutica. O encaminhamento do RP para a musicoterapia resultou da observação de uma resposta positiva a estímulos musicais, nomeadamente o seu gosto por canções populares portuguesas, aliada à necessidade de promover uma maior participação nas atividades da instituição, dado o seu reduzido envolvimento em apoios terapêuticos.

Avaliação inicial

O estagiário estabeleceu o primeiro contacto com RP na sala do CACI, onde ele se mantinha focado em atividades de lazer, como jogos e baralhos de cartas. Foram observados alguns comportamentos estereotipados, nomeadamente o ato de organizar e desorganizar as cartas de forma repetida. RP mantinha-se, na maioria das vezes, em silêncio, nem sempre dando resposta às perguntas que lhe eram dirigidas.

O cliente era responsável por algumas tarefas da sala, como ir ao refeitório buscar o lanche para todos os colegas, tarefa que desempenhava com total autonomia. Em conversas informais com as auxiliares e técnicos que o acompanhavam regularmente, foi referido que RP manifestava um gosto particular por canções

populares portuguesas e tendia a evitar o contacto físico com pessoas com quem não se sentia confortável.

A avaliação inicial decorreu ao longo das três primeiras sessões, recorrendo ao instrumento MTA-MTMS devidamente adaptado ao contexto institucional. Durante este período observou-se que RP não demonstrava iniciativa em comunicar, respondendo apenas através de frases curtas ou de ecolália, reproduzindo as mesmas expressões utilizadas pelo terapeuta.

No contexto de atividades musicais, RP observava atentamente os instrumentos antes de os utilizar, por vezes aproximando-os do rosto para os cheirar. Era capaz de imitar ritmos simples e de manter a pulsação, embora apresentasse dificuldade em variar o ritmo ou em realizar mudanças de pulsação. Apesar disso, mostrava boa resposta a jogos musicais e à exploração instrumental, revelando interesse e curiosidade.

Objetivos e plano terapêutico

Tendo em conta a avaliação inicial e o reduzido período de intervenção, os objetivos centraram-se especialmente nos domínios ocupacionais e sociais e na promoção de ação dirigida.

Intervenção terapêutica

A intervenção decorreu de 25 de Outubro de 2024 a 13 de Junho de 2025, com 21 sessões registadas. O processo foi dividido em três fases:

1ª Fase – Tomada de conhecimento do setting e exploração inicial

Esta fase ocorreu durante as seis primeiras sessões e representa o início da construção da relação terapêutica, num contexto em que RP revela padrões de comportamento típicos do espectro do autismo, como movimentos repetitivos, ecolália e dependência de direções verbais.

Nas primeiras sessões, RP apresentou um comportamento essencialmente exploratório e disperso, tocando instrumentos sem intenção comunicativa clara. Ainda que as respostas às canções fossem limitadas, observavam-se pequenos sinais de curiosidade, como o levantar de sobrancelhas, sorrisos ou o olhar atento às ações do terapeuta. Desde o início, o uso do nome de RP mostrou-se uma ferramenta eficaz para captar a sua atenção e promover reconhecimento, sendo integrado nas canções e instruções verbais. A exploração livre permitiu ao terapeuta identificar o conjunto de

respostas sonoras e gestuais do RP face a diferentes instrumentos e estímulos de movimento.

Tabela 3 - Plano terapêutico de RP

Objetivo nº1	Gerar ações construtivas
<u>Sub-objetivos</u>	<u>Reduzir comportamentos estereotipados ou repetitivos</u>
Estratégias	Improvisação musical, narração de gestos, movimentos e ambiente envolvente
Objetivo nº2	Promover reciprocidade na interação
<u>Sub-objetivos</u>	<u>Fomentar respostas intencionais aos estímulos musicais e promover a iniciativa comunicativa</u>
Estratégias	Utilização de repertório como mediador relacional, explorar o toque através dos instrumentos, dinâmicas de pergunta-resposta e <i>turn taking</i>
Objetivo nº3	Promover a expressão identitária
<u>Sub-objetivos</u>	<u>Criar oportunidades de tomada de decisão e de iniciativa própria</u>
Estratégias	Criar oportunidades para escolha de repertório, de caminhos a percorrer até à sala da sessão e transformar comentários espontâneos do cliente em material musical, valorizando a sua expressão como ponto de partida para a criação conjunta

A partir da terceira sessão, começaram a emergir pequenas respostas, como tocar em simultâneo com o terapeuta, partilhar risos e estabelecer contacto visual direto. Estas manifestações podem ser interpretadas como indicadores do desenvolvimento da relação terapêutica.

A quarta sessão trouxe um momento particularmente significativo durante a exploração dos tubos de vento: RP verbalizou pela primeira vez uma recusa consciente, dizendo “não quer mais” e afastando o instrumento. Este gesto foi interpretado como o início da tomada de escolha e da afirmação da vontade individual. Surgiu a dúvida quanto ao porquê da reação, se decorria de uma possível sobrecarga sensorial ou de um ato deliberado. A segunda hipótese revela-se, contudo, mais plausível, uma vez que o cliente, segundos antes, apresentava um leve sorriso enquanto escutava o som do vento

produzido pelos tubos. O terapeuta respeitou sempre as recusas, reforçando a confiança e a tomada de decisão do cliente. Por vezes, persistiam momentos de repetição rítmica e estereotipada, como tocar de olhos fechados, em ritmo fixo e sem relação aparente com o contexto.

Nas sessões seguintes, a estrutura da sessão começou a ganhar forma. RP reagia mais rapidamente à canção de abertura da sessão e observava o terapeuta com maior consistência. De seguida, o terapeuta cantava canções infantis e RP acompanhava com instrumentos de percussão. Estes momentos começaram a ser recebidos com sorrisos e gargalhadas, que se tornaram num marcador expressivo de prazer, vínculo e envolvimento. No final de cada sessão, o estagiário improvisava uma canção referindo que estava na hora de voltar para a sala.

2ª fase – Consolidação da relação e emergência da ação intencional

A fase 2 da intervenção, correspondente ao período de dezembro de 2024 a março de 2025, foi orientada pela intenção de aprofundar os mediadores de comunicação já estabelecidos na fase anterior, com o objetivo de fortalecer a expressão espontânea do RP e promover a sua segurança para tomar decisões e agir por iniciativa própria. A estrutura previsível da sessão, composta por uma improvisação inicial, o canto conjunto de canções conhecidas e um momento de encerramento, funcionou como base de segurança, permitindo ao RP antecipar o enquadramento terapêutico e responder de forma cada vez mais intencional. Um ritual que ilustra bem esta segurança crescente é o percurso entre o CACI e a sala de musicoterapia, durante o qual o terapeuta oferecia ao RP a escolha do caminho a percorrer, se pelas escadas ou pelo elevador. RP respondia prontamente, alternando entre as opções disponíveis, revelando já neste momento pré-sessão uma capacidade de decisão.

A partir da sessão 7, RP começou a demonstrar uma iniciativa mais clara, respondendo imediatamente ao convite musical e pegando no ovo *shaker* assim que o estagiário agarrava na guitarra. Nessa mesma sessão, cantou pela primeira vez uma canção na sua totalidade, num momento em que começou a cantar sozinho sem indicação do terapeuta, o que pode ser interpretado como um sinal do estabelecimento da relação terapêutica, na medida em que RP se sentiu suficientemente seguro para se expressar de forma autónoma.

Na sessão 8, RP envolveu-se num jogo em que se escondia atrás do instrumento, simulando ocultar-se do terapeuta, evidenciando sentido de humor e consciência da presença do outro. Ainda nesta sessão, quando o terapeuta intensificou demasiado o som durante uma narrativa musical, RP levantou-se e verbalizou que não queria continuar, dirigindo-se para a porta. Embora este momento tenha resultado de uma sobrecarga sensorial provocada pelo terapeuta, representa paradoxalmente um progresso significativo na capacidade de RP em expressar a sua vontade e agir em conformidade com ela.

Na sessão 9, perante sinais de cansaço e sonolência de RP, o terapeuta transformou esse estado num jogo de alternância de papéis em que fingia adormecer. RP olhava atentamente, ria-se e dizia, “acorda”, compreendendo a dinâmica e replicando-a ao fingir também adormecer. Este jogo, que se repetiria nas sessões seguintes, é relevante por mostrar a forma como o cliente se torna consciente de si quando é espelhado pelo terapeuta, desenvolvendo a reciprocidade e o sentido de presença na relação.

Um dos momentos mais marcantes desta fase ocorreu na sessão 11, quando, durante o percurso para a sala, RP verbalizou espontaneamente “está a chover”, num dos poucos momentos em que comunicou sem ser em resposta a uma pergunta. O terapeuta transformou esse comentário numa improvisação musical, associando o som do pau de chuva à letra da canção e permitindo a RP controlar musicalmente a narrativa. No fim da sessão, cantou espontaneamente esta nova canção, sendo a primeira vez que cantou uma música que não conhecia previamente. Este episódio ilustra a tomada de consciência do RP de que é ouvido e reconhecido pelo terapeuta. Na sessão 12, o RP dirigiu-se e sentou-se junto à janela por iniciativa própria, passando a escolher esse lugar como o seu espaço preferencial nas sessões seguintes.

No conjunto, esta fase reflete uma evolução clara da imitação passiva para uma comunicação mais intencional e expressiva, em que a música se consolidou como linguagem privilegiada de encontro e de afirmação pessoal.

3ª Fase – Consolidação e Processo de Terminação

A terceira e última fase da intervenção, que correspondeu ao período entre março e junho, teve como intenção terapêutica a consolidação dos progressos alcançados ao longo do processo, nomeadamente ao nível da tomada de decisão, da ação dirigida e da

comunicação funcional, bem como a preparação gradual da terminação das sessões. O terapeuta assumiu um papel progressivamente mais observador e responsivo, intervindo apenas quando necessário, de forma a criar espaço para que o RP pudesse exercer de forma cada vez mais autónoma a sua vontade dentro do contexto terapêutico. A estrutura das sessões, já familiar e previsível para o cliente, cumpriu uma função reguladora essencial, permitindo-lhe sentir-se seguro para expressar-se, escolher e decidir dentro relação terapêutica consolidada ao longo das fases anteriores.

A sessão 14 representou um momento de grande consolidação na autonomia e expressão de RP. Assim que entrou na sala, demonstrou iniciativa imediata: pegou no ovo *shaker* e na cadeira, levando-a espontaneamente para junto da janela, sem qualquer instrução do terapeuta. Este gesto revela não só memória do *setting*, mas também apropriação do espaço terapêutico, podendo significar segurança e sentido de pertença. Por sugestão da orientadora, o terapeuta introduziu músicas dos DZRT, um grupo que RP conhecia bem. Ao ouvir a primeira canção, sorriu e ouviu atentamente, mostrando reconhecimento. Após a primeira música acabar o terapeuta colocou outra do mesmo grupo e perguntou a RP se queria ouvir aquela ou outra música, ao que responde prontamente "outra" repetidamente até começar a tocar a canção "Caminho a Seguir" da mesma banda. Desta vez não disse "outra" e começou a dançar com os ombros e a cantar a canção na íntegra sabendo a letra de cor. Pela primeira vez, RP escolheu conscientemente o repertório e manifestou prazer espontâneo através do corpo e da voz. Revelou, assim, uma integração entre identidade musical, autonomia e expressão emocional.

Nas sessões seguintes a estrutura da sessão restabeleceu-se: RP pegou na cadeira, sentou-se junto à janela, deu-se uma improvisação inicial com momentos de brincadeira com o tema de "acorda" e por fim RP ouviu e cantou canções dos DZRT, sempre escolhidas por ele. A rotina cumpre uma função reguladora, permitindo-lhe sentir-se seguro e expressar-se dentro de um quadro previsível.

A sessão 16 revelou ser um momento de regressão terapêutica após uma pausa de um mês sem intervenção devido aos mesmos motivos do caso anterior. Ao entrar, RP não tomou imediatamente a iniciativa de pegar na cadeira, mas, após convite, juntou-se à improvisação inicial com o ovo. O terapeuta reinstaurou o enquadramento anterior, colocando as cadeiras junto à janela e reproduzindo músicas dos DZRT na coluna,

tentando reativar as memórias afetivas da relação. No início, RP mostrou-se menos responsivo e não respondeu às perguntas, mas à medida que ouve “Caminho a Seguir”, retomou o envolvimento começando a cantar e a responder verbalmente, recuperando rapidamente a fluência e expressividade das sessões anteriores. O prazer musical voltou a emergir, manifestando-se através do canto, do movimento da cabeça e do bater do pé.

A sessão 17 decorreu novamente com um intervalo de mais de um mês em relação à anterior, consequência das recorrentes incompatibilidades de horários das salas e dos técnicos da instituição, bem como da participação do RP em diversas atividades no exterior. Esta seria a última sessão do processo terapêutico. RP voltou a entrar e posicionou-se junto à janela, como de costume, sinal de regresso à sua rotina interna, embora a sessão anterior tenha sido há mais de um mês. A sessão iniciou-se com uma improvisação e o jogo do “acorda”. Desta vez, foi o terapeuta que escolheu a canção “Querer Voltar” dos DZRT, acompanhando-a à guitarra, em vez de apenas por gravação, e RP cantou alegremente num momento musical partilhado. No final da sessão, o terapeuta improvisou uma canção de despedida, comunicando o fim do processo. RP, embora sem expressar verbalmente o que sente, respondeu simbolicamente ao pegar no djambé e acompanhou a música, o que pode significar entendimento e envolvimento emocional. As últimas três sessões, separadas por intervalos longos, não permitiram uma terminação gradual ideal, tal como o mestrando tinha planeado, mas ainda assim evidenciam que RP interiorizou o espaço e as dinâmicas da relação.

Entre as sessões 14 e 17, observou-se a consolidação da autonomia, da comunicação e da identidade musical de RP. O espaço da janela transformou-se no seu ponto de segurança e regulação, enquanto o repertório dos DZRT funcionou como veículo de expressão pessoal e de ligação emocional. As canções conhecidas reforçaram a confiança para cantar, escolher e decidir. O jogo do “acorda” e as canções de abertura mantiveram-se como âncoras relacionais, assegurando continuidade e previsibilidade.

Os únicos aspetos menos conseguidos prendem-se com a pausa prolongada entre as sessões 15 e 16, que interrompeu a fluidez do processo, e com o encerramento um pouco abrupto, que poderia ter tido uma melhor preparação emocional. Ainda assim, RP termina o percurso mais autónomo, expressivo e conectado, tanto com a música como com o terapeuta, evidenciando um desenvolvimento consistente na relação, na iniciativa e na comunicação simbólica.

Discussão de resultados e reflexão crítica

O caso de RP evidencia um percurso terapêutico marcado pela transição progressiva de uma postura dependente para uma ação intencional e autônoma, traduzindo-se numa crescente capacidade de tomada de decisão e no processo gradual de construção e expressão identitária. No início do processo, RP demonstrava uma forte dependência das orientações verbais do terapeuta; contudo, à medida que as sessões avançaram, observou-se a emergência de uma vontade consciente, como se verificou na verbalização 'não quer mais', interpretada como o primeiro sinal de afirmação da sua individualidade. Este processo culminou na manifestação de comportamentos espontâneos, nomeadamente a escolha do trajeto até à sala de sessões e a apropriação do *setting* terapêutico, através da ação deliberada de pegar no ovo *shaker* e na cadeira, transportando-os para o seu lugar preferido junto à janela.

Outro eixo fundamental do trabalho com RP incidiu sobre o desenvolvimento da comunicação e da reciprocidade interpessoal. Ao longo do processo terapêutico, RP passou de uma comunicação predominantemente reativa para uma comunicação intencional e expressiva. Um momento marcante ocorreu quando verbalizou espontaneamente “está a chover”, frase que o terapeuta integrou numa improvisação musical, promovendo um jogo de associação sonora. Este episódio ilustra a capacidade da musicoterapia para transformar impulsos comunicativos iniciais em interações significativas, facilitando a emergência da intenção comunicativa e o reforço da relação terapêutica.

No que respeita ao primeiro objetivo, referente a gerar ações construtivas, este pode considerar-se alcançado. Ao longo do processo, observou-se uma redução progressiva dos comportamentos estereotipados e repetitivos, como tocar de olhos fechados em ritmo fixo e sem relação com o contexto, substituídos gradualmente por ações com intenção e direção claras. A utilização da improvisação musical e da narração de gestos e movimentos permitiu ao RP transformar impulsos motores em ações comunicativas e expressivas, culminando em comportamentos tão significativos como transportar a sua cadeira para junto da janela, escolher o seu instrumento ou interromper a sessão quando não queria continuar. Estes gestos, aparentemente simples, representam uma conquista relevante no domínio da ação dirigida e da autodeterminação. Este desenvolvimento reflete o propósito fundamental da musicoterapia de estimular

competências adaptativas e promover a autonomia individual, através da mobilização dos recursos internos que permitem alcançar uma vida mais plena e integrada (Boxill & Chase, 2007; Keith, 2013).

Relativamente ao segundo objetivo, promover a reciprocidade na interação, os resultados obtidos permitem considerá-lo igualmente alcançado de forma consistente. O RP passou de respostas ocasionais e pouco intencionais para uma participação ativa nas dinâmicas de *turn-taking*, como demonstrado no jogo do “acorda” e nas improvisações de pergunta-resposta. A utilização do repertório como mediador relacional, nomeadamente as canções infantis nas fases iniciais e posteriormente as canções dos DZRT, revelou-se determinante para o desenvolvimento de respostas intencionais e para o fortalecimento do vínculo terapêutico. A estrutura musical e rítmica da sessão, pela sua previsibilidade e carácter regulador, ofereceu ao RP um contexto de segurança que favoreceu a expressão emocional e a construção de relações sociais, em consonância com as recomendações de Watson (2007). Importa referir que a regressão observada após as pausas prolongadas entre sessões afetou temporariamente esta reciprocidade, sublinhando a importância da regularidade terapêutica para a consolidação deste tipo de competências.

Quanto ao terceiro objetivo, que se refere à promoção da expressão identitária, este foi o que apresentou uma evolução mais expressiva e significativa ao longo do processo. As oportunidades de escolha criadas sistematicamente pelo terapeuta, desde a escolha do percurso até à sala até à seleção do repertório musical, permitiram ao RP desenvolver progressivamente um sentido identidade dentro do espaço terapêutico. O momento em que verbalizou espontaneamente “está a chover” e o episódio em que cantou integralmente a canção “Caminho a Seguir” dos DZRT, demonstrando conhecer a letra de cor, são ilustrativos deste processo, revelando que a música funcionou não apenas como mediador terapêutico, mas como espelho da sua história e das suas preferências pessoais. Este objetivo pode assim considerar-se alcançado, constituindo simultaneamente o ponto de chegada mais rico e mais revelador de todo o processo. A utilização de técnicas de improvisação musical clínica, como o jogo do “acorda” e a improvisação baseada na verbalização “está a chover”, e consequente criação de uma canção de contacto, foi determinante para o estabelecimento de uma conexão

terapêutica, confirmando o que Boxill & Chase (2007) descrevem como o potencial da improvisação para criar uma comunicação profunda e empática entre cliente e terapeuta.

Apesar dos progressos alcançados, o processo terapêutico de RP também evidenciou alguns desafios e limitações, que encontram fundamento teórico na literatura analisada. Um desses momentos ocorreu quando o terapeuta intensificou em demasia o som da trovoadas, provocando uma sobrecarga sensorial que levou à interrupção da sessão. Este episódio ilustra a importância de reconhecer e ajustar-se às sensibilidades sensoriais frequentemente observadas nesta população, incluindo a hipersensibilidade auditiva (Keith, 2013; Watson, 2007).

Outro desafio identificado foi a regressão temporária observada após uma pausa prolongada entre sessões, que se traduziu numa diminuição da iniciativa e da responsividade de RP na sessão seguinte. Este fenómeno corrobora a ideia de que as mudanças terapêuticas exigem consistência e continuidade ao longo do tempo, sendo expectável que interrupções possam comprometer a estabilidade dos ganhos comunicativos (Keith, 2013; Swaney, 2019).

Por fim, o encerramento abrupto do processo terapêutico, que devido a motivos externos ao estagiário, constitui um aspeto menos conseguido do caso. A ausência deste momento de fecho, tal como se verificou no estudo de caso de ZL e no presente estudo de caso de RP, poderá ter limitado parcialmente a internalização dos ganhos obtidos. Mesmo assim o caso de RP evidencia um percurso terapêutico marcado pela transição progressiva de uma postura dependente para uma ação intencional e autónoma, traduzindo-se numa crescente capacidade de tomada de decisão e no processo gradual de construção e expressão identitária.

Outras intervenções clínicas

Para além dos dois estudos de caso explorados na secção anterior, na parte seguinte serão reunidos um conjunto de casos adicionais acompanhados ao longo do estágio.

O propósito é apresentar uma síntese representativa das experiências clínicas desenvolvidas, sem abordar em pormenor os planos terapêuticos nem o conteúdo específico das sessões.

Cliente BP

BP é um homem de 42 anos, com diagnóstico de deficiência intelectual e esquizofrenia. Apresenta um discurso coerente e mobilidade dentro dos parâmetros considerados normais, embora manifeste dificuldades de aprendizagem e níveis elevados de ansiedade. Atualmente, encontra-se integrado na sala de Olaria do CACI 2.

Ao longo da sua vida, BP desenvolveu competências musicais, tendo participado em grupos de música popular portuguesa, nos quais tocava piano.

Os principais objetivos da intervenção em musicoterapia consistiram no fortalecimento da autoestima e o controlo da ansiedade, tendo o terapeuta recorrido ao trabalho de lições terapêuticas onde o BP foi adquirindo novos conhecimentos técnicos ao piano e à preparação de repertório com vista à participação em atuações públicas nas festividades da instituição.

Durante o período de estágio, BP preparou repertório para a atuação na festa de Natal da instituição, ocasião em que se apresentou em conjunto com o terapeuta e com o técnico de fisioterapia, que o acompanhou na guitarra. Esta experiência contribuiu para um desenvolvimento da autoestima, bem como para a valorização das suas competências musicais. As sessões eram recebidas com entusiasmo, e as suas performances tornaram-se frequentemente tema de conversa entre o próprio e outros colaboradores da instituição.

Mais tarde, BP passou de sessões individuais para sessões em grupo com uma outra cliente, grupo esse que será descrito posteriormente.

Cliente FP

FP é uma mulher de 53 anos, analfabeta e sem diagnóstico clínico formal, embora apresentasse um quadro compatível com PDI. Demonstrou um discurso

coerente e mobilidade autónoma, ainda que todas as suas ações se apresentassem de forma lentificada. Encontrava-se integrada na sala dos Teares do CACI 2.

FP manifestava frequentemente sonolência frequente e uma reduzida volição para a exploração instrumental, demonstrando pouco interesse em tocar instrumentos e preferindo o canto como forma de expressão. Paralelamente, apresentava algumas dificuldades de memória de curto prazo. Deste modo, os objetivos terapêuticos centraram-se na estimulação da memória de curto prazo através da aprendizagem de novas canções e da modificação de letras de canções conhecidas, bem como na promoção da participação em atividades do seu interesse pessoal.

Ao longo da intervenção, o canto revelou-se o principal mediador terapêutico. Curiosamente, não demonstrou dificuldades significativas em memorizar canções, necessitando apenas, por vezes, que o terapeuta cantasse o primeiro verso para se situar na música, o que sugere que a natureza lúdica do repertório terá funcionado como facilitador da memória. Uma das atividades mais significativas envolveu a adaptação da canção “Sonhos de Menino”, de Tony Carreira, cuja letra foi ligeiramente modificada com um carácter autobiográfico, refletindo aspetos da vida de FP. Esta versão foi posteriormente cantada pela cliente na festa de Natal da instituição, constituindo um momento de valorização pessoal. As sessões proporcionaram ainda momentos espontâneos onde FP se relembrava de memórias da infância.

O caso de FP sugere que a eficácia da musicoterapia pode ser potenciada quando a intervenção se alinha com os interesses pessoais do cliente. A ausência de dificuldades na memorização de canções, num contexto em que as dificuldades de memória de curto prazo constituíam uma área de intervenção, demonstra o potencial da musicoterapia para o trabalho desta problemática.

Cliente LS

LS é um homem de 23 anos com diagnóstico de Síndrome de DiGeorge. Apresentava episódios de comportamento agressivo e manifestava, por vezes, tentativas de fuga da instituição. Encontrava-se na sala de Serigrafia do CACI 2, dedicando grande parte do seu tempo livre à escuta de música, com preferência pela música popular e pelo rock português.

A agressividade de LS manifestava-se nas sessões sobretudo através da força excessiva com que tocava os instrumentos de percussão, embora nunca tenha chegado a

perder o controlo de si. A intervenção apresentou um carácter irregular ao longo do estágio, uma vez que, em períodos de maior agitação, o cliente não comparecia a nenhum dos apoios terapêuticos. Os principais objetivos da intervenção consistiram na contenção emocional, através da improvisação musical, e na recriação e reflexão sobre as suas canções preferidas, explorando o conteúdo e o significado das letras como forma de promover a consciência de si.

Nas sessões em que compareceu, LS demonstrou interesse e envolvimento, participando nas improvisações e nas reflexões sobre acontecimentos da instituição de forma aparentemente compreensiva. Contudo, apesar deste envolvimento dentro do contexto terapêutico, não se observaram progressos significativos no comportamento fora das sessões, continuando a registar-se episódios de agressividade nos restantes contextos da instituição.

O caso de LS foi um dos mais desafiantes do estágio, levantando questões pertinentes sobre as condições necessárias para que a musicoterapia possa produzir efeitos sustentados em quadros de agressividade e instabilidade emocional. É possível que uma intervenção mais regular e prolongada poderia ter potenciado resultados mais consistentes.

Cliente VS

VS era uma mulher de 26 anos com diagnóstico de deficiência intelectual. Apresenta um discurso repetitivo e tangencial, bem como níveis elevados de ansiedade, particularmente em situações que envolvem alterações à sua rotina habitual. Encontra-se integrada na sala dos Teares do CACI 2.

O principal objetivo da intervenção em musicoterapia centrou-se na gestão e controlo da ansiedade. Para tal, foram utilizadas estratégias como o desenho ao som de música e a escrita de canções relacionadas com o quotidiano e com acontecimentos futuros, incluindo eventos institucionais, atividades lúdicas e consultas médicas.

A estrutura das sessões, incluindo a explicação e a narração detalhada de cada etapa, revelou-se um elemento essencial no controlo da ansiedade de VS, pois permitiu-lhe antecipar e compreender as sessões futuras. Além disso, a escrita de canções sobre atividades realizadas no exterior contribuiu para uma diminuição dos níveis de ansiedade, uma vez que proporcionou a VS tempo e oportunidade para integrar essas experiências e torná-las mais previsíveis e controláveis.

A musicoterapia revelou-se uma estratégia útil na gestão da ansiedade de VS, ao proporcionar um contexto estruturado e previsível que facilitou a compreensão e integração das suas experiências. Atividades como o desenho ao som de música e a escrita de canções permitiram transformar acontecimentos do quotidiano em experiências mais organizadas e antecipáveis.

Grupo 1

Em janeiro de 2025, o estagiário propôs a criação de um grupo composto pelos clientes BP e FP, com o objetivo de articular as competências ao piano de BP e as capacidades vocais de FP. Com o terapeuta estagiário a acompanhar ao baixo elétrico, formou-se uma pequena banda, na qual foi possível trabalhar repertório popular e de rock português, com vista à apresentação em eventos e celebrações da instituição.

Este grupo integrou os objetivos terapêuticos previamente definidos para cada cliente: por um lado, o fortalecimento da autoestima e o controlo da ansiedade através do trabalho performativo; por outro, a estimulação da memória de curto prazo mediante a aprendizagem de novo repertório musical.

Embora, no final do estágio, não tenha sido possível realizar uma apresentação pública do repertório desenvolvido, FP demonstrou progressos, tendo aprendido e retido várias canções que desconhecia anteriormente, enquanto BP aprimorou as suas competências ao piano, alcançando o nível necessário para acompanhar as músicas trabalhadas. Estes resultados contribuíram para o reforço da autoeficácia e da autoestima de ambos os clientes.

Grupo 2

Em janeiro de 2025 foi proposta a criação de um grupo de musicoterapia constituído por três clientes do CACI 2: CF, do sexo feminino, com 39 anos, sem diagnóstico definido; JSM, do sexo feminino, com 25 anos e diagnóstico de paralisia cerebral; e PH, do sexo masculino, com 24 anos e diagnóstico de perturbação do espectro do autismo.

Os participantes apresentavam dificuldades ao nível da expressão e partilha emocional, bem como na comunicação das suas experiências e estados afetivos. Neste sentido, o principal objetivo terapêutico das sessões consistiu no desenvolvimento da expressão emocional, promovendo oportunidades de exploração, reconhecimento e comunicação de emoções num contexto seguro e estruturado.

Para alcançar estes objetivos, foram utilizadas diferentes abordagens musicoterapêuticas, incluindo improvisação musical, recriação de canções selecionadas pelos próprios clientes, reflexão sobre o conteúdo das letras e atividades de expressão plástica, como o desenho ao som de música. Apesar de a intervenção ter tido uma duração reduzida e de a frequência das sessões, inicialmente prevista como semanal, ter sido por vezes mais espaçada devido a incompatibilidades de horários com as salas da instituição, os clientes demonstraram envolvimento ativo, interesse nas atividades propostas e disponibilidade para participar no processo terapêutico.

Embora não tenha sido possível observar progressos significativos fora do contexto das sessões, a participação e o envolvimento demonstrados sugerem que a musicoterapia pode constituir um meio facilitador da expressão emocional neste tipo de população.

Conclusão

O estágio curricular em musicoterapia desenvolvido na APERCIM constituiu uma experiência formativa enriquecedora, integrando componentes de observação, prática clínica e reflexão crítica num contexto real de intervenção com adultos com deficiência. Os objetivos delineados pelas unidades CACI, centrados na promoção do bem-estar, da qualidade de vida, da autonomia e da interação social, foram trabalhados através do processo terapêutico, com base numa abordagem centrada na pessoa e sustentada pelo conceito de Vida Plena (Rogers, 2023).

As técnicas de improvisação musical, recriação de canções e escuta contingente mostraram-se particularmente eficazes na promoção da comunicação, da autorregulação e da expressão emocional. A música revelou-se um mediador privilegiado da relação terapêutica, favorecendo a criação de um espaço seguro, previsível e expressivo, onde os clientes puderam desenvolver competências de atenção, envolvimento e autocontrolo. O uso combinado de observação direta, registos sistemáticos e análise áudio e vídeo das sessões contribuíram para uma compreensão mais aprofundada dos processos individuais e grupais, permitindo uma avaliação rigorosa e fundamentada da intervenção.

Os estudos de caso apresentados evidenciaram progressos nos domínios emocionais, cognitivos e relacionais, resultados que se articulam com a literatura que descreve a musicoterapia como um meio privilegiado de comunicação e desenvolvimento em populações com deficiência. A natureza predominantemente não verbal da musicoterapia permite estabelecer canais de comunicação mesmo quando existem limitações cognitivas, recorrendo ao som, ao ritmo, ao movimento e à expressão vocal como principais meios de interação (Benenzon, 2011). Esta característica torna a música particularmente adequada tanto para pessoas com PDI como com PEA, uma vez que em ambos os casos podem existir dificuldades na linguagem verbal e na comunicação social.

No caso de ZL, observaram-se melhorias graduais na concentração e no controlo de impulsos, aspetos que a literatura associa ao potencial organizador do ritmo e da participação musical na regulação do comportamento e na estimulação de competências cognitivas e psicomotoras (Benenzon, 2011; Keith, 2013). Já no caso de RP, verificaram-se avanços na autonomia, na comunicação intencional e na iniciativa,

refletindo a capacidade da música, enquanto estrutura previsível e reguladora, de facilitar a interação social e a autorregulação emocional nesta população (Swaney, 2019; Watson, 2007).

Apesar das especificidades de cada condição, os resultados observados revelam convergências importantes na intervenção musicoterapêutica. Em ambos os casos, a música funcionou como mediadora da comunicação, da expressão emocional e da relação terapêutica, permitindo contornar limitações verbais e promover experiências de participação e interação.

Em termos institucionais, o estágio contribuiu para a integração da musicoterapia nas dinâmicas terapêuticas da APERCIM, fortalecendo o diálogo interdisciplinar e promovendo uma visão mais abrangente das potencialidades da música como instrumento de desenvolvimento humano. A participação do mestrando em atividades artísticas e comunitárias, como a Festa de Natal e a Festa da Família, reforçou o carácter inclusivo e social da prática, consolidando a presença da musicoterapia como ponte entre o contexto terapêutico e a vida cultural da instituição.

De forma global, a experiência demonstrou que a musicoterapia é uma ferramenta eficaz para o desenvolvimento emocional, comunicativo e social de pessoas com deficiência. O estágio permitiu consolidar competências técnicas e relacionais, aprofundar a compreensão do papel do terapeuta como facilitador da expressão e fortalecer a convicção de que a música, enquanto linguagem universal e relacional, constitui um meio privilegiado para promover autonomia, integração e humanização no contexto terapêutico.

Reflexão Pessoal

Quando iniciei o estágio, sabia que iria trabalhar com uma população com a qual nunca tinha tido contacto direto, e isso provocava-me algum receio e incerteza. Escolhi a APERCIM não apenas por ser uma instituição próxima de casa, o que facilitava a logística, mas também por representar uma oportunidade de contribuir para a comunidade da minha terra natal. Desde o início percebi que seria uma experiência desafiante, mas também profundamente humana e confesso que receava não ter estrutura emocional suficiente para lidar com adultos com diferentes graus de dependência e vulnerabilidade.

O período de observação foi um verdadeiro choque de realidade. Conhecer de perto a imprevisibilidade e a diversidade da população com deficiência foi inicialmente avassalador. Recordo-me de sentir que estava a entrar num mundo completamente novo, com códigos de comunicação, tempos e ritmos próprios. A comunicação, em particular, foi um dos primeiros grandes desafios: falar com adultos exigindo simplicidade na linguagem parecia, no início, algo contra a minha intuição natural. No entanto, foi precisamente através da música que encontrei uma forma genuína e imediata de comunicação, sem necessidade de palavras. Nas primeiras sessões percebi que a música, mais do que qualquer discurso, conseguia atravessar barreiras e estabelecer ligações verdadeiras.

Ao longo do estágio senti um crescimento significativo, tanto a nível profissional como pessoal. Aprendi a lidar com situações inesperadas, a adaptar-me, a escutar com atenção e a respeitar o tempo do outro. Consolidar o conhecimento teórico e aplicá-lo na prática foi, por vezes, um processo desafiante, mas também profundamente formativo. A impaciência, tão comum em quem quer ver resultados imediatos, deu lugar à aceitação de que o progresso, em musicoterapia, acontece em ritmos subtis e nem sempre lineares. Este foi talvez um dos maiores aprendizados: a importância de estar presente, de confiar no processo e de reconhecer valor mesmo nas pequenas conquistas.

A relação terapêutica revelou-se o coração do trabalho. Compreendi que muitos dos progressos só se tornam possíveis quando existe confiança entre o terapeuta e o cliente. Um dos momentos mais marcantes para mim foi quando RP, que até então apenas tinha verbalizado curtas palavras, começou a cantar pela primeira vez durante uma sessão. A emoção foi tão grande que, por breves instantes, não me conseguia

concentrar na guitarra, errando os acordes todos. Também enfrentei momentos de frustração e desmotivação, mas tive a sorte de poder contar com o apoio constante da minha orientadora de estágio, Ana Poção, e da equipa técnica da APERCIM. O trabalho em equipa mostrou-me o verdadeiro sentido de colaboração e de suporte mútuo em contextos terapêuticos.

A integração na instituição foi muito positiva. Fui bem acolhido desde o início e senti que o meu contributo foi valorizado. Esta experiência fez-me compreender a importância de estar disponível para aprender com os outros, independentemente do cargo ou função, e de manter sempre uma postura de humildade e abertura.

Naturalmente, também encontrei limitações. A irregularidade na frequência das sessões, os imprevistos institucionais e a necessidade de adaptação constante exigiram flexibilidade e capacidade de resposta. Percebi que trabalhar com esta população implica aceitar a incerteza como parte do processo terapêutico e aprender a construir a intervenção a partir do que é possível naquele momento, e não do que é idealizado.

No final, este estágio representou muito mais do que um requisito académico. Foi uma experiência profundamente transformadora, que consolidou a minha identidade enquanto futuro musicoterapeuta e também enquanto músico e docente. Acredito hoje, com ainda mais convicção, que a música tem um poder único de promover bem-estar, expressão e desenvolvimento humano, e que, quando usada com sensibilidade e intencionalidade terapêutica, pode realmente transformar vidas.

Referências

- Abrams, B. (2012). A relationship-based theory of music therapy: Understanding processes and goals as being-together-musically. In K. E. Bruscia (Ed.), *Readings on music therapy theory* (pp. 45–65). Barcelona Publishers.
- ADFP, F. (s.d.). *CACI - Centro de Atividades para a Capacitação e Inclusão*. Fundação ADFP. Recuperado em 3 de novembro de 2024, de <http://www.adfp.pt/areas-de-intervencao/miranda-do-corvo/caci-centro-de-atividades-para-a-capacitacao-e-inclusao>
- American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. (2010). *Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports* (11.^a ed.). American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5.^a ed.). American Psychiatric Publishing.
- APERCIM - Mafra. (s.d.). *APERCIM - Mafra*. <https://www.apercim.pt/>
- Benenzon, R. O. (2011). *Musicoterapia: De la teoría a la práctica. Nueva edición ampliada*. Ediciones Paidós Ibérica.
- Botelho, M. L. (2023). *A musicoterapia e o adulto com incapacidade intelectual* [Relatório de estágio, Universidade Lusíada de Lisboa]. Repositório da Universidade Lusíada de Lisboa. <http://hdl.handle.net/11067/7328>
- Boxill & Chase, E. H., & Chase, K. M. (2007). *Music therapy for developmental disabilities* (2.^a ed.). Pro-Ed.
- Bruscia, K. E. (2014). *Defining music therapy* (3.^a ed.). Barcelona Publishers.

- Jacobsen, S. L., Pedersen, I. N., Bonde, L. O., & Odell-Miller, H. (2019). *A comprehensive guide to music therapy: Theory, clinical practice, research and training* (2.^a ed.). Jessica Kingsley Publishers.
- Hintz, M. (Ed.). (2013). Guidelines for music therapy practice in developmental health. Barcelona Publishers.
- Keith, D. R. (2013). Mild to moderate intellectual disability. In M. Hintz (Ed.), *Guidelines for music therapy practice in developmental health* (pp. 305–334). Barcelona Publishers.
- Kozma, A., Mansell, J., & Beadle-Brown, J. (2009). Outcomes in different residential settings for people with intellectual disability: A systematic review. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 114(3), 193–222.
<https://doi.org/10.1352/1944-7558-114.3.193>
- Madsen, C. K., Cotter, V., & Madsen, C. H. (1968). A behavioral approach to music therapy. *Journal of Music Therapy*, 5(3), 69–71. <https://doi.org/10.1093/jmt/5.3.69>
- McGee, J. J., & Brown, M. (2007). *O essencial da pedagogia da interdependência*. ASSOL.
- Music Therapy Made Simple. (s.d.). Music therapy assessment forms.
<https://www.musictherapymadesimple.com/documentation/p/assessment-forms-packet>
- Polen, D. W. (2013). Severe to profound intellectual and developmental disabilities. In M. Hintz (Ed.), *Guidelines for music therapy practice in developmental health* (pp. 335–370). Barcelona Publishers.
- Ponces, R. S. P. M. C. (2018). *Sons de confiança: Musicoterapia e a pessoa com deficiência* [Relatório de estágio, Universidade Lusíada de Lisboa]. Repositório da Universidade Lusíada de Lisboa. <http://hdl.handle.net/11067/4457>

Robbins, C., & Robbins, C. (1991). Self-communications in creative music therapy. In K. E. Bruscia (Ed.), *Case studies in music therapy* (pp. 55–72). Barcelona Publishers.

Rogers, C. R. (2023). *Tornar-se pessoa: A terapia pelos olhos do terapeuta*. Talento Intemporal.

Ruud, E. (1990). *Caminhos da musicoterapia*. Grupo Editorial Summus.

Schuengel, C., De Schipper, J. C., Sterkenburg, P. S., & Kef, S. (2013). Attachment, Intellectual Disabilities and Mental Health: Research, Assessment and Intervention. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 26(1), 34–46. <https://doi.org/10.1111/jar.12010>

Standley, J., Johnson, C. M., Robb, S. L., Brownell, M. D., & Kim, S.-H. (2004). Behavioral approach to music therapy. In A.-A. Darrow (Ed.), *Introduction to approaches in music therapy* (pp. 103–117). American Music Therapy Association.

Stige, B. (2014). *Elaborations toward a notion of community music therapy*. Barcelona Publishers.

Swaney, M. (2019). Four relational experiences in music therapy with adults with severe and profound intellectual disability. *Music Therapy Perspectives*, 37(2), 160-169. <https://doi.org/10.1093/mtp/miz015>

Vieira, I. P. P. (2019). *Musicoterapia e deficiência intelectual* [Relatório de estágio, Universidade Lusíada de Lisboa]. Repositório da Universidade Lusíada de Lisboa. <http://hdl.handle.net/11067/4516>

Waller, D., & Gilroy, A. (1992). *Art therapy: A handbook*. Open University Press.

Watson, T. (Ed.). (2007). *Music therapy with adults with learning disabilities*. Routledge.

ANEXOS

Lista de Anexos

Anexo A – Music Therapy Assessment de Music Therapy Made Simple: Avaliação abrangente e sucinta

Anexo B – Registos de sessão individual e grupal

Anexo C – Declaração de Consentimento Informado para Gravação

Music Therapy Assessment de Music Therapy Made Simple

MTA-MTMS - Avaliação Compreensiva

Nome:

Idade:

Social

Nunca/raramente	com suporte/por vezes	Independentemente/regularmente	Não observado	
☐	☐	☐	☐	Estabelece contacto ocular
☐	☐	☐	☐	Mantém contacto ocular
☐	☐	☐	☐	Evita contacto ocular
☐	☐	☐	☐	Troca turnos
☐	☐	☐	☐	Interage com adultos/terapeutas
☐	☐	☐	☐	Interage com os pares
☐	☐	☐	☐	Comportamentos/verbalizações disruptivas
☐	☐	☐	☐	Atividade criativa/imaginativa
☐	☐	☐	☐	Demonstra consciência espacial/limites
☐	☐	☐	☐	
☐	☐	☐	☐	
☐	☐	☐	☐	

Comentários:

Emocional

Nunca/raramente	c/ Suporte	Independentemente	Não observado	
☐	☐	☐	☐	Identifica emoções (imagens/histórias)
☐	☐	☐	☐	Rotula emoções (de si)
☐	☐	☐	☐	Expressa emoções
☐	☐	☐	☐	Utiliza vocabulário emocional
☐	☐	☐	☐	Demonstra emoções variadas
☐	☐	☐	☐	Diz afirmações negativas sobre si
☐	☐	☐	☐	Diz afirmações de esperança/felicidade
☐	☐	☐	☐	Diz afirmações sobre magoar os outros ou a si próprio
☐	☐	☐	☐	
☐	☐	☐	☐	

Comentários:

Cognitivo e académico

Nunca/raramente	c/ Suporte	Independentemente	Não observado	
☐	☐	☐	☐	Atende à tarefa
☐	☐	☐	☐	Segue direções de 1-2 passos
☐	☐	☐	☐	Segue direções de 3+ passos
☐	☐	☐	☐	Sequencia 2+ objetos
☐	☐	☐	☐	Toma decisões
☐	☐	☐	☐	Resolve problemas
☐	☐	☐	☐	Motiva-se pelos incentivos
☐	☐	☐	☐	Leitura - acima/adequada/abaixo para a idade (círculo)
☐	☐	☐	☐	Escrita - acima/adequada/abaixo para a idade (círculo)
☐	☐	☐	☐	Demonstra processos de pensamento organizado
☐	☐	☐	☐	Demonstra discurso tangencial

Nunca/raramente	c/ Suporte	Independentemente	Não observado	
☐	☐	☐	☐	Transita com sucesso entre atividades
☐	☐	☐	☐	Transita com sucesso entre espaços
☐	☐	☐	☐	Orientado no tempo e na localização

Comentários:

Comunicação / Linguagem

Nunca/raramente	c/ Suporte	Independentemente	Não observado	
☐	☐	☐	☐	Tem vocabulário limitado / moderado / avançado (círculo)
☐	☐	☐	☐	Dá início à comunicação
☐	☐	☐	☐	Utiliza gestos
☐	☐	☐	☐	Utiliza língua gestual
☐	☐	☐	☐	Utiliza um dispositivo de comunicação
☐	☐	☐	☐	Aproxima palavras
☐	☐	☐	☐	Tem um discurso incoerente
☐	☐	☐	☐	Comunica com frases de 1 ou 2 palavras
☐	☐	☐	☐	Comunica com frases de 3+ palavras
☐	☐	☐	☐	Comunica em frases completas
☐	☐	☐	☐	Utiliza volume vocal apropriado
☐	☐	☐	☐	Articula palavras
☐	☐	☐	☐	Responde ao nome
☐	☐	☐	☐	Responde a questões

Comentários:

Motor

Nunca/raramente	c/ Suporte	Independentemente	Não observado	
☐	☐	☐	☐	Inicia movimentos motores
☐	☐	☐	☐	Imita movimentos motores
☐	☐	☐	☐	Demonstra controlo da motricidade fina e coordenação
☐	☐	☐	☐	Manipula objetos com as mãos
☐	☐	☐	☐	Isola dedos individualmente
☐	☐	☐	☐	Demonstra controlo na motricidade grossa
☐	☐	☐	☐	Demonstra coordenação na motricidade grossa
☐	☐	☐	☐	Equilibra-se quando sentado
☐	☐	☐	☐	Equilibra-se quando em pé
☐	☐	☐	☐	Equilibra-se quando caminha
☐	☐	☐	☐	Utiliza equipamento de mobilidade assistida
☐	☐	☐	☐	Cruza a linha média
☐	☐	☐	☐	Demonstra coordenação mão/olho
☐	☐	☐	☐	Amplitude de movimentos normal (superior direita)
☐	☐	☐	☐	Amplitude de movimentos normal (superior esquerda)
☐	☐	☐	☐	Amplitude de movimentos normal (inferior direita)
☐	☐	☐	☐	Amplitude de movimentos normal (inferior esquerda)
☐	☐	☐	☐	
☐	☐	☐	☐	

Comentários:

Visão e audição

Nunca/raramente	c/ Suporte	Independentemente	Não observado	
☐	☐	☐	☐	Visão dentro dos limites normais
☐	☐	☐	☐	Segue com o olhar
☐	☐	☐	☐	Audição dentro dos limites normais
☐	☐	☐	☐	Discrimina entre os estímulos auditivos

Comentários:

Respostas sensoriais e necessidades

Nunca/raramente	c/ Suporte	Independentemente	Não observado	
☐	☐	☐	☐	Integração/percepção sensorial dentro dos limites normais
☐	☐	☐	☐	Propriocepção dentro dos limites normais
☐	☐	☐	☐	Permanece no lugar/assento
☐	☐	☐	☐	Balança/mexe-se no assento
☐	☐	☐	☐	Corpo em constante moção
☐	☐	☐	☐	Procura contenção
☐	☐	☐	☐	Procura pressão profunda
☐	☐	☐	☐	Procura objetos com textura
☐	☐	☐	☐	Evita objetos com textura
☐	☐	☐	☐	Utiliza headphones
☐	☐	☐	☐	Fecha os ouvidos (evita o/algum som)
☐	☐	☐	☐	Gera sons altos
☐	☐	☐	☐	Procura sons específicos:
☐	☐	☐	☐	Evita sons específicos:
☐	☐	☐	☐	Evita/desliga as luzes
☐	☐	☐	☐	Belisca-se
☐	☐	☐	☐	Puxa os dedos
☐	☐	☐	☐	Roi as unhas
☐	☐	☐	☐	Chucha no dedo
☐	☐	☐	☐	Puxa/ Enrola o cabelo
☐	☐	☐	☐	Cheira / mete na boca objetos
☐	☐	☐	☐	
☐	☐	☐	☐	

Comentários:

Estratégias de Coping e Regulação

Nunca/raramente	c/ Suporte	Independentemente/Sim	Não observado	Estratégia
☐	☐	☐	☐	Morde
☐	☐	☐	☐	Utiliza um item de conforto
☐	☐	☐	☐	Fidgets
☐	☐	☐	☐	Bola de stress
☐	☐	☐	☐	Calendário visual
☐	☐	☐	☐	Respirar fundo
☐	☐	☐	☐	Destrói itens
☐	☐	☐	☐	Desenha/pinta/constrói
☐	☐	☐	☐	Percute

Nunca/raramente	c/ Suporte	Independentemente/Sim	Não observado	Estratégia
☐	☐	☐	☐	Visualização (GIM)
☐	☐	☐	☐	Escreve em diário
☐	☐	☐	☐	Meditação
☐	☐	☐	☐	Movimento/Dança
☐	☐	☐	☐	Ouve música
☐	☐	☐	☐	Relaxamento muscular
☐	☐	☐	☐	Bate, grita, magoa-se e aos outros
☐	☐	☐	☐	Balança
☐	☐	☐	☐	Yoga

Comentário:

Personalidade e Afecto

Nunca/raramente	c/ Suporte	Independentemente/Sim	Não observado	Demonstra
☐	☐	☐	☐	Agitação
☐	☐	☐	☐	Raiva
☐	☐	☐	☐	Ansiedade
☐	☐	☐	☐	Confiança
☐	☐	☐	☐	Cooperação
☐	☐	☐	☐	Afecto congruente (apropriado)
☐	☐	☐	☐	Curiosidade
☐	☐	☐	☐	Desconforto ou inquietação
☐	☐	☐	☐	Necessidade em dominar
☐	☐	☐	☐	Excitação ou euforia
☐	☐	☐	☐	Flexibilidade
☐	☐	☐	☐	Hostilidade
☐	☐	☐	☐	Optimismo
☐	☐	☐	☐	Rigidez
☐	☐	☐	☐	Timidez

Resposta musical e atividades

Nunca/raramente	c/ Suporte	Independentemente/Sim	Não observado	
☐	☐	☐	☐	Demonstra Start / Stop
☐	☐	☐	☐	Demonstra Rápido / Lento
☐	☐	☐	☐	Demonstra curto / longo
☐	☐	☐	☐	Demonstra forte / piano
☐	☐	☐	☐	Demonstra agudo / grave
☐	☐	☐	☐	Demonstra pergunta / resposta
☐	☐	☐	☐	Iguala a afinação
☐	☐	☐	☐	Iguala o andamento
☐	☐	☐	☐	Mantém um ritmo constante
☐	☐	☐	☐	Imita padrões rítmicos
☐	☐	☐	☐	Imita exercícios vocais
☐	☐	☐	☐	Imita contorno musical
☐	☐	☐	☐	Lê partituras musicais
☐	☐	☐	☐	Lê partituras adaptadas
☐	☐	☐	☐	Lê letras de canções

Nunca/raramente	c/ Suporte	Independentemente/Sim	Não observado	
☐	☐	☐	☐	Canta frases isoladas
☐	☐	☐	☐	Termina frases em aberto
☐	☐	☐	☐	Cria temas musicais
☐	☐	☐	☐	Usa música para se expressar
☐	☐	☐	☐	Usa música para ruminação mental
☐	☐	☐	☐	Usa música para se regular
☐	☐	☐	☐	Usa música para distração

Comentário:

Avaliação sucinta

Data de hoje: _____ Encaminhamento por: _____

Nome do cliente: _____ Sexo: F M Outro _____

Data de nascimento: __/__/__ Diagnóstico: _____

Alergias/Intolerâncias: _____ Contexto sociocultural: _____

Nome do responsável: _____

Email: _____ Telemóvel: _____

Razão de encaminhamento para a Musicoterapia:

☐ Necessidades comportamentais
☐ Necessidades sensoriais
☐ Comunicação
☐ Atenção
☐ Funções executivas
☐ Capacidades académicas

☐ Capacidades motoras grossas
☐ Capacidades motoras finas
☐ Competências sociais
☐ Regulação emocional
☐ Autoestima
☐ Outra: _____

Interesses do cliente & Atividades preferidas: _____

Experiência musical anterior: _____

Música preferida & Canções preferidas: _____

Outras terapias: _____

Outras informações importantes: _____

Assinatura do responsável: _____ Data: _____

Assinatura do terapeuta: _____ Data: _____



ANEXO B

Registos de sessão Individual e Grupal

REGISTO DE SESSÃO INDIVIDUAL - MT

NOME DO UTENTE: _____

DATA: _____ **TERAPEUTA:** _____

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

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...

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