

Garcia, Flora Neves, 1989-

Intervenção de musicoterapia em crianças com perturbações do espectro do autismo

<http://hdl.handle.net/11067/5203>

Metadados

Data de Publicação

2020

Resumo

A intervenção da musicoterapia em crianças com perturbações do espectro do autismo (PEA) tem sido cada vez mais frequente, sendo geralmente integrada em equipas multidisciplinares. A musicoterapia oferece um meio de comunicação alternativo não verbal que contribui para o desenvolvimento holístico da criança autista. O estágio teve como objetivo fazer uso da musicoterapia (MT) ao integrá-la numa equipa multidisciplinar num centro de desenvolvimento e intervindo junto de crianças com PEA. O presen...

The intervention of music therapy in children with Autism Spectrum Disorders (ASD), has been increasingly frequent, being in general integrated in a multidisciplinary team. Music therapy offers alternative means of non-verbal communication that contribute to the holistic development of the autistic child. The internship aimed at providing a Music Therapy (MT) intervention, being embedded in a multidisciplinary team at a development center, intervening with children with ASD. This report describe...

Palavras Chave

Crianças autistas, Crianças - Doenças - Tratamento, Musicoterapia para crianças, Musicoterapia - Prática profissional, Hospital Garcia de Orta (Almada, Portugal). Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva - Ensino e estudo (Estágio)

Tipo

masterThesis

Revisão de Pares

Não

Coleções

[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T12:19:15Z com informação proveniente do Repositório



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

Intervenção de musicoterapia em crianças com perturbações do espectro do autismo

Realizado por:
Flora Neves Garcia

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

Orientado por:
Dr.^a Anabela Gonçalves Farias Morginho

Constituição do Júri:

Presidente: Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Supervisora: Prof.^a Doutora Susana Aurora Gutiérrez Jiménez
Arguente: Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer

Dissertação aprovada em: 14 de Fevereiro de 2020

Lisboa

2019



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

Intervenção de musicoterapia em crianças com perturbações do espectro do autismo

Flora Neves Garcia

Lisboa

agosto 2019



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

**Intervenção de musicoterapia em crianças com
perturbações do espectro do autismo**

Flora Neves Garcia

Lisboa

agosto 2019

Flora Neves Garcia

Intervenção de musicoterapia em crianças com perturbações do espectro do autismo

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

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

Orientadora de estágio: Dr.^a Anabela Gonçalves Farias Morginho

Lisboa

agosto 2019

Ficha Técnica

Autora Flora Neves Garcia
Supervisora de estágio Prof.^a Doutora Susana Aurora Gutiérrez Jiménez
Orientadora de estágio Dr.^a Anabela Gonçalves Farias Morginho
Título Intervenção de musicoterapia em crianças com perturbações do espectro do autismo
Local Lisboa
Ano 2019

Mediateca da Universidade Lusíada - Catalogação na Publicação

GARCIA, Flora Neves, 1989-

Intervenção de musicoterapia em crianças com perturbações do espectro do autismo / Flora Neves Garcia ; supervisionado por Susana Aurora Gutiérrez Jiménez ; orientado por Anabela Gonçalves Farias Morginho. - Lisboa : [s.n.], 2019. - Relatório de estágio do Mestrado em Musicoterapia, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - GUTIÉRREZ JIMÉNEZ, Susana Aurora, 1971-
II - MORGINHO, Anabela Gonçalves Farias, 1971-

LCSH

1. Crianças autistas
2. Crianças - Doenças - Tratamento
3. Musicoterapia para crianças
4. Musicoterapia - Prática profissional
5. Hospital Garcia de Orta (Almada, Portugal). Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva - Ensino e estudo (Estágio)
6. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
7. Teses - Portugal - Lisboa

1. Autistic children
2. Children - Diseases - Treatment
3. Music therapy for children
4. Music therapy - Practice
5. Hospital Garcia de Orta (Almada, Portugal). Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva - Study and teaching (Internship)
6. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
7. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. ML3920.G37 2019

Resumo

O presente relatório, denominado Intervenção de Musicoterapia em Crianças com Perturbações do Espectro do Autismo, enquadra-se na unidade curricular da Universidade Lusíada de Lisboa do Mestrado em Musicoterapia do Instituto de Psicologia e Ciências Sociais da Universidade Lusíada. A sua pertinência temática decorre da progressiva afirmação do impacto positivo da musicoterapia em crianças com perturbações do espectro do autismo (PEA) oferecendo-se esta como meio de comunicação alternativo não-verbal, contribuindo deste modo para o desenvolvimento holístico da criança autista. Nele se apresenta e reflete sobre uma experiência de estágio realizada com um grupo de crianças com perturbações do espectro do autismo (PEA) que teve lugar num Centro de Desenvolvimento de Crianças, (CDC) integrado numa das unidades hospitalares.

O referido estágio, que decorreu no período compreendido entre 13 de outubro e 25 de fevereiro, teve a duração 520 horas ao longo da qual foram realizadas 100 sessões de musicoterapia com o referido grupo de crianças com idades compreendidas entre os 2 e 6 anos de idade.

Fundamentados nas perspetivas de vários autores (Nordoff-Robbins, 1964, 1977, 1992 Benezon, 1981, 1987, 2000; Orff, G., 2003; Bruscia, K. 1987; entre outros), definimos para o estudo os seguintes objetivos: desenvolver e adaptar estratégias de intervenção no domínio da musicoterapia adequadas a crianças com (PEA); perceber o impacto e o potencial da musicoterapia em crianças com PEA; compreender e elencar os contributos específicos da musicoterapia no seio de uma equipa interdisciplinar. Dada a natureza experiencial do estágio procurou-se ainda evidenciar a relevância da problemática assumida no sentido da investigação e da reflexão, nomeadamente no que se refere à própria e futura profissionalidade como musicoterapeuta.

Assim e de acordo com os objetivos e natureza do estudo optou-se metodologicamente por uma abordagem qualitativa – o estudo de caso. Nos dois estudos de caso que o estudo comporta privilegiaram-se, no plano da intervenção terapêutica 3 modelos de musicoterapia (MT): o modelo Nordoff-Robbins, conhecido como Musicoterapia Criativa” (Nordoff, P., Robbins, C., 1977) , onde o utente tem a possibilidade de criar a partir da improvisação; o modelo Benezon (Benezon, R. O. 2000), que consiste no uso

da música de forma livre a partir da interação não-verbal com uma abordagem humanista e o modelo Orff (Orff, G. 1980) que tem como fator central a improvisação, que inclui tocar e fazer música de forma espontânea. Ainda no plano metodológico a ao longo do processo de intervenção/investigação recorreremos a registros, à observação direta e a diferentes instrumentos de avaliação: a escala de “Nordoff-Robbins de comunicabilidade musical” (Nordoff-Robbins, 1992), que permite avaliar a comunicação musical entre o paciente e o musicoterapeuta; a Grelha de avaliação de intervenção musicoterapêutica, que avalia a relação e comunicação socio-emocional, cognitivo e sensório-motora e a uma ficha de identidade sonoro-musical que permite analisar três aspetos fundamentais: a relação global da criança com a música, a história clínica e a sua história de vida, de forma a obter informação complementar sobre o desenvolvimento da criança.

Palavras-Chaves: Musicoterapia, Preocupação do Espectro Autismo, Crianças, Desenvolvimento

Abstract

The intervention of music therapy in children with Autism Spectrum Disorders (ASD), has been increasingly frequent, being in general integrated in a multidisciplinary team. Music therapy offers alternative means of non-verbal communication that contribute to the holistic development of the autistic child. The internship aimed at providing a Music Therapy (MT) intervention, being embedded in a multidisciplinary team at a development center, intervening with children with ASD. This report describes the internship at Child Development Center (CDC), integrated in the Hospital Garcia de Orta (HGO), with a total duration of 520 hours and during which music therapy sessions were held with 9 children between 2 and 6 years old with ASD.

As the therapeutic techniques were based on 3 MT models, focused on music improvisation as a therapeutic approach: the Nordoff-Robbins model, the Benezon model, and the Orff model.

In this report we highlight two case studies developed in the hospital environment. Two children, one 2 and the other 4, both with PEA. Patients had individual sessions 1 x per week, lasting 30 minutes, for 8 months. The records and evaluations were carried out in a qualitative way, through direct observation and evaluation tools. We used 3 instruments, one scale, one grid and one form. The scale was the "Nordoff-Robbins of Musical Communicability" scale, which allows to evaluate the musical communication between the patient and the music therapist; the evaluation grid that evaluates the relationship and socio-emotional, cognitive and sensory-motor communication, and the sound-musical identity card analyzing three aspects: the overall relationship of the children with music, their clinical history and life story, in order to get some complementary information about the development of the child.

Keywords: Music therapy, PEA, Children, Developmen.

Lista de Tabelas

Tabela 1: Descrição da amostra	48
Tabela 2: Agenda Semanal	55

Lista de abreviatura, siglas e acrónimos

ADOS- Autismo Diagnostic Observation Schedule

CDC – Centro de Desenvolvimento da Criança

DCM V - Diagnostic and Statistical Manual of Mental V

ELI - Equipa Local de Intervenção

IPI/ IP - Intervenção Precoce na Infância

MT - Musicoterapia

PEA – Perturbação do Espectro do Autismo

SNIPI - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

VABS -Vineland - Escala de Comportamento Adaptativo para a avaliação

ÍNDICE

RESUMO	1
ABSTRACT.....	3
LISTA DE TABELAS	4
LISTA DE ABREVIATURA, SIGLAS E ACRÓNIMOS.....	5
INTRODUÇÃO	7
1. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO	9
1.1. OBJETIVOS GERAIS DO CDC.....	9
1.2. ATIVIDADE DO CENTRO	10
2. CARATERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ALVO	16
3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
3.1. MUSICOTERAPIA	17
3.1.1. <i>Musicoterapia Improvisacional</i>	21
3.1.2. <i>Modelos de Musicoterapia Aplicada a Pessoas com Perturbações do Espectro do Autismo</i> ..	22
3.2. PERTURBAÇÕES NO ESPECTRO DO AUTISMO	28
3.2.1. <i>Critérios de Diagnóstico do DSM-V para perturbações do espectro do autismo</i>	28
3.2.2. <i>Níveis de gravidade</i>	30
3.3. CARACTERÍSTICAS DA CRIANÇA COM PEA	31
3.3.1. <i>Comportamentos restritivos e/ou repetitivos</i>	32
3.4. MUSICOTERAPIA EM CRIANÇAS COM PEA	33
3.4.1. <i>Processamento auditivo-musical no Autismo</i>	35
3.5. SETTING MUSICOTERAPÊUTICO.....	39
4. HISTÓRIA DOS PRINCIPAIS MODELOS DA MUSICOTERAPIA APLICA AO AUTISMO	41
5. OBJETIVOS DO ESTÁGIO	47
5.1. PARTICIPANTES	48
5.2. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	49
5.3. PROCEDIMENTOS	51
5.3.1. <i>Fases do estágio</i>	52
5.4. AGENDA SEMANAL	54
6. ESTUDOS CASO	56
6.1. PROCEDIMENTO DAS SESSÕES.....	56
6.1.1. <i>Estrutura das sessões</i>	57
6.2. CASO I	58
6.2.1. <i>Descrição do processo terapêutico</i>	59
6.3. CASO II	61
6.4. OUTRAS INTERVENÇÕES CLÍNICAS	64
7. DISCUSSÃO	67
8. REFLEXÃO FINAL.....	70
9. REFERÊNCIAS.....	72
ANEXOS	86
ANEXO A.....	88
ANEXO B	90
ANEXO C	92
ANEXO D.....	95
ANEXO E	99

Introdução

No âmbito do 2º, 2018/2019 do curso de Mestrado de Musicoterapia da IPCE da Universidade Lusíada de Lisboa a aluna desenvolveu o seu estágio curricular no Centro de Desenvolvimento da Criança (C.D.C), no Hospital Garcia de Orta (H.G.O.). Este estágio, que teve a duração de 520 horas e decorreu ao longo de 9 meses, é o objeto do presente relatório.

O presente estágio teve como objetivo realizar intervenção direta para promover o desenvolvimento global das crianças indicadas pela equipa, focando nas necessidades específicas da família. Promovendo a comunicação e a relação socio-emocional. A Musicoterapia e as atividades musicais deverão desenvolver a nível global promovendo a comunicação, a relação, socio-emocional, cognitivo e sensório-motor. (Gold, Wigram, & Elefant, 2006; Robarts, 1996; Trevarthen & Aitken, 2001).

Segundo a Federação Mundial de Musicoterapia (1996), Musicoterapia é a utilização da música e/ou dos seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia), por um musicoterapeuta qualificado, como meio para atingir objetivos terapêuticos, não tendo como preocupação qualquer valor estético ou de aquisição de competências mas sim o objetivo de facilitar e promover a comunicação, a aprendizagem, a relação, a expressão e a organização contribuindo para o desenvolvimento das capacidades de comunicação, expressão de ideias, sentimentos e coordenação motora. As sessões podem ser individuais ou em grupo, num processo de facilitação e promoção da comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas.

A intervenção da musicoterapia com crianças com PEA, surge na década de 1940, desde então inúmeros estudos, artigos e modelos, foram surgindo. Das últimas investigações realizadas os autores (Gerersegger, Elefant, Mossler, Gold, 2014) segundo os resultados que obtiveram afirma que a MT demonstra evidências que esta pode ajudar as crianças com PEA a melhorar as suas capacidades de interação social, comunicação verbal, iniciação de comportamentos e reciprocidade social-emocional, as capacidades de comunicação não-verbal dentro do contexto terapêutico e social (Benezon, 1988, Kim,

Wigram, Gold, 2009), e promove o auto-conceito e a auto-estima (Wigram, Pederson & Bonde, 2002). A MT pode contribuir para aumentar a capacidade de adaptação social, promovendo qualidade nas relações entre pai e filhos.

A envolvimento musical permite a crianças com PEA uma oportunidade de desenvolver de forma adequada a identificação e a expressão de emoções (Thaut, Gardiner, Holmberg, Horwitz, Kent, Andrews, Donelan, McIntosh, (2009), regulando e sincronizando as suas expressões comportamentais e emocionais com o ambiente em que estão inseridos (Wigram & Elefant, 2006).

O estágio foi desenvolvido com dez crianças com idades compreendidas entre os dois e seis anos de idade com PEA. A estagiária teve como principal foco de intervenção, a criação de um ambiente onde este permitisse á criança uma envolvimento musical. Criando uma relação genuína entre terapeuta e utente (Alvin & Warwick,1991; Robarts, 1996). Deste modo, o resultado final obtido, segundo as avaliações finais, demonstrou de forma positiva, um desenvolvimento global, tendo tido como base a relação a entre utente e terapeuta que foi criada (Robarts, 1996; Wigram & Elefant, 2009).

A estrutura do presente relatório é dividida por secções. Nas duas secções seguintes é feito uma caracterização da instituição, onde foi realizado o estágio, e a população-alvo, a qual foi obteve intervenção de MT. Numa terceira secção é apresentado o enquadramento teórico onde é descrito de forma subjacente ao uso da musicoterapia na perturbação do espectro do autismo (PEA). Seguem-se descrições dos objetivos gerais e da metodologia adotada com as 9 crianças que frequentaram sessões individuais de musicoterapia durante os 8 meses que a estagiária permaneceu na instituição. Na sexta e sétima secção é descrito os dois estudos de caso que foram realizados. De seguida e de forma resumida traço as intervenções clínicas que foram realizadas às restantes crianças que foram encaminhadas para as sessões de MT. Por último apresento a discussão bem como a reflexão pessoal.

1.Caracterização da Instituição

Como já referi, desenvolvi o meu estágio no CDC, unidade que integra uma das instituições hospitalares situada na margem sul de Lisboa. Esta unidade de serviços, que teve o início da sua atividade em 2007 é, até ao momento, o único CDC da zona Sul que integra o Serviço Nacional de Saúde. Propõe-se como missão fundamental a constituição de um centro multiprofissional para atendimento de crianças e jovens com problemas neurológicos e de desenvolvimento, residentes na área de influência do hospital (concelhos de Almada, Seixal, Sesimbra) em idade pediátrica (dos 0 aos 18 anos).

1.1. Objetivos Gerais do CDC

O CDC cumpre os grandes objetivos de uma unidade do sistema de saúde público, tentando proporcionar uma assistência eficaz e eficiente, defendendo a promoção da qualidade e da excelência. Deste modo tenta-se garantir a estas crianças, a equidade e universalidade do acesso, pois que a maioria dos centros até agora constituídos atuam a nível privado.

O CDC pretende constituir-se como um centro multiprofissional para o atendimento a crianças com problemas neurológicos e do desenvolvimento, proporcionando simultaneamente a investigação, a avaliação e o tratamento. Nesse sentido, o CDC presta serviços a nível de prevenção, diagnóstico e tratamento de todo o tipo de doenças neurológicas agudas e crónicas e perturbações do desenvolvimento psicomotor, dando suporte médico e psicossocial às famílias, promovendo uma ligação à comunidade. Este formato tem vindo a ser desenvolvido pelas unidades de neuropediatria e desenvolvimento e de reabilitação pediátrica, incentivando por tanto, quer a continuidade de ação, privilegiando a ligação com os cuidados de saúde primários, quer promovendo a cooperação institucional. Deste modo, a concertação entre todos os técnicos intervenientes permite uniformizar as atuações e com isso rentabilizar o tempo e aumentar a eficácia contribuindo indubitavelmente para a melhoria da qualidade de vida destas crianças e respetivas famílias, evitando a sua deslocação por múltiplas vezes ao CDC. De igual modo, a cooperação com os

profissionais que atuam nos apoios educativos para avaliação e definição conjunta da metodologia mais adequada a cada criança, tem-se mostrado fundamental em todo o processo, concorrendo para que a referida unidade se assuma como centro de referência para o diagnóstico e avaliação de crianças que ultrapassem as capacidades técnicas dos hospitais distritais da zona sul do país.

A dinâmica do CDC assenta e aposta ainda na colaboração e na formação dos profissionais intra e extra-hospitalares nas diferentes áreas quer através de estágios específicos, quer através de ações de formação dirigidas a pais e técnicos das áreas da saúde, da educação e da segurança social. Para isso o CDC investe na investigação científica, no desenvolvimento de atividades através da elaboração de trabalhos e projetos de investigação clínica, bem como na criação de um polo de investigação aplicada e ensaio de ajudas técnicas e novas tecnologias. Na área científica, o CDC privilegia também a elaboração de trabalhos e projetos de investigação científica que são regularmente difundidos em reuniões e encontros científicos de impacto nacional e internacional.

1.2. Atividade do centro

O CDC, no sentido de obter uma resposta eficaz junta da população e de forma a garantir uma referenciação diferenciada nas suas áreas clínicas no âmbito regional, prestando apoio junto às populações da sua zona de influência direta, divide a sua atividade em três frentes: a assistencial, a formativa e a científica,

- Assistencial - consultas individualizadas das diferentes especialidades, consultas multidisciplinares para as patologias mais complexas e Intervenções terapêuticas nas diferentes áreas.
- Formativa – colaboração na atividade pedagógica dos serviços, do hospital proporcionando estágios regulares a médicos, psicólogos e outros técnicos. Estes estágios estão disponíveis também para profissionais de outros hospitais nomeadamente, internos de pediatria, neurologia, neurorradiologia, reabilitação e formandos dos ciclos de estudo especiais de neuropediatria. Realiza ainda diferentes reuniões

com o intuito de dinamizar e participar de forma ativa no processo de melhoria do atendimento institucional

- Científica – elaboração de trabalhos e projetos de investigação clínica, regularmente apresentados em reuniões nacionais e internacionais ou, também sob a forma de publicações em revistas especializadas.

O centro de desenvolvimento promove assim uma articulação real entre o trabalho hospitalar, o realizado nos cuidados de saúde primários e ainda o realizado com os intervenientes a nível educativo e de apoio social visando incrementar a eficiência e a satisfação de utentes e profissionais.

Atividade assistencial incorpora consultas gerais (desenvolvimento, epilepsia, neuropediatria, reabilitação pediátrica e psicologia), consultas pluridisciplinares, intervenções terapêuticas, enfermagem, serviço social, educação. Neste âmbito o presente estágio de MT foi integrado numa equipa multidisciplinar dirigida a crianças com PEA, designado grupo PEA. A equipa profissional que o constitui atua de forma assistencial com consultas pluridisciplinares e formativas e através da realização de reuniões com as equipas dos projetos de intervenção precoce de Sesimbra, Almada e Seixal com o intuito de dinamizar e participar de forma ativa a dinâmica inter-institucional.

As consultas pluridisciplinares, que atuam nas diferentes patologias do foro neurológico e do desenvolvimento frequentemente, têm grande impacto na vida dos doentes e suas famílias, pelo que há necessidade de um acompanhamento especializado destas situações, não só para a abordagem dos diferentes aspetos biomédicos em si, mas também dos aspetos psicológicos e sociais. Por outro lado, é fundamental que os cuidados de reabilitação sejam diferenciados considerando que cada criança apresenta características próprias e inerentes ao seu desenvolvimento contínuo e multifacetado, devendo por isso ser equacionadas no respetivo processo de habilitação/reabilitação. Uma abordagem mais correta deverá assim ser centrada na criança e na família, e nas especificidades que determinadas patologias condicionam. Nestas consultas pluridisciplinares depois de uma avaliação abrangente pelos diferentes técnicos implicados, a equipa estabelece um plano de atuação de intervenção e reabilitação, que contempla as diferentes vertentes do desenvolvimento global da criança (motor,

sensitivo, sensorial, socioafectivo e familiar) e desencadeia as estratégias adequadas para promover a execução do mesmo. A concertação entre todos os técnicos intervenientes permite uniformizar as atuações e assim rentabilizar o tempo e aumentar a eficácia.

O grupo PEA segue um protocolo para crianças dos 0-6 anos de idade, onde é observado e avaliado o perfil comportamental, as comorbilidades e “preocupações”, a partir da comunicação/interação social avalia a reciprocidade sócio-emocional, a comunicação não-verbal e a relacionamento social, nos Interesses restritos /comportamentos repetitivos, bem como a linguagem estereotipada ou estereotipias motoras, os rituais/rotinas, os interesses restritos e os interesses sensoriais/aversões. O referido protocolo segue uma sequência na qual o caso parte da neuropediatria e pediatria do desenvolvimento no CDC, para o grupo PEA – análise de casos – grupo PEA + família – grupo PEA + comunidade educativa/ técnicos – grupo PEA. Neste protocolo de avaliação mobilizam-se instrumentos de avaliação específicos de cada área, de seguida devolvem-se os resultados de cada valência/equipa, intervenção precoce, educação especial, ou outros e discutem-se os casos. Neste protocolo avalia-se, através de instrumentos específicos de cada área, de seguida devolve-se os resultados de cada valência/equipa, Intervenção precoce, educação especial, outros e discute-se os casos.

No presente ano o CDC desenvolveu, três projetos distintos e ainda em curso, envolvendo a população com PEA, a saber: o Intelligent Networked robot Systems for symbiotic Interaction with children with impaired Development (INSIDETerapia assistida por robôs), o projeto de Musicoterapia envolvendo a participação de estagiários e o GEnvIA (interações gene-ambiente na perturbação do espectro do autismo).

Para a constituição do grupo PEA convergem técnicos provenientes de distintas unidades, por um lado os técnicos do próprio CDC (uma psicóloga, uma terapeuta da fala, uma terapeuta ocupacional, uma terapeuta psicomotora/ reeducação psicomotora, uma educadora e uma musicoterapia) e por outro, os técnicos do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIP). A IP está integrada numa equipa local pluridisciplinar (educadores de infância, enfermeiro(s), médico(s) de família/pediatra(s), assistentes sociais; psicólogos, terapeutas, e outros).

Todos os técnicos que integram a equipa interdisciplinar do CDC apresentam, nos seus diferentes domínios, funções bem definidas. A psicologia assume por excelência a função de avaliação dispondo para o efeito de instrumentos específicos de avaliação do autismo nomeadamente a diagnostic observation schedule – ADOS. A escala de observação comportamental, estandardizada e semiestruturada avalia a comunicação/interação social, o jogo, ou seja, o uso criativo de materiais para pessoas suspeitas de terem Perturbações do Espetro do Autismo e o comportamento.

A terapia da fala intervém na prevenção, avaliação e tratamento de distúrbios da alimentação e comunicação: problemas específicos da fala e linguagem como, a articulação e a fluência de linguagem e de voz. Avalia e trata ainda as alterações na alimentação, intervindo dentro de equipa multidisciplinar em estreita colaboração com as famílias.

A terapia ocupacional avalia o desenvolvimento motor (coordenação global, coordenação bilateral, motricidade fina), o processamento sensorial (processamento e modelação sensorial) e o comportamental da criança. Intervém, através de técnicas específicas, promovendo o desenvolvimento de competências sensorio-motoras e cognitivas necessárias para o desempenho das atividades da vida diária.

A terapia psicomotora/reeducação é uma metodologia de intervenção que tem como objeto o corpo em movimento e a sua expressão (possibilidades em perceber, atuar, agir com o outro, com os objetos e consigo próprio), para organizar a atividade cognitiva, a atividade motora e o equilíbrio emocional. Baseia-se em contextos lúdico e corporal, que utilizam o jogo e o movimento como instrumentos privilegiados na promoção do desenvolvimento psicomotor, do comportamento sócio-emocional e da aprendizagem.

A valência da educação, tem como suporte uma equipa interdisciplinar funcionando como recurso para as famílias e para a comunidade na procura de respostas/orientação para os projetos de vida das crianças. Na vertente de avaliação esta valência utiliza a Escala de Comportamento Adaptativo a Vineland Adaptive Behavior Scale (VABS).

Em articulação com o CDC atua também o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) que tem como missão garantir a Intervenção Precoce na Infância (IP).

Esta unidade rege-se por um conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, no âmbito da educação, da saúde e da ação social. A IP intervém junto de crianças até aos 6 anos de idade, com alterações ou em risco de apresentar alterações nas estruturas ou funções do corpo, tendo em linha de conta o seu normal desenvolvimento. Assume a função de identificar as crianças e famílias imediatamente elegíveis para o SNIPI, assegurando uma vigilância às crianças e famílias que, embora não imediatamente elegíveis, requeiram avaliação periódica, devido à natureza dos seus fatores de risco e probabilidade de evolução. Esta equipa tem ainda a função de encaminhar as crianças e famílias não elegíveis mas carenciadas de apoio social, elaborando e executando um plano consoante as suas necessidades e também a de identificar as necessidades e recursos das comunidades da sua área de intervenção, dinamizando redes formais e informais de apoio social, sendo crucial, a sua articulação, sempre que se justifique, com as comissões de proteção de crianças e jovens, com os núcleos da saúde de crianças e jovens em risco ou outras entidades com atividade na área da proteção infantil. Outro aspeto importante, no que concerne à criança, é o de assegurar processos de transição adequados para outros programas, serviços ou contextos educativos, articulando com os docentes das creches e jardins-de-infância em que se encontrem colocadas as crianças integradas em IPI, assim como garantir um bom acompanhamento. (<https://www.dgs.pt/sistema-nacional-de-intervencao-precoce-na-infancia.aspx>)

A equipa do CDC procura dar uma resposta eficaz contribuindo indubitavelmente para a melhoria da qualidade de vida destas crianças e famílias. Nesse sentido, a equipa realiza mensalmente diferentes reuniões multidisciplinares: 1 equipa interna; 2 equipa externa e a equipa da IP. Estas reuniões têm como objetivos unificar critérios de intervenção, favorecer o trabalho transdisciplinar e discutir os casos pormenorizadamente. Por último, consoante as necessidades das crianças e ainda num período inicial, realizam-se trimestralmente reuniões de articulação com a família a fim de dar retorno do estado de desenvolvimento da criança.

Como foi descrito anteriormente, o CDC comporta as unidades de terapia da fala, terapia ocupacional, psicologia, terapia psicomotora/reeducação. A intervenção de musicoterapia no meio terapêutico em questão, vem integrar este projeto

transdisciplinar visando o apoio à criança com necessidades educativas especiais e/ou à criança necessitada de apoio psicopedagógico e/ou emocional. A equipa terapêutica procura acompanhar o processo de maturação da criança com patologia e/ou dificuldades específicas, atuando como facilitadora no seu processo de aprendizagem, desenvolvimento pessoal e percurso académico, particularmente em períodos que possam ser considerados críticos no seu percurso de desenvolvimento. O núcleo terapêutico pretende abranger diferentes aspetos da vida da criança que precisem de ser trabalhados, adotando para isso a premissa de uma abordagem holística do desenvolvimento do indivíduo e do seu bem-estar. Além do apoio afetivo e emocional, as referidas intervenções terapêuticas visam a promoção de competências e funcionalidades da criança.

Neste contexto, a musicoterapia assume-se como parte desta mesma abordagem holística do desenvolvimento da criança, partindo de um processo de relação interpessoal no qual a música é utilizada em todas as suas facetas – física, emocional, mental, estética e espiritual – com o intuito de ir ao encontro das necessidades específicas da criança.

2. Caracterização da população alvo

Segundo o DSM V - Diagnostic and Statistical Manual of Mental (American Psychiatric Association 2013), crianças com PEA caracterizam-se pelos transtornos complexos do desenvolvimento cerebral. Esses distúrbios são definidos por um tronco comum de áreas afetadas, onde se encontram indivíduos com diferentes graus de afetação, quer em termos cognitivos, quer em termos da tríade de défices nomeadamente na interação social, na perturbação da comunicação, na perturbação do jogo simbólico e imaginativo (Marques, 2000), quer mostrando uma falta de reciprocidade e interesse pelas pessoas, dificuldade na comunicação, na interação e na atividade imaginativa, quer ainda apresentando um repertório de atividades e interesses muito restritos.

Como é natural, este conjunto de transtornos complexos suscita nas famílias angústias que agravam a situação, criando tensões provocadas pela presença de um filho autista. Tensões a que cada uma das famílias reage de modo diferenciado tentando lidar da melhor forma com a situação, o que depende de muitos fatores.

As especificidades e exigências das crianças com possível quadro de espectro do autismo implicam sucessivas adaptações e reorganizações por parte da família daí que para o desenvolvimento saudável da criança seja fundamental a organização da dinâmica familiar, do meio educacional e do contexto natural da criança (Franco, 2015). O desenvolvimento destas crianças depende igualmente da forma como os pais organizam o meio educacional que as rodeia, na medida em que, embora o grau de dificuldade varie muito de indivíduo para indivíduo este está, em grande parte, dependente da qualidade do trabalho educativo realizado.

As crianças apresentam diversos níveis de dificuldades de comunicação, de relação e de adaptação que lhes afetam o desenvolvimento de modo igualmente diferenciado. Neste quadro de dificuldades evidenciam-se a inadequação comportamental, os problemas na verbalização e a manifestação de estereotípias repetitivas. Trata-se de crianças que requerem um acompanhamento constante por parte de um terapeuta, sendo seguidas no centro pelo grupo PEA.

3. Enquadramento Teórico

Esta secção apresenta a revisão de literatura que foi conduzida no sentido de sustentar teoricamente a abordagem à musicoterapia em contexto de atendimento e intervenção terapêutica numa população com perturbações do espectro do autismo. Elencam-se e mobilizam-se autores de referência do campo do saber da musicoterapia, bem como de outros autores cujos trabalhos de intervenção e investigação se debruçaram sobre a síndrome do autismo e da ampla problemática daí decorrente.

3.1. Musicoterapia

Embora o conhecimento dos efeitos terapêuticos da música e a sua utilização para fins curativos e preventivos sejam milenares, já que o seu rasto percorre toda a antiguidade clássica e se regista nas apreciações de filósofos como Pitágoras, Platão e Aristóteles, o processo da construção da musicoterapia como disciplina é relativamente recente, remontando à modernidade.

De acordo com vários autores (Côrte & Neto, 2009; Hatem, Lira & Matos, 2006; Oliveira & Gomes, 2014) a tarefa esforço de sistematização e cientificidade que a área perseguiu começa a ganhar forma a partir do século XVIII, quando surgem os primeiros artigos sobre os efeitos da música no tratamento de várias doenças e a sua influência sobre a mente humana.

No longo processo de disciplinarização, que trouxe a música do lugar da crença ao campo da saúde contemporânea, a musicoterapia foi chamando a si as principais correntes psicológicas do tempo, como a psicanálise e o Behaviorismo mas também as novas tendências musicais, incorporando referenciais teóricos explicativos, passíveis de sustentar os mecanismos e processos de uma abordagem musical em contexto terapêutico.

Todo este esforço de procura de cientificidade, de sistematização dos saberes de aporte multidisciplinar e de fixação de um referencial teórico próprio ganhou peso e forma ao longo do século passado. Contudo, apesar da essência da musicoterapia se ter vindo a desvelar “postula-se que a musicoterapia é uma área de interseção de várias áreas de conhecimento que se relacionam ao ser humano e à música, num encontro que abarca

arte, ciência e saúde, o que leva à integração e à partilha de conceitos” (Piazetta, 2007: página).

Se este esforço na partilha e integração de saberes colocam a musicoterapia numa zona de fronteira privilegiada, por toda a riqueza informacional e instrumental que daí lhe advêm, não a coloca porém a salvo de riscos e de dificuldades no que concerne à sua definição conceptual.

Estas características, como referem Côrte & Neto, (2009); Oliveira & Gomes, (2014); Piazetta, (2007), in Anjos *et al* (2017) contribuem “significativamente para que problemas de ordem conceitual sejam recorrentes dentro dessa área do conhecimento e para que se torne trabalhosa uma definição satisfatória de Musicoterapia, fazendo desta tarefa um verdadeiro desafio” (p. 229).

Para este desafio Benezon, (1981) avançou com a seguinte definição:

“A Musicoterapia é o campo da medicina que estuda o complexo som-ser, para utilizar o movimento, o som e a música, como o objetivo de abrir canais de comunicação no ser humano, para produzir efeitos terapêuticos, psicoprofiláticos e de reabilitação no mesmo e na sociedade” (Benezon, 1981, p. 11)

Partindo desta definição, cujo fulcro gira em torno do “som-ser”, pode dizer-se que a prática da MT se baseia numa relação terapêutica de confiança a estabelecer entre o cliente e o terapeuta, do ponto de vista social e comunicacional, através da utilização de sons e de música. Esta abordagem tem como pressupostos promover e estabelecer uma comunicação e interação entre o terapeuta, os pacientes e a música, potencializando a possibilidade única que a música contém, e que é a de desenvolver a comunicação não-verbal.

A utilização da música em concordância com recursos e meios de expressão física como o movimento pode assim promover a criatividade e a espontaneidade dos sujeitos envolvidos. Durante o processo terapêutico, a interação entre o paciente e o terapeuta corre através da linguagem musical, como um fio condutor ao longo do processo terapêutico, permitindo assim uma evolução da relação musical e terapêutica a partir do contacto musical estabelecido entre dois seres humanos (Bunt, 2003).

O processo é dirigido com o intuito de criar mudanças, tanto na condição do cliente como na própria forma e conteúdo das sessões, onde o terapeuta ajuda o paciente a acrescentar, manter ou a restaurar um estado de bem-estar utilizando experiências musicais e as relações que se desenvolvem através delas (Bruscia, 1987). Desta forma o processo terapêutico vai sendo construído em diferentes etapas seguindo a seguinte ordem: identificação do problema, objetivos, avaliação, intervenção e finalização (Hazlett, Poe, Gerig, Smith, Provenzale, Ross, Gilmore, Piven, 2005; Pinelli, & Santelli, 2005). O registo do progresso na terapia ocorre através da observação do comportamento no contexto de desenvolvimento da criança. (Gattino, 2015).

Segundo Gattino, (2015), as intervenções musicoterapêuticas têm o propósito geral de melhorar a qualidade de vida do indivíduo. Nesse sentido a MT, a partir da experiência musical partilhada, tem como pressuposto os objetivos terapêuticos estabelecidos, que variam consoante as necessidades específicas de cada indivíduo (Bunt & Stiege, 2014).

Na perspetiva de Benezon (1988), a música corresponde a um processo evolutivo do ser humano, tendo uma ligação especial ao Homem, já que os sons e a música têm uma forte ligação biológica, uma vez que todo o corpo humano funciona a um determinado ritmo, desde o batimento cardíaco, que todo o ser humano conhece ainda dentro do ventre materno, ao som produzido pelos seus passos ao caminhar e à sua própria voz. Daí que todos estes elementos sejam de grande importância para a intervenção de MT.

Para Bruscia, (1998), a MT é uma intervenção que visa uma experiência primordialmente sonora onde o utente se manifesta no processo através da música, dos sons, da voz, do corpo e dos instrumentos musicais. Procurando a prevenção, o desenvolvimento e ou restauração de funções e potenciais do individuo a partir do processo terapêutico. (Treurnicht, Kingsnorth, Lamont, Mckeever, Macarthur, 2011).

Ao longo do seu processo de sistematização a MT elaborou um conjunto significativo de métodos e procedimentos diferenciados passíveis de serem utilizados com as crianças com PEA atendendo às suas características, com maior destaque a musicoterapia improvisacional, ou seja, música é criada de forma espontânea e livre, onde o terapeuta músico cria e sintetiza a sua performance em tempo real (Cook,1990). Esta abordagem é uma das que tem vindo a demonstrar resultados mais eficazes e com um maior

número de registos científicos (Koelewijn, Bronkhorst, Theeuwes, 2010). Na intervenção terapêutica, a improvisação é utilizada como foco de interação (Gomes, Pedroso, Wagner, 2008), passando pelo processo onde o utente faz música livremente a partir da voz, movimentos ou instrumentos musicais (Luck, Toiviainen, Erkkila, Lartillot, Riikkila, Makela, Pyaluoto, Raine, Varkila, Varri, (2008), sem a preocupação do resultado final da sua improvisação.

Numa improvisação ouvir o outro é essencial; a escuta atenta do terapeuta é o que torna possível a sincronização musical, criando assim um espaço de relação em que musicoterapeuta e paciente se sintam seguros e confiantes para integrar e desenvolver potenciais (Erkkila, et. al. (2008).

Segundo Berkowitz & Ansari, (2010), a improvisação caracteriza-se a nível cognitivo como um processo espontâneo de geração, seleção e execução de novas ideias, estando ligada à criatividade, pelo facto de a partir da criação de música, esta explora e experimenta diferentes sons. Estes sons, sendo gerados no seio da intervenção de MT, resultam numa improvisação clínica, onde o utente explora a partir do sonoro e da musicalidade aspetos por descobrir do seu self, tanto em relação a si próprio como em relação aos outros, e de uma forma apropriada, desenvolvendo-se a nível global (Wheeler, 2015).

Segundo Wheeler, (2015), as atividades musicais melhoram os seus recursos de auto percepção, enriquecendo o leque de expressiva a nível de sentimentos e emoções (Wheeler, 2012), simultaneamente com o aumento da comunicação e interação social, a partir da aplicação de jogos de interação social aquando de uma improvisação. Estes contribuem para um aumento da atenção e a imitação, pois consistem nos pilares da comunicação e interação social (Gattino, 2015), melhorando assim a capacidade de resolução de problemas ao envolver o utente em experiências de improvisação musical (Bunt, 1996).

Segundo a literatura o método de improvisação musical é o mais abordado e com maior número de registos voltados para utentes com PEA, pois estes tem demonstrado uma capacidade de resposta inata ao som e à música podendo esta contribuir para a qualidade de vida da pessoa (Wigram & Pedersen, 2002). A improvisação musical

umentando a capacidade de comunicação e a auto expressão, formando uma identidade através de um meio prazeroso e gratificante; a capacidade de intimidade interpessoal e de competências de grupo; a criatividade e a liberdade de expressão, potenciando o poder de decisão que convida à clareza de intenção bem como desenvolver capacidades perceptuais e cognitivas; Ajuda a estabelecer um canal não-verbal de comunicação (e uma ponte para a comunicação verbal), explorando diferentes aspetos do self na relação com o outro (Bruscia, 1998). Deste modo tem-se verificado que a música por si é um meio de crescimento e desenvolvimento (Etkin 1999 citado em (Wigram & Pedersen, 2002).

3.1.1. Musicoterapia Improvisacional

Musicoterapia improvisacional é uma abordagem que utiliza improvisação musical durante as intervenções, refere-se ao fazer musical livre, que requisita exploração e experimentação de sons. A improvisação musical pode ser utilizada de maneira livre ou dirigida. Primeiramente ela será livre quando a criança tiver liberdade para escolher padrões e estruturas musicais ao qual irá percorrer. Em segundo lugar, na dirigida, o terapeuta deverá guiar, apresentando orientações e sugestões musicais para facilitar o processo de criação. Ainda assim, existem inúmeras formas de se fazer música através da improvisação. Do mesmo modo, há também várias técnicas que são utilizadas como simples estratégias. Pois o intuito é provocar uma participação imediata da criança ou para dar forma à experiência. Dessa forma, busca-se motivar o engajamento da criança nas experiências musicais. Dessa forma, utilizando recursos que podem ser instrumentos musicais, quanto de sons diversos de objetos, do corpo e da voz. É notável que a exploração das experiências musicais se dá num espaço onde o musicoterapeuta e a criança sintam-se seguros. Como também confiantes, para melhor interagir, criar e desenvolver potenciais. Desse modo, a improvisação musical motiva o manuseio de instrumentos musicais e a utilização da voz de forma lúdica (Gold, Voracek, Wigram, 2004).

3.1.2. Modelos de Musicoterapia Aplicada a Pessoas com Perturbações do Espectro do Autismo

A musicoterapia, ao longo do processo de constituição do seu campo de saber sistematizou e desenvolveu um conjunto significativo de modelos de intervenção terapêutica. Neste universo, os principais modelos para a sistematização e aprofundamento teórico da musicoterapia aplicada a pessoas com PEA são: o modelo analítico de Mary Priestley, o modelo de musicoterapia criativa de Nordoff-Robbins, o modelo da improvisação livre de Juliete Alvin. Se a música é o elo é comum, são vários os objetivos, os pressupostos e as características que diferenciam os vários métodos, a saber:

- Modelo Analítico de Mary Priestley- Neste modelo a utilização simbólica da música improvisada conjuntamente pelo terapeuta e cliente, à luz das teorias psicanalíticas, tem como objetivo explorar o mundo psíquico interno do cliente bem como o desenvolvimento da relação terapêutica. Nesta abordagem, a música e a improvisação musical são utilizadas como uma ferramenta criativa para promover fundamentalmente o crescimento e o autoconhecimento (insight) do indivíduo, contribuindo para o desenvolvimento da autoestima, da integração social e do fortalecimento da personalidade de crianças e jovens (Priestley, in Wigram & Pedersen, 2002).

As sessões têm início com uma conversa, centrada no Aqui-e-Agora, onde o terapeuta e o cliente contextualizam e identificam um tema a trabalhar na sessão, dando uma possível atribuição de papéis, aceitando o tema como uma inspiração para a improvisação musical que se segue, delineando algumas regras (creating).

Durante a improvisação musical, o tema é explorado de forma não-verbal. O envolvimento do terapeuta na sessão pode variar entre o suporte de apoio, promovendo a criatividade, ou pode ter um papel específico, definido anteriormente. Ou seja, a natureza do envolvimento do terapeuta pode variar consoante as necessidades do utente, a natureza, duração e o número de sessões previstas. O utente pode desejar tocar sozinho para ser escutado com muita atenção pelo musicoterapeuta, pode também solicitar que o musicoterapeuta toque alguma música que o faça sentir

bem, ou que possa ficar a escutar calmamente. Posteriormente às improvisações existe toda uma reflexão verbal baseada na gravação áudio, no sentido de facilitar e sustentar o processamento do trabalho de improvisação explorado durante a sessão.

Uma vez que a música pode contribuir para a expressão do interior do cliente, a improvisação é imprevisível, podendo revelar sons, ritmos e melodias inesperadas que desviam o paciente e o terapeuta do caminho que tinha delineado inicialmente. Desta forma é importante que o musicoterapeuta seja flexível e versátil, tocando diversos instrumentos para ter capacidade de acompanhar o cliente nestes momentos. O objetivo de improvisar é que o cliente consiga manifestar as suas emoções, sonhos, fantasias, experiências físicas, memórias ou situações através da música. (Wigram & Pedersen, 2002). Deste modo, é trabalhado o “EU” do utente a partir do inconsciente, simulando situações reais, explorando o seu ser num todo, as relações, afirmações, celebrações, vivências, momentos de impasse, não-verbalização, vergonha ou defesa.

- Modelo Nordoff -Robbins, ou musicoterapia criativa, consiste na improvisação musical interativa que se instaura entre o paciente e o terapeuta, com diversos instrumentos musicais ou canto. Este modelo recorre essencialmente à música de improvisação interativa, assentando no pressuposto central de que a capacidade de aprender, ordenar e interligar, movimentos tonais e rítmicos é uma característica universal da espécie humana, e que esta permite o contacto entre o self da criança e o outro, apesar das limitações impostas pela patologia, criando uma relação interpessoal.

Nordoff e Robbins defendiam a existência de algo de inato no ser humano no que diz respeito à resposta musical, acreditando que cada pessoa consegue alcançar o seu “músico criança” ou “pessoa musical”. Esta ideia foi muito importante para o desenvolvimento do modelo em questão, já que a música permite aos indivíduos com dificuldades de aprendizagem e distúrbios motores que a vivenciem, a comunicação e a expressão de forma normal e natural, uma vez que é inata ao ser humano (Wigram & Pedersen, 2002).

O conceito música-criança, pressupõe que cada um de nós contenha em si, uma parte embrionária que é musical e se move pela música. Esta parte, que pode ter sido mais ou menos desenvolvida ou, pelo contrário, pode ter sofrido sucessivas camadas de

constrições que a impediram de se desenvolver, ao ser ativada, pode despoletar no indivíduo um potencial desenvolvimento pessoal e social, já que a música contém em si o poder de facilitar a expressão de “Si” e a comunicação entre as pessoas num plano de genuinidade, ajudando a desenvolver o “Verdadeiro Eu” (Nordoff & Robbins, 1977).

A descoberta do músico-criança do e pelo próprio cliente integra-se num processo que implica uma expansão dos limites da consciência estimulando o autoconhecimento através da música.

O déficit da criança reflete-se no seu comportamento musical, ou seja, as próprias características são uma forma de comunicar, permitindo-lhe organizar as suas capacidades recetivas, cognitivas e expressivas, através da música (Wheeler, 2015). Nesta perspetiva, o objetivo do musicoterapeuta não é o de eliminar sintomas mas sim trabalhar com eles, deixá-los evoluir como representantes do ponto de desenvolvimento interno do paciente.

A busca da própria criança pelo “Músico-Criança” que há em si começa com o encontro/contacto sonoro em total aceitação da criança e da sua produção musical (Hanson-Abromeit, 2015). Dessa forma, a música ocupa um lugar absolutamente central nos encontros terapeuta-paciente e as respostas sonoras da criança constituem a base para a análise do seu comportamento e do planeamento da ação do terapeuta criando uma relação entre utente e Musicoterapeuta que permite dar início a um processo de envolvimento significativo pessoal que deve ser apoiado de forma criativa e responsável (Nordoff & Robbins, 2007).

De acordo com os autores deste modelo, as sessões pressupõem a existência de um musicoterapeuta e um coterapeuta, assumindo cada um, funções distintas e complementares. Uma ideia que os autores sustentam na sua própria experiência onde Paul Nordoff passava toda a sessão a tocar piano e Clive Robbins a facilitar o processo com o paciente. Deste modo a música é colocada no centro da experiência e as respostas musicais provenientes do material sonoro fornecido pelo paciente, funcionavam como reforço positivo em relação à sua resposta aos estímulos dados pelo terapeuta (Nordoff & Robbins, 1977). Operando dois terapeutas numa mesma sessão, um poderá ficar num instrumento harmónico, dando suporte sonoro, enquanto o outro auxilia o paciente

incentiva-o a tocar instrumentos musicais e a utilizar a sua voz (Wigram & Pedersen, 2002).

Segundo o método de Nordoff & Robbins, o estímulo de improviso musical deve ser livre e flexível, emergindo do estímulo lançado pelo paciente. Desta forma, os musicoterapeutas promovem uma moldura musical com um ritmo claro e pulsação constante, com uma base harmónica que permite cantar sobre o que o paciente está a fazer durante a sessão, bem como sobre outras experiências da sua vida, de modo a que todas as expressões sonoras do paciente sejam encorajadas e integradas numa mesma moldura musical.

Uma vez que fazer música é o primeiro foco da sessão, e sendo esta um processo lento e com muitas adaptações, vai permitir que a criança descubra progressivamente a sua musicalidade individual, sempre com o pressuposto terapêutico que procura promover as suas capacidades a nível relacional (com a música e com o terapeuta), perceptivo, de memória, de reconhecimento de padrões e da sua autoconfiança. Nordoff & Robbins (2007) consideram o desenvolvimento das capacidades acima referidas como elemento central da organização da personalidade, na medida em que surge espontaneamente. Ou seja, a música por si é um meio de crescimento e desenvolvimento que fundamenta este método, assim como a crença de que cada pessoa independentemente da sua deficiência, problema de saúde, distúrbio ou trauma tem capacidade de resposta inata ao som e à música podendo esta contribuir para a qualidade de vida da pessoa. (Etkin 1999 citado em (Wigram & Pedersen, 2002).

Ao longo do processo, a música e a relação terapêutica vão sendo desenvolvidas em paralelo com os progressos a nível do diálogo e das aptidões musicais, iniciando assim um processo de afirmação emocional, de auto-consciência e de auto integração sensorial da criança. A referida relação com a música e com o terapeuta recria outros episódios no domínio não-musical que a criança enfrenta ou irá enfrentar (Jones, Gliga, Bedford, Charman, & Johnson (2014). Deste modo, a musicoterapia vai permitir à criança, através da improvisação desenvolver a auto-expressão, a comunicação e a relação humana, no intuito de construir personalidades mais fortes e ricas, descartando padrões comportamentais patológicos (Bruscia, 1998).

Nordoff e Robbins (1997) baseiam o seu método na ocorrência de três fases processuais que surgem de forma espontânea por parte do cliente criando uma relação dinâmica e musical, tornando possível contornar e ou melhorar as diversas incapacidades do indivíduo com PEA ao nível relacional, comunicacional, social, de auto-realização e desenvolvimento pessoal

As três fases processuais desenvolvem-se do seguinte modo: numa primeira fase, o musicoterapeuta conhece o cliente musicalmente; numa segunda, a evocação de respostas musicais surge por parte do cliente; e numa última fase, o terapeuta considera tratar do desenvolvimento de aptidões musicais que vão possibilitar a liberdade expressiva do cliente (Bruscia, 1988).

-Modelo Alvin- Este modelo, da britânica Juliete Alvin, foi designado por musicoterapia de livre improvisação. Permite ao utente interagir musicalmente de forma livre, tem como foco a escuta e produção musical e usa todos os estilos musicais bem como sons não musicais e música não escrita. Nesta abordagem, a improvisação livre não tem como base qualquer formação musical, nem o musicoterapeuta impõe qualquer tipo de regra durante a improvisação, a não ser que o paciente a solicite. Ao utente, é igualmente dada a liberdade de estabelecer o ritmo, pulsação, escala e a harmonia que pretender.

Segundo Wigram & Pedersen, (2002), este conceito de relação terapêutica prende-se com a partilha de experiências musicais em que o musicoterapeuta e o paciente estão ao mesmo nível, existindo por isso igual controlo da situação musical.

-O modelo Benezon- consiste no uso da música de forma livre a partir da interação não-verbal com uma abordagem humanista. Tem como conceitos base os princípios do (ISO), ou seja, um conjunto de energias formadas por sons, movimentos e silêncios, que caracteriza e diferencia cada indivíduo na sua originalidade. Partindo do complexo som – ser humano / humano - som, um círculo que começa por um estímulo e termina por produzir um outro que, por sua vez esquecerá sucessivamente outro estímulo, criando uma identidade sonora (ISO).

Esta identidade caracteriza cada ser humano, ou seja, a partir deste complexo o musicoterapeuta e o utente irá construir um processo histórico entre eles, criando uma relação, permitindo uma abertura de novos canais de comunicação.

O princípio de Iso é um conceito totalmente dinâmico que presume a noção de existência de um som, ou um conjunto de sons ou fenómenos acústicos e de movimentos internos, que caracterizam ou individualizam cada ser humano. Benenson (1988), divide o ISO por secções sendo estas: o ISO gestáltico – o todo único individual; o ISO universal – sonoridades universais e arquetípicas; o ISO cultural – sonoridades da cultura em que o indivíduo se insere; o ISO complementar – sonoridades de um dado momento ou estado psicológico; o ISO interactivo – a sonoridade de uma dada relação interpessoal; o ISO familiar – a sonoridade e energias do grupo familiar; o ISO grupal – a sonoridade de um determinado grupo; e o ISO ambiental – sonoridades que caracterizam o meio e a sua relação como o indivíduo. Deste modo, para produzir um canal de comunicação entre o terapeuta e o paciente é necessário que coincidam o tempo mental do paciente com o tempo sonoro e musical expresso pelo terapeuta.

- Modelo Orff - Neste modelo, desenvolvido por Gertrud Orff, a improvisação é igualmente o fator principal, propondo-se com ela, atender melhor às necessidades individuais do utente, propiciar o desenvolvimento global, o desenvolvimento da personalidade e a situação familiar da criança. Porém, a improvisação não é totalmente livre, fornecendo uma estrutura por meio do som e do silêncio. Fazendo acontecer música de forma espontânea, fornece-se à criança um estímulo criativo.

Segundo Gattino, (2015) este modelo assenta na interação responsiva, ou seja, na aceitação e respeito pelas ideias e iniciativas da criança e nas formas de interagir com ela ao seu nível. Como refere o autor, estas interações permitem ao terapeuta, de forma flexível, adaptar os seus procedimentos para corresponder ao nível de desenvolvimento da criança e, ao mesmo tempo, apoiá-la na aquisição de novos níveis de competências. Por outro lado, e como refere Orff, (1980), o terapeuta constitui em si mesmo, uma provocação quando surgem dificuldades em ação ou interação por parte da criança, convocando novas ideias e impulsos para a situação terapêutica. Em tais situações o terapeuta adapta o seu suporte para satisfazer as necessidades da criança e para a envolver ativamente na aquisição de novas competências. Ainda segundo o mesmo autor, “o progresso na terapia ocorre pela observação do comportamento no contexto de desenvolvimento da criança e por meio de exames de acompanhamento por parte da pediatria e do psicólogo do desenvolvimento”. Ambas as formas de avaliação são necessárias para que, a partir das indicações e dos objetivos individuais do utente, o musicoterapeuta possa tratar a criança no processo terapêutico”. (Gattino, 2015,p.55).

3.2. Perturbações no Espectro do Autismo

Em 2013 foi publicada a quinta edição do manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais (DSM - V), no qual se classifica a perturbação no espectro do autismo (PEA) como uma perturbação do desenvolvimento neurológico que se resultam de disfunções multifatoriais no desenvolvimento do sistema nervoso central (descrição do autismo, *Barthélemy, C., Fuentes, J., Van der Gaag, R., Visconti, P.* (2000). Baseia-se num conjunto de critérios comportamentais, distribuídos em 3 áreas principais: a dificuldade na interação social, défices nas competências de comunicação, bem como a presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento.

3.2.1. Critérios de Diagnóstico do DSM-V para perturbações do espectro do autismo

Tabela 1: Critérios de diagnóstico PEA

A. Um dos seis (ou mais) itens de (1) (2) e (3), com pelo menos dois de (1), e um de (2) e de (3):

1. Déficit qualitativo na interação social em múltiplos contextos manifestados pelas seguintes características

a) Acentuado déficit no uso de múltiplos comportamentos não-verbais, tais como contacto ocular, expressão facial, postura corporal e gestos regulares de interesse social;

b) Incapacidade para desenvolver relações com os pares;

c) Ausência da tendência espontânea para partilhar com os outros prazeres, interesses ou objetivos (por ex. não mostrar, trazer, ou indicar objetos de interesse);

d) Falta de reciprocidade social ou emocional.

1. Déficit qualitativo na comunicação manifestados pelas seguintes características:

a) Atraso ou ausência total de desenvolvimento de linguagem oral (não acompanhamento de tentativas para compensar através de modos alternativos de comunicação, tais como gestos ou mímica);

b) Uso de estereotipias ou repetitivos de linguagem ou linguagem idiossincrática);

c) Ausência de jogos realistas espontâneo, variado ou jogo social imitativo adequado ao nível de desenvolvimento.

2. Padrões de comportamento, interesses e atividades restritivos, repetitivos e estereotipados, que se manifestam através das seguintes características

a) Preocupação absorvente por um ou mais padrões estereotipados e restritivos de interesses que resultam anormais, quer na intensidade quer no seu objetivo;

b) Adesão, aparentemente inflexível, a rotinas ou rituais específicos, não funcionais;

c) Maneirismos motores estereotipados e repetitivos (por ex. sacudir ou rodar as mãos ou os dedos, ou movimentos complexos de todo o corpo);

d) Preocupação persistente por parte dos objetos

B. Atraso no funcionamento anormal em pelo menos uma das seguintes áreas, com início antes dos 3 anos de idade:

1) Interação social;

2) Linguagem usada na comunicação social;

3) Jogo imaginativo simbólico

Os sintomas devem estar presentes precocemente no período do desenvolvimento, mas podem não se tornar plenamente manifestos até que as demandas sociais excedam as capacidades limitadas ou podem ser mascarados por estratégias aprendidas mais tarde na vida. Esses sinais causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo no presente, e não são melhor explicados por prejuízos da inteligência ou por atraso global do desenvolvimento.

3.2.2. Níveis de gravidade

Interação/comunicação social: Nível 1 (necessita suporte): Prejuízo notado sem suporte; dificuldade em iniciar interações sociais, respostas atípicas ou não sucedidas para abertura social; interesse diminuído nas interações sociais; falência na conversação; tentativas de fazer amigos de forma estranha e malsucedida. Nível 2 (necessita de suporte substancial): Déficits marcados na conversação; prejuízos aparentes mesmo com suporte; iniciação limitadas nas interações sociais; resposta anormal/reduzida a aberturas sociais. Nível 3 (necessita de suporte muito substancial): Prejuízos graves no funcionamento; iniciação de interações sociais muito limitadas; resposta mínima a aberturas sociais.

Comportamento restritivo/repetitivo: Nível 1 (necessita suporte): Comportamento interfere significativamente com a função; dificuldade para trocar de atividades; independência limitada por problemas com organização e planeamento. Nível 2 (necessita de suporte substancial): Comportamentos suficientemente frequentes, sendo óbvios para observadores casuais; comportamento interfere com função numa grande variedade de ambientes; aflição e/ou dificuldade para mudar o foco ou ação.

Nível 3 (necessita de suporte muito substancial): Comportamento interfere marcadamente com função em todas as esferas; dificuldade extrema de lidar com mudanças; grande aflição/dificuldade de mudar o foco ou ação.

Estes critérios manifestam-se de diferentes maneiras e em graus diferentes. Desta forma, as intervenções médicas e terapêuticas com os indivíduos com perturbações do espectro do autismo têm como objetivo estimular e desenvolver os défices específicos de cada indivíduo para que possa usufruir de uma vida autónoma e com bem-estar físico e psicológico. (American Psychiatric Association, 2013).

3.3. Características da criança com PEA

As crianças com PEA apresentam atrasos, nomeadamente um défice específico em três áreas que segundo Wing, (1976) são a imaginação, socialização (Jones, Gliga, Bedford, Charman & Johnson, 2014), e comunicação (Kaat & Lecavalie, 2013).

Estes indivíduos demonstram um tronco comum de áreas afetadas apesar de se encontrar graus de afetação diferentes em cada um dos indivíduos, quer em termos cognitivos, quer em termos da já referida tríade (Marques, 2000). O grau de afetação vai depender da incapacidade de desenvolver relacionamentos com os seus pares (Scheuermann & Webber, 2002). Pois o desenvolvimento da comunicação é heterogêneo, assim como as manifestações da condição do indivíduo (Prelock, Nelson, 2012).

Paul, R., Campbell, D., Gilbert, K., Tsiouri, I. (2013). as dificuldades de comunicação incluem problemas para expressar ou compreender gestos, sons ou palavras e estas crianças tem dificuldade em adquirir linguagem verbal. Não existindo linguagem verbal estes utentes demonstram um prejuízo expresso pela ausência de interação por meio de sons ou gestos (Ferrari, 2013). Quando apresentam algum tipo de sonoridade vocal, é maioritariamente através de ecolalia e/ou de palavras fora do contexto, sem intenção de comunicar e, no caso de ecolalia, pode ser simples repetição de algo apreendido externamente. No referido contexto, os défices na comunicação

verbal da criança turvam e bloqueiam a intencionalidade das suas interações com o meio que o rodeia (Sicile-Kira, 2014).

A comunicação é considerada como sendo uma das capacidades mais básicas e necessárias do indivíduo, demonstrando muitas vezes dificuldades, apesar de ser diferentes formas e a diversos níveis de intensidade, défices no contato visual, na linguagem corporal, desconforto na proximidade física do outro, desadequação no uso de gestos e falta de expressões faciais, entre outros (Williams, Keonig & Scahill 2006).

Redcay, E., Dodell-Feder D., Mavros P.L., Kleiner, M., Pearrow, M. J., Triantafyllou, C., Gabrieli, J. D., Saxe, R. (2013) acredita que a interação conjunta é a peça fundamental para o desenvolvimento da linguagem verbal e conseqüente a interação social, devido da comunicação não-verbal ser considerada um dos principais agentes reguladores na típica interação social. Deste modo procura-se desenvolver sua aptidão comunicacional, verbal ou não-verbal (Kaat & Lecavalie, 2013), pois esta está intimamente relacionada com a dimensão social. Uma vez que a criança com PEA tem, para além dos já referidos défices comunicativos, dificuldades na escolha dos momentos adequados para comunicar, é criado em seu redor um ambiente de incompreensão e de alienação (Eren, 2014).

3.3.1. Comportamentos restritivos e/ou repetitivos

No domínio do comportamento encontra-se uma rigidez a rotinas e a padrões ritualizados e estereotipados de ação como exemplos de condicionamentos a ultrapassar (ou modular) em diferentes contextos terapêuticos (Edgerton, 1994).

As crianças com PEA demonstram um défice na capacidade de interpretar e a manifestação do pensamento e sentimento do outro está em défice, os indivíduos com perturbações do espectro do autismo têm possibilidades limitadas de antecipar o que pode acontecer e em lidar com acontecimentos. A falta de imaginação e de espontaneidade leva a criança a realizar sempre os mesmos comportamentos (bater, rodopiar ou girar) com o intuito de se auto estimular, criando um padrão rígido de comportamentos (Thelen, 1979).

Os padrões comportamentais são muitas vezes repetitivos e rotineiros, onde a criança pode desenvolver e revelar ligação a objetos não usuais, são comuns os

movimentos estereotipados e repetitivos. A criança com PEA demonstra resistência à mudança, pequenas mudanças no ambiente podem causar uma angústia profunda e alteração nos comportamentos da mesma. Muitos destes indivíduos desenvolvem interesses específicos ou preocupações por determinados temas e podem ainda apresentar uma sensibilidade alterada aos estímulos tácteis, auditivos e visuais. (Frith, 2003). Estes comportamentos são episódios que refletem uma clara ausência de aplicação prática de pensamento dirigido e, também, denunciam incapacidade na construção de objetivos concretos e/ou propósitos de carácter relacional e social por parte da criança com PEA (Eren, 2014). Deste modo, o percurso de crescimento emocional da criança com PEA é, desde o início, complicado e confuso; o seu quotidiano está repleto de dificuldades funcionais, comunicacionais e de interação social, que o indivíduo é incapaz de solucionar ou corresponder de forma eficaz (Schwartzberg & Silverman, 2014). Desta forma, demonstram uma incapacidade de desenvolver relacionamentos com seus pares, a ausência de interesses ou vivências, bem como a falta de reciprocidade social ou emocional conduzem a criança, e também o adulto, com PEA a um isolamento relacional e a uma extrema solidão no seu quotidiano, para além dos condicionamentos da sua patologia (Tamtam, 2003).

As principais características desta patologia são: movimentos repetitivos e estereotipados; dificuldade em descodificar expressões ou emoções (próprias ou no outro); comportamentos compulsivos; resistência à mudança; dificuldade em expressar as suas necessidades e emoções; hiperatividade ou extrema passividade; comportamentos auto e hétero-agressivos; choros e risos sem fundamento aparente; necessidade de auto estimulação; linguagem não-verbal; ecolalia; discurso na segunda ou na terceira pessoa. (Ferreira, 2011)

3.4. Musicoterapia em crianças com PEA

As pesquisas demonstraram que a musicoterapia aplicada em indivíduos com PEA tem resultados comprovados nas áreas da comunicação, comportamento social, no desenvolvimento intelectual e regulação corporal (Gold e Wigram, 2006; Guerrero e Turry, 2012; Kim, Wigram e Gold, 2009; Nordoff e Robbins, 2007; Trevarthen *et. al.* 1998;

Wigram, 2002) mais especificamente no da atenção conjunta, imitação (Trevarthen, *et. al.* 1998), do comportamento e da criatividade, promovendo o autoconceito e a autoestima. (Wigram, Pederson & Bonde, 2002). A intervenção de MT pode contribuir para remover obstáculos de comunicação e satisfazer algumas das necessidades especiais de cada utente, contribuindo assim para o desenvolvimento destes de forma integrada (Bunt, 1996). Algumas das necessidades referidas incluem comportamentos sociais inapropriados que contribuem para a dificuldade de socialização, incapacidade de seguir ordens, dificuldade em regular o nível da voz e a utilização de comportamentos repetitivos e de autoestimulação. Campbell e Doman (2012) revelam que a relação que os indivíduos com perturbações do espectro do autismo criam com a música é especial, permitindo que a MT estabeleça um novo meio de comunicação e crie um envolvimento com a música durante períodos de tempo mais longos do que indivíduos da mesma idade sem PEA, desta forma a música pode contribuir para trabalhar a capacidade de atenção dirigida (Simpson, 2013).

Segundo a literatura, a música improvisada pode aumentar os comportamentos de resposta social pois permite iniciar uma espécie de diálogo entre o paciente e o musicoterapeuta gerando uma comunicação musical não-verbal recíproca e diminuindo as dificuldades que o primeiro tem em socializar e comunicar. Uma vez que esta comunicação tem lugar o contacto visual e os movimentos imitativos são encorajados, promovendo a criatividade e as respostas interativas através da criação de sons e melodias (De Vries, 2015). É assim possível para a criança, através do som (musical ou não) que produz, dar a conhecer ao adulto o seu estado emocional e as suas intenções de uma forma apropriada e organizada (Bunt & Stiege, 2014). A música como ferramenta, através de melodias e palavras com ritmo. (e.g.) através das músicas preferidas de alguém, torna-se um alicerce da comunicação verbal e do trabalho desenvolvido ao nível do vocabulário e da participação na aprendizagem da linguagem (Farrel, 2008).

Segundo Alvin & Warwick (1991), Brown (1994) e Fisher (1991) as crianças com PEA demonstram interesse por música, reagindo de forma positiva a estímulos sonoro-musicais e desenvolvendo uma musicalidade própria ao longo do processo terapêutico (Applebaum, Egel, Koegel & Imhoff, 1979, Bonnel, *et. al.* 2003; O'Brian, *et. al.* 2003,). A

partir da música a criança pode expressar as suas emoções, desenvolvendo as faculdades ao nível social e emocional, já que a primeira tem a capacidade de provocar emoções aos seus ouvintes e praticantes através do ritmo, altura das notas, tempo e intensidade. Sejam elas emoções de felicidade, entusiasmo, tristeza, raiva ou medo. Esse interesse pela música fornece aos utentes um veículo de expressão emocional e de compreensão do indivíduo (De Vries, 2015).

Benezon (1988) defende que o ser humano é um todo, constituído por corpo, mente, psique, alma, matéria e espírito, nós e as nossas circunstâncias, daí a extrema importância de conhecer, aceitar e compreender os fatores ambientais e pessoais da criança, tais como a sua história, a sua cultura, a sua personalidade, o seu ego e qualquer outra característica específica do seu padrão comportamental, bem como o seu gosto musical (Schneck e Berger, 2006). Deste modo a musicoterapia pode representar uma oportunidade de envolvimento com o outro e aumento do bem-estar físico e emocional dos indivíduos (Lagasse, 2014; De Vries, 2015). Segundo Benenzon (2000), a musicoterapia é um tipo de intervenção de psicoterapia que utiliza instrumentos de som, música e música-som para estabelecer uma relação entre o musicoterapeuta e o paciente, permitindo que as pessoas comuniquem e expressem os seus sentimentos. Além disso pode diminuir os défices relativos à comunicação verbal e não-verbal, auto regulação emocional e social, atenção conjunta, capacidade na seleção de estímulos externos (Lagasse, 2014), e desenvolver comportamentos socialmente adaptados, ferramentas sociais, entendimento, expressões emocionais e encorajar o contacto ocular (De Vries, 2015).

3.4.1. Processamento auditivo-musical no Autismo

Segundo Marques, (2000), o autismo resulta de uma perturbação de determinadas áreas do sistema nervoso central, em que existem várias alterações neurológicas que afetam a linguagem, o desenvolvimento cognitivo e intelectual e a capacidade de estabelecer relações (Filho, B. J., Lowenthal, 2013; Nunes, 2013; Schimidt, 2013). As alterações acima podem estar diretamente relacionadas com efeitos neuroanatômicos, neurofisiológicos e neuro-químicos, comuns a esses indivíduos

(Gattino, 2015), nos quais os sintomas e mutações genéticas são resultado de alguma falha de comunicação entre regiões do cérebro.

Têm surgido estudos que ajudam a compreender a base neurológica do Autismo, ou seja, a localização e identificação da área do cérebro afetado, tendo sido identificado um grande número de malformações do neocórtex, gânglios basais, que afetam o comportamento sócio-emocional, assim como o sistema sensorial e motor, que dão origem a defeitos linguísticos (Marques, 2000).

O crescimento cerebral precoce pode resultar em algumas áreas do cérebro serem maiores do que outras. Dessa forma, o indivíduo pode apresentar um grande desenvolvimento de áreas do lobo temporal e frontal, como ocorre em muitos indivíduos com Autismo (Ecker, Suckling, Deoni, Lombardo, Bullmore, Baron-Cohen, Catani, Jezzard, Barnes, Bailey, Williams, Murphy, 2012). Existem ainda algumas diferenças anatómicas em regiões específicas do sistema nervoso central como o cerebelo, o complexo amígdala-hipocampo, as áreas de Broca e Wernicke, o córtex orbito-frontal e o núcleo caudado (Wan, Schalausg, 2010).

As alterações do cerebelo envolvem tanto funções cognitivas como funções socio-emocionais do indivíduo (Fornazzari, L., Fischer, C. E., Ringer, L., Schweizer, T. A. (2012); Fatemi, *et. al.* 2012). Anomalias nas áreas de Broca (lobo frontal) e Wernicke (lobo temporal) têm sido relacionadas com dificuldades de linguagem (tanto verbal como não-verbal) (Travers, *et. al.*, 2012). Alterações no complexo amígdala-hipocampo têm sido relacionadas com prejuízos sócio-emocionais. Anormalidades no córtex orbito-frontal e o núcleo caudado estão diretamente relacionadas com os comportamentos repetitivos e estereotipados e prejuízos sócio-emocionais (Travers, *et. al.*, 2012) e ao mesmo tempo, com o processamento musical. O córtex orbito-frontal é um dos centros de processamento musical e é responsável por respostas mais complexas relacionadas com a música, no que diz respeito à compreensão das suas estruturas (harmonia, melodia), à atribuição de significado metafórico e relação direta com a sensação de prazer pela expectativa (Gattino, 2015).

A região do núcleo caudado, localizada nos gânglios da base, está diretamente relacionada com a libertação dos neurotransmissores como a dopamina que ocorre

quando a pessoa sente prazer ao escutar música. Portanto, o estímulo musical pode ser usado para estimular habilidades socio-emocionais e diminuir comportamentos repetitivos e estereotipados, justamente por sobrepor áreas responsáveis por essas funções (Gattino, 2009; Lai, *et. al.* 2012).

A percepção de sentimentos em expressões faciais é um dos grandes desafios para crianças com PEA (Peterson, *et. al.* 2012). O conteúdo emotivo dessas expressões torna-se muitas vezes impercetível para estes indivíduos, sendo mais fácil e mais claro compreender e transmitir os sentimentos a partir do contexto musical do que na visualização de expressões faciais (Bhatara, Quintin, Levy, Bellugi, Fombonne, Levitin, 2010). O mesmo pode ser dito para a expressão de sentimentos. Muitas vezes as pessoas com PEA têm dificuldade em se expressar através de gestos, expressões faciais ou da linguagem verbal (Peterson, *et. al.* 2012). No contexto musical há uma manifestação de emoções mais evidente que permite muitas vezes que a música seja um facilitador de comunicação para estes indivíduos (Quintin, Bhatara, Poissant, Fombonne, Levitin, 2011).

Os fatores descritos acima evidenciam ainda mais a possibilidade do uso da música para fins terapêuticos, como já realizado e evidenciado pelos estudos da musicoterapia (Kim, *et. al.* 2008; Gattino, *et. al.* 2011). Deste modo, a utilização da música em MT em crianças com Autismo baseia-se na observação da influência que a música tem no indivíduo, a qual provoca uma série de respostas específicas que se expressam nas áreas de manifestação do comportamento: sensório-motor, afetivo-emocional, cognitivo-comportamental, socio-comunicacional e a musical.

Diversos estudos têm vindo a mencionar os elementos estruturais que a música possui, e que o cérebro humano converte em estímulos passíveis de serem identificados no comportamento do Homem (Lai, *et. al.* 2012). A combinação das qualidades do som (intensidade, duração, altura e timbre) e dos elementos constituintes da música (ritmo, melodia, harmonia, dinâmica e instrumentação) (Kolevzon, *et. al.* 2006; Pinelli, & Santelli, 2005; Pioggia, *et. al.* 2005) resulta num produto musical específico que, conseqüentemente, resulta numa resposta fisiológica (frequência cardíaca, frequência respiratória), neurológica (excitação das diferentes áreas do córtex cerebral, sistema do límbico, cerebelo, sistema nervoso autónomo) ou psico-emocionais (atenção,

motivação, memória, participação em atividades, grau de comunicação). Estes resultados mostram a existência de uma série de características musicais gerais que determinam os diferentes estímulos musicais, que o musicoterapeuta procura analisar para melhor compreender o indivíduo (Pinelli, & Santelli, 2005).

A música tem vindo a demonstrar uma capacidade distinta de alterar potencialmente a estrutura e a conectividade funcional do córtex (Altenmüller & Schlaug, 2015) permitindo assim uma maior integração multissensorial entre domínios corticais e subcorticais nos estágios iniciais de desenvolvimento, cuja ausência é amplamente postulada como sendo o núcleo subjacente à neurofisiologia da criança com PEA (Reschke-Hernandez, 2011). A música atua e estimula no cérebro exatamente onde portador de autismo tem dificuldades, podendo trabalhar de forma adequada e ampliar os seus potenciais. Cada um é único e especial, por isso cabe ao musicoterapeuta ir ao encontro das necessidades dos indivíduos, aproveitando a elevada noção de musicalidade que se estende até à idade adulta e a capacidade de interpretar e responder às emoções que eles próprios transmitem através música mesmo quando incapazes de o fazer através da fala. (Heaton, 2009).

A intervenção de MT utiliza a música como abordagem terapêutica causando um efeito único nos indivíduos com autismo e podendo melhorar a qualidade de vida e a interação dos mesmos (Wieland, Manheimer, & Berman, 2011).

Num estudo feito com crianças com PEA entre os 2 e 9 anos de idade Gold, Wigram e Elefant (2006) mostraram que a musicoterapia tem efeitos positivos na comunicação verbal, não-verbal e gestual dessas crianças. Elefant, Mössler e Gold (2014) acrescentaram que a musicoterapia não melhora apenas a interação social e as habilidades verbais e não-verbais, mas também a qualidade das relações entre pais e filhos.

3.5. Setting musicoterapêutico

A musicoterapia possibilita um enquadramento não-verbal através do qual as pequenas diferenças de comportamento se tornam evidentes nos processos intra ou interpessoais em crianças com autismo, desenvolvendo funções e potenciais do indivíduo a partir do processo terapêutico (Treurnicht, *et. al.* 2011). Neste processo o utente manifesta-se através da música, dos sons, da voz, do corpo e dos instrumentos musicais (Porter, *et. al.* 2012)

O musicoterapeuta recebe o utente, avalia e planeia as sessões, criando objetivos (Kolevzon, *et. al.* 2006; Olano, Pinelli, & Santelli, 2005), intervindo de forma direta e indireta (Kim, *et. al.* 2008). Na forma direta, o terapeuta irá definir as atividades da sessão e os momentos dessas atividades. Na forma indireta, o musicoterapeuta aguarda a iniciativa do utente para então definir as suas ações e intervenções, indo ao encontro das necessidades dos utentes e podendo ser utilizadas as duas abordagens na mesma sessão (Kim, *et. al.* 2008).

As atividades mais utilizadas em musicoterapia incluem cantar e tocar instrumentos musicais (Mossler, *et. al.* 2011; Treurnicht, *et. al.* 2011). Sempre na óptica das principais problemáticas atendidas em MT entre elas, a perturbação da reciprocidade, a produção vocal estereotipada com elementos rítmicos e de inflexão melódica, a atração particular ao mundo sonoro-musical, a hipersensibilidade sonoro-musical, a adesão a atividades sensório-motoras que integrem o som e o movimento e o aumento da atenção e orientação. Intervindo assim nas áreas de Desenvolvimento da Relação e da Comunicação, de Desenvolvimento Socio-Emocional, de Desenvolvimento Cognitivo e de Desenvolvimento Sensório-Motor (Robb & Carpenter, 2009; Schmid & Ostermann, 2010; Treurnicht, *et. al.* 2011).

O processo terapêutico está dividido em três fases (Gattino, 2009). Todas as atividades realizadas nas diferentes fases procuram inicialmente o interesse espontâneo da criança, partindo-se, em seguida, para um convite verbal e por último a apresentação de uma ideia por parte do musicoterapeuta. O setting terapêutico é adaptado à atividade que se vai realizar, podendo ser organizado e os instrumentos recolhidos com o auxílio da criança.

A intervenção desenvolve-se em várias fases como se descreve de seguida:

- **Avaliação inicial:** Nesta fase são recolhidas informações em entrevistas, realizadas com o paciente ou com familiares, em registos do paciente (avaliação de outros profissionais, exames) ou recorrendo a instrumentos de avaliação de MT (Gattino, 2011). É também feito um levantamento de referências de material da história sonora-musical do paciente (ISO) (material sonoro-musical do quotidiano da criança como os sons e músicas familiares do ambiente familiar; reportório musical, rimas, anúncios televisivos, entre outros. (Benezon, 2000). Nesta fase o musicoterapeuta está interessado na análise de vários aspetos, entre eles: a relação global da pessoa com a música, história clínica, história de vida do paciente e as características musicais da pessoa (o que consegue ou não fazer). Esta fase pode durar de três a oito sessões. A avaliação inicial é usada também para estabelecer os objetivos terapêuticos e verificar possíveis experiências musicais que podem ser usadas no processo (Gattino, 2011, 2015; Wigram, Gold, 2006)

- **Avaliação durante o processo terapêutico:** O musicoterapeuta pode aproveitar para verificar se está a obter os resultados pretendidos ao observar:

- O comportamento da criança no setting da musicoterapia, e.g. manuseamento dos instrumentos musicais e a interação da criança com o terapeuta;
- As respostas ao distanciamento do terapeuta;
- As reações dos níveis de sensibilidade à intensidade e timbre da estimulação sonora (hiperacúsia ou hipoacusia aos sons);
- As reações ao envolvimento musical estruturado ou livre;
- As atitudes da criança face a uma intervenção de imitação do terapeuta (avaliar a capacidade de aderência a experiências de mutualidade e espelhamento);
- As competências de comunicação verbal, vocal e gestual bem como os níveis de produção e compreensão do discurso verbal (Wosch, Wigram, 2007, Bruscia, 2000).

Nesta fase do processo onde o paciente interage com as quatro ferramentas básicas (sons, voz, música, corpo e instrumentos musicais) o musicoterapeuta estabelecerá uma relação de apoio e escuta integral, realizando intervenções de acordo com a interação apresentada pelo primeiro (Bruscia, 1987).

Avaliação final: Nesta etapa o musicoterapeuta irá avaliar, usando escalas e observações descritivas, se houve ou não modificação da problemática do utente em relação às avaliações iniciais (Gattino, 2015).

Wigram (1991, 1992, 1995) chama a atenção para os seguintes objetivos dos métodos de avaliação da musicoterapia: avaliar a natureza da perturbação através da música, contribuindo para o diagnóstico diferencial; identificar a capacidade de resposta da criança; realçar as defesas da resposta (natureza da resistência); observar as respostas positivas e negativas e, por último, identificar a abordagem terapêutica mais apropriada e avaliar os seus benefícios.

Existem vários instrumentos de avaliação, como testes, escalas, questionários (Pasquali, 2010) e métodos, como a contabilização dos comportamentos e a análise de fenômenos no setting terapêutico (Wosch, Wigram, 2007), são ferramentas de avaliação que variam entre si, contudo o foco é o mesmo, recolher informação do utente. Independentemente do instrumento ou do método de avaliação, a sua aplicação está dividida nas seguintes fases: o planeamento da avaliação, aplicação das atividades para avaliação (estruturadas ou não), registo das informações (em áudio, vídeo ou texto), transcrição das informações, análise de dados (análise quantitativa ou qualitativa) e conclusões da avaliação (Gattino, 2012).

4. História dos principais modelos da musicoterapia aplica ao autismo

A MT tem sido aplicada com pessoas com PEA desde da década de 1940, contudo existem registos dessa fase inicial (Davis e Gfeller, 2008). Desde então foram criadas associações, confederações, escritos artigos e livros e feito congressos relacionados com a musicoterapia. Em seguida serão descritos alguns dos marcos importantes para a

criação e reconhecimento de modelos de intervenção relacionados com a MT aplicada ao autismo.

As associações como *National Association of Music Therapy* (NAMT) nos EUA na década de 1950, e a *Society of Music Therapy and Remedial Music*, no Reino Unido, em 1958, nome que foi alterado para *British Society of Music Therapy*, foram duas associações fulcrais na sistematização e na difusão da prática clínica da MT aplicada a pessoas com PEA (Gattino, 2015). Em 1985 foi criada a Federação Mundial de Musicoterapia e em 1989 surge a Confederação Europeia de Musicoterapia. Com a criação das confederações surgiu assim a possibilidade de intercâmbio, visibilidade e difusão dos diferentes trabalhos e publicações sobre MT e Autismo (Reschke-Hernández, 2011). Os jornais como o *Journal of Music Therapy*, em 1964 e o *British Journal of Music Therapy*, em 1965, foram uma das principais fontes para a publicação de artigos e estudos sobre o tema, como “Musicoterapia e a mudança de personalidade nas crianças autistas”, publicado no *Journal of American Institute of Homeopathy*, em 1964 (Nordoff, 1964);

O livro “Tratado de Musicoterapia”, escrito por Gastón em 1968, é considerado uma das principais referências do campo músico terapêutico, tendo o modelo Nordoff-Robbins descrito num capítulo específico do Autismo (Gattino, 2015). Este modelo pertence à área da Musicoterapia Criativa e surgiu na década de 1960, com Paul Nordoff e Clive Robbins. Aborda a música de forma improvisada, criada momento a momento pelo terapeuta e a criança, i.e. feita em conjunto, seja a tocar, cantar ou a dançar. Fazer música encoraja a comunicação, a ação, a relação e a expressão. Esse modelo pontuou a importância da musicalidade, considerando-a inata e singular, onde toda criança possui uma musicalidade própria (*music child*) (Gattino, 2015). Nesta perspetiva, a música não é criada para criança, e sim pela criança, em essência, o terapeuta faz uma interpretação musical da mesma. Em atendimento, a música é carregada de significados da criança, apanhada pelo terapeuta seja por movimentação ou qualquer gesto sonoro e musical. Assim, há intenção em dar expressão ao conteúdo subjetivo expresso. A proposta deste modelo de intervenção mostra que a musicoterapia criativa possibilita maior interação da criança e é mais facilmente compreendida por ela, já que qualquer criança apresenta a possibilidade de fazer música (Nordoff-Robbins, 1968).

O artigo “Uma abordagem comportamental para a Musicoterapia” no *Journal of Music Therapy*, em 1968 (Madsen, et. al. 1968), apresenta a sistematização do modelo comportamental ou behaviorista em MT, uma das principais práticas clínicas aplicadas ao Autismo nos Estados Unidos. Tendo como foco a utilização sistemática da música como forma de estímulo para modificar comportamentos no indivíduo (Gattino, 2015).

Na década de 1960 Alvin criou o modelo de Livre Improvisação, abordado na improvisação musical, sendo uma interação musical de forma livre, ou seja, a criança e o terapeuta podem improvisar sem regras musicais e a música pode ser uma expressão do caráter e personalidade do indivíduo. Dentro desse contexto, ocorrem naturalmente descargas terapêuticas. Do ponto de vista teórico e psicoterapêutico, a autora trabalhou com o conceito de “igualdade na relação” onde o terapeuta e o cliente dividem experiências musicais ao mesmo nível e têm igual controlo sobre a situação musical. Os autistas e crianças excepcionais respondem bem no âmbito dessa abordagem, uma vez que ela oferece uma significativa e sensível organização musical. Alvin enfatizou a importância dos musicoterapeutas compreenderem a fisiologia humana e a forma como o corpo reage à música e ao som para se inteirarem plenamente das formas de aplicação da musicoterapia (Alvin, 1968).

O livro “Music therapy for the handicapped child” escrito, em 1965, por Alvin, uma musico-terapeuta britânica, marca o envolvimento da autora com a prática clínica baseado na formulação de concepções teóricas aplicadas à MT para pessoas com Autismo (Gattino, 2015). A autora em 1969 publicou um artigo sobre MT e Autismo, no *British Journal of Music Therapy*, que tratava da importância de usar a MT na comunicação de crianças com Autismo. Alvin argumentou, na sua abordagem a crianças, que estabelecer a comunicação deve ser o objetivo principal na prática em questão, e que poderia ser atingida usando uma variedade de sons instrumentais e vocais ao vivo, imitação rítmica, improvisação e movimento para gravação música (Reschke-Hernández, 2011).

O modelo Benezon surge na década de 1960 com o musicoterapeuta argentino Rolando Benenzon a apresentar um modelo que envolve a psicoterapia relacional não-verbal, que utiliza o som, a música e os instrumentos corporo-sonoro-musicais para estabelecer uma relação entre musicoterapeuta e paciente ou grupos de pacientes, permitindo através dela melhorar a qualidade de vida, recuperando e reabilitando o

paciente para a sociedade. Segundo o autor o conceito desenvolvido é totalmente dinâmico e resume a noção de existência de um som, ou um conjunto de sons, ou o de fenómenos acústicos e de movimentos internos, que caracterizam, ou individualizam cada ser humano. A música é assume uma forma livre a partir da interação não-verbal, pois o Homem estabelece uma relação com o som, com a música, com outros fenómenos sonoros, com os de movimento, ou seja, com tudo o que integra a comunicação não-verbal.

O Modelo Analítico no campo da musicoterapia foca-se na improvisação e foi fundado no início da década de 1970 por Mary Priestley, violinista profissional de nacionalidade Inglesa. A musicoterapia analítica define-se como o uso de palavras e música simbólica improvisada pelo paciente e o terapeuta com o propósito de explorar a vida interna do paciente e facilitar seu desenvolvimento. As improvisações dão ao musicoterapeuta um papel muito mais ativo na hora de analisar e trabalhar com sentimentos inconscientes se os compararmos com o papel passivo que desempenha o analista verbal. O objetivo não é que o paciente adquira conhecimentos ou habilidades musicais de improvisação. A música e a improvisação musical são utilizadas como uma ferramenta criativa que permite explorar o interior da vida do paciente bem como promover o crescimento e autoconhecimento deste (Priestley citada por Wigram & Pedersen, 2002). A aplicação do método teve início em sessões privadas que Mary Priestley deu e onde a utilização de música improvisada contribuiu para trabalhar a autoestima, a integração social e fortalecer a personalidade de jovens e crianças.

O Modelo Orff de Musicoterapia foi desenvolvido pelo Alemão Gertrud Orff na década de 1970, na Alemanha. A sua principal publicação sobre o modelo foi em 1980, "The Orff Music Therapy" (Gattino, G. S., 2015). Este modelo foi desenvolvido no contexto clínico específico de Pediatria Social, na Alemanha, para crianças com problemas de desenvolvimento, atrasos e deficiências (Gattino, G. S., 2015). Na Musicoterapia Orff, o desenvolvimento geral, o desenvolvimento da personalidade e a situação familiar da criança são importantes para o Musicoterapeuta, para que este possa planejar e adaptar as atividades musicais com a finalidade de atender às necessidades individuais do paciente (Gattino, G. S., 2015). Consiste principalmente numa prática onde a improvisação musical é um fator central e inclui tocar e fazer

música de forma espontânea. Tem como base a interação responsiva, de forma a que esta combine a filosofia humanista com os conhecimentos da Psicologia do desenvolvimento, onde o terapeuta está disposto a aceitar ideias e iniciativas da criança e de interagir com ela no seu nível.

O livro “Musicoterapia Criativa”, escrito em 1977 por Nordoff-Robbins apresenta estudos de caso sobre o tema assim como as diretrizes desse modelo (Reschke-Hernández, 2011). Como o Livro “O autismo, a família, a instituição e a Musicoterapia” de Rolando Benenzon, em 1987 e o artigo de revisão “music therapy for autism spectrum disorder”, em 2007, que inclui uma revisão onde foram avaliadas três variantes: comunicação verbal, comunicação gestual e a interação social. Dentre essas, apenas a comunicação verbal e a comunicação gestual foram significativas, concluindo que eram necessários estudos com amostras maiores (Gattino, 2015).

Em 2009, Kim, Wigram, Gold, realizaram o estudo “Emotional, motivational and interpersonal responsiveness of children with autism in improvisational music therapy” que pretendia avaliar o efeito da musicoterapia improvisacional nas respostas emocionais, motivacionais e interpessoais de crianças com autismo em comparação com efeitos de recreação com brinquedos. Após 12 sessões de 30 minutos, verificaram que os comportamentos de sincronidade emocional, resposta compatível e engajamento, avaliados por microanálise de comportamentos, tiveram aumento significativo no grupo de MT em comparação ao grupo de recreação (Gattino, 2015).

Em 1999, no IX Congresso mundial de Musicoterapia (Grocke, D.,1999), Federação Mundial de Musicoterapia, reconheceu oficialmente dois dos modelos apresentados anteriormente, devido à sua sistematização e aprofundamento teórico da Musicoterapia aplicada a pessoas com Autismo, o modelo Nordoff-Robbins e modelo Benenzon.

A atuação de Musicoterapia voltada ao Autismo tem vindo a ser registada em artigos científicos internacionalmente e muitos profissionais têm vindo a dedicar-se à prática clínica com a população autista com o objetivo de aumentar a eficácia do seu trabalho com crianças pertencentes a essa população (Reschke-Hernández, 2011).

Em jeito de conclusão a MT improvisada aplicada a crianças com autismo como tem sido referido anteriormente, é uma intervenção que vai ao encontro das necessidades individuais de cada um, melhorando a qualidade de vida do indivíduo, a partir de diferentes técnicas. Permitindo assim desenvolver potenciais, como a comunicação e a interação sonora entre o musicoterapeuta e o paciente. Deste modo as sessões foram intervencionadas a partir dos princípios da MT improvisada, pois segundo a literatura esta tem demonstrado um maior número de resultados estudados na população alvo, respeitando a criança e tendo como foco primordial a relação.

5.Objetivos do estágio

Uma intervenção de MT em contexto hospitalar com crianças com PEA procurará satisfazer as necessidades destas, proporcionando-lhes uma intervenção complementar aos serviços já prestados, em colaboração com a equipa multidisciplinar. Tendo em conta as características e necessidades de cada criança do grupo PEA do C.D.C, indo ao encontro da teoria, na validação da individualidade e personalidade de cada criança através da música (Nordoff & Robbins, 1977).

Quanto aos comportamentos de cada criança no que se refere à sonoridade individual produzida espontaneamente, de forma intencional ou não, pretende-se que a musicoterapia forneça um enquadramento harmónico, melódico e rítmico de carácter integrativo da sua individualidade. Deste modo a intervenção pretende identificar os recursos e qualidades de cada criança através do estabelecimento de uma relação sonoro-musical, de carácter genuíno. Relação esta que se torna possível através da experiência musical conjunta, baseada em improvisação.

As sessões tiveram como objetivo o desenvolvimento da relação e da comunicação com a criança através do som, sem a exigência da palavra ou da execução de uma tarefa específica. No decurso de uma sessão de musicoterapia, através dos instrumentos musicais disponíveis, objetiva-se a criação de um espaço híbrido, catártico e terapêutico, que permitisse à criança a livre expressão artística, pessoal e de estados de espírito. Simultaneamente, procurou-se promover a sua capacidade de auto-regulação emocional através da música.

Assim, o presente estágio de MT teve como objetivo principal a intervenção direta de MT junto dos utentes com PEA. Neste contexto, foi proporcionado um tratamento centrado nas crianças, promovendo o seu desenvolvimento através duma abordagem integrativa.

No âmbito do estágio curricular do curso de mestrado de Musicoterapia da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Lusíada de Lisboa, foram levados a cabo, mediante sessões de musicoterapia, dois estudos de caso do impacto da musicoterapia no desenvolvimento global de crianças com PEA no C.D.C.

5.1. Participantes

A Amostra abrangida neste estágio de musicoterapia é constituída por 9 crianças, entre os 2 e 6 anos de idade, que eram seguidas no CDC com uma preocupação de Perturbação no Espectro do Autismo (PEA).

Tabela 2: Descrição da amostra

Nome	Sexo	Idade
G. R.	Masculino	6A 7M
J. V.	Masculino	3A 4M
D. S.	Masculino	2A 9M
M. V.	Feminino	3A 1M
M. I.	Masculino	3A 5M
M. A.	Masculino	4A 4M
I. F.	Masculino	3A 8M
B. R.	Feminino	4A 3M
H. C.	Masculino	4A 2M

No intuito de proporcionar uma experiência de estágio enriquecedora e fazendo uso de um grupo de crianças bastante heterogêneo, no que toca a patologias e problemáticas com as quais o C.D.C trabalha, ficou assente que seria benéfico efetuar trabalho de intervenção direta individual em musicoterapia com crianças residentes na área de influência do Hospital Garcia de Orta (concelhos de Almada, Seixal), que estejam a ser seguidas pelo grupo de intervenção na PEA, atualmente no C.D.C.

O mecanismo e critério de encaminhamento de utentes para o estágio de musicoterapia foi decidido pela orientadora Dra. Anabela Farias, partindo de um conhecimento prévio dos utentes, dos seus interesses, necessidades e disponibilidade para participarem no projeto de estágio, tendo como foco o seu interesse pela música, já que esta é a única forma de interação com o outro.

O tipo de intervenção musicoterapêutica proposto consistiu em sessões de tipo individual, semanais e com duração aproximada de 30 minutos, dependendo da pré-disposição da criança e numa sala preparada para as sessões de musicoterapia. Todas as intervenções ocorreram semanalmente dentro do horário de estágio pré estabelecido, de Novembro de 2018 a Junho de 2019, entre sessões individuais e reuniões multidisciplinares com o grupo de PEA, da IP, família e com toda a equipa que intervém com a criança, com o foco aumentar a proximidade e no máximo interesse desta última.

5.2. Instrumentos de avaliação

A avaliação é uma etapa da intervenção que contribui de uma forma mais completa e concisa para o processo terapêutico. Validando assim a importância de uma intervenção de Musicoterapia e contribuindo na motorização dos resultados, obtendo uma informação mais concreta e completa do utente.

Para aferir o funcionamento das crianças no início e no final da intervenção terapêutica, foram utilizados três instrumentos de avaliação em MT, a Escala “Nordoff

Robbins de Comunicabilidade Musical”, uma grelha de avaliação de intervenção da MT (Carvalho, E. 2004) e uma ficha de avaliação da identidade sonoro-musical.

1) A escala “Nordoff-Robbins de Comunicabilidade Musical” (Nordoff, Robbins & Marcus, 2007) (Anexo C) possui sete graus e três domínios, que permitem avaliar a comunicação musical entre o paciente e o musicoterapeuta. Os sete graus avaliam os níveis de comunicabilidade musical em três modos de atividades: vocalizações, manipulação de instrumentos musicais e movimentos com o corpo. O objetivo do terapeuta é envolver o paciente num processo de despertar para a consciência do seu “Eu” e seus prazeres. (Nordoff, Robbins e Marcus (2007). Os graus são classificados, de um a quatro evoluindo gradualmente.

2) Na avaliação inicial foi realizada a ficha de identidade sonoro-musical (Anexo E), analisando três aspetos: a relação global da criança com a música, a história clínica e a sua história de vida, de forma a obter alguma informação completa acerca do desenvolvimento da criança. A grelha de avaliação (Anexo D) avalia a relação e comunicação socio-emocional, cognitivo e sensório-motora. Estando dividida por treze categorias com objetivos terapêuticos relacionados com cada categoria e tendo três níveis de avaliação.

3) As crianças foram submetidas a outros instrumentos de avaliação realizados pela restante equipa, anteriormente ao início do estágio, consoante especificidade da mesma.

Na psicologia foi realizado o ADOS, Autism Diagnostic Observation Schedule, um instrumento de diagnóstico, que consiste numa escala de observação comportamental. Onde é avaliada a comunicação/interação social, o jogo, ou seja, o uso criativo de materiais para pessoas suspeitas de terem Perturbações do Espectro do Autismo e o comportamento. Existem três níveis de gravidade: Leve, Moderado, Grave.

Na educação a Escala de Comportamento Adaptativo para a avaliação, Vineland Adaptive Behavior Scale (VABS) destinada a crianças em que a idade mental fosse sobreponível à cronológica.

5.3. Procedimentos

No âmbito do mestrado em Musicoterapia o estágio curricular desenvolve-se em várias fases, e a prática do estagiário define-se de acordo com as características dinâmicas de cada instituição. Serão descritos de seguida os procedimentos que asseguraram a intervenção de musicoterapia no CDC.

Estas crianças, que frequentam a escola, deslocam-se ao centro hospital sempre que marcado, com frequência semanal ou pontualmente, consoantes as necessidades. Vêm à hora marcada da terapia, ou consulta médica, e quando esta termina vão embora, regressando ao seu quotidiano.

As sessões e o setting terapêutico é adaptado às necessidades dos utentes, organizando o espaço e os instrumentos de acordo com os mesmos, de forma a criar um ambiente facilitador às interações e vivências sonoro-musicais. Todas as atividades realizadas procuram inicialmente um envolvimento espontâneo da criança, partindo-se, em seguida, para a convocação verbal ou não verbal e por fim, é proposto pelo musicoterapeuta uma atividade. Nas atividades que envolvem certo número de recursos (instrumentos orff), que geralmente se encontram no setting numa caixa, a escolha deste último é feita consoante o objetivo e podem ser escolhidos pela criança ou pelo musicoterapeuta com a ajuda da criança. As sessões são iniciadas a partir do momento em que estas entram na sala, se descalçam e tem início a canção de entrada. Finalizada a canção, o improviso e a criação ganham terreno na sessão até ao momento final, em que tem lugar uma canção de despedida.

O setting terapêutico é constituído por instrumentos orff (eggs shaker, pandeiretas, triângulo, agogô, tubos de som, bongós, tambor, ocean drum, xilofones de metal, jogo de sinos, ukelele, etc...). Estes instrumentos estão dispostos dentro de uma caixa que se encontra junto a uma roda de almofadas. Entre outros dos instrumentos

usados nas sessões em causa estiveram a câmara de filmar, o tablet e o computador portátil.

No processo terapêutico a avaliação é constante e divide-se em etapas como o encaminhamento, avaliação inicial e avaliação durante o processo. No presente trabalho as duas primeiras etapas e a avaliação foram realizadas pela psicóloga que coordena o processo da criança. Quando esta última é sinalizada pelo médico como podendo ter PEA é encaminhada para o centro onde é feita uma avaliação inicial pela psicóloga, e a partir daí é criado um plano que a conduzirá a diversas terapias de acordo com as suas necessidades. No caso de se verificar pertinente o encaminhamento para a musicoterapia é realizada uma observação inicial em conjunto com o musicoterapeuta e psicólogo e se existir uma concordância é feita a comunicação aos pais.

No decorrer do processo terapêutico o musicoterapeuta vai observando e avaliando o comportamento do utente, verificando a existência ou não de uma evolução em relação aos objetivos propostos, reajustando os objetivos caso necessário, e sempre na ótica dum plano individual que vá ao encontro das necessidades da criança. Neste seguimento são realizados instrumentos de avaliação, ou escalas, por um lado para justificar a permanência ou não da criança na terapia, e por outro avaliar em que estado de desenvolvimento se encontra a criança, quais são as suas áreas mais fortes ou mais fracas, ajudando assim a criar um plano individualizado.

5.3.1. Fases do estágio

5.3.1.1. Fase de observação - Os procedimentos adotados neste estágio curricular foram-se desenvolvendo paulatinamente e em várias fases: inicialmente contou com uma fase de observação de todos os procedimentos no C.D.C, desde a primeira consulta, a avaliações de psicologia, de Terapia Ocupacional, Terapia da Fala, a entrevista da parte de educação, ou seja, o procedimento completo para uma resposta eficaz e adaptada a cada criança. Durante um mês, com início a 15 de Outubro, a estagiária teve a oportunidade de conhecer a equipa técnica do centro e o seu modo de funcionamento, os seus pacientes, pais e/ou avós. Foi feita uma seleção de pacientes, de acordo com as características/necessidades da criança e da disponibilidade/interesse dos pais, com os quais a orientadora do estágio considerou que a estagiária poderia começar a

desenvolver trabalho de intervenção. Nesta altura foi também disponibilizado o acesso aos processos clínicos dos clientes em observação.

4.3.1.2 Fase de intervenção - A 13 de Outubro, a estagiária teve a primeira experiência de intervenção com um dos clientes e respetivos pais. Tratava-se de um menino de 2 anos com uma grande probabilidade de possuir uma Perturbação do Espectro Autista. Foi realizada uma reunião explicando todo o procedimento das sessões. Nesta reunião foi efetuada a Ficha de Anamnese pela estagiária de forma a registar as informações pessoais, o historial clínico e as preferências musicais dos clientes a serem intervencionados e foram entregues as Declarações de Consentimento (Anexo A) e de Autorização Vídeo-Áudio (Anexo B) para assinatura e autorização por parte dos responsáveis legais dos clientes para a participação e captação vídeo áudio nas sessões de Musicoterapia. A estagiária fez esta intervenção semanalmente, tendo três fases distintas ao longo do processo:

- Na primeira fase, a fase de avaliação, onde o setting instrumental estava totalmente ao dispor da criança, a estagiária teve não só um papel de observador mas também de opositor e participante, para perceber melhor quais eram os seus interesses, a forma como ela reage ou não aos obstáculos, a fim de conseguir dar uma melhor resposta terapêutica.

- Na segunda fase, os primeiros objetivos gerais e sub-objetivos foram criados, sendo o setting terapêutico mais reduzido e com alternância de instrumentos. O primeiro foi alterado ao longo das sessões consoante as respostas e necessidades que foram sendo dadas, mudando assim os objetivos ao longo das sessões.

- Na terceira fase, uma nova fase de avaliação em comparação com a primeira, tentou-se perceber se os objetivos propostos foram atingidos, i.e. se existiu ou não evolução e quais as conclusões a tirar.

As atividades musicais desenvolvidas inicialmente tinham como principal objetivo criar relação com o utente e para conseguir alcançar esse objetivo realizaram-se jogos sonoros de imitação para que o utente tomasse conhecimento do que estava a

fazer e do outro e jogos de pergunta resposta, nos quais o utente obtinha uma resposta sonora conseqüente à sua ação.

As Sessões foram estruturadas e desenvolvidas a partir dos princípios da Musicoterapia Improvisacional, baseando-se no modelo Nordoff-Robbins e modelo Orff. Na fase inicial fez-se um levantamento das principais características musicais da criança com o intuito de reconhecer as suas idiossincrasias sonoras. As técnicas maioritariamente utilizadas foram a improvisação clínica e a improvisação empática, assim como o “espelhar”, o “imitar”, o “copiar”, o “corresponder” e o grounding.

5.4. Agenda semanal

Durante a realização do estágio na instituição foram feitas pela estagiária pesquisas acerca das patologias que as crianças do centro clínico apresentavam, de modo a reconhecer os traços gerais e característicos de cada uma delas. Esta é uma atividade que vai decorrendo paralelamente à atividade do estágio in loco. A acrescentar a isso a estagiária participou em diversas reuniões que foram realizadas no C.D.C., reuniões essas que serviram para um acompanhamento da proximidade com os utentes e com toda a equipa que o acompanha. Particpei em diversas reuniões como de seguida irei descrever:

- Reuniões mensais da equipa do grupo PEA com Intervenção Precoce e só do Grupo PEA (equipa interna do centro, Terapia Ocupacional, Terapia da Fala, Educação), onde se realizaram apresentações e disclusões de casos.

- Reuniões de avaliação periódicas, exclusivamente com os pais ou no caso de haver necessidade com os pais, a educadora, a I. P. e restante equipa que acompanha o menino em específico. Estas reuniões tiveram como objetivo garantir que a equipa trabalhava para o mesmo objetivo, em unísono, de forma orientada para a família, como fim de atender às necessidades individuais do utente.

Tabela 3: Agenda Semanal

Horas	segunda-feira	terça-feira	quinta-feira
9h	Chegada ao C.D.C. Organização de atividades	Chegada ao C.D.C. Organização de atividades	Jornal Club
9h15	G. R.	M. I. / M.V.	Grupo PEA
9h45	J. V.	M. A.	
10h15	Grupo PEA	I. F.	
10h30	D.S.	Grupo PEA	
11h30	Grupo PEA	B. R.	
14h		Grupo PEA	

6. ESTUDOS CASO

6.1. Procedimento das Sessões

Numa avaliação inicial a estagiária teve como objetivo observar o contacto direto e a interação da criança consigo; Analisar as respostas da criança ao distanciamento da mesma; Perceber as reações dos níveis de sensibilidade à intensidade e timbre da estimulação sonora, as reações ao envolvimento musical estruturado ou livre assim como as respostas à mudança dos padrões previamente estabelecidos através de atitudes de intromissão/intrusão intervenção complementar/diferenciada; Entender as atitudes da criança face a uma intervenção de imitação do terapeuta (avaliar a capacidade de aderência a experiências de mutualidade e espelhamento); O tipo de contacto, manuseamento e resposta aos instrumentos musicais; E por último avaliar as competências de comunicação verbal, vocal e gestual bem como os níveis de produção e compreensão do discurso verbal.

A partir da avaliação foi criado um plano terapêutico ligando os problemas a objetivos terapêuticos, objetivos esses que visavam desenvolver a relação e a comunicação; desenvolver a parte socio-emocional; desenvolver a nível cognitivo e sensório-motor.

No desenvolvimento da relação e comunicação a estagiária utilizou técnicas de estabelecimento de trocas de interação musical, como exercícios de imitação, “pergunta-resposta”, acompanhando os sons e os movimentos estereotipados da criança num instrumento harmónico (de preferência o piano ou a guitarra) cantar uma canção mimada com gestos e movimento, abrindo um espaço de experiências de antecipação e diálogo contingente; A interação de canção-movimento permite experiências de ajustamento recíproco entre a letra, o gesto e o movimento;

No desenvolvimento socio-emocional a estagiária utilizou a música como mediador/facilitador do estabelecimento do contacto relacional de forma menos ameaçadora e atrativa permitindo também uma liberdade de expressão; A construção da relação interpessoal foi conseguida através das interações musicais pois proporciona experiências de tomada de consciência do outro através de trocas recíprocas,

mutuamente contingentes; Para a aprendizagem social através de interações musicais e também para a aprendizagem emocional através da música – a partir de atividades de ajustamento entre mímica, atitude corporal e atmosfera afetiva da música.

No desenvolvimento cognitivo a estagiária tinha como objetivo a aquisição de vocabulário- através do uso de letras das canções; O aumento da capacidade de atenção e da memória e o reconhecimento de sequências através de experiências de previsibilidade e antecipação.

Na integração sensorial o plano terapêutico partiu das experiências de integração de estímulos tácteis, visuais, auditivos e cinestésicos no contacto e exploração dos instrumentos musicais ou escuta musical e canções no suporte a atividades tónicas e motoras. Na regulação motora o plano surge a partir dos padrões de hiperatividade, autoestimulação através de experiências de reforço positivo com o contacto com os instrumentos musicais. A Integração sensório- motora foi conseguida através de exercícios de coordenação entre a música e o movimento, a partir de jogos de alternância música-pausa, mudança de ritmo, andamento e intensidade.

6.1.1. Estrutura das sessões

A sessão tem início logo que a criança entra na sala. Onde se observa qual o instrumento que escolhe de imediato ou se vagueiam antes pela sala. De seguida, e após um curto período de tempo o musicoterapeuta começa a improvisar ao piano ou à guitarra uma base musical de fundo que servirá de suporte sem qualquer sugestão verbal à criança. Observa-se a reação da criança à presença musical do musicoterapeuta (aproximação/distanciamento; contacto à distância ou total ou aparente indiferença), e por último observamos a presença de uma eventual procura e contacto de qualquer instrumento ou não bem como se a criança se fixa nesse instrumento ou muda para outro.

As sessões são iniciadas e terminadas com uma canção, a canção do “olá” - onde esta canção tem como objetivo dar início à sessão começando a comunicação e interação musical através de uma canção de boas vindas onde por vezes são utilizados instrumentos da família das percussões. Esta atividade contextualiza os utentes de que estão na musicoterapia e confere estrutura à sessão e às atividades que se seguem. E a

canção de despedida - é uma atividade tem como objetivo conferir estrutura à sessão e levar o utente a compreender que está na hora de terminar. Neste momento o utente arruma os instrumentos musicais utilizados e prepara-se para sair da sala, terminando as atividades musicoterapêuticas.

Entre esta duas canções a sessão variam, tendo como base a canção, onde esta atividade tem como objetivo motivar e incentivar a comunicação verbal e a capacidade de respeitar a métrica da música, permitindo ao utente trabalhar a capacidade de esperar e de cantar/verbalizar ao mesmo tempo e em consonância com o musicoterapeuta. A seguir, improvisação, atividade que objetiva os interesses da criança, levando-o a participar.

A improvisação também tem um papel muito importante durante a sessão, permite ao utente utilizar os instrumentos musicais que tem à sua disposição bem como a sua voz para criar e desenvolver ideias próprias, com o auxílio da musicoterapeuta. Ambos devem comunicar, criar e improvisar musicalmente. Esta atividade contribui para a construção de uma relação terapêutica baseada na música e para estimular as reações espontâneas do utente.

E por último a Repetição/Criação que pretende motivar, incentivar e desenvolver a capacidade de concentração e memorização dos utentes. Bem como a comunicação não-verbal, através de pequenos exercícios que permitem a pergunta-resposta.

6.2. Caso I

O “M. A.”, nasceu a 2015, foi sinalizado pela consulta de desenvolvimento à equipa multidisciplinar de avaliação das perturbações do espectro do autismo. No âmbito do protocolo das consultas multidisciplinares do C.D.C a criança fez diferentes avaliações entre as quais a escala de comportamento adaptativo (VINELAND) escala utilizada a crianças com idade escolar em que a idade mental fosse sobreponível à cronológica, o *autism diagnostic observation schedule* (ADOS-T) e avaliação da integração Sensorial (perfil sensorial), realizadas pela equipa. Tendo em conta os resultados destes instrumentos, pode-se concluir que se trata de uma criança com uma perturbação do espectro do autismo com comprometimento do desenvolvimento global.

A sua primeira consulta no C.D.C em 23/05/2017 e avaliação de psicologia (ADOS-T) em 13/06/2017, nesta avaliação teve um resultado para uma preocupação do espectro autismo de *Mod-Sev-Concern* (grau de gravidade, moderado-grave). No C.D.C tem intervenção de terapia ocupacional e terapia da fala.

O “M. A.” foi encaminhado para a MT por revelar uma atenção e sensibilidade especial e privilegiada à música, como uma atração por experiências de escuta musical e a tocar instrumentos. Este responde com maior facilidade a estímulos sonoros e musicais que a quaisquer outros estímulos.

Teve no total 13 sessões. O “M. A.”, demonstrou a presença de estereotípias motoras e vocais com carácter rítmico, tímbrico e de variação da intensidade e de dinâmica emocional.

Plano terapêutico – Primeiro ponto: criar bem-estar na criança e criar relação entre a criança e o terapeuta.

Problema nº 1- dificuldade na comunicação, tendo sido estabelecido como objetivo desenvolver a comunicação não-verbal e sub-objetivo a comunicação verbal. A partir de técnicas como pergunta-resposta, exercícios de imitação que permitem desenvolver a comunicação da criança.

Problema nº 2- dificuldade socio-emocional. Objetivo: estabelecer contacto relacional tendo a música como mediador e facilitador.

Problema nº 3 – integração sensório-motor. Objetivo: regulação motora, diminuir e ter a noção das estereotípias

6.2.1. Descrição do processo terapêutico

Sessão nº1 - Quando o “M” chegou ao *setting* terapêutico, dirigiu-se de imediato a um instrumento (ukele) explorando-o. A estagiária dá início à sessão cantando (canção do “Olá”) e pegando no ukele. O menino fica a olhar por segundos, mas dispersa quase de imediato. Logo aqui foi criado um sub-objetivo; criar maior tempo de atenção conjunta. Durante esta sessão o “M” experimenta todos os instrumentos, ficando muito pouco tempo em cada um embora tenha ficado um pouco mais no instrumento, jogo de

sinos, sendo este um potencial para desenvolver a relação, fazendo um jogo de pergunta-resposta. A sessão foi finalizada com a canção de despedida.

A seguir á canção do “olá” notou-se uma procura, uma exploração livre o que levou a musicoterapeuta a iniciar uma improvisação com o objetivo de localizar os interesses da criança e levá-la a participar. A improvisação tem também um papel muito importante durante a sessão pois permite ao utente utilizar os instrumentos musicais que tem à sua disposição bem como a sua voz para criar e desenvolver ideias próprias, com o auxílio da musicoterapeuta. Ambos devem comunicar, criar e improvisar musicalmente. Esta atividade contribui para a construção de uma relação terapêutica baseada na música e para estimular as reações espontâneas do utente.

Sessão²- A partir do interesse pelo jogo de sinos, o qual foi sendo utilizado até ao final das sessões, foi realizado o jogo de pergunta resposta, onde o “M” com o dedo indicava a lâmina que a estagiária ia tocar de seguida, pegando na mão da estagiária para que ela começa-se a tocar. Nesta sessão o “M” ficou um pouco mais na relação comparativamente à sessão anterior.

Com este jogo de pergunta-resposta foram estabelecidos gradualmente objetivos, criando assim uma evolução. As sessões foram sendo encaminhadas consoante os interesses e o tempo da criança, procurando estabelecer um contacto relacional solido, criando assim uma vontade de estar e de bem-estar.

Inicialmente o “M” pegava na mão da estagiária para que ela só tocasse onde ele tinha tocado e sem qualquer contacto ocular. No final o “M” já olhava para a estagiária á espera da resposta e ainda verbalizou (Dá) utilizando palavra frase foi única, com a qual esta competência não está consolidada. O principal objetivo que foi sendo desenvolvido ao logo das sessões era o contacto ocular e o interesse em estar na relação.

Resultado da avaliação: O “M” na avaliação instrumental de (2) para (5); avaliação vocal (1); movimento corporal (2) para (5), o que quer dizer que existiu uma evolução da comunicação com intenção

Discussão: As intervenções tiveram início com um período de observação e avaliação em que a musicoterapeuta observou a forma específica de cada criança comunicar e de

se relacionar com o meio que a rodeia. (Simpson, 2013). Na avaliação do perfil de improvisação musical (Bruscia, 1987) o processo envolve: a observação do paciente em várias situações musicais; a análise das improvisações mediante determinados critérios.

Chegou-se á conclusão que O “M” demonstram interesse por música, reagindo de forma positiva a estímulos sonoro-musicais e desenvolvendo uma musicalidade própria ao longo do processo terapêutico (Segundo Alvin & Warwick, 1991; Brown, 1994; Fisher, 1991; Applebaum, Egel, Koegel & Imhoff, 1979, Bonnel et. al, 2003; O`Brian, et. al. 2003,).

Partindo do processo terapêutico, este desenvolveu funções e potenciais (Treunicht, N. K., et al.,2011). Desenvolvendo a partir da intervenção, a interação social (Gold e Wigram, 2006; Guerrero e Turry, 2012; Kim, Wigram e Gold, 2009; Nordoff e Robbins, 2007; Trevarthen et al, 1998; Wigram, 2002), e a atenção conjunta; intencionalidade; imitação (Trevarthen et al. 1998).

Conclusão: os objetivos foram sendo alcançados mas pontualmente. Era necessário uma continuação para que esses objetivos fossem mais frequentes e regulares, tornando norma, dentro e fora do setting terapêutico. Pode-se concluir que os principais objetivos foram obtidos nas sessões, atribuindo esta evolução à MT, devido a esta ter como base a relação e o “M” revelar uma atenção e atração especial à música, respondendo assim com maior facilidade a estímulos sonoros e musicais que a quaisquer outros estímulos.

6.3. Caso II

O “D. S.”, nasceu a 2016. Foi sinalizado pela consulta de desenvolvimento à equipa multidisciplinar de avaliação das perturbações do espectro do autismo.

No âmbito do protocolo das consultas multidisciplinares do C.D.C a criança fez diferentes avaliações entre as quais a Escala de Comportamento Adaptativo (VINELAND), o *Autism Diagnostic Observation Schedule* (ADOS-T) e avaliação da integração Sensorial (perfil sensorial).

Tendo em conta os resultados destes instrumentos, pode-se concluir que se trata de uma criança com uma Perturbação do Espectro do Autismo com comprometimento do desenvolvimento global.

A sua primeira consulta no C.D.C em 23/07/2018 e avaliação de psicologia (ADOS-T) em 14/08/2018, nesta avaliação teve um resultado para uma preocupação do espectro autismo de *Mod-Sev-Concern*. No C.D.C tem intervenção de terapia ocupacional.

O “D. S.” foi encaminhado para a MT por revelar uma atenção e sensibilidade especial e privilegiada à música uma atração por experiências de escuta musical e por tocar instrumentos. Este responde com maior facilidade a estímulos sonoros e musicais que a quaisquer outros estímulos. O “D.S.” presença de estereotípias motoras e vocais com carácter rítmico, tímbrico e de variação da intensidade e de dinâmica emocional.

Na avaliação inicial a estagiária teve a mesma abordagem e preocupação que no estudo caso anterior tendo os mesmos objetivos gerais, desenvolvimento da relação e da comunicação; desenvolvimento socio-emocional; desenvolvimento cognitivo e sensório-motor. Adaptando a sua forma de abordagem a esta criança. Ao longo das sessões os objetivos vão ao encontro das necessidades da criança. Os principais objetivos com “D” era o desenvolvimento da relação e comunicação a par do desenvolvimento socio-emocional, os quais a estagiária foi tentando trabalhar num processo lento. Total das sessões 18.

Segundo a avaliação da terapeuta ocupacional o “D” era multissensorial - Alterações processamento. auditivo, visual, táctil, vestibular e sensorial oral; um menino isolado e em constante procura do mundo que o rodeia, mas nunca interessado no “outro”.

No desenvolvimento da relação e comunicação a estagiária utilizou técnicas de estabelecimento de trocas de interação musical, como exercícios de imitação, “pergunta-resposta”, acompanhando os sons e os movimentos estereotipados da criança num instrumento harmónico (Ukele). Posteriormente foram utilizados instrumentos rítmicos (tubos de som) com os quais a estagiária obteve melhores resultados. Houve um desenvolvimento a nível socio-emocional pois o “D” passou a

comunicar através do olhar, a ter noção do seu ritmo corporal, interagindo com a estagiária e tendo interesse/prazer em estar na relação.

Plano terapêutico – Primeiro ponto: criar bem-estar, na criança e criar relação entre a criança e o terapeuta.

Problema nº1- contacto relacional. Objetivo estabelecer contacto e interesse no outro.

Problema nº2- comunicação. Objetivo. Comunicar não verbalmente

Sessão nº1- O “D”, quando chega ao setting terapêutico, dirige-se de imediato aos instrumentos escolhendo um (o jogo de sinos). Após a canção do “Olá” inicia-se um jogo de pergunta – resposta, o “D” no jogo de sinos e a estagiária no ukele, mas com uma curta duração. De seguida levanta-se e anda pela sala, em constante procura e com uma ecolalia verbal, sendo muito difícil o envolvimento. Dificultando assim o objetivo principal criar relação.

As seguintes sessões foram uma constante procura de estratégias para conseguir o objetivo. O primeiro passo, antes de criar relação, foi tentar fazer com que o “D” tivesse a noção do “outro”, indo ao encontro fisicamente, ritmicamente, criando uma reação negativa. Apesar de ser negativa foi positivo pois obteve-se uma reação de um sentimento. Este resultado partiu da marcação do ritmo corporal do “D” através de instrumentos rítmicos (tubos de som). Sempre que se cantava alguma canção que ele não gostava, esticava a mão para a boca da estagiária demonstrando que não queria mais ouvir, apresentando uma intenção. A partir daqui foi se criando uma relação, mas num processo muito lento.

Sessões nº16-18 o “D” já demonstrava interesse em estar em relação. Olhava, interagia e tinha prazer em estar em relação, procurava o “outro” tendo sido criada uma interação social. Este resultado obteve-se não só nas sessões, mas também fora delas, em casa e na escola, segundo a mãe.

Resultado da escala de avaliação: a avaliação instrumental (1) para (2), avaliação vocal (1); movimento corporal (2) para (4), encontra-se um a evolução na comunicação principalmente corporal e com intenção mas com pouca sustentabilidade.

Discussão: Nas últimas sessões veio a demonstrar-se os efeitos benéficos a nível da comunicação não-verbal que a musicoterapia proporciona (*Gold, Wigram e Elephant, 2006*). Onde o “D” desenvolveu a interação social como a qualidade relação entre ele, os pais e avós *Elefant, Mössler e Gold (2014)*. Indo ao encontro das suas necessidades especiais, contribuindo assim para o seu desenvolvimento de forma integrada (*Bunt, 1996*).

“D” apresentava incapacidade de seguir ordens, criando uma relação especial com a música (*Campbell & Doman, 2012*). Partindo dessa relação trabalhou-se a capacidade de atenção dirigida (*Simpson, 2013*), onde se obteve um resultado positivo.

Conclusão: no final, os objetivos criados (criar relação, consciência da existência do outro) foram alcançados. Era necessária uma continuidade para criar mais objetivos uma vez que o “D” ainda demonstrava um grande atraso no desenvolvimento global. O objetivo alcançado pode dizer-se que foi a primeira etapa para um desenvolvimento global, ou seja: “abertura de uma porta”.

6.4. Outras intervenções clínicas

Após uma sinalização para uma consulta de Desenvolvimento à Equipa Multidisciplinar de Avaliação das Perturbações do Espectro do Autismo e no âmbito do protocolo das consultas multidisciplinares do C.D.C as seguintes crianças fizeram diferentes avaliações entre as quais a Escala de Comportamento Adaptativo (VINELAND), o *Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS-T)* e avaliação da integração Sensorial (perfil sensorial).

Tendo em conta os resultados destes instrumentos, pode-se concluir que se trata de crianças com uma Perturbação do Espectro do Autismo com comprometimento do desenvolvimento global.

Os casos que se seguem foram encaminhados para a MT por revelarem uma atenção e sensibilidade especial e privilegiada à música, como uma atração por experiências de escuta musical e a tocar instrumentos. Eles respondem com maior facilidade a estímulos sonoros e musicais que a quaisquer outros estímulos.

O “G. R.”, nasceu a 2012, foi sinalizado para a MT a 19/11/2018. O “G” é um menino que desde de 2016 está a ser seguido no C.D.C participando em estudos anteriores, com um atraso no desenvolvimento global. De momento o principal objetivo é a verbalização e a interação social. Se a estagiária iniciar uma atividade o “G” responde mas nunca toma a iniciativa. Ele tem a noção das partes do corpo, imita, obedece a ordens, existe algum contacto ocular, olha muito pouco e por pouco tempo. O principal objetivo foi o desenvolvimento da relação e comunicação, principalmente o prazer de estar, sempre tentando o desenvolvimento a nível verbal em paralelo. O “G” tinha estereotipias verbais e motoras, como tal, o segundo objetivo era tentar que ele tivesse a noção das mesmas, auto-organizando-se.

A “M. V.” feminino, nasceu a 15/01/2016, foi sinalizada para a MT a 19/03/2019. Uma criança com uma procura constante a nível visual (luzes, sombras, brilhos). Nas poucas sessões que teve, o objetivo criado foi a nível da relação, ou seja; criar interesse para que ele interagisse e fica-se na relação. A um nível prematuro mas o objetivo foi conseguido.

O “J. V.”, nasceu a 2016, foi sinalizado para a MT a 18/02/2019, mas só 04/03/2019 é que existiu uma abordagem inicial, não passou da fase da observação inicial, avaliação. Os pais desorganizados, nas rotinas da vida diária, com constantes faltas às sessões.

O “I. F.”, nasceu a 2015, foi sinalizado para a MT a 04/12/2018. A maior evolução que se destacou deu-se a nível auditivo. O “I” chega à primeira sessão e quando ouve o ukelele tapa os ouvidos e desorganiza-se na música dos “parabéns”. Na última sessão o “I” não só gostava de ouvir o ukelele, como tocava ao mesmo tempo que se cantava os “parabéns”, ou seja; a utilização da música organizou e estruturou, promovendo assim um processo de diferenciação e individuação e ajudou a criança a evoluir do caos para a ordem através de um espaço-experiência de livre expressão mediante a criação de um contexto sonoro-musical de suporte- o musicoterapeuta e a música.

O “M. I””, nasceu, a 2016, foi sinalizado para a MT a 27/11/2018. O “M” não passou da fase de observação, os pais desistiram.

O “H. C.”, nasceu a 2014, foi sinalizado para a MT a 10/01/2019. O “H”, na fase de observação codificou as sessões, nunca querendo estar. Numa reunião multidisciplinar chegou-se á conclusão que não estava a resultar com o “H” e como ele estava a evoluir muito bem, quase a sair de uma preocupação do espectro, finalizou-se as sessões.

A “B. R”, nasceu a 2015, foi sinalizada para a MT a 08/01/2019. Inicialmente a “B”, quando ouvia o ukelele, ponha as mãos nos ouvidos e começava a chorar. Ao longo das sessões a “B” passou a demonstrar prazer nas sessões conseguindo interagir através dos instrumentos de percussão, criando assim uma relação.

7. Discussão

As conclusões retiradas do presente estágio foram positivas. Em primeiro lugar pela instituição que tem uma intervenção de vanguarda nesta área reconhecida a nível nacional, em segundo lugar também por abrir a porta ao estágio valorizando a Musicoterapia como possível inclusão de futuro nas equipas. Como tal, foi uma mais valia dar a conhecer a musicoterapia à comunidade, que reagiu com entusiasmo ao facto de possibilitar mais uma terapia que pudesse contribuir para melhorar a qualidade de vida destas crianças e de suas famílias.

Após o resultado da avaliação e uma conversa com os pais na observação final, foi possível concluir que a musicoterapia contribuiu para melhorar a qualidade de vida dos utentes, ajudando no seu desenvolvimento. Indo ao encontro da forma de abordagem do C.D.C, da estagiária e segundo a literatura, esta deve estar sempre centrada na família, cujo principal objetivo é o bem-estar da criança sendo esta um indivíduo que tem uma personalidade única, ou seja, apesar de ter o mesmo diagnóstico, cada criança é uma criança com necessidades específicas relacionadas com a sua patologia e dificuldades. Por este motivo, a musicoterapeuta levou a cabo atividades que pretendiam ir ao encontro das dificuldades de cada uma e certa de poder contribuir para o seu desenvolvimento global. (Benezon, 1988)

Como referido no enquadramento teórico, em contexto do C.D.C, o musicoterapeuta integra uma equipa multidisciplinar. As crianças podem ter apoio de outros profissionais como terapeuta da fala, terapeuta ocupacional, psicologia, fora do centro, intervenção precoce e educação (a sua respetiva educadora no meio escolar). O trabalho em equipa revela-se importante para o melhor desenvolvimento da criança, desta forma, a prática da musicoterapia no contexto referido tem como base a crença de que um projeto terapêutico global e coerente para cada indivíduo, leva a resultados melhores (Benezon, 1988). Participar em reuniões multidisciplinares com terapeutas, psicomotricistas, psicólogos, educação e técnicos permitiu à musicoterapeuta constatar a importância deste trabalho de equipa e de compreender e partilhar com a mesma, o facto de a musicoterapia despertar comportamentos distintos nas crianças.

Uma vez que a estagiária intercedeu apenas com crianças com PEA com comprometimento do desenvolvimento global o principal objetivo vai ao encontro das suas dificuldades. Desenvolvimento a nível de relação e comunicação, social-emocional e motor, tendo sempre em atenção o facto de que a criança não é um ser isolado, mas sim o resultado da soma entre a criança, família e mundo que o rodeia, um todo (Benezon, 1987)

Os utentes selecionados para participar no estágio tiveram uma sessão de musicoterapia uma vez por semana durante o seu horário estipulado, indo ao encontro da disponibilidade dos pais e foi estabelecida uma relação terapêutica com base na comunicação e interação musical.

Segundo autores, estas crianças revelam uma atenção e sensibilidade especial e privilegiada à música, como uma atração por experiências de escuta musical e a tocar instrumentos. Estas respondem com maior facilidade a estímulos sonoros e musicais que a quaisquer outros estímulos.

Indo ao encontro das necessidades e interesses, uma das atividades mais desenvolvidas no âmbito da musicoterapia é a improvisação musical, pois permite desenvolver a capacidade de comunicação e relação de forma única. Existem diversos modelos da musicoterapia que aplicam a improvisação como atividade principal das sessões, por esta ser uma abordagem que tem vindo a demonstrar resultados positivos, criando um espaço para a relação, onde o musicoterapeuta interagir com o utente, criando música e dando sentido a todos os sons produzidos pelo mesmo. (Kolevzon, A., Mathewson, K. A., Hollander, E., 2006)

Os modelos seguintes foram os principais modelos para a sistematização e aprofundamento teórico da Musicoterapia aplicada a pessoas com PEA mais conhecidos por “Musicoterapia Improvisacional” são: o modelo *Nordoff-Robbins*, que é conhecido como “Musicoterapia Criativa”, onde o utente tem a possibilidade de criar a partir da improvisação; O modelo da britânica *Juliete Alvin*, intitulado por “Musicoterapia de Livre Improvisação”, a sua abordagem permite ao utente interagir musicalmente de forma livre; O modelo Benezon, que consiste no uso da música de forma livre a partir da interação não-verbal com uma abordagem humanista. Este é o primeiro a publicar neste

sentido, com uma visão holística, com o artigo “Autismo, Instituição, Família e Musicoterapia” (Benezon, 1987); O modelo *Orff*, sendo como fator central a improvisação, que inclui tocar e fazer música de forma espontânea; e o modelo *Priesley*, Musicoterapia Analítica.

As sessões tiveram como base os seguintes modelos: o modelo *Orff*, sendo um modelo desenvolvido com base na experiência clínica na prática para crianças com déficit de desenvolvimento, indo ao encontro da criança. A relação entre terapeuta e utente é a base central da terapia. Neste modelo o musicoterapeuta planeja e adapta as atividades musicais, no caminho do desenvolvimento geral, o desenvolvimento da personalidade e a situação/relação da família, atendendo assim às necessidades individuais do utente. E o modelo de *Nordoff-Robbins*, por este estabelecer os limites temporais e espaciais da sessão. A musicoterapeuta utilizou canções para o início e o final da sessão. A influencia deste método na improvisação levada a cabo nas sessões prende-se com o facto de terem sido criadas pela musicoterapeuta molduras sonoras que pretendiam incluir o material sonoro fornecido pelo individuo, permitindo a sua envolvência musical e estimulando a interação e comunicação através da música.

Sendo os dois casos de estudo diferentes mas com o mesmo diagnóstico, PEA e tendo a MT a função de Regulação emocional (estrutura temporal, previsibilidade); Integração sensorial (experiência multimodal transmodal); Relação afetiva (tensão/relaxamento); Interação (sintonia, sincronia, harmonia); Comunicação (intencionalidade, reciprocidade); Criatividade (produção, invenção, improvisação). A MT permitiu obter de uma forma diferenciada os objetivos propostos, tendo como base a literatura existente.

8. Reflexão final

O presente estágio revelou-se uma experiência única que me permitiu aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos durante o ano curricular do Mestrado de Musicoterapia de forma direta e insubstituível. Uma vez que a minha formação de base é Musicologia e tendo trabalhado anteriormente como professora de música no primeiro ciclo, este estágio curricular exigiu da minha parte diversas adaptações e pesquisas na área da psicologia, do foro médico e de educação, para ir ao encontro da população alvo.

A primeira dificuldade que enfrentei como estagiária de musicoterapia foi a gestão de emoções perante os utentes e após as sessões, pois nunca tinha trabalhado neste contexto. Pondo-me em causa constantemente, sentindo-me desamparada, apesar do apoio da equipa, o facto de não ter uma orientadora Musicoterapeuta, no local de estágio, fez diferença ao longo do meu processo de estagiária, obtendo os resultados terapêuticos de uma forma mais lenta e “se calhar não tão correta”. Contudo é de referir que foi de relevância as Supervisões de Estágio que se realizaram quinzenalmente na Universidade, para organizar e dar segurança nas técnicas implementadas junto das crianças.

Apesar de ao longo do ano existir um acompanhamento de supervisão, na universidade, com a prof Susana sempre pronta ajudar a crescer e a melhorar, em qualquer altura, mesmo foras das aulas (Um imenso obrigado!).

Deparar-me com aquelas crianças e as suas circunstâncias, aos seus gestos e sons estranhos, não conseguido chegar a elas e tomar consciência das dificuldades que as crianças e os seus pais enfrentam todos os dias foi de facto um desafio, mas ao longo do tempo fui aprendendo a lidar com as dificuldades. Estas crianças ensinaram-me a olhar e apreciar as pequenas conquistas, os pequenos gestos. Um sorriso, um olhar, um abraço, um pequeno toque, valia ouro. Podia numa sessão não conseguir atingir o objetivo, mas se aquela criança no final da sessão acaba-se feliz, já considerava uma boa sessão e o objetivo base tinha sido conquistado; o seu bem-estar. Nestas sessões aparentemente podia não acontecer nada. Por vezes parecia até que a criança não dava conta de que eu estava na sala com ela, no entanto, quando existiram progressos com

essas crianças tudo fez sentido e aprendi que esperar, ter paciência e permitir que haja espaço para o outro se manifestar são muito importantes quando estamos com uma criança com dificuldade em se expressar, em comunicar e em se relacionar com o outro.

Ao longo do ano tive momentos de frustração mas aprendi com as dificuldades e cresci como terapeuta, aperfeiçoando as estratégias e modificando a minha abordagem terapêutica de forma a permitir que o processo terapêutico decorresse da melhor maneira. Aprendi que as crianças dão-nos as respostas do que necessitam, basta estar atento e assim constrói-se mais eficazmente os objetivos. Contribuir para o bem-estar físico, emocional, social e cognitivo da criança onde não existem fórmulas e onde cada criança apresenta necessidades individuais muito específicas.

9. Referências

- Accordino, R., Comer & R. Heller, W. (2007). *Searching for music's potencial: A examination of research on music therapy with individuals with autism*. Research In Autism Spectrum Disorder, (1), 101 – 115
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edition (DSM V). Arlington VA: American Psychiatric Publishing
- Applebaum, E., Egel, A. L., Koegel, R. L., Imhoff, B. (1979). Measuring musical abilities of autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 9 (3), pp 279-285.
- Alvarez J.A. & Emory E. (2006). Executive function and the frontal lobes: a meta analytic review. *Neuropsychology Reviews*. (1) 17- 42
- Alvin, J. (1965). *Music Therapy for the handicapped child*. London: Oxford University Press.
- Alvin, J. (1968-87). Work with an autistic child. In: British Society for Music Therapy (Ed.), *Music therapy for autistic disability: a collection of articles on autism published in the British Journal of Music Therapy*.
- Alvin, J. (1978). *Music Therapy for the Autistic Child*. Oxford University Press, London, UK.
- Alvin, J. & Warwick, A. (1991). *Music Therapy for the Autistic Child*. Oxford University Press, London, UK.
- Altenmüller, E., Schlaug, G. (2015). *Apollo's gift: new aspects of neurologic music therapy*. Progress in Brain Research. 217, pp. 237-252.
doi:10.1016/bs.pbr.2014.11.029.
- Amitai, M., Peskin, M., Gothelf, D., Zalsman, G. (2012). *Autism Spectrum Disorders: updates and new definitions*. *Harefuah*. 151 (3):167-70.

- Barthélemy, C., Fuentes, J., Van der Gaag, R., Visconti, P. (2000). *Descrição do Autismo. International Association Autism-Europe* Benezon, R. O., (1981). *Manual de Musicoterapia*. Editorial Paidós, Ibérica S. A., Barcelona.
- Benezon, R. O. (1987). *O autismo, a família, a instituição e a Musicoterapia*. Brasil, Rio de Janeiro: Enelivros
- Benezon, R. O. (1988). *Teoria da musicoterapia-Contribuição ao conhecimento do contexto não-verbal*. Brasil, São Paulo: Summus.
- Benezon, R. O. (2000). *De la teoría a la práctica*. Argentina: Lumen
- Bhatara, A., Quintin, E. M., Levy, B., Bellugi, U., Fombonne, E., Levitin, D. J. (2010). Perception of emotion in musical performance in adolescents with spectrum disorders. *Autism RES*; 3 (5): 214-25.
- Berkowitz, A. L., & Ansari, D. (2010). Expertise-related deactivation of the right temporoparietal junction during musical improvisation. *Neuroimage*, 49(1): 712-9. doi:10.1016/j.neuroimage.2009.08.042.
- Bonnel, A., Mottron, L., Peretz, I., Trudel, M. (2003). Enhanced Pitch Sensitivity in Individuals with Autism: A Signal Detection Analysis. *Journal of Cognitive Neuroscience*. 15 (2): pp.226-235.
- Bunt, L. (1996). *Music therapy, an art beyond words*. New York: Routledge
- Bunt, L. (2003). Music Therapy with Children: A Complementary Service to Music Education?' *British Journal of Music Education*. Cambridge University Press. 20 2: 179-195.
- Bunt, L. & Stiege, B. (2014). *Music Therapy, An Art Beyond Words*. Second Edition. Published by Routledge – Sussex, Great Britain e by Routledge, New York, USA. Printed and bound in Great Britain by TJ International Ltd, Padstow, Cornwall.
- Bruscia, K. (1982). Music in the assessment and treatment of echolalia. *Music Therapy*. 2 (1): 25-41.
- Bruscia, K. (1987). *Improvisational Models of Music Therapy*. Charles C. Thomas Publications, Springfield, IL, USA.

- Bruscia, K. (1988). Standards for clinical assessment in the arts therapies. *The Arts in Psychotherapy*, 15(1): 5-10. [http://dx.doi.org/10.1016/0197-4556\(88\)90047-0](http://dx.doi.org/10.1016/0197-4556(88)90047-0)
- Bruscia, K. (1998). *Defining Music Therapy*. Barcelona Publishers. ISBN: 1-891278-07
- Bruscia, K. (2000). *Definindo Musicoterapia*. 2ª Ed. Brasil, Rio de Janeiro: Enelivros.
- Brown, S. M. K. (1994). Autism and Music Therapy — Is Change Possible, and Why Music? *Journal of British Music Therapy* 8 (1): 15-25.
doi.org/10.1177/135945759400800105.
- Campbell, D., Doman, A. (2012). *Healing at the speed of sound: how what we hear transforms our brains and our lives*. London: Penguin Books.
- Carvalho, E. (2004). Grelha de Avaliação da Intervenção da Musicoterapia.
- Cook, N. (1990). *Music, imagination, and culture*. New York, NY, US: Clarendon Press/Oxford University Press.
- Côrte, B. & Neto, P. L. (2009). A musicoterapia na doença de Parkinson. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(6), 2295-2304.
- Davis, W. B., Gfeller, K. E. (2008). Music therapy: historical perspective. In: Davis, W. B., Gfeller, K. E., Thaut, M. H., (Eds). *An introduction to music therapy: theory and practice*. 3rd Ed. Silver Spring: The American Music Therapy Association, pp. 17-40.
- De Vries, D. B. (2015). Music as a Therapeutic Intervention with Autism: A Systematic Review of the Literature. *Therapeutic Recreation Journal*, XLIX, 220-237.
- Ecker, C., Suckling, J., Deoni, S. C., Lombardo, M. V., Bullmore, E. T., Baron-Cohen, S., Catani, M., Jezzard, P., Barnes, A., Bailey, A. J., Williams, S. C., Murphy, D. G. (2012). Brain anatomy and its relationship to behavior in adults with autism spectrum disorder: a multicenter magnetic resonance imaging study. *Arch Gen Psychiatry*; 69 (2): 195-209.
- Edgerton, C. L. (1994). The effect of improvisational music therapy on the communicative behaviors of autistic children. *Journal of Music Therapy*, 31(1): 31-62

- Elefant C, Mössler KA, Gold C. (2014). Music therapy for people with autism spectrum disorder. Cochrane Database Syst Rev. 6. doi: 10.1002/14651858.CD004381.pub3*
- Eren, B. (2014). Use of Music in Special Education and Application Examples from Turkey. Publicado Elsevier Ltd. 2593 – 2597.*
- Erkkila, J., Ouro, C., Fachner, J., Ala-Ruona, E., Punkanen, M., Vanhala, M. (2008). The effect of improvisational music therapy on the treatment of depression: protocol for a randomised controlled trial. BC Psychiatry; 8:50.*
- Etkin, P. (1999). The use of creative improvisation and psychodynamic insights in music therapy with an abused child. In: Wigram, T. and De Backer, J. (Eds.) Clinical Applications of Music Therapy in Developmental Disability, Pediatrics and Neurology, 155-165. London, UK: Jessica Kingsley Publishers*
- Farrel, M. (2008). Dificuldades de Comunicação e Autismo. Porto Alegre: Artmed Editora.*
- Fatemi S. M., Aldinger, K. A., Ashwood, P., Bauman, M. L., Blaha, C. D., Blatt, G. J., Chauhan, A., Chauhan, V., Dager, S. R., Dickson, P. E., Estes A. M., Goldowitz, D., Heck, D. H., Kemper, T. L., King, B. H., Martin, L. A., Millen, K. J., Mittleman, G., Mosconi, M. W., Persico, A. M., Sweeney, J. A., Webb, S. J., Welsh, J. P. (2012). Consensus paper: pathological role of the cerebellum in autism. Cerebellum. 11 (3): 355-9.*
- Federação Mundial de Musicoterapia, (1996). Revista Brasileira de Musicoterapia. 1-2.*
- Ferreira, I. M. (2011). Uma Criança com Perturbações do Espectro do Autismo: Um Estudo de Caso. Instituto Superior de Castelo Branco: Escola Superior de Educação.*
- Ferrari, K. (2013). Musicoterapia. Aspectos de la sistematización y evaluación de la práctica clínica. Buenos Aires: Ediciones.*
- Fornazzari, L., Fischer, C. E., Ringer, L., Schweizer, T. A. (2012). Blue is music to my ears: multimodal synesthesias after a thalamic stroke. Neurocase. 18 (4): 318-22.*

- Filho, B. J., Lowenthal, R. (2013). A inclusão escolar e os transtornos do espectro do autismo. In: SCHMIDT, C. (org.). Autismo, educação e transdisciplinaridade. Campinas: Papirus, p. 125-43.*
- Fisher, R. (1991). Original song drawings in the treatment of a developmentally disabled, autistic adult. In K. E. Bruscia (Eel.), Case studies in music therapy (pp. 359-371). Gilsum, NH: Barcelona Publishers.*
- Franco, V. (2015). Introdução à Intervenção Precoce no desenvolvimento da criança, com a família na comunidade, em equipe. Évora. Aloendro*
- Frith, U. (1991). Autism and Asperger Syndrome. Cambridge University Press.*
- Frith, U. (2003). Autism: Explaining the Enigma. Oxford: Blackwell*
- Gattino, G. S., Riesgo, R. d. S., Longo, D., Leite, J. C. L. & Faccini, L. S. (2011) Effects of relational music therapy on communication of children with autism: a randomized controlled study. Nordic Journal of Music Therapy, 20, 142–154. doi: 10.1080/ 08098131.2011.566933.*
- Gattino, G. S. (2015). Musicoterapia e Autismo: teoria e prática. Memnon, Brasil, São Paulo.*
- Gastón, E. T. (1968). Tratado de Musicoterapia. Traduzido por Marta Fernández. Enrique Díaz, Sara Elena Hassan. de Music in Therapy. Buenos Aires: Paidós.*
- Gersegger, M., Elefant, C. Mossler, K. A., Gold, C., (2014). Music Therapy for people with autism spectrum disorder. Cochrane Databe Syst Rev. 17 -6.*
- A. Guerrero, N. & Turry (2012). Nordoff-Robbins music therapy: An expressive and dynamic approach for young children on the autism spectrum. In P. Kern & M. Humpal (Eds.), Early childhood music therapy and autism spectrum disorders pp. 130–144. London: Jessica Kingsley Publishers.*
- Gold, C., Wigram, T., & Elefant, C. (2006). Music therapy for autistic spectrum disorder. Cochrane Database of Systematic Review, 2, CD004381.*

- Gomes, E., Pedroso, F. S., Wagner, M. B. (2008) Auditory hypersensitivity in the Autistic Spectrum disorder. *Pro Fono*; 20 (4): 279-84.
- Gregory, D. (2000). Test instruments used by Journal of Music Therapy authors from 1984-1997. *Journal Music Therapy*. 37 (2): 79-94.62.
- Gregory, D. (1999). Five international models: panel on qualitative research. 9th World Congress of Music Therapy, Nov 17-22; Washington, DC, USA.
- Gold, C., Voracek, M., Wigram, T. (2004). Effects of music therapy for children and adolescents with psychopathology: a meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 45:6, pp 1054–1063. doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.t01-100298.x
- Grocke, D. (1999). Five international used panel on qualitative research. 9th World Congress of Music Therapy. 37(2): 79-94. 62.
- Hatem, T.P.; Lira, P.I. & Mattos, S.S. (2006). The therapeutic effects of music in children following cardiac surgery. *Jornal de Pediatria*, 82(3), 186-192.
- Hazlett, H. C., Poe, M., Gerig, G., Smith, R. G., Provenzale, J., Ross, A., Gilmore, J. Piven, J. (2005). Magnetic Resonance Imaging and Head Circumference. Study of Brain Size in Autism, *Arch Gen Psychiatry*, 62 p. 1366-1376.
- Hanson-Abromeit, D. (2015). A conceptual methodology to define the therapeutic of music. *Music Therapy Perspectives*, 33(1), 25-38. doi: 10.1093/mtp/miu061.
- Heaton, P. (2009). Assessing musical skills in autistic children who are not savants. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 364(1522), 1443–1447. doi:10.1098/rstb.2008.0327
- Jones, E. J. H., Gliga, T., Bedford, R, Charman, T. & Johnson M. H. (2014). Developmental pathways to autism: A review of prospective studies of infants at risk. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, (39), 1-33. Retrieved from www.elsevier.com/locate/neubiorev.
- Kaat, A. J. & Lecavalie, L. (2013). Disruptive behavior disorders in children and adolescents with autism spectrum disorders: A review of the prevalence,

- presentation, and treatment. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 7(12): 1579-1594.
- Kim, J., Wigram, T., & Gold, C. (2008). The effects of improvisational music therapy on joint attention behaviors in autistic children: A randomized controlled study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38: 1758–1766.
- Kim, J., Wigram, T., & Gold, C. (2009). *Emotional, motivational and interpersonal responsiveness of children with autism in improvisational music therapy autism*, 13: 389–410.
- Koelewijn, T, Bronkhorst, A., Theeuwes, J., (2010). Attention and the multiple stages of multisensory integration: a review of audiovisual studies. *Act Psychol (Amst)*. 134(3): 371-84.
- Kolevzon, A., Mathewson, K. A., Hollander, E. (2006). Selective serotonin reuptake inhibitors in autism: a review of efficacy and tolerability. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 67(3):407-414.
- LaGasse A.B. (2014). Effects of a music therapy group intervention on enhancing social skills in children with autism. *Journal of Music Therapy*. 51(3): 250–275.
- Lai, G., Pantazatos, S. P., Schneider, H., Hirsch, J. (2012). *Neural systems for speech and song in autism*. *Brain*. 961-75. doi:10.1093/brain/awr335.
- Lim, H. A. (2009). Use of music to improve speech production in children with autism spectrum disorders: Theoretical orientation. *Music Therapy Perspectives*. 27(2): 103-114.
- Luck, G., Toiviainen, P., Erkkila, J., Lartillot, O., Riikkila, K., Makela, A., Pyaluoto, K., Raine, H., Varkila, L., Varri, J. (2008). Modelling the relationships between emotional responses to, and musical content of, music therapy improvisations. *Psychology of Music*. 36 (1):25-45.
- Madsen, C.K., Cotter, V.A. & Madsen, C.H. Jr. (1968). A behavioral approach to music therapy. *Journal Music Therapy*. 5 (3): 69-71.

- Magnee, M. J., de Gelder, B., van Engeland, H., Kemner, C. (2011). Multisensory integration and attention in autism spectrum disorder: evidence from event-related potentials. *PLoS One*. 6 (8): e24196. approach to music therapy, *Journal of Music Therapy*, 5, 69-71.
- Marques, C. E. (2000). *Perturbações do espectro do autismo: Ensaio de uma intervenção construtivista desenvolvimentista com mães*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Mössler, K., Chen, X., Haldal, T. O., & Gold, C. (2011). Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.cd004025.pub3
- Müller, P. & Warwick, A. (1993). Autistic children and music therapy: the effects of maternal involvement in therapy. In: *Music Therapy in Health and Education* (eds M. Heal & T. Wigram), pp. 214–234. *Jessica Kingsley Publishers*, London, UK.
- Nordoff, P. (1964). Music Therapy and personality change in autistic children. *J. Am. Inst. Homeopath.* 57:305-10.
- Nordoff, P., Robbins, C., (1977). *Creative Music Therapy: individualized treatment for the handicapped child*. Cited 51 times. New York: The John Day Company.
- Nordoff, P., & Robbins, C. (1992). *Therapy in music for handicapped children*. London, England: Victor Gollancz.
- Nordoff, P., Robbins, C. & Marcus, D. (2007). *Creative Music Therapy: A Guide to Fostering Clinical Musicianship*. University of California, Barcelona Pub, 2 edition. ISBN-10: 1891278134, ISBN-13: 978-1891278136.
- Nunes, D. R. P. (2013). *Comunicação alternativa e ampliada para pessoas com autismo*. In: Schmidt, Carlo (Org.). *Autismo, educação e transdisciplinaridade*. Campinas/SP: Papirus.
- Olano, J. A. S. *Los Niños com Autismo o Alteraciones Graves de la Personalidade*.

- Oliveira, C. C. & Gomes, A. (2014). Breve história da musicoterapia, suas conceptualizações e práticas. In: Atas do XII congresso da SPCE, 754-764. Portugal.
- O’Brienn, J.; Erkinjuntti, T.; Reisberg, B.; Roman, G.; Sawada, T.; Pantoni, L. et al. (2003) Vascular cognitive impairment. *Lancet Neurol*, v. 2, n. 2, p. 89-98.
- Orff, G. (1980). *The Orff Music Therapy*. New York: Schott Music Corporation.
- Paul, R., Campbell, D., Gilbert, K., Tsiouri, I. (2013). Comparing spoken language treatments for minimally verbal preschoolers with Autism Spectrum Disorders. *Journal Autism Dev Disord*. 43(2):418-31.
- Peterson, C. C., Wellman, H. M., Slaughter, V. (2012). The mind behind the message: advancing theory-of-mind scales for typically developing children, and those with deafness, autism, or Asperger syndrome. *Child Dev*. 83(2): 469-85.
- Piazzetta, C. M. F. (2007). Análise musical em musicoterapia: uma importante ferramenta para o desenvolvimento do processo terapêutico. *Anais do Simpósio de Pesquisa em Música*, 108- 115, Paraná.
- Pioggia, G., Iglizzi, R., Ferro, M., Ahluwalia, A., Muratori, F., & DeRossi, D. (2005). An Android for Enhancing Social Skills and Emotion Recognition in People With Autism. *IEEE Transactions on Neural Systems and Rehabilitation Engineering*, 13(4): 507–515. doi:10.1109/tnsre.2005.856076
- Pinelli, M. & Santelli, E. (2005). *Autismo e Competenze Cognitivo-Emotive*, Edizioni Centro Studi Erickson, Gardolo.
- Prelock, P. J., Nelson, N. W. (2012). Language and communication in autism: an integrated view. *Pediatric Clin North Am*. 59(1): 129-45.
- Porter, S., Holmes, V., Mclaughlin, K., Lynn, F., Cordwell, C., Braiden, H. J., et al., (2012). Music in mind, a randomized controlled trial of music therapy for young people with behavioural and emotional problems. Study protocol. *J Adv Nurs*. pp.129-45.

- Quintin, E. M., Bhatara, A., Poissant, H., Fombonne, E., Levitin, D. J. (2011). Emotion perception in music in high-functioning adolescents with Autism Spectrum Disorders. *J Autism Dev Disord.* 41(9):1240-55.
- Reschke-Hernandez, A. (2011). History of music therapy treatment interventions for children with autism. *Journal of Music Therapy.* 48: 169–207.
- Rivera, R. N., Chandler, A., & Humpal, M. (2013). Music Therapy Services for Individuals with Autism Spectrum Disorder: A Survey of Clinical Practices and Training Needs. *Journal of Music Therapy.* 50: 274-303.
- Robarts, J.Z. (1996). *Music Therapy for Autistic Children*: In Trevarthen, K. C., Aitken, D. Papoudi & J.Z. Robarts (eds) *Children with Autism: Diagnosis and Interventions to Meet Their Needs*. London, Jessica Kingsley, pp.132–60.
- Robb, S. L., & Carpenter, J. S. (2009). A Review of Music-based Intervention Reporting in Pediatrics. *Journal of Health Psychology.* 14(4):490–501. doi: 10.1177/1359105309103568
- Sarapa, K. B., & Katusic, A. H. (2012). Application of music therapy in children with autistic spectrum disorder/Primjena muzikoterapije kod djece s poremećajem iz autističnog spektra. *Revija za Rehabilitacijska Istraživanja*, 48 (2): pp. 124-129.
- Schmidt, et al. (2007). *Estratégias de Coping de Mães de Portadores de Autismo: Lidando com Dificuldades e com a Emoção*: in *Psicologia: Reflexão e Crítica.* 20 (1): 124- 131.
- Schmidt, C. (2013). Autismo, educação e transdisciplinaridade. In Schmidt, C. (Org.). *Autismo, educação e transdisciplinaridade*. Campinas/SP: Papyrus.
- Schmid, W. & Ostermann, T. (2010). Home-based music therapy - a systematic overview of settings and conditions for an innovative service in healthcare. *BMC Health Services Research.* 10:291.
- Schneck, D.J. & Berger, O.S. (2006). *The Music Effect*. Philadelphia: *Jessica Kingsley Publishers*. ISBN 184310-771-6.

- Scheuermann, B., & Webber, J. (2002). *Autism: Teaching DOES make a difference*. Belmont, CA: Wadsworth-Thomson Learning.
- Schwartzberg, E.T. & Silverman, M. J. (2014). Music therapy song repertoire for children with autism spectrum disorder. A descriptive analysis by treatment areas, song types, and presentation styles. *The Arts in Psychotherapy*. (41), 240-249.
- Sicile-Kira, C. (2014). *Autism Spectrum Disorder: The Complete Guide to Understanding Autism*. New York: The Pinguin Group
- Stevens, E., Clark, F. (1969). Music Therapy in the treatment of autistic children. *Journal Music Therapy*. 6 (4): 98-104.
- Stern, D. N. (1985). *The Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. Basic Books, New York, NY, USA.
- S. Sausser, R. W. (2006). A model for music therapy with students with emotional and behavioral disorders. *The Arts in Psychotherapy*. 1-10
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.
- Stern, D. N. (1989). *The representation of relational patterns: Developmental considerations*. In: Sameroff AJ, Emde RN editor(s). *Relationship disturbances in early childhood*. New York: Basic Books.
- Simpson, K. (2013). *The use of Musical Elements to Influence the Learning of Receptive Communication skills in children with autism*. Australian Catholic University.
- Tamtam, D. (2003). *The challenge of adolescents and adults with asperger syndrome*. Child Adolescence and Pschiatric s Clinics of North America, 12, 143 - 163
- Thaut, M. H., Gardiner, J. C., Holmberg, D., Horwtz, J., Kent, L., Andrews, G., Donelan, B., McIntosh, G. R., (2009). Neurologic music therapy improves executive function and emocional adjustment in traumatic brain injury rehabilitation. *Ann, N. Y. acad Sci*. 1169:40616.
- Thelen, E. (1979). *Rhythmical stereotopies in normal human infants*. *Animal Behavior*, 27, 699–715

- Thompson, G. (2012). Family-centered music therapy in the home environment: promoting interpersonal engagement between children with autism spectrum disorder and their parents. *Music Therapy Perspectives*, 30, 109–116.
- Thompson, G. A., McFerran, K. S., Gold, C. (2013) Family-centred music therapy to promote social engagement in young children with severe autism spectrum disorder: a randomized controlled study. *Child Care Health Dev*, 40 - 6, p. 840-852.
- Travers, B. C., Adluru, N., Ennis, C., Tromp, D. P., Destiche, D., Doran, S., Bigler, E. D., Lange, N., Lainhart, J. E., Alexander, A. L. (2012). Diffusion tensor imaging in Autism Spectrum Disorder: a review. *Autism Res*. 5(5):289:313.
- Trevarthen, C. (1999). Musicality and the intrinsic motive pulse: evidence from human psychobiology and infant communication. *Musicae Scientiae*, 155–215 (special issue 1999–2000).
- Trevarthen, C., Aitken, K., Papoudi, D., & Roberts, J. (1998). *Children with autism: diagnosis and interventions to meet their needs* (2nd ed.). London: Jessica Kingsley.
- Trevarthen, C. (1999-2000). Musicality and the intrinsic motive pulse: Evidence from human psychobiology and infant communication. *Musicae Scientiae* 1999; Special issue: 155–215.
- Trevarthen, C., & Aitken, K. J. (2001). Infant Intersubjectivity: Research, Theory, and Clinical Applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 42(1): 3–48. doi: 10.1017/s0021963001006552.
- Treurnicht, N. K., Kingsnorth, S., Lamont, A., McKeever, P., Macarthur, C. (2011). The effectiveness of music in pediatric healthcare: a systematic review of randomized controlled trials: Evid Based Complement Alternat Med. *PubMed PMID* 20976017. Pubmed central PMCID: 2957635. Epub 2010/10/27 eng.
- Wan, C. Y., Demaine, K., Zipse, L., Norton, A., Schlaug, G. (2010). From music making to speaking: engaging the mirror neuron system in autism. *Brain Res Bull*. 82(34):161-8.

- Wheeler, B. L. (2012). Developments in Music Therapy Practice: Case Study Perspectives. *Journal Music Therapy*, 49, 365.
- Wheeler, B. L. (2015). *Music Therapy Handbook*. NY: Guilford Publications.
- Wigram, T. (1992): Differential Diagnosis of Autism and other types of Disability. Keynote paper to the 1991 Annual Congress of AMTA, Sydney, Australia. Australian *Journal of Music Therapy*. 3, 16-26
- Wigram, T. (1995). The Psychological and Physiological Effects of Low Frequency Sound and Music. *Music Therapy Perspectives*. 13(1): 16–23. doi:10.1093/mtp/13.1.16
- Wigram, T. (2002). Indications in music therapy: Evidence from assessment that can identify therapy as a treatment for autistic spectrum disorder (ASD). Meeting the challenge of evidence based practice. *British Journal of Music Therapy*; 16 - 1:5 28.
- Wigram, T., & Pedersen, I. &. (2002). *A Comprehensive Guide to Music Therapy*. Jessica Kingsley Publishers
- Wigram, T., Gold, C. (2006). Music therapy in the assessment and treatment of autistic spectrum disorder: clinical application and research evidence. *Child Care Health Dev.* ;32 - 5:535–542.
- Wigram, T. & Elefant, C. (2006). *Therapeutic Dialogues in Music: Nurturing Musicality of Communication in Children with Autistic Spectrum Disorder and Rett Syndrome'*, in S. Malloch & C.Trevarthern (eds) *Communicative Musicality*. New York: Oxford University Press.
- Wieland, L. S., Manheimer, Eric., Berman, B. M. (2011). Development and classification of an operational definition of complementary and alternative medicine for the Cochrane Collaboration. *Altern Ther Health Med.*; 2: 50–59.
- Williams W. S., K. Keonig & L. Scahill, (2006). Social skills development in children with autism spectrum disorders: A review of intervention research. *Journal of Autism Developmental Disorder*. 37, 1858–1868

Wing, L., Yeates, S. R., Brierley, L. M., & Gould, J. (1976). The prevalence of early childhood autism: comparison of administrative and epidemiological studies. *Psychological Medicine*, 6(01), 89. doi:10.1017/s0033291700007522

Wosch, T., Wigram, T. (2007). *Microanalysis in Music Therapy: methods, techniques and applications for clinicians, researchers, educators and students*. London: Jessica Kingsley Publisher.

Web:

(<https://www.dgs.pt/sistema-nacional-de-intervencao-precoce-na-infancia.aspx>)

Anexos

Lista de Anexos:

Anexo A: Declarações de consentimento

Anexo B: Autorização vídeo-áudio

Anexo C: Escala de comunicabilidade musical

Anexo D: Grelha de avaliação de intervenção musicoterapêutica

Anexo: E Ficha de avaliação da história sonoro-musical

ANEXO A

Declaração de consentimento

DECLARAÇÃO

Eu, _____, pai / mãe /
guardião 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 em Musicoterapia, exclusivamente para efeitos de supervisão
do trabalho realizado.

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.

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

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

Assinatura

Nome Legível

ANEXO B

Autorização vídeo-áudio

Lisboa, ___ de _____ de _____

Ao Exm^o(a) Sr^a)

Caro(a) Senhor(a),

A instituição onde o/a _____, sob guarda legal de V^a Ex^a, está inserido acolhe este ano letivo um(a) estagiário(a) do curso de Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, cujo trabalho é orientado por profissionais com formação especializada na área da Musicoterapia, que trabalham nas instalações da dita Universidade. Neste tipo de intervenção, é extremamente importante a gravação áudio e vídeo das sessões, para que o trabalho do estagiário possa ser devidamente supervisionado pelos docentes da Universidade, uma vez que não será possível à supervisora da Universidade acompanhar direto nesta instituição o trabalho do estagiário.

Assim, vimos por este meio solicitar a sua autorização para que se possam efetuar 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(a) estagiário(a). Estes dados serão mantidos na mais absoluta confidencialidade entre o utente, o estagiário e o grupo de supervisão. Os dados serão destruídos após o fim do estágio curricular e da respetiva apresentação de relatório.

Junto apresentamos uma minuta de declaração de autorização por parte dos pais e educadores dos nossos utentes. Solicitamos-lhe que preencha e assine esta declaração, que ficará arquivada no processo do _____.

Com os melhores cumprimentos,

Professora Doutora Teresa Leite

Coordenadora Científica

Mestrado de Musicoterapia

Universidade Lusíada de Lisboa

ANEXO C

Escala de comunicabilidade musical

Escala de Comunicabilidade Musical

Criança:	Data de Nascimento:	Data avaliação:	Sessão:	
Terapeuta:				
Níveis de comunicabilidade	Modos de atividade			Avaliação Total
	Instrumental	Vocal	Movimento Corporal	
(7) Inteligência musical e habilidades funcionais livremente, competentemente e aparentemente comunicáveis. Entusiasmo para a criatividade musical.				
(6) Participação responsiva comunicativa firmemente estabelecida. Crescimento de autoconfiança musical. Independência em usar componentes rítmicos, melódicos e expressivos.				
(5) Sustentação de impulsos de resposta direcionada criando comunicação musical. Aparecimento de motivação musical. Aumento do envolvimento				
(4) Despertar da consciência musical. Percepção musical intermitente que se manifesta intencionalmente				
(3) Respostas evocadas (ii): mais sustentadas e musicalmente relacionadas.				
(2) Respostas evocadas (i): Fragmentadas, passageiras.				

(1) Nenhuma resposta musicalmente comunicativa.				
--	--	--	--	--

ANEXO D

Grelha de avaliação de intervenção musicoterapêutica

Grelha de Avaliação de Intervenção de Musicoterapia

Nome:	Data:	Avaliação			
		Nunca	Raramente	Frequente	Muito frequente
Categorias	Objetivos terapêuticos				
1.Contacto Relacional	Adere ao contacto				
	Inicia o contacto				
	Mantém-se referenciado				
2.Contacto com os objetos musicais	Manipula apropriadamente os instrumentos musicais				
	Não apresenta estereotipias				
	Interage através dos objetos				
3.Espressão Corporal/Funcionamento Motor	Revela destreza, agilidade e coordenação motora				
	Revela intencionalidade e antecipação nos movimentos				
	Revela contingência os movimentos				
	Não apresenta maneirismo nem estereotipias				
	Bate as palmas ajustando-se à pulsação				
	Coordena marcha segundo o andamento musical				
4.Sensibilidade Sonoro-Musical	Reconhece a fonte emissora do som				
	Reage às interrupções de emissora sonora				
	Reconhece as alterações de timbres e fontes sonoras				
	Não apresenta hipossensibilidade sonoro-musical				
	Não apresenta hipersensibilidade sonora-musical				

5.Emissão e Expressão Vocal	Emite sons de trato oro-faríngeo				
	Emite vocalizações com largo espectro e expressividade				
	Emite vocalizações contingentes				
	Não apresenta estereotipias vocais				
	Canta canções do seu repertório familiar				
	Vocaliza ou entoa canções, ajustando-se ao andamento e pulsação musical				
6.Produção Musical Instrumental	Toca ajustando-se à pulsação e ao andamento musicais				
	Bate com as palmas das mãos nos instrumentos de percussão				
	Utiliza adequadamente as baquetas do xilofone				
	Produz harpejos nos instrumentos de cordas				
7.Imitação	Imita sons vocais com diferentes frequências				
	Repete frases rítmicas				
	Repete frases melódicas				
	Imita gestos sincronizados com cursas melódicas ou padrões rítmicos				
8.Reciprocidade	Ajusta-se de forma sincrónica às improvisações musicais do seu interlocutor				
	Adere a jogos musicais de alternância: pergunta - respostas				
	Espera a sua vez e dá a vez				
	Reinicia os diálogos musicais				
	Interrompe a produção musical de forma contingente e previsível				
9.Reação e Adptação à Mudança	Reage às interrupções musicais				
	Reage às alterações dos parâmetros musicais				

	Ajusta-se musicalmente às alterações musicais				
10. Inovação e Criatividade	Altera intencionalmente as suas produções musicais				
	Apresenta ideias musicais novas				
11. Comunicação verbal	Revela compreensão de pedidos e ordens				
	Verbaliza de modo contingente				
	Não revela estereotípias verbais				
	Verbaliza pedidos				
	Verbaliza sentimentos				
12. Comportamento Emocional	Revela capacidade de auto-regulação emocional através da música				
	Reconhece as alterações da tonalidade afetiva da música				
	Revela capacidade de expressão afetiva				
13. Atividade Simbólica	Adere adequadamente a jogos musicais de carácter inter-modal				
	Revela sensibilidade aos ambientes sonoro-musicais para ampliar a experiência do jogo simbólico				
	Adere à construção de histórias musicais através da criação de canções temáticas				
	Recria cenários sonoro-musicais para ampliar a atividade simbólica				

ANEXO E

Ficha de avaliação da história sonoro-musical

Ficha de avaliação da história Sonoro- Musical

Nome:	Idade:	Naturalidade:	D.N:
Escola:			
Pai:	Profissão:	Naturalidade:	
Mãe:	Profissão:	Naturalidade:	
Religião:			

1.Durante a gravidez:

- Como correu a gravidez
- A mãe/pai cantava para o feto
- Qual era a relação da música em casa. Se ouviam musical e qual
- Música durante o parto

2.Nascimento da criança

- Se correu bem

3.Criança

- Se gosta de música.
- Se ouve música, com que frequência e que tipo de música
- Gosta de cantar e dançar
- Sons de casa: gosta ou se incomoda
- Contacto com instrumentos musicais
- Se faz música com instrumentos musicais/instrumentos do dia-a-dia de casa
- Que géneros de música gosta