

Universidades Lusíada

Tavares, Maria Cordeiro Pires de Figueiredo Gomes
Arruda, 1980-

**A música e o corpo no espectro do autismo :
musicoterapia e psicomotricidade em regime de
coterapia**

<http://hdl.handle.net/11067/7879>

Metadata

Issue Date 2024

Abstract O presente relatório tem como objetivo sintetizar a intervenção em musicoterapia realizada no serviço de psiquiatria da infância e da adolescência da Unidade Local de Saúde da Cova da Beira, na Covilhã, no âmbito do estágio curricular do Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada. Esta intervenção foi dirigida a crianças com patologias do neurodesenvolvimento, maioritariamente com perturbação do espectro do autismo, em setting individual, tanto em formato exclusivo de musicoterapia como ...

The aim of this report is to summarise the music therapy intervention carried out at the child and adolescent psychiatry service of the Cova da Beira Health Unit in Covilhã, as part of the Master's degree in Music Therapy at Lusíada University. This intervention was aimed at children with neurodevelopmental pathologies, mainly autism spectrum disorders, in an individual setting, both in an exclusive music therapy format and in co-therapy with psychomotricity. This document will present evidenc...

Keywords Crianças autistas - Tratamento, Musicoterapia para Crianças, Musicoterapia - Prática profissional, Unidade Local de Saúde da Cova da Beira (Covilhã). Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental. Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência - Ensino e estudo (Estágio)

Type masterThesis

Peer Reviewed No

Collections [ULL-IPCE] Dissertações

This page was automatically generated in 2025-04-19T11:15:10Z with information provided by the Repository



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

**A música e o corpo no espectro do autismo: musicoterapia e
psicomotricidade em regime de coterapia**

Realizado por:

Maria Cordeiro Pires de Figueiredo Gomes Arruda Tavares

Supervisionado por:

Professora Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer

Orientado por:

Dr.^a Maria Leonor Mota Raposo Goulão Sousa Amaral

Constituição do Júri:

Presidente:	Prof. ^a Doutora Túlía Rute Maia Cabrita
Supervisora:	Professora Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer
Arguente:	Professora Doutora Maria Eduarda Salgado Carvalho

Dissertação aprovada em: 14 de fevereiro de 2025

Lisboa

2024



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

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

Mestrado em Musicoterapia

A música e o corpo no espectro do autismo:
musicoterapia e psicomotricidade em regime de
coterapia

Maria Cordeiro Pires de Figueiredo Gomes Arruda Tavares

Lisboa

Agosto 2024



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

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

Mestrado em Musicoterapia

**A música e o corpo no espectro do autismo:
musicoterapia e psicomotricidade em regime de
coterapia**

Maria Cordeiro Pires de Figueiredo Gomes Arruda Tavares

Lisboa

Agosto 2024

Maria Cordeiro Pires de Figueiredo Gomes Arruda Tavares

A música e o corpo no espectro do autismo: musicoterapia e psicomotricidade em regime de coterapia

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

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

Orientadora de estágio: Dr.^a Maria Leonor Mota Raposo Goulão Sousa Amaral

Lisboa

Agosto 2024

FICHA TÉCNICA

Autora	Maria Cordeiro Pires de Figueiredo Gomes Arruda Tavares
Supervisora de estágio	Professora Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer
Orientadora de estágio	Dr. ^a Maria Leonor Mota Raposo Goulão Sousa Amaral
Título	A música e o corpo no espectro do autismo: musicoterapia e psicomotricidade em regime de coterapia
Local	Lisboa
Ano	2024

CASA DO CONHECIMENTO DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

TAVARES, Maria Cordeiro Pires de Figueiredo Gomes Arruda, 1980-

A música e o corpo no espectro do autismo: musicoterapia e psicomotricidade em regime de coterapia / Maria Cordeiro Pires de Figueiredo Gomes Arruda Tavares; supervisionado por Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer; orientado por Maria Leonor Mota Raposo Goulão Sousa Amaral. - Lisboa: [s.n.], 2024. - Relatório de estágio do Mestrado em Musicoterapia, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

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

II - AMARAL, Maria Leonor Mota Raposo Goulão Sousa, 1971-

LCSH

1. Crianças autistas - Tratamento
2. Musicoterapia para crianças
3. Musicoterapia - Prática profissional
4. Unidade Local de Saúde da Cova da Beira (Covilhã). Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental. Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência - Ensino e estudo (Estágio)
5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
6. Teses - Portugal - Lisboa

1. Autistic children - Treatment
2. Music therapy for children
3. Music therapy - Practice
4. Unidade Local de Saúde da Cova da Beira (Covilhã). Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental. Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência - Study and teaching (Internship)
5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
6. Dissertations, academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. ML3920.T38 2024

“A música é o primeiro som que comunica algo.

A primeira ligação para as emoções.

A cada nascimento sonoro, um novo Ser é ancorado ao universo que o rodeia.”

Yehudi Menuhin

International Yehudi Menuhin Foundation

Agradecimentos

Ao meu marido e aos meus três filhos pelo apoio incondicional, pelo interesse e curiosidade que foram desenvolvendo pela musicoterapia. Pelos abraços, beijos, poemas e desenhos que me animaram e rejuvenesceram nos momentos de exaustão.

À minha irmã, pelo incentivo constante, pelos repetidos “tu consegues!” e pela ajuda na melhoria da linguagem científica. À minha Mãe, por me ter diariamente embalado a cantar. Ao meu Pai, por me ter inculcido a maravilha e a vontade de querer aprender todos os dias.

Aos meus sogros, pelo incansável apoio emocional e logístico e por me emprestarem aquela inspiradora vista para o mar. A toda a minha família, avó, cunhados e sobrinhos, por terem prescindido de mim em tantas reuniões familiares.

À Ângela e ao João. Ainda não foram inventadas palavras suficientemente poderosas para vos agradecer o carinho com que semanalmente me acolheram durante estes anos. São o mais bonito sofá do mundo!

À Professora Teresa Leite, pela sua disponibilidade e aconselhamento pedagógico e técnico. Pela sua dedicação à musicoterapia em Portugal e por partilhar um conhecimento tão profundo que nos faz querer “um dia ser assim”. À Professora Susana Jiménez, à Professora Ana Rita Maia e a todo o corpo docente, pela generosidade, alegria e empenho com que partilham o Conhecimento.

À Dra. Leonor Goulão Amaral, a quem serei permanentemente grata pelo entusiasmo e entrega com que recebeu a orientação deste estágio em musicoterapia, pela

generosidade com que cedeu o seu conhecimento e o seu espaço de trabalho e pela recolha de imagens durante as sessões de musicoterapia.

À Unidade Local de Saúde da Cova da Beira, concretamente à Dra. Paula Correia e a todos os profissionais clínicos e não clínicos do Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, por facilitarem a integração e pela partilha de conhecimentos.

Às crianças que receberam musicoterapia no SPIA, guardarei sempre em mim cada abraço, cada contacto ocular e cada aquisição que tive a honra de presenciar. Às famílias destas crianças, que permitiram esta intervenção e que arduamente lutam por um futuro feliz para os seus filhos.

Ao Conservatório de Música da Covilhã, pela facilidade logística e apoio na minha condição de trabalhadora-estudante. Aos meus alunos de violino, pelas perguntas curiosas sobre musicoterapia.

Aos meus amigos e colegas de trabalho, pelo incentivo e apoio e por me terem substituído em tantas ocasiões.

Por fim, mas não por último, aos meus companheiros de carteira neste mestrado. Sem as nossas partilhas e o vosso apoio e ombro amigo, certamente teria, irreversivelmente, caído a meio do caminho.

Resumo

O presente relatório tem como objetivo sintetizar a intervenção em musicoterapia realizada no serviço de psiquiatria da infância e da adolescência da Unidade Local de Saúde da Cova da Beira, na Covilhã, no âmbito do estágio curricular do Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada.

Esta intervenção foi dirigida a crianças com patologias do neurodesenvolvimento, maioritariamente com perturbação do espectro do autismo, em *setting* individual, tanto em formato exclusivo de musicoterapia como em regime de coterapia com a psicomotricidade.

No presente documento serão apresentadas evidências sobre a utilização terapêutica da música em dez crianças, com idades compreendidas entre os três e nove anos, num período temporal de oito meses.

O progresso terapêutico das crianças foi avaliado com recurso aos instrumentos de avaliação IMTAP - The Individualized Music Therapy Assessment Profile e MEL - Music in Everyday Life Assessment, com particular destaque para as competências relacionais, de comunicação e aquisição de padrões de comportamento adaptativos. Foi também observada a utilização da música pelas famílias destas crianças no quotidiano.

Os dados demonstraram a existência de melhorias na sintomatologia apresentada inicialmente e na aquisição de novas competências, pelo que se pode concluir que a aplicação da musicoterapia, em exclusivo ou em regime de coterapia, tem resultados benéficos na melhoria da qualidade de vida das crianças com perturbações do neurodesenvolvimento.

Palavras-chave: musicoterapia, psicomotricidade, coterapia, perturbação do espectro do autismo, neurodesenvolvimento, famílias.

Abstract

The aim of this report is to summarise the music therapy intervention carried out at the child and adolescent psychiatry service of the Cova da Beira Health Unit in Covilhã, as part of the Master's degree in Music Therapy at Lusíada University.

This intervention was aimed at children with neurodevelopmental pathologies, mainly autism spectrum disorders, in an individual setting, both in an exclusive music therapy format and in co-therapy with psychomotricity.

This document will present evidence on the therapeutic use of music in ten children, aged between three and nine, over a period of eight months.

The children's therapeutic progress was assessed using the IMTAP (Individualized Music Therapy Assessment Profile) and MEL (Music in Everyday Life Assessment) assessment tools, with particular emphasis on relational and communication skills and the acquisition of adaptive behavior patterns. The use of music by these children's families in their daily lives was also observed.

The data showed improvements in the symptoms initially presented and the acquisition of new skills, so it can be concluded that the application of music therapy, either exclusively or in co-therapy, has beneficial results in improving the quality of life of children with neurodevelopmental disorders.

Keywords: music therapy, psychomotricity, co-therapy, autism spectrum disorder, neurodevelopment, families.

Lista de Tabelas

Tabela 1. <i>Participantes</i>	60
Tabela 2. <i>Agenda Semanal</i>	71
Tabela 3. <i>Plano Terapêutico do Manuel</i>	77
Tabela 4. <i>Gráfico comparativo das avaliações inicial e final do Manuel</i>	87
Tabela 5. <i>Plano Terapêutico do Xavier</i>	94
Tabela 6. <i>Gráfico comparativo das avaliações inicial e final do Xavier</i>	99

Lista de siglas, acrónimos e abreviaturas

ABA – Applied Behavior Analysis

ADOS -2 - Autism Diagnostic Observation Schedule – 2nd Edition

ADI-R - Autism Diagnostic Interview - revised

AMTA – American Music Therapy Association

APMT – Associação Portuguesa de Musicoterapia

APPIA - Associação Portuguesa de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

ASHA - American Speech-Language-Hearing Association

CHUCB – Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira¹

DGS – Direcção Geral da Saúde

DRE – Diário da República

DSM-V - Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais, 5ª edição

ECSM – IA – Equipas Comunitárias para Saúde Mental – Infância e Adolescência

ELI – Equipa Local de Intervenção

EDMG - Escalas de Desenvolvimento Mental de Griffiths

ESDM - Early Start Denver Model

IMTAP - Individualized Music Therapy Assessment Profile

¹ Nome que, no decorrer deste estágio foi, através da promulgação de Decreto-Lei, alterado para Unidade Local de Saúde da Cova da Beira.

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MEL – Music in Everyday life

PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PEA – Perturbação do Espectro do Autismo

PHDA – Perturbação Hiperatividade e Défice de Atenção

PNSM – Plano Nacional para a Saúde Mental

POC – Perturbação Opositiva

SNIPi – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SPIA – Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (da ULS Cova da Beira)

ULSCB – Unidade Local de Saúde da Cova da Beira

WHO – World Health Association

WFMT - Federação Mundial de Musicoterapia

Sumário

Agradecimentos.....	VII
Resumo.....	IX
Abstract	XI
Lista de Tabelas	XIII
Lista de Siglas, Acrónimos e Abreviaturas	XV
Sumário.....	XVII
Introdução.....	1
Caraterização da Instituição.....	3
Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental	4
População Alvo.....	7
Enquadramento teórico.....	9
Saúde Mental na Infância e na Adolescência	9
Perturbação do Espectro do Autismo.....	11
Musicoterapia	16
Musicoterapia na Perturbação do Espectro do Autismo	21
Objetivos Gerais de Estágio.....	37
Metodologia	39
Descrição dos Participantes.....	39
Instrumentos de Avaliação.....	42
Procedimentos.....	44
Métodos e Técnicas.....	48
Recursos.....	49
Elementos Organizacionais.....	50
Estudos de Caso.....	53
Estudo de Caso 1	53
Estudo de Caso 2	70
Outras Intervenções	83
Outras Atividades	95
Discussão e Conclusões.....	97
Reflexão Final.....	101
Referências.....	103
Anexos e Apêndices.....	113

Anexo 1.....	117
Anexo 2	129
Anexo 3	139
Anexo 4	145
Apêndice I	149
Apêndice II	153
Apêndice III	157
Apêndice IV	161

A música e o corpo no espectro do autismo:

Musicoterapia e psicomotricidade em regime de coterapia

A presente dissertação descreve a implementação de um estágio curricular em musicoterapia, conforme consta no plano de estudos do mestrado em musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa. O domínio prático desta unidade curricular foi desenvolvido no departamento de psiquiatria e saúde mental - serviço de psiquiatria da infância e da adolescência - da unidade local de saúde Cova da Beira, na Covilhã (ULSCB).

A implementação deste estágio curricular teve como população alvo crianças com patologias do neurodesenvolvimento, com idades compreendidas entre os quatro e os onze anos, tendo a musicoterapia sido aplicada como intervenção exclusiva ou em regime de coterapia com a psicomotricidade.

A intervenção relatada neste documento foi aprofundada por uma revisão de literatura basilar e atual sobre a aplicabilidade da musicoterapia na perturbação do espectro do autismo e, ainda, sobre os benefícios de uma intervenção multidisciplinar precoce e da integração da família no processo de desenvolvimento.

Definidos os objetivos gerais para esta intervenção, são apresentados elementos relacionados com a metodologia, os participantes, os instrumentos de avaliação, os métodos e técnicas, os recursos utilizados e os aspetos organizacionais, relatando-se, por fim, a intervenção.

No capítulo seguinte, descrevem-se dois estudos de caso, os respetivos planos terapêuticos e são discutidos os resultados da intervenção. Para além destas duas exposições, são apresentadas, de forma sumária, as demais intervenções clínicas e outras atividades realizadas no âmbito do referido estágio.

Caracterização da Instituição

A ULSCB é uma unidade do serviço nacional de saúde português (SNS), que se assume como unidade hospitalar moderna e inovadora, sendo uma instituição de referência na prestação de cuidados de saúde às populações residentes nos concelhos da Covilhã, Fundão, Belmonte e Penamacor (ULSCB, EPE, n.d.).

Inicialmente denominado como Hospital da Misericórdia da Covilhã (1908), o antigo Hospital Distrital da Covilhã esteve ativo durante quase um século. Devido às condições precárias do edifício, pela difícil localização e péssimas acessibilidades, foi inaugurado, em janeiro de 2000, o Centro Hospitalar Cova da Beira nas suas novas instalações, na Quinta do Alvito – Covilhã (ULSCB, EPE, n.d.).

A ULSCB, pessoa coletiva de direito público com autonomia administrativa, financeira e património próprio, integra o Hospital Distrital da Covilhã, o Hospital Distrital do Fundão e o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental. Nos termos do Decreto-lei nº 426/99, de 21 de outubro, o ULSCB foi construído com serviços de dimensão e diferenciação técnica adequados à população abrangida: concelhos da Covilhã, Fundão, Belmonte e Penamacor, disponibilizando resposta para os cerca de 100.000 habitantes da região. Em 2018, o Centro Hospitalar Cova da Beira, E. P. E., passa a denominar-se Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, E. P. E. e, constituindo-se como centro académico clínico, formaliza o desenvolvimento de forma integrada das atividades assistencial, de ensino e de investigação clínica (ULSCB, EPE, n.d.). Em novembro de 2023, é alterada a sua denominação para Unidade Local de Saúde da Cova da Beira.

A ULSCB tem como principal missão a prestação de cuidados de saúde adequados às necessidades da população da sua área de influência e a todos os cidadãos em geral. Tem

também como missão promover o desenvolvimento de um ensino de excelência como hospital nuclear da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior e ainda colaborar com outras instituições de ensino superior, proporcionando formação técnica e científica em várias áreas dos cuidados de saúde (ULSCB, EPE, n.d.).

São princípios da ULSCB o humanismo, a competência, a responsabilidade e a colaboração. Valorizando as práticas multidisciplinares, é uma unidade de saúde centrada no doente e na promoção da saúde da comunidade, defendendo uma atitude que respeite os valores do doente e da família. (ULSCB, EPE, n.d.).

Organizada em diversas unidades clínicas e não clínicas, a USLCB dispõe de 32 especialidades em regimes de consulta externa, urgência, internamento ou cuidados continuados, articulando também com os centros de saúde e outras unidades clínicas locais.

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

O departamento de psiquiatria e saúde mental inserido na ULSCB teve a sua génese no extinto Centro de Saúde Mental da Covilhã. Disponibilizando resposta a onze concelhos, é a única instituição clínica de terapia para as doenças do âmbito psiquiátrico da Beira Interior. Disponibiliza as valências de internamento, serviço ambulatorio com visitas domiciliárias, apoio sócio familiar e administração de antipsicóticos.

Em 2007 este departamento foi transferido para as instalações contíguas à ULSCB, possibilitando uma qualidade interventiva ainda mais elevada e cumprindo as práticas mais atuais em temas de saúde mental.

Este Departamento é composto por dois serviços²: psiquiatria de adultos e pedopsiquiatria.

² <https://www.chcbeira.min-saude.pt/apresentacao/organograma/>

Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

Integrado no departamento de psiquiatria e saúde mental, a missão principal do serviço de psiquiatria da infância e da adolescência (SPIA) reside na prestação de cuidados de saúde especializados de psiquiatria e de saúde mental a crianças e jovens, da área geodemográfica de abrangência, “melhorando a qualidade de vida dos utentes, promovendo a plena integração social dos indivíduos com problemas de saúde mental, assegurando em simultâneo o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, bem como de projetos de investigação e de formação pré e pós-graduada” (ULSCB, EPE, n.d.).

O SPIA tem como objetivo avaliar e intervir na população infanto-juvenil dos 0-18 anos que apresenta perturbações do âmbito psiquiátrico, cujos custos pessoais e sociais se apresentam muito elevados e podem conduzir a grande sofrimento, alterando de forma significativa a qualidade de vida. Assim, pretende contribuir para a promoção do desenvolvimento psicoafectivo e para a prevenção e tratamento de perturbações mentais e afetivas nos âmbitos individual e/ou familiar.

Tendo em conta a “multifatorialidade etiopatogénica” das perturbações psíquicas, o trabalho desenvolvido em saúde mental infanto-juvenil propõe-se alcançar os seus propósitos enfatizando a importância da integração numa equipa multidisciplinar (ULSCB, EPE, n.d.). Deste modo, o SPIA é constituído por uma equipa técnica composta por dois pedopsiquiatras, duas psicólogas, uma psicomotricista, duas terapeutas ocupacionais, uma terapeuta da fala, uma enfermeira e uma assistente social.

No âmbito do Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM), o serviço de psiquiatria da infância e da adolescência foi designado para integrar o projeto-piloto³ da constituição

³ Através do Despacho n.º 2753/2020, Diário da República, n.º 42/2020, Série II de 2020-02-28.

de Equipas Comunitárias de Saúde Mental (ECSM), que têm como objectivo a aproximação dos serviços de saúde mental à população, quer na intervenção, quer na prevenção (DRE, 2020). Assim, constitui esta equipa comunitária de saúde mental para a infância e adolescência (ECSM – IA): uma pedopsiquiatra, uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional, uma enfermeira e uma assistente social, profissionais que se deslocam semanalmente ao Centro de Saúde do Fundão e quinzenalmente ao Centro de Saúde de Belmonte, assegurando uma maior aproximação à comunidade e aos demais profissionais de saúde (DRE, 2020).

O serviço de psiquiatria da infância e da adolescência atua nas valências de consulta externa, hospital de dia, urgência (realizada no serviço de urgência pediátrica geral) e através da referida ECSM – IA.

O SPIA dispõe de salas e espaços dedicados às consultas de pedopsiquiatria e psicologia. Uma sala para a terapia da fala, uma sala com equipamento para a terapia ocupacional, uma sala equipada para a psicomotricidade e ainda um espaço de estimulação multissensorial, denominado de área *Snoezelen*.

O encaminhamento para as consultas do SPIA é realizado por um médico de família, um médico pediatra ou outro médico. As crianças e jovens são alvo de uma triagem inicial, realizada por um pedopsiquiatra do Serviço, e posterior avaliação, na qual são definidas as necessidades de acompanhamento pela restante equipa multidisciplinar.

Caracterização da População Alvo

O serviço de psiquiatria da infância e adolescência tem como população alvo crianças e jovens até aos dezoito anos, da área de influência do ULSCB - Concelhos da Covilhã, Fundão, Belmonte e Penamacor- que apresentem perturbações do foro psiquiátrico (ULSCB, EPE, n.d.).

De uma forma geral, são acompanhados neste Serviço utentes com diagnósticos de perturbações do neurodesenvolvimento; perturbações depressivas e de ansiedade; perturbações obsessivo-compulsivas; disforias de género e disfunções sexuais e, ainda, perturbações disruptivas - do controlo de impulsos e da conduta. Outras patologias como, por exemplo, perturbações alimentares são encaminhadas para tratamento na Unidade Local de Saúde de Coimbra, articulando com a ULSCB. As perturbações do neurodesenvolvimento, as perturbações disruptivas e as perturbações depressivas e de ansiedade são as patologias mais frequentemente diagnosticadas e acompanhadas no SPIA.

Este Serviço tem como utentes crianças e jovens de diferentes contextos socioeconómicos, bem como de diversas proveniências étnicas ou culturais, sendo que a maioria das crianças é natural de países de língua oficial portuguesa, como Portugal, Brasil e Angola.

Tendo em conta especificidades logísticas do estágio, nomeadamente o horário matinal em que a intervenção se desenvolveu, a população alvo foi constituída pelas crianças em idade pré-escolar ou primeiro ciclo e a perturbação do espectro do autismo foi o diagnóstico com maior representatividade.

Enquadramento Teórico

Nesta secção pretende-se expor a síntese de uma revisão da literatura existente na área da saúde mental infantil e da musicoterapia, de modo a aprofundar o conhecimento teórico e técnico das intervenções musicoterapêuticas realizadas. Foi também examinada a literatura sobre a perturbação do espectro do autismo, as suas manifestações clínicas, físicas, fisiológicas e emocionais, bem como os benefícios de uma intervenção multidisciplinar precoce e da integração da família no processo terapêutico. Por outro lado, foi levado a cabo um aprofundamento teórico acerca da musicoterapia, os seus modelos, métodos e técnicas e sua aplicação nas diversas necessidades da população infantil enquadrada na PEA.

Saúde Mental na Infância e na Adolescência

A promoção da saúde mental na criança e no jovem é o pilar da saúde mental do adulto. Desde o nascimento até à adolescência, o Ser Humano desenvolve e treina respostas adequadas às suas necessidades e às responsabilidades sociais que vai assumindo (Coimbra de Matos, in Monteiro 2014, p.9; WHO, n.d.).

Se, numa primeira instância, é através dos pais que a criança recebe afeto regular e desenvolve empatia, a edificação da saúde mental deverá alargar-se a todos os intervenientes no processo de crescimento, de modo a que o desenvolvimento pessoal, a qualidade de vida e a empatia social sejam continuamente promovidos (APPIA, 2011)

A WHO estima que cerca de 20% das crianças e adolescentes apresentem um problema diagnosticável do foro psiquiátrico até aos 18 anos, indicando que uma em cada cinco crianças possa apresentar, pelo menos uma perturbação psiquiátrica até atingir a idade adulta. Estas perturbações podem causar grande sofrimento e interferir de forma

significativa na qualidade de vida. Com o aumento da idade, a prevalência destes transtornos psiquiátricos terá tendência a amplificar-se (WHO, n.d.; DGS, 2018).

As perturbações do foro psiquiátrico mais comuns entre crianças e jovens são as perturbações do neurodesenvolvimento; as perturbações comportamentais disruptivas; as perturbações do humor; perturbações do foro da ansiedade. Embora menos frequentes, podem ainda ser diagnosticadas perturbações psicóticas. Algumas perturbações psiquiátricas podem ainda surgir como comorbilidades de outras patologias (Monteiro, 2014; Elia, 2023).

Em Portugal, tal como definida em Diário da República (n. º141/2023), a Lei da Saúde Mental entende por doença mental uma condição que se caracteriza por perturbação significativa dos âmbitos cognitivos, emocionais ou comportamentais, e enquadrável em diagnóstico da especialidade segundo os critérios clínicos existentes (DRE, 2023).

Deve, por isso, ser estabelecida uma relação estreita entre a família, os serviços de saúde familiares, (centros de saúde e unidades locais), os estabelecimentos de ensino (através de professores de ensino especial) e os médicos e técnicos que acompanham a criança no contexto específico de uma patologia (APPIA, 2011; João dos Santos, 1990).

Em suma, a saúde mental das crianças e adolescentes deve ser fortalecida, protegida e cuidada, quer pelos familiares ou cuidadores, quer pelos sistemas de saúde, educação e pelas políticas constituintes de uma sociedade, investindo na promoção de cuidados e de prevenção da saúde mental de modo a evitar a deterioração da qualidade de vida e o prolongamento de debilidades para a idade adulta (APPIA, 2011; DGS, 2021; Elia, 2023).

Perturbação do Espectro do Autismo

A Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) é uma perturbação do neurodesenvolvimento que afecta cerca de 1% da população mundial, registando-se maior prevalência em elementos do sexo masculino. É mais frequentemente diagnosticada em países da Europa e da América do Norte (WHO, 2014, 2023).

Os primeiros estudos relacionados com a denominação e identificação de características comuns em crianças com autismo surgem na década de 1940, pelo psiquiatra Leo Kanner (1894-1981) e, quase simultaneamente, pelo pediatra Hans Asperger (1906-1980), tendo ambos identificado crianças com características que se determinavam principalmente pela escassez de interação social, pela presença de comportamentos pouco habituais em situações do quotidiano e pela preferência por objetos em detrimento do contacto humano (DSM-V, 2013; Evans, 2013).

Desde então, a comunidade científica tem desenvolvido e apresentado contínua investigação sobre a PEA, salientando-se as contribuições de Michael Rutter e Lorna Wing na implementação de uma perspectiva neuropsicológica e biológica do autismo (Evans, 2013, Monteiro et al., 2014). Em 1980, a PEA foi incluída como “uma perturbação do desenvolvimento” no manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais, 3ª edição – DSM-V.

Segundo a 5ª edição do manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (2013), a PEA apresenta duas principais características: a) défices persistentes na comunicação e interação sociais e b) padrões de comportamentos restritivos e/ou repetitivos. Presentes desde a infância, a intensidade e persistência de sintomas da PEA apresentam-se num espectro de magnitudes, originando prejuízos significativos a nível social e funcional (DSM-V, 2013).

Manifestações clínicas e de diagnóstico

O diagnóstico deve ser apoiado por várias fontes de informação para além da observação clínica (DSM-V, 2013). Entre as avaliações diagnósticas mais realizadas e que requerem treino específico estão a *Autism Diagnostic Observation Schedule – 2nd Edition* (ADOS-2), a *Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders* (DISCO), a *Developmental, Diagnostic and Dimensional Interview (3di)* e ainda entrevistas parentais ou aos cuidadores da criança através da *Autism Diagnostic Interview -revised* (ADI-R) (Braconnier & Siper, 2021).

Manifestações clínicas nos casos de PEA podem ser observáveis desde o nascimento ou, mais comumente, a partir do segundo ano de vida. Em múltiplas crianças com esta perturbação é ainda possível verificar um retrocesso de aquisições (cerca dos 18-24 meses), como, por exemplo, a supressão de formas de comunicação verbal previamente iniciadas (DSM-V, 2013; Monteiro et al., 2014).

Relativamente aos défices persistentes na comunicação e interação social, é observável em crianças pequenas a ausência de contacto ocular (ou contacto ocular pobre); de resposta quando chamado pelo nome, de interesse pelo outro ou de atenção conjunta; não apresentando gestos com intenção comunicativa ou de imitação, traduzindo-se em défices na comunicação verbal e não verbal e na aquisição de linguagem. São também presentes perturbações no discurso, como a ecolalia. Podem revelar dificuldade em identificar expressões faciais ou estados emocionais no outro, bem como implicações no jogo social, na partilha de objetos e no jogo imaginativo de “faz de conta” (DGS, 2019; DSM-V, 2013).

Quanto aos padrões de comportamentos, interesses ou atividades restritas e repetitivas, são descritos na literatura os interesses inusitados e obsessivos por objetos (ou partes do mesmo) ou por temas específicos, por brincadeiras ou jogos repetitivos, como

alinhar brinquedos. São comuns estereotípias motoras e manifestas dificuldades e rigidez na tolerância à mudança. São ainda frequentes transtornos resultantes da hiper ou hiporreatividade sensorial a estímulos do quotidiano: visuais, tácteis e auditivos (DGS, 2019; DSM-V, 2013).

Em associação às manifestações clínicas e de diagnóstico, outros sintomas, comorbilidades e questões de desenvolvimento como perturbações na alimentação e sono, modulação e integração sensorial e o funcionamento cerebral devem ser tidas em conta de modo a investigar e adequar as práticas terapêuticas à especificidade de cada caso (Benarous, et al., 2021; DGS, 2019).

Estrutura e funcionamento cerebral

Várias pesquisas sobre o funcionamento e estrutura do cérebro na PEA têm sido continuamente realizadas. Estudos *post mortem*, estudos de observação clínica ou, mais recentemente, estudos baseados em neuroimagem com recurso a tomografias e ressonâncias magnéticas têm comprovado diferenças no funcionamento e estrutura cerebral dos portadores de PEA (Damásio & Maurer, 1978; Jeste, et al, 2009; Monteiro et al., 2014; Vaidya, et al. 2019).

A investigação da actualidade comprova resultados que indicam que os portadores de PEA apresentam desvios da norma no cerebelo, amígdala, hipocampo, núcleo caudado, área de Broca, alterações micro estruturais da substância branca, bem como anomalias referentes a alterações nos processos eléctricos quando sujeitos a estímulos sonoros, tácteis e visuais, que dificultam a integração sensorial dos estímulos quotidianos (Damásio & Maurer, 1978; Gaffney, et al., 1989, Jeste, et al. 2009, 2012; Jones, et al., 2018; Mohamed, A., et al., 2022).

Intervenções terapêuticas

Vários autores destacam as intervenções terapêuticas psicossociais como as que melhores resultados têm demonstrado quando aplicadas à população autista infanto-juvenil e cujos objetivos podem dividir-se entre intervenções para melhoria de sintomas e intervenções orientadas para adaptação e desenvolvimento de competências quotidianas. Assinalam-se também as intervenções relacionadas com a biomédica e com a farmacologia (Applewhite, et al., 2022; Autism Europe, n.d.; DGS, 2019; Halpern et al., 2021; Wheeler, 2017).

Assim, ressaltando a necessidade de concepção de programas ou planos específicos e adequados às necessidades de cada criança, dos inúmeros modelos ou abordagens de intervenção existentes para as crianças da PEA, são mais comumente enunciados na literatura de referência modelos com abordagens cognitivo-comportamentais e com abordagens humanistas (Benarous, et al., 2021; Halpern et al., 2021; Monteiro et al., 2014; Wheeler, 2017).

Dos modelos interventivos da corrente comportamental (behaviorista), o modelo *ABA - Applied Behavior Analysis* é um dos mais referidos na literatura e pretende a aquisição de condutas adaptativas através de reforços positivos. Num processo de ensino-aprendizagem, a análise do comportamento e preferências da criança são elementos base para o estabelecimento de planos de intervenção. (ATCA, n.d.; Benarous, et al., 2021; TEACCH, n.d.).

O modelo *D.I.R. - Floortime* (ou *Early Start Denver Model*), centrado na criança, tem como ponto de partida os seus interesses e iniciativas naturais. Utilizando abordagens humanistas e fundamentando-se numa base terapêutica afetiva, pretende incentivar a comunicação, a interação e o desenvolvimento cognitivo geral através da

compreensão do potencial de cada indivíduo e da perspectiva de cada um sobre o mundo que o rodeia.

O modelo *D.I.R.* apresenta uma estrutura de desenvolvimento em forma de pirâmide, cuja a base se centra na regulação emocional da criança e partilha de atenção, defendendo que a promoção de alterações ou aquisições apenas ocorre após estabelecida essa regulação. Num estudo desenvolvido por Halpern et al (2021), esta é a abordagem mais frequentemente utilizada nas terapias psicossociais pediátricas em Portugal (Benarous, et al., 2021; Halpern et al., 2021; ICDL, n.d.).

O coletivo de especialistas é unânime na reflexão de que as dificuldades de adaptação, de comunicação e de interação social têm tendência a persistir ao longo da vida, envolvendo prejuízos na autonomia e independência quotidianas e na manutenção de relações, obrigando frequentemente os portadores de PEA a permanecerem dependentes da estrutura familiar ou de outros cuidadores. De modo a minimizar o prolongamento de quadros profundos na sintomatologia, são consensuais na literatura a necessidade de um diagnóstico precoce e os benefícios de intervenções terapêuticas executadas por profissionais especializados, integrados em equipas multidisciplinares para as diversas áreas de atuação (Applewhite et al., 2022; APPIA, 2011; Benarous, et al., 2021; DGS, 2019; Halpern et al., 2021; Monteiro et al., 2014; WHO, 2023).

Deste modo, é recomendado que as crianças portadoras de autismo, para além de acompanhamento médico de pedopsiquiatria ou psiquiatria da infância e adolescência, sejam alvo de intervenções terapêuticas que atuem no âmbito comportamental e de desenvolvimento e sejam aplicadas por profissionais com especialidades nas áreas da psicologia, terapia ocupacional, terapia da fala, arteterapia, educação especial (DGS, 2019;

Halpern et al., 2021; Monteiro et al., 2014) psicomotricidade (Ratié, 2021) e musicoterapia (Applewhite, et al., 2022; Benarous, et al., 2021; Stegemann, et al., 2019; Wheeler, 2017).

Musicoterapia

O potencial terapêutico da música é reconhecido desde a Antiguidade sendo, ainda hoje, observável em rituais presentes na herança civilizacional de várias culturas (Gouk, 2000, citado por Blonde, 2014). No início do século XX, foram fundadas as primeiras associações e sociedades de musicoterapia com o objectivo de investigar, fundamentar e implementar os aspetos terapêuticos da música e dos sons. Na segunda metade do mesmo século, a Musicoterapia fortaleceu-se e iniciou o reconhecimento enquanto profissão legitimada. (AMTA, n.d.). Em Portugal, tendo registado os seus primeiros passos também na segunda metade do século passado, a Associação Portuguesa de Musicoterapia foi fundada em 1996 (APMT, n.d.).

De acordo com a Federação Mundial de Musicoterapia (WFMT):

A Musicoterapia é o uso profissional da música e dos seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia), por um musicoterapeuta qualificado, como intervenção em ambientes médicos, educacionais e quotidianos com indivíduos, grupos, famílias ou comunidades que procuram otimizar a sua qualidade de vida e melhorar as suas capacidades físicas, sociais, comunicativas, emocionais, de saúde e bem-estar intelectual e espiritual. A investigação, a prática, a educação e a aplicação clínica em musicoterapia são baseadas em padrões profissionais de acordo com contextos culturais, sociais e políticos (WFMT, 2011).

Proveniente de domínios como a psicologia, a neurologia, a educação e a sociologia (Aigen, 2014), a musicoterapia pode aplicar-se segundo vários modelos teórico-práticos,

com fortes ligações a bases da psicologia como a psicanálise, o humanismo ou o *behaviorismo* (Brandalise, 2004). Em 1999, no Congresso Mundial de Musicoterapia, são reconhecidos cinco principais modelos: Musicoterapia Analítica, Modelo GIM (Imagética Guiada por Música), Modelo Nordoff-Robbins, Modelo Behaviorista e Modelo de Benenzon (Cohen, 2018; Wheeler, 2017).

A aplicação da música com fins terapêuticos pode ser produzida através de instrumentos musicais, da voz/corpo ou de quaisquer outros materiais que emitam som.

Por um lado, através da criação e reprodução simultânea de conteúdos sonoro-musicais (improvisação), podem ser estimulados o desenvolvimento cognitivo, a linguagem, a interação social, a integração sensorial, a criatividade e imaginação, a estrutura e a espontaneidade (Alvin & Warwick, 1991; Benenzon, 1985; Bruscia, 2014; Nordoff & Robbins, 1977). Por outro lado, Erkkilä (2004), citada por Wheeler (2017) afirma que a improvisação musical é uma forma “pré-verbal e pré-simbólica” de comunicação e provida de significado e, desta forma, o acto de improvisar beneficia também a construção e desenvolvimento da identidade, da auto-expressão, do auto-conhecimento afetivo e emocional.

Outros autores indicam ainda que a música pode assumir também um papel de objeto transição através, por exemplo, de uma canção, diminuindo, entre outros, sentimentos/comportamentos de ansiedade (Benenzon, 1985; Eschen, 2002; Ruud, 1990; Wheeler, 2017). Deste modo, através da produção ou recreação de canções, de melodias ou padrões rítmicos, tem sido verificável o desenvolvimento de aspetos relacionados com a interiorização de estratégias comportamentais e relacionais, beneficiando a memorização, a auto-regulação e a manutenção da atenção (Bruscia, 2014; McFerran et al., 2014).

Também a produção de conteúdos musicais como a escrita de canções, de letras, de repertório instrumental ou a conceção de material audiovisual, apresentam benefícios na ativação de mecanismos de organização, de estrutura, de deliberação, de expressão e de comunicação (Bruscia, 2014; McFerran et al., 2014; Rodwin et al., 2022).

As investigações apontam ainda para que a escuta musical – através de música gravada ou produzida no momento - possa induzir a estados de relaxamento ou, antagonicamente, de estimulação, assim como a promoção de condições regressivas ou experienciais, de imagética e fantasia. Consequentemente, pode beneficiar a receptividade, a auto-reflexão e auto-conhecimento, desenvolver/recapacitar competências cognitivas e sensório-motoras e, ainda, fortalecer mecanismos de controlo da dor (Alvin & Warwick, 1978; Bruscia, 2014; Eschen, 2002; Ruud, 1990; Stige, 2000).

As intervenções em musicoterapia, concretizadas através de métodos ativos ou recetivos, tendem a proporcionar o desenvolvimento de potenciais individuais ou coletivos, prevenindo, reabilitando ou tratando de modo a produzir transformações que beneficiem a qualidade de vida de um indivíduo ou de uma comunidade (APMT, n.d.; Bruscia, 1989, Bunt & Stige, 2014).

Abordagens humanistas

Baseados nos princípios de pioneiros como Carl Rogers e Abraham Maslow, as abordagens humanistas em musicoterapia defendem uma relação terapêutica ativa, empática e compreensiva, na qual o ponto de partida para uma transformação pessoal seja a perspetiva, a experiência pessoal, as características e a situação actual da pessoa em tratamento (Ruud, 1990; Wheeler, 2017).

Paul Nordoff e Clive Robbins (1977) definem que o contexto da intervenção clínica deve ter como ponto de partida a criança e que é a partir dela, “sessão a sessão” que são definidos os objetivos e procedimentos a desenvolver. Nordoff-Robbins, dividem a prática clínica em três conceitos basilares: o conceito de exploração e descoberta, o conceito de suporte e consistência e o conceito de flexibilidade, expectando variações na criança e adequando as sessões à sua disponibilidade física e emocional momentânea (p.91).

Abordagens cognitivo-comportamentais

Derivada dos modelos behavioristas da psicologia, tem a sua origem nas experiências Pavlovianas aprofundadas pelos sucessivos teóricos e complementadas pelas perspectivas cognitivas de Adler e Beck. (Wheeler, 2017). Partindo de características exteriores, observáveis no momento presente, através de associação de estímulos e reforços positivos é possível condicionar, modificar ou desenvolver comportamentos e competências cognitivas ou funcionais que promovam o bem-estar e a integração (Hanser, 2018; Holmes & Cheung, 2014; Wheeler, 2017).

Assim, a utilização da música como estímulo imediato pode ser benéfica na aquisição de competências, na estimulação cognitiva, no desenvolvimento pessoal ou na redução/extinção de comportamentos nefastos para o cliente (Hanser, 2018; Ruud, 1990; Wheeler, 2017).

Abordagens neurológicas

Desenvolvida por Michael Thaut, a abordagem neurológica em musicoterapia baseia o diagnóstico e definição de objetivos através da investigação clínica. O recurso a técnicas de diagnóstico clínico, como a imagiologia, pode sustentar orientações terapêuticas para,

entre outros, o desenvolvimento da integração sensoriomotora (Janzen & Thaut, 2018, Wheeler, 2017).

O Princípio de ISO

O princípio de ISO proposto por Ira Altshuler e desenvolvido por Rolando Benenzon (1985), elabora uma concepção da existência de uma identidade sonora musical que nos “caracteriza e individualiza”, que servirá como canal de abertura à conexão com o terapeuta e, por conseguinte, à transformação. Com esta premissa, Benenzon indica a existência de um conjunto de ISO que compõem cada indivíduo. Estabelecidos na sua génese, são complementados pelas experiências adquiridas no meio ambiente em que vive e nas sociedades que integra (Benenzon, 1985).

Perspetiva relacional e relação terapêutica

A aplicação da musicoterapia requer a presença de um musicoterapeuta que acompanha, apoia, compreende, direciona, valida, sugere ou estrutura, proporcionando um ambiente seguro e apelativo para o cliente. (Alvin & Warwick, 1991; Bonde, et al., 2014; Bruscia, 2014; Wheeler, 2017).

Tendo presente a base relacional das intervenções em musicoterapia, sendo o estabelecimento do vínculo terapêutico um dos primeiros objetivos definidos e a partir do qual é possível ambicionar alterações clínicas, pode considerar-se que a relação terapêutica, implementada pela compreensão do terapeuta acerca das dificuldades do cliente e a consequente confiança do cliente na segurança do ambiente em que se encontra é um dos pilares de qualquer intervenção através da música (Alvin & Warwick, 1991; Bruscia, 2014).

As relações em musicoterapia podem definir-se como tripartidas sendo que a música assume um papel activo na díade cliente-terapeuta e é através dela que se estabelecem as

experiências mais vinculadoras e impulsionadoras de mudança. É também nesta tríade que a musicoterapia se destaca em relação aos outros contextos terapêuticos (Alvin & Warwick, 1991; Benenzon, 1985; Bruscia, 2014).

A base terapêutica relacional, estabelece também o encontro com o *self* do cliente, validando-o e, assim, ampliando as suas oportunidades de desenvolvimento (Aigen, 2014; Brandalise, 2004; Carpenté, 2012; Geipel et al., 2021; Ruud, 1990; Wheeler, 2017).

Paul Nordoff e Clive Robbins (1977) definem que a prática clínica deve ser realizada num contexto (*setting*) “emocionalmente musical” no qual a criança possa sentir afinidade (p.93). Carpenté (2014, 2016) define que independentemente dos métodos, modelos ou técnicas aplicadas, a musicoterapia - enquanto intervenção baseada numa perspectiva relacional - promove e ampara o cliente em termos de “comunicação, relação e pensamento” fomentando capacidades “musicais, sociais e emocionais” através da experiência musicoterapêutica.

Em 2019, Mössler et al. implementaram um estudo de modo a comprovar que, tal como nas terapias psicodinâmicas não musicais, a qualidade da relação musicoterapêutica é determinante na obtenção de resultados e mudanças no cliente. Esse estudo, implementado em crianças com PEA, veio contribuir para comprovar cientificamente a importância do vínculo cliente-terapeuta, em especial nas crianças com perturbação do espectro do autismo.

A Musicoterapia na Perturbação do Espectro do Autismo

Com técnicas e procedimentos específicos, pode sintetizar-se que as abordagens identificadas provêm de modelos e perspectivas humanistas, psicodinâmicas ou cognitivo-comportamentais, recorrem aos quatro principais métodos de musicoterapia (Bruscia, 2014; Wheeler, 2017; Cohen, 2018) e são aplicáveis em patologias relacionadas com o

neurodesenvolvimento, como é a perturbação do espectro do autismo (Alvin & Warwick, 1991; Benenzon, 1985; Bruscia, 2014; Hanser, 2018; Janzen & Thaut, 2018; Nordoff-Robbins, 1978; Reschke-Hernandez, 2011).

A comunidade científica tem desenvolvido contínuos esforços de modo a comprovar os benefícios da musicoterapia de longa duração no tratamento e desenvolvimento das crianças com PEA. Resultados positivos na transferência e adaptação das capacidades adquiridas nas intervenções musicoterapêuticas para contextos quotidianos e de vida das crianças têm sido demonstrados. (Applewhite, et al., 2022)

Em 1943, na sua investigação sobre o autismo, Kanner, identificou crianças que, não apresentando comunicação verbal, cantavam ou murmuravam melodias ou que eram capazes de identificar e reproduzir determinadas músicas, incluindo excertos musicais de complexidade significativa (Kanner, 1943). Kanner e Asperger, incluíram nos seus métodos de investigação e tratamento vários aspetos relacionados com a música como cantar e tocar instrumentos, jogos rítmicos ou a dança (Bergmann, 2015). Nos anos cinquenta, Harbert foi precursor da inclusão destas crianças em ambientes musicais em simultâneo com pares de desenvolvimento na norma (comprovado posteriormente por, por exemplo, Johnson & LaGasse, 2021). Sherwin realçou o grande interesse das crianças com PEA na música, a propensão destas para cantar e as excepcionais capacidades de alguns portadores de PEA na reprodução musical (Bergmann, 2015; Reschke-Hernandez, 2011), corroborando deste modo algumas características anteriormente evidenciadas por Kanner e Asperger.

No início da década de 1960, Paul Nordoff e Clive Robbins desenvolveram e implementaram um projecto piloto na *Day Care Unit for Autistic Children* do Departamento de Psiquiatria Infantil da Universidade da Pensilvânia. Através da

observação de crianças com diversas dificuldades e perturbações como o autismo, conceberam uma abordagem de musicoterapia baseada na improvisação, centrada na criança e na premissa de que um tratamento tendo a música como meio seria “menos ameaçador e mais cativante”, comparativamente a outros contextos terapêuticos (Brandalise, 2004; Nordoff-Robbins Music Therapy Foundation, n.d.; Reschke-Hernandez, 2011). Nos anos posteriores, a prática desenvolvida por Nordoff-Robbins, nomeadamente as suas publicações teóricas, consagrou a abordagem de musicoterapia criativa como um dos modelos pioneiros de musicoterapia dedicados a crianças autistas (Bergmann, 2015; Cohen, 2018; Reschke-Hernandez, 2011).

Centrada no conceito músico-criança, atualmente denominada de Modelo Nordoff-Robbins, pretende através da música ir ao encontro da criança saudável interior e libertá-la/aliviá-la dos constrangimentos que carrega na patologia. Esta tomada de consciência do verdadeiro *self*, com a exteriorização expressiva do seu mundo interior, provoca uma actualização do “eu” da criança e, conseqüentemente, encaminha-a para uma nova pessoa (Aigen, 2014; Brandalise, 2004; Geipel, et al., 2021; Nordoff-Robbins, 1977; Ruud, 1990; Wheeler, 2017). Tendo em mente que todas as crianças responderão à música, este modelo tem como fundamento o encontro de um meio sonoro-musical em que a criança possa, enquanto ser individual, expressar-se emocionalmente e encontrar formas de realização e integração, apesar dos seus constrangimentos e dificuldades (Nordoff-Robbins, 1977, p. 1-2).

Tendo a improvisação, a recreação e a composição como métodos principais, o Modelo de Nordoff-Robbins tem como um dos procedimentos a análise detalhada das sessões, recorrendo ao registo vídeo das mesmas, de modo a observar as reações das crianças em momentos-chave de “despertar do *self*”. Improvisações e composições são

posteriormente orientadas, construídas e reavaliadas para facilitar, validar, encorajar ou promover respostas da criança, que tem um papel determinante em todo o processo.

Reações da criança ou jovem a determinados timbres, instrumentos, intensidades, padrões rítmicos, melódicos ou harmónicos, são tidas em consideração para a estruturação do plano terapêutico, mantendo-se constantemente o procedimento de observação e análise das sessões (Cohen, 2018; Wheeler, 2017).

Em 1981, no livro *Manual de Musicoterapia*, Rolando Benenzon, dedica um capítulo ao autismo infantil, no qual explicita que adaptações técnicas do modelo de intervenção musicoterapêutica por si desenhado devem ser realizadas para adequação à especificidade desta perturbação, assinalando a dificuldade patente na definição de ISO e de objeto de transição com os principais motivos. Benenzon refere ainda que a possibilidade da musicoterapia da aplicação de técnicas não-verbais irá adequar-se precisamente às necessidades das crianças com PEA, permitindo uma criação natural de canais de comunicação (Benenzon, 1985, pp.140-147).

Para a concretização das intervenções na PEA, Benenzon sugere a utilização de sons naturais e da génese humana, como batimentos cardíacos, sons de respiração, sons guturais, sons emitidos pelo corpo, como o estalar dos dedos e a utilização da água para exploração sonora num contexto lúdico. Sugere ainda que, numa fase posterior, a criança seja estimulada com “sons estruturados” como excertos musicais sinfónicos ou eletrónicos (Benenzon, 1985, 2007).

Na referida publicação, Benenzon inclui ainda alterações ao questionário sonoro musical, adequando-o ao preenchimento pelos cuidadores e às características específicas das crianças com PEA (Benenzon, 1985).

Nos anos oitenta, Michael Thaut inicia contínuas pesquisas sobre o efeito da música no funcionamento cerebral. Nestas quatro décadas de investigação, Thaut, tem investigado e apresentado publicações constantes, demonstrando resultados que evidenciam alterações benéficas no neurodesenvolvimento através da música em contexto terapêutico (Bergman, 2015; Thaut, 1984; 2015; Wheeler, 2017).

A musicoterapia neurológica pode definir-se como um método baseado na investigação clínica para a aplicação das componentes da música com o objectivo de estimular a funcionalidade das áreas cognitiva, da linguagem, sensoriomotora e emocional (Wheeler, 2017), quer para efeitos de desenvolvimento, quer para efeitos de reabilitação neurológica (Bergmann, 2015). Janzen e Thaut publicaram, em 2018, um estudo onde concluem que as intervenções musicoterapêuticas na PEA baseadas nas componentes rítmico-motora apresentam “progressos significativos” nos domínios da motricidade, atenção e no processamento e aquisição de linguagem.

A investigação e documentação das intervenções em musicoterapia no espectro do autismo tem comprovado que os portadores de PEA apresentam com frequência habilidades ou características musicalmente superiores. Janzen e Thaut, citando inúmeros autores contemporâneos, resumem as mais recentes pesquisas, onde é comprovado que crianças com esta perturbação têm frequentemente “ouvido absoluto”, hiper processamento tímbrico, elevada capacidade de memorização de melodias, capacidade de entendimento de aspectos de estrutura e complexidade da música ocidental e de sincronização rítmica (Janzen & Thaut, 2018). Os autores salientam ainda o “paradoxo” que existe entre a excecional capacidade de processamento de “estímulos auditivos simples, como notas musicais” e a manifesta dificuldade de processamento de

“sons sociais como, por exemplo, a linguagem”. Este paradoxo serviu de modelo para o estudo sobre o processamento sensorial.

Vários autores têm também evidenciado a hipersensibilidade a alguns sons, timbres ou dinâmicas que esta população apresenta, sugerindo que tal se deve a perturbações de processamento no sistema cortical superior. (Applewhite, et al., 2022; Janzen & Thaut, 2018).

Tanto beneficiando de técnicas recetivas como ativas, os portadores de PEA demonstram modificações cerebrais ao nível do lobo temporal superior e das áreas inferiores frontais, responsáveis pelo funcionamento sensório-motor, cognitivo e perceptivo (Applewhite, et al., 2022).

A música desperta nas crianças satisfação e adesão naturais. Tendo em conta que as crianças com autismo apresentam um espectro de perturbações na comunicação e interação social, na regulação emocional, nos padrões de comportamento, bem como na estrutura cerebral e integração sensorial, importa rever a literatura musicoterapêutica nas principais áreas de intervenção na PEA.

A Musicoterapia e o trabalho da comunicação e interação social

De acordo com a *American Speech-Language-Hearing Association* (ASHA, 2023) a comunicação é constituída por diversas funções que podem ser manifestadas verbal ou não verbalmente e requer intencionalidade. A comunicação verbal compreende a linguagem e as suas componentes, como a prosódia. A comunicação não verbal pode manifestar-se através de gestos, expressões faciais/corporais e/ou contacto ocular (ASHA, 2023).

A musicoterapia é uma prática que pode utilizar formas verbais ou não verbais de comunicação, permitindo que crianças com dificuldades de comunicação e linguagem

experienciem a interação social, o desenvolvimento para estádios pré-verbais e verbais e, principalmente, que sejam compreendidas (Gerestegger et al., 2014, 2022)

Tony Wigram (2002) citado por Gerestegger et al., (2022) refere que a comunicação é desenvolvida desde o nascimento e contém várias qualidades musicais inerentes, divididas em “qualidades tonais” (altura do som, timbre, dinâmica e melodia) e “qualidades de *tempo*” (pulsação, ritmo, andamento).

As revisões da literatura realizadas em 2014 e 2022 por Geretsegger et al., concluem que as práticas musicoterapêuticas que procuram o desenvolvimento e aquisição de habilidades comunicativas e sociais têm sido concebidas maioritariamente através de métodos de improvisação, recreativos ou de escuta musical.

As pesquisas fundamentadas através de neuroimagem suportam que não existe deterioração na “musicalidade analógica da fala” apesar da maioria das crianças com PEA apresentar anomalias na linguagem, concluindo-se a dificuldade centrar-se-á no processamento sensorial/auditivo (Berger, 2002; Janzen & Thaut, 2018).

Um estudo de Lai et al. (2012) comprova que a área de Broca é potencialmente ativada no acto de cantar. Assim como neuroimagens recolhidas por Sharda et al. (2015) demonstraram que, através da participação em canções, a atividade fronto-temporal é estimulada.

Benarous et al. (2021), afirmam que a comunicação pré-verbal pode ser obtida através da participação em contextos musicais terapêuticos nos quais é desenvolvida a atenção conjunta, a imitação, a sincronização rítmica, a memória e outras funções cognitivas.

Dois estudos semelhantes, realizados por MacDonald-Prégent et al., (2023) e Williams et al. (2024), apresentam comparações entre a utilização da música ou programas de intervenção social comunicativa (*Social Communication Intervention for Pre-schoolers–Intensive*) na aquisição de linguagem das crianças com PEA. Williams et al., aplicam a intervenção em crianças com idade pré-escolar e tem como procedimento a participação ativa dos pais das crianças. Ambos estudos explanam os benefícios das intervenções baseadas na música, concluindo que as crianças autistas adquirem maior atenção conjunta e interação social quando as palavras são cantadas e não apenas proferidas, resultando num aumento significativo da atenção conjunta e, consequentemente, da aquisição de formas de comunicação e linguagem. (MacDonald-Prégent et al., 2023; Williams et al., 2024).

Em suma, pesquisas recentes sugerem que, por ser uma acção estruturada, possível de antecipar, mais lenta do que a fala e que recorre à métrica e que ativa campos cerebrais onde habitualmente existem alterações na PEA, a música, no acto de cantar, na utilização de canções e de padrões de rítmicos, possa ser uma ferramenta alternativa para a estruturação e processamento cerebral e funcional da comunicação, da linguagem e da interação social (Geretsegger et al., 2022; Janzen & Thaut, 2018; Lai et al., 2012; Sharda et al., 2018; Williams et al., 2024).

A musicoterapia e o trabalho nos padrões comportamentais repetitivos e restritivos

As crianças portadoras de PEA apresentam padrões comportamentais restritivos, repetitivos, estereotipados e disruptivos que são, frequentemente, prejudiciais ao seu bem-estar físico e emocional (DSM- V, 2013).

A utilização da música de modo a alterar, modificar ou consolidar comportamentos físicos e mentais poderá ser benéfica na melhoria da auto-regulação, no controlo de

estereotipias (especialmente nas auto-lesivas) e nos comportamentos obsessivos (Holmes & Cheung, 2014).

Dar significado musical a padrões comportamentais estereotipados, desenvolver a resiliência com momentos de pergunta-resposta em improvisações ou recreações, a introdução de diferentes instrumentos musicais (reduzindo a tendência restritiva destas crianças), são alguns dos benefícios da musicoterapia atualmente comprovados pela comunidade científica contemporânea (Geretsegger et al., 2022; Holmes & Cheung, 2014; Hossienkhanzadeh & Imankhah, 2017; Ke et al., 2022)

Um estudo de Hossienkhanzadeh & Imankhah (2017) intervindo com crianças portadoras de PEA apresenta os efeitos benéficos da música na diminuição de comportamentos estereotipados, disruptivos e agressivos, bem como uma diminuição da timidez ou evitamento e aumento da criatividade através de métodos improvisacionais e recreativos.

LaGasse & Hardy (2013) descrevem uma intervenção com uma criança autista de sete anos cujas dificuldades de auto-regulação provocavam comportamentos disruptivos, quer em ambiente escolar, quer nas restantes terapias, compulsando a criança para dificuldades de aprendizagem e para o isolamento social. Partindo da utilização de padrões rítmicos (posteriormente complementados por melodias simples) que providenciaram momentos de antecipação, imitação e “espera”, a criança reduziu os comportamentos disruptivos, diminuindo a sua frustração e passando a conseguir planear as suas acções de modo mais saudável. Estas melhorias alastraram-se para o meio escolar, social e familiar e para os restantes ambientes terapêuticos, com ganhos substanciais no seu desenvolvimento geral.

Concretizando, as investigações demonstram os benefícios da utilização de métodos de improvisação, de recreação e de escuta musical quer na redução de comportamentos disruptivos, repetitivos, estereotipados e de evitamento, quer na indução de momentos de relaxamento ou excitação (Alvin & Warwick, 1991; Geretsegger et al., 2022; Hanser, 2018; Holmes & Cheung, 2014; Hossienkhanzadeh & Imankhah, 2017; Ke et al., 2022).

A musicoterapia e as capacidades de processamento e regulação emocional

As crianças com PEA apresentam frequentemente dificuldades no processamento e regulação emocional facto que prejudica a sua vida quotidiana, quer em termos relacionais, quer em outros âmbitos, como o aproveitamento escolar (LaGasse & Hardy, 2013).

As pesquisas da atualidade têm demonstrado o papel dos estímulos musicais no processamento emocional, mostrando que indivíduos com PEA são capazes de identificar âmbitos tipicamente positivos ou negativos dos estímulos musicais, embora apresentem dificuldade em reconhecer e empatizar com emoções de outros ou mesmo das suas. Estas conclusões são suportadas pelas observações realizadas através de neuroimagem, demonstrando a não existência de deterioração fisiológica nos circuitos do processamento afetivo, emocional e sistema de recompensa da maioria das pessoas com PEA, mesmo nos casos de presença de comorbilidades, como a alexitimia, associadas à incapacidade de descrever ou identificar emoções (Janzen & Thaut, 2018; Molnar-Szakacs & Heaton, 2012).

Kim, Wigram e Gold (2009) desenvolveram um estudo em crianças com PEA comparando a improvisação em musicoterapia e métodos da ludoterapia (*play therapy*) em termos emocionais, motivacionais e interpessoais. Os resultados demonstraram diferenças significativamente superiores no grupo que recebeu musicoterapia em aspetos como a frequência e duração dos momentos de alegria, a frequência e duração dos momentos de

sincronia emocional com o terapeuta e a frequência e duração da iniciativa de ligação com o terapeuta.

Conclui-se que as propriedades da música, aplicadas em situação terapêutica proporcionam às crianças com PEA significado, processamento e autoconhecimento das suas emoções e das que os rodeiam, fomentando o desenvolvimento de exteriorizações verbais e não-verbais da expressão emocional (Alvin & Warwick, 1991; Janzen & Thaut, 2018; Kim et al., 2009; LaGasse & Hardy, 2013; Molnar-Szakacs & Heaton, 2012).

A musicoterapia e a integração sensorial

Desenvolvida por Jean Ayres na década de 1970, a integração sensorial é o processo neurológico que interpreta, estrutura e memoriza os estímulos recebidos pelo corpo humano através dos sentidos. Assim, para além do paladar, olfato, tacto, visão e audição, os sentidos propriocetivo e vestibular assumem grande importância, respetivamente, na percepção do corpo como um todo e do corpo no ambiente envolvente, sendo os responsáveis pela manutenção do equilíbrio e a sua relação com a gravidade, pela lateralidade assíncrona e simultânea e pela coordenação, direcção e velocidade dos movimentos do corpo, no geral (Berger 2002; LaGasse et al., 2019).

A integração sensorial é uma das dificuldades mais apontadas pela comunidade científica na perturbação do espectro do autismo (Applewhite, et al., 2022; Berger, 2002; Janzen & Thaut, 2018; LaGasse et al., 2019; Mohamed, A., et al., 2022).

Na musicoterapia, tanto os que beneficiam de métodos recetivos como ativos demonstram modificações cerebrais ao nível do lobo temporal superior e áreas inferiores frontais (responsáveis pelo funcionamento sensório-motor, cognitivo e percetivo) sendo

essas alterações promotoras da integração sensorial. (Applewhite, et al., 2022; Berger, 2002; LaGasse et al., 2019)

Dorita Berger no seu livro *Music Therapy, Sensory Integration and the Autistic Child* (2002), apresenta uma análise extensiva sobre como os procedimentos musicoterapêuticos facilitam a integração sensorial na PEA, descrevendo como as propriedades da música, ou seja, o ritmo (padrões, pulsação, repetição e velocidade) a melodia, a harmonia, o timbre e as dinâmicas, podem contribuir para o processamento e consequente alastramento para domínios não musicais, como o planeamento e coordenação motora, a linguagem, a memorização, a orientação e manutenção da atenção, a expressão afetiva e emocional, a interação social e os restantes aspetos do funcionamento cerebral, cognitivo, hormonal e físico. Berger sugere ainda que aspetos físicos de alguns instrumentos (como, por exemplo, as peles) podem ser elementos integradores, diminuindo manifestações de hipersensibilidade, bem presentes nesta patologia.

Através do coletivo da pesquisa recente é possível encontrar evidências de que a música tem um impacto penetrante nas crianças com PEA em campos como a memória, a percepção auditiva e de linguagem e que, por isso, a musicoterapia pode repercutir-se, alterando campos neurológicos funcionais e, através da integração e processamento sensorial, produzir alterações em âmbitos cognitivos e comportamentais (Applewhite, et al., 2022; Berger, 2002; Janzen & Thaut, 2018; LaGasse et al., 2019).

A musicoterapia, a intervenção precoce e as famílias

Ainda que não seja possível uma recuperação completa das dificuldades presentes na perturbação do espectro do autismo, a intervenção precoce é unanimemente recomendada, uma vez que pode atuar benéficamente quer na redução de sintomas, quer no

desenvolvimento global da criança. (Gutiérrez Jiménez & Franco, 2018; Halpern et al, 2021; Monteiro et al., 2014; Thompson et al., 2013).

Vários autores têm apresentado pesquisas sobre o papel das famílias e como as abordagens terapêuticas musicais, centradas na família, podem contribuir com uma maior eficácia no desenvolvimento das crianças com PEA, em especial numa intervenção precoce. A introdução da música em atividades familiares quotidianas, tem-se mostrado benéfica no desenvolvimento ou regulação dos sintomas e também no estabelecimento de vínculo afetivo e emocional destas crianças com os seus cuidadores (Benezon, 1985; Gerestegger et al. 2022; Gottfried et al., 2018; Gutiérrez Jiménez & Franco, 2018; Ruan et al., 2018; Thompson et al., 2013).

Um estudo realizado com musicoterapia pré-natal, utilizando técnicas como a canção através da voz materna, aponta para uma possível prevenção de posteriores sintomas. (Ruan et al., 2018).

Gerestegger et al. (2022) afirmam que a ligação afetiva das crianças com PEA e os seus cuidadores habituais pode ser fortalecida através de experiências musicoterapêuticas, como a sincronização rítmica e melódica ou através de modulações de dinâmica, e que tal ligação afetiva, primeiramente estabelecida, propagar-se-á à compreensão do funcionamento e posterior desenrolar das relações sociais no geral.

Gutiérrez Jiménez e Franco (2018) aplicaram um estudo em Portugal investigando a perspetiva das famílias sobre a intervenção musicoterápica precoce em crianças com diferentes patologias (incluindo autismo). Salientando-se o aspeto da maioria das crianças apresentar dificuldades de comunicação no quotidiano, os resultados indicaram que os cuidadores consideram as intervenções musicoterapêuticas benéficas no estabelecimento de formas de comunicação. É também referido pelos autores a

importância da musicoterapia na promoção de momentos de relaxamento e bem-estar entre pais e filhos, suavizando o difícil dia-a-dia destas famílias.

A musicoterapia em equipa multidisciplinar

A musicoterapia como coterapia, aliando-se a outras especialidades como a psicologia, a psicomotricidade, a terapia da fala, a fisioterapia ou a terapia ocupacional, tem-se revelado benéfica e recomendável (Haeyen, 2022).

Como observado em secções anteriores, a musicoterapia pode definir-se numa perspectiva triangular sendo que a música assume uma posição ativa na díade cliente-terapeuta e é através dela que se estabelecem momentos impulsionadores de mudança. É também nesta tríade que a musicoterapia se destaca em relação aos outros contextos terapêuticos, apresentando mudanças que potenciam a “abertura de canais” para a atuação das restantes terapias. (Alvin & Warwick, 1991; Benenzon, 1985; Bruscia, 2014).

Sendo uma terapia aplicada maioritariamente com técnicas que se aproximam do lúdico e “não ameaçadoras”, a musicoterapia pode desempenhar um papel importante na coterapia, tornando a criança permeável para as restantes terapias, auxiliando na expressão emocional e estados regressivos, na manutenção de atenção e funções cognitivas, no controlo e resiliência à dor, na integração sensorial e na aquisição formas de comunicação e de linguagem (Alvin & Warwick, 1991; Applewhite et al., 2022; Berger 2002; Bruscia, 2014; Janzen & Thaut, 2018).

A musicoterapia e a psicomotricidade

A psicomotricidade é uma terapia complementar que pretende intervir nos domínios psicomotores, estabelecendo relação entre o âmbito psíquico e a motricidade.

A sua atuação desenvolve-se através de técnicas de relaxamento e consciência neuromotora e corporal e, ainda, técnicas lúdicas e de expressão, recorrendo a áreas artisticamente expressivas como a música, a dança, o desenho, entre outras (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, n.d.)

A psicomotricidade e musicoterapia apresentam semelhanças nos âmbitos de atuação, com a possibilidade de ambas serem aplicadas com abordagens não-verbais e inconscientes. Merlau-Ponty (2015) indica que, através da música, o corpo manifestará ressonâncias tónicas. Quando espontâneas, tanto a movimentação corporal, quanto a produção musical, estão em contato direto com o inconsciente.

A literatura é escassa sobre intervenções simultâneas de musicoterapia e psicomotricidade, mas Rinaldi & Roussillon (2023), implementaram um estudo com a utilização da musicoterapia como facilitador do relaxamento e consciência corporal, tendo comprovado a eficácia das duas terapias em conjunto.

Tendo visões diferentes sobre a intencionalidade e a aplicabilidade técnica da música, ambas áreas terapêuticas são compatíveis, uma vez que a utilização de elementos musicais é uma prática utilizada frequentemente em psicomotricidade (Donini, et al, 2023).

Considerando as áreas de atuação da psicomotricidade e o exposto anteriormente sobre musicoterapia, poderá concluir-se que a utilização da música poderá ser benéfica em coterapia com a psicomotricidade.

Em suma, o prazer e apreço que apresentam pela música, aliado às naturais propensões com que as crianças com PEA processam os estímulos sonoro-musicais, faz com que a musicoterapia obtenha resultados benéficos e produza alterações positivas nos vários aspectos que causam prejuízo na vida destas crianças. (Aigen, 2014; Alvin &

Warwick, 1991; Applewhite et al., 2022; Berger, 2002; Bonde et al., 2014; Bruscia, 2014; Carpenté, 2016; Janzen & Thaut, 2018; LaGasse et al., 2019; Wheeler, 2017).

A sua aplicação em crianças do espectro do autismo pode resumir-se a três objetivos principais de atuação: habilidades emocionais e criativas, a comunicação e interação social e a regulação e adaptação de comportamentos, aliando-se a estes, os resultando obtidos através da intervenção precoce, da inclusão das famílias no processo de desenvolvimento e a integração em equipas multidisciplinares (Aigen, 2014; Applewhite et al., 2022; Bonde et al., 2014; Bruscia, 2014; Carpenté, 2016; Janzen & Thaut, 2018; LaGasse et al., 2019; Wheeler, 2017).

Objetivos Gerais de Estágio

A realização deste estágio, pioneiro na Unidade Local de Saúde da Cova da Beira, inserindo-se numa equipa multidisciplinar, pretende complementar as especialidades psicoterapêuticas já existentes. Independentemente de serem definidos objetivos clínicos específicos para cada utente, tendo em conta as necessidades da população do serviço de psiquiatria da infância e da adolescência, estabelecem-se como objetivos gerais para o presente estágio:

Facultar aos utentes com perturbação do espectro do autismo uma terapia complementar, através da música, que possa contribuir para o seu desenvolvimento global e proporcione bem-estar mental e físico;

Desenvolver nas crianças formas de comunicação, interação social, auto-expressão emocional;

Integrar a valência da musicoterapia num sistema de intervenção multidisciplinar, intervindo também em contextos de coterapia;

Estimular a participação e envolvimento dos cuidadores em atividades musicais terapêuticas no quotidiano familiar.

Metodologia

Na secção seguinte serão referidas as características da amostra participante na intervenção, bem como enunciados os instrumentos de avaliação e monitorização de aquisições. Serão igualmente descritos os procedimentos do referido estágio, incluindo os métodos e técnicas implementados e os recursos materiais utilizados. Serão, por fim, expostos elementos organizacionais, como a agenda semanal da musicoterapeuta estagiária no serviço de psiquiatria da infância e da adolescência e outras atividades relacionadas com este estágio.

Descrição dos participantes

Durante o período relativo ao estágio curricular foram acompanhadas dez crianças (Tabelas 1 e 1.1), com idades compreendidas entre os três e os nove anos. Três crianças eram do sexo feminino e sete do sexo masculino.

Sete crianças receberam musicoterapia em duas valências: em contexto musicoterapêutico exclusivo, de frequência semanal, e em coterapia com psicomotricidade. No contexto coterapêutico, seis crianças participaram semanalmente e uma criança quinzenalmente. Três outras crianças receberam quinzenalmente musicoterapia exclusivamente na valência de coterapia.

Do total das crianças, nove iniciaram a musicoterapia em coterapia com a psicomotricidade em dezembro de 2023 e uma iniciou em janeiro de 2024. Por motivos de organização logística e de alteração de horários inerentes à coordenação entre as várias terapias da equipa multidisciplinar, quatro intervenções exclusivas de musicoterapia tiveram início em janeiro de 2024 e três, entre março e maio de 2024. A média de participações em ambos contextos interventivos situa-se nas vinte sessões para as crianças com frequência semanal.

Com exceção de uma das crianças - que concluiu as terapias no final de abril (motivada pela alta clínica) - as restantes intervenções terminaram na última semana do mês de junho de 2024. A maioria dos utentes foi assídua às sessões, excetuando um que, devido a consultas ou internamentos inerentes à sua condição patológica de drepanocitose/anemia falciforme, apresentou diversas ausências.

As sete crianças participantes nas intervenções integrais de musicoterapia apresentavam diagnóstico da perturbação do espectro do autismo, manifestando, no geral, dificuldades na comunicação e interação social. Todas as dez crianças apresentavam dificuldades de integração e desvios nos padrões comportamentais considerados típicos para as respetivas idades.

Para proteção dos participantes, os seus nomes foram substituídos por denominações fictícias.

Tabela 1

Descrição sumária dos participantes - intervenção de musicoterapia exclusivamente em coterapia.

Nome	Idade (anos)	Sexo	Diagnóstico	Periodicidade	Musicoterapia em coterapia (psicomotricidade)
Marco	9	M ⁴	PEA	quinzenal	início em dezembro 2023/final junho 2024
Gabriel	9	M	PHDA	quinzenal	início em dezembro 2023/final junho 2024
Magda	9	F ⁵	PHDA	quinzenal	início em dezembro 2023/alta clínica em abril 2024

⁴ M-referente ao sexo masculino.
⁵ F-referente ao sexo feminino.

Tabela 1.1

Descrição sumária dos participantes com as duas valências da intervenção.

Nome	Idade (Anos)	Sexo	Diagnóstico	Musicoterapia	Musicoterapia em coterapia (psicomotricidade)
Álvaro	6	M	PEA Drepanocitose	início em janeiro/ final junho 2024	início em dezembro 2023/final junho 2024
Jorge	5	M	PEA	início em janeiro/final junho 2024	início em dezembro 2023/final junho 2024
Xavier	8	M	PEA	início em janeiro/final junho 2024	início em dezembro 2023/final junho 2024
Ema	6	F	Atraso global de desenvolvimento	início em maio/final junho 2024	início em janeiro 2024/final junho 2024
Cecília	6	F	PEA	início em março/final junho 2024	início em dezembro 2023/final junho 2024
Bruno	3	M	PEA	início em março/final junho 2024	início em dezembro 2023/final junho 2024
Manuel	4	M	PEA	início em janeiro/final junho 2024	início em dezembro 2023/final junho 2024

Instrumentos de avaliação

Para a seleção dos instrumentos de avaliação, a estagiária teve em consideração aspetos como a adequação do instrumento para a especificidade da população, a sua validação científica, a informação fornecida sobre o utente e a sua aplicabilidade técnica.

Dos vários instrumentos de avaliação existentes para a população infantil com PEA, têm maior referência na literatura atual os instrumentos: *Autism Diagnostic Observation Schedule – 2nd Edition* (ADOS-2; Lord, et al.) complementado em musicoterapia através do *Music Therapy Diagnostic Assessment* (MTDA; Oldfield), o *Music-based Scale for Autism Diagnostics* (MUSAD; Bergmann, et al.), o *Individual Music-centered Assessment Profile for Neurodevelopmental Disorders* (IMCAP-ND, Carpenter et al.) - instrumento que se encontra validado para português europeu -, as Escalas Nordoff-Robbins (Nordoff & Robbins), a *Music Therapy Expression and Communication Scale* (MECS; von Moreau), o *The Individualized Music Therapy Assessment Profile* (IMTAP; Baxter et al.) e o *Music in Everyday Life* (MEL; Gottfried & Thompson).

Dos instrumentos de avaliação supra enunciados, vários necessitam de formação específica para a sua aplicabilidade, outros não evidenciam *per si* todas as áreas a avaliar, sendo necessária complementação com outras ferramentas avaliativas. Alguns instrumentos apresentam uma complexidade na interpretação dos resultados não compatível com os recursos técnicos disponíveis neste estágio.

Assim, de todos os instrumentos analisados, as ferramentas avaliativas selecionadas foram o *The Individualized Music Therapy Assessment Profile* (IMTAP; Baxter et al.) e o *Music in Everyday Life Assessment* (MEL; Gottfried & Thompson), documentos constituídos como os *Anexos 1 e 2*, respetivamente.

O IMTAP foi desenvolvido em 2007 por uma equipa de seis musicoterapeutas para a avaliação de crianças e adolescentes em dez domínios diferentes. Segundo os autores, este instrumento pode ser utilizado quer como teste pré-terapia, como ferramenta indicadora de um ponto de partida para a intervenção, com estabelecimento de metas, objetivos e consequentemente, do plano terapêutico, quer para a monitorização de desenvolvimentos e aquisições, podendo ser reaplicado em qualquer momento do processo interventivo e no final do mesmo (Baxter et al., 2007).

O IMTAP consiste na avaliação dos seguintes domínios: competências cognitivas, competências emocionais, comunicação expressiva, motricidade global, motricidade fina, domínio oral-motor, musicalidade, percepção auditiva, competências sensoriais e competências sociais. Todos os domínios têm uma avaliação quantitativa, em percentagem, organizadas, também em subdomínios, avaliados em percentagem através de uma escala *likert* de 4 pontos.

Apresenta ainda a possibilidade de não contabilizar alguns parâmetros que possam não ser imediatamente relevantes para a avaliação, por exemplo: ao aferir o domínio *musicalidade* numa criança de três anos, não será expectável que esta possua capacidades de leitura de notação musical em várias claves. Com o IMTAP é possível prescindir do subdomínio *leitura musical*, não comprometendo deste modo a avaliação final.

No final da avaliação é gerado automaticamente um gráfico, em percentagem, para cada domínio.

O preenchimento deste instrumento de avaliação pressupõe uma recolha pormenorizada de informação, pelo que as avaliações pré e pós intervenção das crianças participantes foram elaboradas com base na observação imediata durante as sessões de

musicoterapia e de coterapia e complementada/corroborada com a visualização dos registos vídeo-áudio.

Durante o processo de intervenção, através da monitorização constante de aquisições e desenvolvimento clínico, surgiu a necessidade de maior inclusão das famílias, em especial das crianças mais novas, nomeadamente no alargamento da utilização da música em contexto terapêutico ao quotidiano destes utentes.

Assim, o instrumento de monitorização e avaliação em musicoterapia MEL (Music in Everyday Life Assessment; Gottfried & Thompson) foi implementado a partir do mês de março de 2024, sendo o questionário avaliativo preenchido e entregue semanalmente pelos pais ou cuidadores permanentes das crianças.

Este instrumento, desenvolvido especificamente para crianças pequenas, foi elaborado em 2012 pelas musicoterapeutas Tali Gottfried e Grace Thompson e validado em 2018 (Gottfried, Thompson, Elephant & Gold). Foi utilizada a versão traduzida para português do Brasil (G. Gattino), disponibilizada pelas autoras na página oficial do MEL.

Dividido em oito domínios, avalia a frequência e a qualidade, a intencionalidade e o impacto da utilização da música no contexto familiar da criança, bem como as preferências musicais da família (Gottfried, et al., 2018), fornecendo dados relevantes, quer na monitorização da disseminação das aquisições obtidas no meio clínico, quer no potenciamento, através da música, do envolvimento das famílias - fator de extrema relevância na intervenção precoce – e, consequentemente, no desenvolvimento do utente.

Procedimentos

O presente estágio desenvolveu-se em fases distintas: fase de integração e observação, fase de recolha de dados e seleção dos participantes, fase de avaliação e

elaboração de planos terapêuticos e fase de intervenção. As três primeiras fases ocorreram durante os meses de novembro e dezembro de 2023. A fase de intervenção teve início em dezembro de 2023 em coterapia e em janeiro de 2024 em musicoterapia e coterapia com a psicomotricidade. Estas fases serão seguidamente descritas.

Fase de integração e observação

O estágio teve início a seis de novembro de 2023. Durante as primeiras quatro semanas, a estagiária principiou uma fase de apresentação e integração na equipa multidisciplinar e um período de observação, no qual lhe foi facultada a oportunidade de presenciar consultas nas valências de psicologia, psicomotricidade, terapia da fala e terapia ocupacional, quer no SPIA, quer acompanhando a equipa comunitária de saúde mental para a infância e adolescência na deslocação ao Centro de Saúde de Belmonte.

Durante este período foi possível observar as diferentes valências de intervenção terapêutica, técnicas, abordagens ou materiais utilizados. Foi ainda possível presenciar a aplicação de baterias de avaliação. Nesta fase foi também adquirido conhecimento geral sobre o funcionamento do serviço, sobre a interligação entre as diferentes terapias e sobre a população que recorre ao SPIA, as suas patologias e carências.

Fase de seleção, recolha de dados e elaboração do projecto de implementação do estágio

No decorrer desta fase, foram determinados pela orientadora e a estagiária (que durante este período pode ainda consultar registos e processos clínicos de utentes em observação), critérios de inclusão dos utentes na intervenção musicoterapêutica. Foi definido que as crianças com perturbação do espectro do autismo, com manifestas dificuldades na comunicação e interação social, e crianças com perturbações nos padrões comportamentais seriam as mais indicadas para as intervenções, quer de musicoterapia,

quer de coterapia com a valência de psicomotricidade, aqui aplicada pela orientadora de estágio, Dra. Leonor Goulão Amaral. Foi ainda determinado que, por impossibilidades externas ao estágio, as crianças com frequência quinzenal em psicomotricidade receberiam musicoterapia exclusivamente em contexto de coterapia.

Foi, durante este período, elaborado um projeto com vista à integração da musicoterapia na equipa multidisciplinar e as suas possibilidades de adequação às necessidades da população alvo. Os representantes legais das crianças participantes assinaram nesta fase os documentos que autorizaram, quer a intervenção musicoterapêutica, quer o registo áudio e vídeo (Apêndice I) - uma vez que todas as sessões de musicoterapia foram registadas em formato vídeo-áudio.

Fase de avaliação inicial e elaboração de planos terapêuticos

Durante o mês de dezembro foram realizadas entrevistas anamnésicas com os pais ou cuidadores das crianças nas quais foram recolhidos dados do quotidiano e outros dados pertinentes, bem como o preenchimento da história sonoro-musical dos utentes, através de um formulário adaptado do *Questionário Sonoro-Musical*, concebido por Rolando Benenzon (Anexo 3).

No final do mês de dezembro foram concluídas as avaliações com o instrumento de avaliação IMTAP, através de dados recolhidos ao longo desse mês. Foram então definidos os objetivos clínicos e elaborados os respetivos planos terapêuticos (Anexo 4), quer no contexto de musicoterapia, quer no contexto de coterapia com a psicomotricidade.

A duração das sessões foi estabelecida tendo em consideração as características de cada criança, aspectos logísticos do SPIA e a disponibilidade das famílias, resultando na

existência de sessões com durabilidade de 30 ou de 50 minutos. Devido às particularidades da população, todas as sessões foram organizadas para participação individual dos utentes.

Fase de intervenção

Durante a fase de intervenção, a musicoterapia foi concomitantemente utilizada em dois âmbitos: exclusivamente ou em coterapia com a psicomotricidade.

A obrigatoriedade - definida pelas políticas de acolhimento de estágios na ULSCB - da permanência constante de um elemento da equipa do SPIA nas sessões individuais de musicoterapia, determinou que as agendas das restantes áreas terapêuticas sofressem ajustes e reorganizações, pelo que durante o mês de dezembro apenas foi possível aplicar a musicoterapia em coterapia com a psicomotricidade. As intervenções em musicoterapia iniciaram em janeiro de 2024, após a concretização da avaliação em musicoterapia.

Embora os pais ou cuidadores não permanecessem nas sessões, foi mantido um contacto próximo com os mesmos, de modo a transmitir e/ou recolher informações elucidativas do processo terapêutico no geral.

De modo a uma atualização e discussão constante do processo interventivo, foi definida a necessidade de uma reunião semanal com a psicomotricista, neste caso também orientadora de estágio. Pelo mesmo motivo, a estagiária participou também em reuniões semanais da equipa multidisciplinar e em reuniões na comunidade, com professores/educadores de infância das crianças.

Todas as sessões foram registadas, quer por escrito em documento próprio (Apêndice II), quer através de vídeo-áudio. Semanalmente, a gravação vídeo das sessões era observada

pela estagiária que, assinalando momentos específicos, pode complementar o registo das intervenções semanais de cada utente.

Métodos e técnicas

Dos quatro principais métodos em musicoterapia, métodos activos, como a improvisação e a recreação, foram mais frequentemente utilizados durante as sessões de musicoterapia. Métodos recetivos, como a escuta musical, foram utilizados com menor frequência. Essencialmente, recorreu-se à escuta musical em momentos regressivos ou em ocasiões de coterapia nos quais a presença de instrumentos poderia hiper estimular os utentes e não produzir os efeitos benéficos de determinado objectivo terapêutico.

A improvisação musical assumiu uma presença assídua nas sessões de musicoterapia, quer com recurso a instrumentos musicais ou outros elementos sonoros (como a água), quer com recurso à voz.

A recreação foi utilizada no uso de canções do afeto (ou da identidade sonora musical) da criança e, alterando a letra ou prologando determinado trecho, teve como objetivos principais o estabelecimento de atenção conjunta, o convite à participação em determinada actividade, a comunicação verbal ou a auto-expressão emocional.

A improvisação foi utilizada no estabelecimento de formas de comunicação, (verbais ou não-verbais) e interação social, foi também utilizada como incentivo à exploração do meio e à integração sensorial, como alento para a auto-expressão, como estímulo da criatividade e da imaginação - fomentando a diminuição da rigidez comportamental frequentemente observada na PEA –, ou, inversamente, como ferramenta reguladora e estruturante.

De modo a auxiliar o estabelecimento da relação terapêutica e à acomodação ao *setting* da musicoterapia, poderá estabelecer-se que, num primeiro conjunto de sessões, se recorreu mais frequentemente a técnicas de empatia, como espelhar, incorporar ou *matching* (Bruscia, 1987).

Ao longo do processo terapêutico, tendo sempre em conta os objetivos terapêuticos de cada criança, foram sendo adicionadas outras técnicas para estruturação comportamental ou emocional, para desencadeamento de respostas ou para auto-capacitação e auto-expressão.

Assim, foi recorrido a técnicas como a partilha de instrumentos, a repetição, a criação de espaços momentâneos de silêncio/interrupções propositadas (*pausing*), ao *holding*, a troca de turnos (*turn-taking*), às bases rítmicas (aliadas ao movimento) e à legendagem dos movimentos/comportamentos desenvolvidos, naquele momento, pela criança. Foram, por vezes, utilizadas em algumas técnicas em paralelo (Bruscia, 1987, 2014).

Recursos

Na ausência de outro espaço disponível, as sessões de musicoterapia realizaram-se na sala também destinada às sessões de psicomotricidade. Esta sala dispunha de material lúdico-terapêutico diverso, bem como uma piscina de bolas, um espaldar, um trampolim e uma parede totalmente coberta com um espelho. Ocasionalmente, e apenas em contexto de coterapia, foi também utilizada a sala *Snoezelen* – espaço de estimulação sensorial.

O SPIA não dispunha de instrumentos musicais, pelo que todo o material utilizado em musicoterapia foi fornecido pela musicoterapeuta estagiária.

Do instrumentário utilizado constaram instrumentos harmónicos, melódicos e rítmicos como: um teclado eléctrico (com várias opções tímbricas), uma guitarra e um

ukulele, um acordeão infantil, um *djembé*, um *ocean drum*, um *glockenspiel* e metalofones coloridos, tambores de vários tamanhos e tessituras, sinos de mesa coloridos abrangendo uma escala cromática, dois pares de mini-pratos de dedo, vários reco-recos, *kazoos*, apitos, triângulos, guizos, maracas e *shakers* com formato oval. Com exceção do teclado e da guitarra, os instrumentos eram de porte infantil e de fácil manuseamento.

Também uma coluna *bluetooth* foi levada pela terapeuta estagiária para o *setting*.

O instrumentário era armazenado em local próprio na sala onde decorriam as sessões, sendo previamente selecionado para cada intervenção, tendo em consideração aspetos do plano terapêutico e também as preferências manifestadas pelas crianças.

Elementos organizacionais e participação em reuniões

Seguidamente serão apresentados elementos organizacionais, como o mapa de permanência na instituição e as reuniões de serviço ou na comunidade.

Mapa de permanência no local de estágio

Tendo em conta que na amostra de participantes existiram crianças com frequência quinzenal em musicoterapia como coterapia com a psicomotricidade, foi necessário estabelecer dois tipos de semana, a *Semana A* e a *Semana B*, intercaladas entre si, e apresentadas posteriormente nas *Tabelas 2. e 2.1*. Nestas tabelas, apresentam-se ainda as valências de coterapia (Co) e musicoterapia (MT).

Tabela 2.

Agenda semanal - A

Horário	segunda- feira	terça-feira	quarta- feira	quinta- feira	sexta-feira
8h50-9h00	Preparação dos materiais				
9h00-9h30	Álvaro (Co)	Marco (Co)	Cecília (Co)	Gabriel (Co)	Reuniões de Serviço, Reuniões com professores/educadores dos utentes. Monitorização da intervenção clínica. Organização de materiais.
9h30-10h00	Álvaro (MT)		Cecília (MT)		
10h00-11h00	Jorge (MT)	Ema (Co)	Jorge (Co)	Manuel (Co)	
11h00 -11h30	Reunião com orientadora de estágio/planificação		Bruno (Co)	Manuel (MT)	
11h30-12h00	Xavier (MT)	sessões de coterapia	Bruno (MT)		

Tabela 2.1

Agenda semanal - B

Horário	segunda- feira	terça-feira	quarta- feira	quinta- feira	sexta-feira
8h50-9h00	Preparação dos materiais				
9h00-9h30	Álvaro (Co)	Jorge (MT)	Cecília (Co)	Manuel (Co)	Reuniões de Serviço, reuniões com professores/educadores dos utentes. Monitorização da intervenção clínica. Organização de materiais.
9h30-10h00	Álvaro (MT)		Cecília (MT)		
10h00-11h00	Xavier (Co)	Ema (Co)	Jorge (Co)	Magda (Co)	
11h00-11h30	Xavier (MT)	Reunião com orientadora de estágio/planificação sessões de coterapia	Bruno (Co)	Manuel (MT)	
11h30-12h00			Bruno (MT)		

Reuniões de serviço ou na comunidade

Durante o período de estágio, a musicoterapeuta estagiária participou em reuniões de serviço, onde foram abordados os desenvolvimentos e aquisições das crianças e elaboradas estratégias multi ou interdisciplinares.

Participou também em reuniões na comunidade, quer no SPIA, quer em deslocações aos estabelecimentos de ensino, interagindo com professores do ensino especial, professores titulares ou educadores de infância de algumas das crianças participantes. Nestes encontros foi possível recolher outros dados e, inclusivamente, observar comportamentos/interações das crianças no seu quotidiano escolar.

Estudos de Caso

Neste capítulo serão apresentados dois estudos de caso participantes na intervenção em musicoterapia. A apresentação destes estudos de caso, selecionados de entre as dez crianças intervencionadas, foi determinada por se terem revelando como duas das intervenções de maior complexidade e, conseqüentemente, onde foram adquiridas maiores aprendizagens por parte da musicoterapeuta em estágio. Para proteção dos participantes, os seus nomes foram substituídos por denominações fictícias.

Estudo de Caso 1 - “Dos pés à comunicação.”

Identificação do Caso do Manuel

O Manuel é uma criança do sexo masculino, nascida através de parto eutócico em junho 2019. Recebeu aleitamento materno até aos 24 meses. Habita com os progenitores e com o irmão mais velho, que estuda trompete numa escola de ensino artístico especializado da região e que apresenta um desenvolvimento típico.

Segundo o pai, elemento que habitualmente acompanhava a criança ao SPIA e com quem foi realizada a entrevista anamnésica, foi durante o período de amamentação que a mãe, profissional de saúde, começou a notar (comparativamente com o irmão mais velho em igual período) algumas diferenças de interação, nomeadamente, a ausência de contacto ocular.

Durante os primeiros três anos de vida, o Manuel foi revelando vários sintomas atípicos como a ausência de linguagem, o caminhar em bicos dos pés, a ausência de atenção conjunta e a não reação à voz humana. Em 2022, foi encaminhado pela médica pediatra para o SPIA por suspeitas de perturbações do neurodesenvolvimento.

No SPIA, através da avaliação em pedopsiquiatria, complementada por outros MCDT⁶, recebeu um diagnóstico provisório de PEA, tendo sido encaminhada para o Centro de Desenvolvimento da Criança da Unidade Local de Saúde de Coimbra para avaliação específica na consulta da Unidade de Neurodesenvolvimento e Autismo daquele Centro de Desenvolvimento pediátrico. Esta unidade médica, através de observação clínica e avaliação com os instrumentos ADI-R e ADOS corroborou, em março de 2023, o provável quadro clínico de PEA, recomendado a integração do Manuel em terapias complementares de intervenção precoce.

A partir desta data, para além da consulta em pedopsiquiatria no SPIA, esta criança beneficiou de uma educadora de ensino especial e terapia da fala⁷, bem como terapia ocupacional⁸ e psicomotricidade⁹. Com exceção da terapia da fala, que posteriormente passou a ser também aplicada por uma técnica do SPIA, as restantes ferramentas de intervenção precoce mantêm-se até hoje.

O desenvolvimento mental do Manuel foi, em abril de 2023, avaliado através da EDMG, revelando uma idade mental inferior à idade cronológica em cerca de vinte meses.

Tendo em conta os relatórios médicos à data da atribuição do diagnóstico de PEA, o Manuel não apresentava qualquer linguagem verbal ou formas de comunicação, contacto ocular, não reagia à voz humana ou à sua própria voz. Não explorava o meio, nem objetos (que atirava imediatamente para o chão) e não permanecia em atividades.

⁶ Dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica destacam-se, neste caso, exames auditivos e exames cerebrais com recurso à neuroimagem.

⁷ Educadora do ensino especial e terapeuta da fala no estabelecimento de ensino através do SNIPI.

⁸ Terapia ocupacional com uma técnica do SPIA através da ELI, no Centro de Saúde do Fundão.

⁹ Psicomotricidade no SPIA.

Devido à perentória recomendação médica para a inclusão desta criança em terapias complementares, o Manuel foi imediatamente incluído na intervenção em musicoterapia.

Avaliação inicial em musicoterapia

Durante o período de observação foi possível reunir informação clínica sobre a criança, através da consulta do processo individual, do diálogo com os restantes elementos da equipa terapêutica e da observação de sessões de psicomotricidade. Foram também recolhidas outras informações e a história sonoro-musical da criança.

Na história sonoro-musical da criança, o pai referiu que não se recordava que a criança tivesse escutado música durante a gestação ou que utilizassem a música para “embalar” o filho. Referiu ainda que a criança costumava assistir, através de dispositivos eletrónicos, a músicas e vídeos infantis e que nestes momentos, por vezes dançava. O pai narrou que o Manuel gostava do som do trompete, instrumento tocado pelo irmão mais velho. No entanto, o progenitor também mencionou que quando o Manuel se aproximava do irmão, habitualmente o afastavam para não “perturbar a prática individual” do filho mais velho. Quanto aos sons predominantes no lar, o som do “televisor, da música de rádio (RFM) e sons da natureza” foram os indicados. Relativamente a sons que perturbassem o Manuel, o pai indicou apenas o ladrar do cão do vizinho como o som através do qual a criança apresentava uma reação mais negativa. Por fim, o facto de o avô do Manuel fazer parte de um “grupo de cantares”, faz da música popular um dos géneros musicais preferidos em reuniões familiares.

Tendo em consideração a difícil resposta inicial desta criança, a avaliação pré-intervenção realizada através do IMTAP - *Individualized Music Therapy Assessment Profile* (Baxter, et al., 2007) decorreu durante todo o mês de dezembro, utilizando

períodos das sessões de coterapia especificamente planificados para concretizar essa avaliação.

O Manuel obteve pontuações em todos os dez domínios abaixo dos 50%, revelando maiores necessidades interventivas em aspetos comunicativos, como a tomada de decisões, a comunicação de necessidades ou a vocalização imitativa ou conjunta¹⁰ ou aspetos de exploração do meio como a manipulação funcional dos instrumentos/objetos sonoros ou a permanência em atividades musicais, bem como aspectos de motricidade fina¹¹.

Durante os momentos de avaliação (IMTAP e observação) foi possível verificar que o Manuel, embora revelasse gosto (através do sorriso) por contacto físico e colo, apresentava interação ocular muito esporádica e não utilizava sons ou gestos com intenções comunicativas. Não manifestava intenções de explorar instrumentos ou sons, não permanecia em atividades musicais e não imitava excertos produzidos (não vocalizando em resposta à música), exteriorizando um repertório vocal bastante reduzido, com apenas dois sons diferentes: vocalizações descendentes muito agudas (inicialmente com um intervalo de uma 4ª) e um balbúcio assemelhado à palavra “salsicha” (mas sem intencionalidade referencial).

Plano terapêutico

Após análise dos dados recolhidos nos momentos de avaliação, foram definidos dois objetivos gerais e seis objetivos específicos como prioritários pontos de partida para o contributo no desenvolvimento desta criança, descritos na *Tabela 3*.

¹⁰ 0%

¹¹ 14%

Tabela 3*Plano terapêutico do Manuel em Musicoterapia*

Objectivo geral: Promover formas de comunicação e interação.
Objetivos específicos: 1. Estimular aquisição de atenção conjunta e do contato ocular; 2. Promover aumento de reação à voz humana; 3. Aumentar produção vocal.
Objetivo geral: Desenvolver a exploração de si e do meio.
Objetivos específicos: 4. Despertar noções corporais, proprioceptivas e vestibulares; 5. Promover a exploração funcional de instrumentos; 6. Aumentar o tempo de permanência em actividades.

Processo terapêutico do Manuel

O processo terapêutico do Manuel em musicoterapia iniciou a quatro janeiro de 2024 e terminou a vinte e sete de junho, tendo a criança participado em vinte das vinte e duas sessões propostas. As sessões de musicoterapia tiveram uma duração de 45 a 50 minutos numa frequência semanal.

Antes de iniciar a intervenção em musicoterapia, a estagiária teve oportunidade de informar a família sobre alguns aspetos do plano terapêutico e, uma vez que esta foi a primeira aplicação de musicoterapia nesta unidade de saúde, sobre alguns conceitos e fundamentos gerais da musicoterapia enquanto terapia complementar.

O Manuel foi regularmente acompanhado ao SPIA pelo pai. Foi observável que o Manuel possui uma situação familiar estável e afetiva, embora a família ainda se encontre em fases de aceitação, aprendizagem e adaptação à condição patológica da criança. Indo ao encontro das políticas do SPIA, não havendo, neste caso, necessidade

de regulação emocional da criança, os pais não estiveram presentes na maioria das sessões, existindo sempre, nos minutos finais, um breve momento de partilha de informações com o cuidador do Manuel.

As sessões de musicoterapia desenvolveram-se numa sala ampla, também designada e equipada para as sessões de psicomotricidade, com diversos equipamentos e objetos, como uma piscina de bolas, um trampolim, um espaldar e inúmeros armários e caixas com materiais lúdico-terapêuticos. Esta sala possui uma das paredes com janelas e portas de acesso ao exterior e outra parede com um espelho que cobre a sua totalidade.

De modo a restringir as possibilidades de distração, antes das sessões iniciais de musicoterapia, a piscina de bolas era coberta com colchões. Inicialmente este era o único equipamento/objeto que despertava a atenção do Manuel e que a criança utilizava com o único objetivo de arremessar todas as bolas para o exterior da piscina.

Numa primeira fase, a musicoterapeuta procurou formas de proporcionar à criança um ambiente clínico aprazível e o início do estabelecimento de vínculo, dando alguma liberdade à criança para explorar o espaço, colocando gradualmente alguns instrumentos musicais (xilofones, maracas, guizos, tambores e alguns instrumentos de sopro, tendo em conta a preferência pelo trompete, indicada na história sonoro musical da criança) no chão e fazendo demonstrações esporádicas, quer com os instrumentos, quer em vocalizações, com o objetivo de despertar no Manuel interesse ou reatividade sonoro-musical.

Durante as primeiras duas sessões, a criança não permanecia em nenhuma atividade ou espaço por mais do que um ou dois segundos e não manipulava nem observava nenhum instrumento. Nestas sessões, a criança não apresentava nenhum sinal verbal ou físico de reatividade, quer à voz, quer às variadas demonstrações sonoras

produzidas pela musicoterapeuta. A criança limitava-se a caminhar pela sala durante praticamente toda a sessão, não evidenciando qualquer intenção exploratória. Ocasionalmente, e por breves instantes, o Manuel solicitava o colo da terapeuta estagiária, embora este gesto fosse mais compatível com uma necessidade de autorregulação do que com uma interação social.

Numa terceira sessão, em determinado momento, foi optado pelo recurso a métodos recetivos, com a utilização de sons naturais e sons regressivos, como o som do útero materno. Os sons naturais foram produzidos com recipientes com água, utilizando este elemento para produção sonora. Os sons regressivos foram transmitidos através de uma pequena coluna portátil na qual era perceptível tatilmente o ritmo do batimento cardíaco. A criança apresentou reatividade aos sons da água, permanecendo atenta aos mesmos. No final da sessão a coluna foi colocada num dos pés do Manuel, na tentativa de abertura de outros canais de comunicação. Nesse momento, a criança manifestou contacto ocular e verbalizou “tam-tam, tam-tam” na pulsação exata do batimento cardíaco da gravação.

Numa sessão seguinte, a musicoterapeuta em estágio optou por disponibilizar o teclado, colocando-o no chão de modo a estar disponível para uma exploração por parte da criança. O Manuel, não reagindo inicialmente ao som do mesmo, manifestou interesse em pisar o teclado e, posteriormente, deitar-se em cima do piano, nunca o manipulando com as mãos. A musicoterapeuta estagiária utilizou, então, esta forma de exploração sonora, pegando na criança ao colo e auxiliando para que a mesma tocasse suavemente no teclado com o corpo, mais concretamente com as costas e/ou com os pés. A criança reagiu positivamente a esta forma de manipulação sonora, solicitando por várias vezes a repetição do momento, regressando à atividade em algumas ocasiões.

A partir desta sessão, a estimulação sonora foi sendo realizada a partir dos pés ou do corpo. A criança iniciou um conjunto de momentos de exploração sonora, essencialmente do teclado, manipulando instrumentos sempre com os pés. Foi possível começar a estabelecer algumas formas de comunicação, surgindo instantes de reciprocidade comunicativa, que foram aumentando ao longo destas sessões seguintes. A criança começou a ampliar significativamente o tempo de permanência nas atividades musicais e a retornar às mesmas amiúde. Começou a desenvolver novos tipos de vocalizações, abandonando a produção supra aguda verificada no início (assemelhada a gritos), adquirindo produções vocais mais compatíveis com elementos melódicos da prosódia. Consequentemente, começou a demonstrar maior contacto ocular e intenções de explorar o espaço, pelo que começou a ser necessário retirar mais materiais da sala, aquando da preparação do *setting*.

Foi possível de estabelecer, neste momento, alguma estrutura nas sessões que principiavam com pequenas melodias, construídas a partir das vocalizações da criança, seguidas de improvisações através dos pés. A sessão terminava após momentos de relaxamento, nos quais a terapeuta cantava canções de embalar (com, por exemplo, recurso ao *humming*), dando as mãos à criança, que neste momento optava por se deitar no chão e apoiar os pés no tronco da musicoterapeuta.

Desde as sessões iniciais, a terapeuta utilizou simultaneamente técnicas de *peer imitation* e espelhamento, reproduzindo, quer a cantar, quer com instrumentos, as manifestações vocais da criança.

Na nona sessão, os movimentos desta criança - que naquela fase recorria com frequência ao trampolim com objetivos reguladores - foram utilizados pela estagiária para sincronização com a criança, usando para o efeito um *djembé*. Durante a sustentação rítmica, acompanhando os saltos da criança no trampolim, esta mantém o

contacto ocular permanente, suspendendo e regressando ao movimento por diversas vezes, mantendo sempre a interação com a musicoterapeuta estagiária. Durante a atividade, foi possível obter pequenos momentos de troca de papéis, com a criança ora a tomar a liderança em termos rítmicos, ora a ajustar-se às alterações produzidas no *djembe*. Esta sessão constituiu um momento de mudança na criança e encetou uma nova fase da intervenção.

Na décima semana, foi novamente disponibilizada a utilização de elementos naturais, com a colocação de água num recipiente de inox, disponibilizado à criança. Numa primeira fase da sessão, a criança utilizou a água para exploração do som, colocando-a na boca enquanto saltava no trampolim, repetindo esta exploração mais do que uma vez. Numa segunda fase, a criança começou a explorar o som do recipiente de inox, com as colheres de pau disponibilizadas, tendo permanecido por bastante tempo nesta exploração percussiva.

Na décima primeira sessão, analisando a reação da criança ao timbre do recipiente de inox, a musicoterapeuta em estágio disponibilizou o *glockenspiel* e dois pares de mini-pratos de dedo. Foi observável uma reação imediata da criança a estes dois timbres.

Após um momento de preparação para a interação sonora, dando a criança pulos e vocalizando, o Manuel iniciou a manipulação destes dois instrumentos, primeiro do *glockenspiel*, depois dos mini-pratos. Esta manipulação foi realizada pela primeira vez através das mãos. Torna-se importante referir que para produzir som com os mini-pratos, são requeridas competências de motricidade fina, uma vez que para a sua produção sonora é necessário o domínio do movimento polegar-indicador (“pinça-fina”). Nesta sessão a criança tocou também com baquetas utilizando ambas as mãos

alternadamente e em simultâneo. Permaneceu quase toda a sessão nesta atividade, abandonando-a por breves instantes mas retornando espontaneamente.

Durante estes momentos de improvisação, a musicoterapeuta utilizou técnicas de *holding* ou espelhando a improvisação da criança, suspendendo a mesma nos momentos em que a criança suspendia e/ou vocalizando elementos melódicos improvisados pelo Manuel, que mantinha o contacto ocular e apresentava atenção conjunta e outros movimentos de comunicação intencional.

A partir desta sessão até à sessão décima nona, o Manuel apresentou progressos significativos e de forma constante, revelando novas aquisições a cada semana.

Começou a explorar todo o instrumentário disponível, apontado para os instrumentos que pretendia explorar, manipulando-os com as mãos ou com baquetas. Aderia facilmente a improvisações, mantendo o contato ocular durante as mesmas e desenvolvendo continuamente a atenção conjunta, solicitando acompanhamento musical da terapeuta em estágio. Tendo em conta que muitas improvisações do Manuel eram compatíveis com o modo de Fá, foi utilizada por diversas vezes esta escala para estímulo da criança.

Durante as improvisações reagia às vocalizações e imitava intervalos, continuando a aumentar o repertório vocal, aproximando-se em cada sessão de elementos linguísticos, como o proferir de vogais separadamente ou palavras que se assemelhavam a comunicação verbal, tendo, inclusive, proferido a palavra “mais” para pedir a repetição de uma atividade. Ainda durante as improvisações, em especial com o *glockenspiel* (instrumento do seu afeto e que foi por si requerido até ao final da intervenção) o Manuel simultaneamente cantava, utilizando as vogais “a”, “e” ou “i”.

Nesta segunda fase da intervenção, o Manuel era afetuoso e manifestava gestos de carinho, como abraços e beijos, verbalizando nesses momentos a expressão “*tchui-tchui*”. Partilhava prazer e manifestava estados emocionais através de gestos, como, por exemplo, o agitar da mão direita quando não queria determinada atividade ou situação.

No mês de junho o Manuel já apresentava tomada de decisões, dando indicações gestuais à terapeuta sobre o acompanhamento pretendido, como, por exemplo, quando pretendia que a estagiária batesse as palmas como acompanhamento das suas improvisações.

Nas últimas quatro sessões o Manuel começou a aplaudir-se no final de cada improvisação, mostrando grande satisfação.

Nas últimas duas sessões, o Manuel revelou sentido de humor, provocando musicalmente a terapeuta: fingindo que ia iniciar uma improvisação, mas suspendendo o movimento antes da produção sonora – imitando um estímulo que a musicoterapeuta estagiária lhe tinha dirigido em sessões anteriores. No final da intervenção, o seu tempo de foco nas atividades excedia os dez minutos de permanência contínua numa atividade musical.

Foi mantido um contacto regular com o pai, que no final de cada sessão recebia informações sobre as aquisições clínicas da criança. O pai revelava que sentia repercussões dessas aquisições no quotidiano, como o aumento da produção vocal, maior permanência em atividades ou como o bater de palmas e solicitar aplausos à família. Também semanalmente, o progenitor preenchia e entregava o instrumento MEL, *Music in Everyday Life* (Gottfried & Thompson)

Na última sessão, o pai foi convidado a participar, de modo a observar e adquirir ainda mais aptidões para a utilização da música no quotidiano familiar. Foi, nesta sessão, feito o encerramento da intervenção.

Resultados

Na décima oitava e décima nona sessões foram recolhidos dados para a avaliação final do IMTAP e cujos gráfico comparativo se demonstram na *Tabela 4*.

No domínio cognitivo, um dos domínios onde são observadas as maiores alterações, o Manuel aumentou a sustentação de atenção nas atividades, no entendimento da estrutura e regras da sessão, no seguimento de ordens simples, na escolha entre duas opções e na memorização a curto e longo prazo, recordando as funções dos instrumentos ou acontecimentos musicais passados, tendo revelado um aumento na cotização final de 10% para 54%.

No domínio da comunicação expressiva, a criança adquiriu formas de comunicação de ideais ou conceitos, gesticulação ou vocalizações espontâneas ou do tipo imitativo. Neste domínio as aquisições manifestadas revelaram um aumento de 26% para 59%.

No domínio emocional, o Manuel indicou um aumento da variedade de sentimentos demonstrados, bem como maior tolerância na transição entre atividades e maior capacidade de auto-regulação quando contrariado. Um aumento de 43% para 78% foi verificado na avaliação final neste domínio.

Nos domínios da motricidade global e fina, o Manuel coordena-se a tocar dois instrumentos diferentes, como o *glockenspiel* e tambores, relaciona movimentos com estímulos musicais, adquiriu preensão em pinça e alternância de mãos ao tocar. No

índice motor-global apresentou uma evolução de 31% para 52% e no índice motor-fino uma evolução de 15% para 40%.

No domínio oral-motor, a avaliação final revelou um aumento de 31 para 69 pontos percentuais, tendo a criança adquirido competências na produção de som através de instrumentos de sopro, como flautas, apitos ou o *kazoo*.

Referente à musicalidade, o Manuel desenvolveu aquisições que resultaram num aumento de 8 para 43 pontos percentuais. Esta criança era agora alertada pela música e manifestava prazer, indicava desejo de tocar e explorar instrumentos. Vocalizava e cantava espontaneamente, assim como se movia ritmicamente em resposta à música, focando-se nas atividades musicais.

A perceção auditiva foi o domínio onde os resultados apresentaram melhorias mais significativas com uma diferença na avaliação final de 56 pontos percentuais (17% para 73%). No final da intervenção, a criança participante identificava diferenças entre produção musical e silêncio, distinguia dois sons diferentes e reagia com movimento direcionado para o local da produção musical, imitava intervalos ascendentes e descendentes e padrões rítmicos simples.

Nas competências sensoriais, o Manuel apresentou aquisições em todos os subdomínios, como o manuseamento de instrumentos e a tolerância aos timbres e texturas, a tolerância e permanência em estímulos visuais e auditivos. Obteve uma pontuação de 83%, demonstrando desenvolvimentos em relação aos 38 pontos na avaliação inicial.

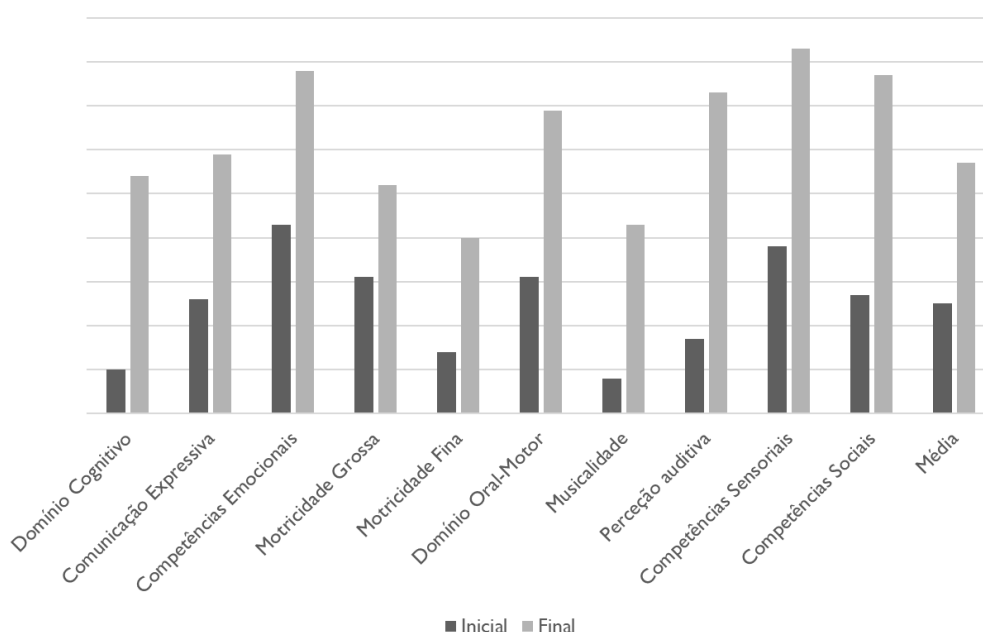
Por fim, nas competências sociais, o Manuel já reage ao chamamento pelo seu nome e à presença do musicoterapeuta, apresenta momentos de interação e atenção conjunta, retorna à atividade quando chamado, demonstra flexibilidade na interação com o

terapeuta. Neste índice, o Manuel apresentou uma avaliação final de 50 pontos percentuais acima da avaliação inicial (27% para 77%).

Na ferramenta de avaliação MEL, os resultados não indicam diferença significativa de pontos, uma vez que não existiu um aumento na frequência de utilização da música em contexto familiar, apesar dos aliciamentos semanais da musicoterapeuta estagiária. No entanto, pode ser observado que, embora não tenha existido um aumento quantitativo, foi verificável um aumento qualitativo no modo como a música foi utilizada pela família como meio de interação com o Manuel. Em vez da escuta musical individual/solitária através de dispositivos eletrônicos, a música passou a ser utilizada em momentos partilhados entre a criança e os pais ou, ocasionalmente, a ser cantada para a criança. O pai referiu no MEL que esses momentos foram muito aprazíveis, quer para o filho, quer para os pais que desta forma conseguiram aumentar as interações com a criança.

Tabela 4

Gráfico comparativo das avaliações iniciais e finais do Manuel através do IMTAP.



Discussão de resultados

A musicoterapia, enquanto processo sistemático de intervenção visa o desenvolvimento de potenciais para uma maior integração pessoal, interação e relacionamento com os outros, de modo a produzir transformações que se traduzam numa melhor qualidade de vida (APMT, n.d.; Bruscia, 1989, Bunt & Stige, 2014).

Uma criança com múltiplas necessidades de aquisições pode não ter possibilidade de responder de forma célere aos estímulos (Nordoff-Robbins, 1977), Por outro lado, se existem dificuldades de integração sensorial desses mesmo estímulos, a criança pode facilmente adotar uma resposta de *figth or flight* (em português literal, lutar ou fugir) ou simplesmente isolar-se do quotidiano (Berger, 2002).

As ressonâncias corporais provocadas pelos estímulos musicais, poderão providenciar um contato direto com manifestações inconscientes, facilitando a abertura a outros campos cerebrais e, conseqüentemente, a aspetos de integração sensorial (Merlau-Ponty, 2015).

Paul Nordoff e Clive Robbins (1977) definem ainda que o contexto da intervenção clínica deve ter como ponto de partida a criança, seja ele qual for, e que é a partir dela, “sessão a sessão”, que são definidos os caminhos a percorrer.

Tendo presente a base relacional das intervenções em musicoterapia, sendo o estabelecimento do vínculo terapêutico um dos primeiros objetivos definidos e a partir do qual é possível ambicionar alterações clínicas, através da abertura de canais, em situações onde a comunicação não-verbal pode ser o meio mais adequado, de modo a interagir com o *self* da criança. Pode ainda considerar-se que a relação terapêutica, implementada num ambiente seguro é um dos pilares de qualquer intervenção através da música (Benezon, 1985; Alvin & Warwick, 1991; Bruscia, 2014).

Rolando Benenzon, autor que incluiu a história sonoro-musical dos pacientes como ferramenta anamnésica em musicoterapia, sugere que, principalmente numa fase inicial do processo terapêutico se recorra à utilização de sons naturais e da regressão humana, como batimentos cardíacos ou a utilização da água para exploração sonora num contexto lúdico. (Benenzon, 1985, 2007).

Dorita Berger (2002) explica também a necessidade do ser humano se regular através do ritmo, elemento que pode também funcionar quer como regulador, quer como unificador.

As revisões da literatura realizadas em 2014 e 2022 por Geretsegger et al., concluem que as práticas musicoterapêuticas que procuram o desenvolvimento e aquisição de habilidades comunicativas e sociais têm sido concebidas, mais frequentemente, através de métodos de improvisação.

Através do coletivo da pesquisa recente é possível encontrar evidências de que a música tem um impacto penetrante nas crianças com PEA em campos como a memória, a percepção auditiva e de linguagem e que, por isso, a musicoterapia pode repercutir-se, alterando campos neurológicos funcionais e, através de integração e processamento sensorial, produzir alterações em aspectos cognitivos e comportamentais (Applewhite, et al., 2022; Berger, 2002; Janzen & Thaut, 2018; LaGasse et al., 2019).

Em suma, pesquisas atuais sugerem que, por ser uma acção estruturada, possível de antecipar, mais lenta do que a fala, que recorre à métrica e que ativa campos cerebrais onde habitualmente existem alterações na PEA, a produção musical - melódica, harmónica ou através de padrões de rítmicos, pode ser uma ferramenta alternativa para a estruturação e processamento cerebral e funcional da comunicação, da interação social e

da integração sensorial (Geretsegger et al., 2022; Janzen & Thaut, 2018; Lai et al., 2012; Sharda et al., 2018; Williams et al., 2024).

Conclusão

O Manuel, uma das crianças que mais preocupações despertava na equipa multidisciplinar, recebeu a intervenção em musicoterapia por necessitar de mais estímulos e recursos terapêuticos. A ausência do desenvolvimento de aquisições ou de respostas a estímulos mantinha também a família em agitação, família essa que se encontrava em diferentes níveis de aceitação da existência de um filho diferente. Para a família, a pressão imposta pela sociedade para a aquisição de linguagem pela criança era uma prioridade. No final da intervenção, foi possível observar que naquele momento os pais já valorizavam outras formas de comunicação, não demonstrando tanta pressão na aquisição imediata de linguagem. Os mesmos referiram que sentiram alterações na criança, quer na interação com a família, quer na exploração de si e do meio, tendo o pai referido “em casa, o Manuel agora explora tudo e até já bate palmas.”

No caso do Manuel, a severidade da ausência de reação ou de intenções comunicativas levou à necessidade de começar por procurar um ambiente musical de base emocional, com uma estrutura inicial totalmente livre, na qual a criança pudesse sentir afeto, liberdade e validação e onde uma observação instintiva e constante das mais pequenas reações da criança, pudessem ser bases da construção e reconstrução da intervenção (Nordoff-Robbins, 1977).

O recurso a elementos naturais, como a utilização da água ou de batimentos cardíacos (Benenzon, 1987) mostraram-se determinantes em diferentes fases da intervenção. Assim como aspetos de integração sensorial se revelaram de grande utilidade na implementação desta intervenção musicoterapêutica.

Ir ao encontro do ponto em que a criança se encontrava, com a estimulação musical aplicada através dos pés ou do corpo revelou-se também determinante, quer na constituição de vínculo terapêutico, quer na abertura de canais de comunicação.

Comparando o Manuel inicial, incapaz de se relacionar, de comunicar necessidades ou de explorar o quotidiano com o Manuel no final da intervenção, uma criança que comunica com intencionalidade, que é recíproca no afeto, que manuseia e toca instrumentos com as duas mãos, cantando simultaneamente, que toma decisões e que começa a utilizar o sentido de humor para interagir, que se movimenta nos espaços e explora, com curiosidade, o que a rodeia, pode concluir-se que todos os objetivos propostos foram alcançados. Assim, esta intervenção clínica em musicoterapia deixa bem explanado o potencial da utilização terapêutica da música e dos seus elementos na melhoria da qualidade de vida, quer das crianças com PEA que beneficiam da sua aplicação, quer das respetivas famílias.

Estudo de Caso 2 - “Descongelar!”

Identificação do Caso do Xavier

O Xavier é uma criança do sexo masculino nascida em julho de 2015. Habita com os pais e com uma irmã de um ano de idade.

Na entrada para a creche foi detetada alguma sintomatologia de desenvolvimento atípico, como *flapping*, *head banging*, alinhamento de brinquedos, pouco contato ocular e interesses ou comportamentos restritivos, como a repetição constante das mesmas animações infantis e restrições alimentares severas, restrição que ainda se mantém na ingestão exclusiva de alimentos de uma determinada cor.

Observado na consulta da Unidade de Neurodesenvolvimento e Autismo do Centro de Desenvolvimento da Criança da Unidade Local de Saúde de Coimbra,

o Xavier recebeu em 2022 o diagnóstico de PEA, com possível comorbilidade de PHDA. Em 2023, foi admitido no SPIA nas consultas de pedopsiquiatria, terapia ocupacional, terapia da fala e psicomotricidade. Tem subscrição diária de farmacologia antipsicótica e de regulação hormonal.

Tendo em conta a informação contida no seu processo clínico, o Xavier é uma criança que apresenta défices na área da comunicação e interação social com dificuldades na adequação comportamental, baixa tolerância ao esforço, desregulando-se com facilidade perante a dificuldade ou a negação. Nessas situações, que ocorrem principalmente em contextos escolar e familiar, apresenta padrões comportamentais disruptivos como gritos e verbalização de impropérios. Nas situações de desregulação severa, retira integralmente a própria roupa. A nível sensorial, revela alterações no sistema oro-sensorial (manifestado nas restrições alimentares) e sistema auditivo, que se traduzem em hipersensibilidade sonora, desregulando-se em alguns ambientes. Não apresenta partilha de prazer e habitualmente não sorri. Apresenta jogo simbólico e planeamento de ações em história.

Consideração o quadro sintomatológico da criança, considerou-se benéfica a inclusão do Xavier nas duas valências deste estágio (musicoterapia e musicoterapia em coterapia com a psicomotricidade), embora a valência de coterapia apenas acontecesse quinzenalmente. A criança era habitualmente acompanhada ao SPIA pela mãe.

Avaliação Inicial em Musicoterapia.

Durante a fase de observação, a musicoterapeuta estagiária reuniu informação clínica sobre o Xavier, pesquisando dados no seu processo individual, aliando-os às informações recolhidas através da equipa multidisciplinar e na observação imediata nas sessões de psicomotricidade. Foram posteriormente recolhidas outras informações e a

história sonoro-musical da criança, preenchida na entrevista anamnésica realizada com a mãe da criança.

Relativamente à história sonoro-musical do Xavier, a mãe referenciou que costumava ouvir música na gravidez, mas que foi a partir do nascimento da criança que a utilização da música foi mais recorrente, referindo exemplos de canções com que embalava o filho. Referiu também que é habitual o Xavier ouvir música (repertório infantil) em casa, especialmente em situações lúdicas ou para adormecer. A progenitora indica o xilofone, a guitarra, a flauta, a bateria e sons de caixa de música como os timbres preferidos pelo filho, mencionando alguns ruídos quotidianos que o Xavier rejeita, como o som do secador de cabelo ou outros eletrodomésticos.

Através da avaliação realizada em momento pré-interventivo com o IMTAP, foi possível constatar que as maiores dificuldades do Xavier residiam nos domínios da musicalidade¹², das competências cognitivas¹³ e emocionais¹⁴ e da comunicação expressiva¹⁵. O Xavier apresentou défices em vários subdomínios, no entanto, estes défices estão maioritariamente relacionados com três aspetos centrais: a) a recusa ou ausência de intenção de tocar ou explorar instrumentos musicais; b) com a rejeição para cantar ou vocalizar e; c) com a dificuldade de seguir instruções/ordens.

Através da avaliação IMTAP e da observação direta, foi ainda possível determinar que esta criança apresentava uma baixa autoestima, competência necessária para alavancar a aceitação de desafios novos ou desconhecidos.

¹² Média no domínio da musicalidade – 21%

¹³ Média no domínio das competências cognitivas - 61%

¹⁴ Média no domínio das competências emocionais - 51%

¹⁵ Média no domínio da comunicação expressiva - 61%

Plano Terapêutico de Musicoterapia em Coterapia com a Psicomotricidade

Decorrida a avaliação inicial ao Xavier, foram identificados dois problemas principais e foram elaborados os respectivos planos terapêuticos. Na *Tabela 5*, apresenta-se o plano terapêutico da musicoterapia em coterapia com a psicomotricidade.

O Xavier compareceu a 12 sessões quinzenais de musicoterapia em coterapia com psicomotricidade. Foi elaborada uma estrutura de sessão que consistia em três momentos distintos: a) um primeiro momento, mais livre, em que a criança pudesse explorar o espaço e tomar decisões; b) um segundo momento no qual, aproveitando as preferências exploratórias da criança, fossem desenvolvidas atividades orientadas; c) um terceiro momento onde fosse possível potenciar na criança momentos de regulação tónica através do relaxamento.

Tabela 5

Plano terapêutico do Xavier de musicoterapia em coterapia com psicomotricidade.

Objetivo geral: Desenvolver estratégias de regulação emocional.

Objetivos específicos:

1. Promover a redução de comportamentos disruptivos;
2. Estimular a interação social recíproca;
3. Aumentar o tempo de permanência em actividades.

Objetivo geral: Melhoria da autoestima.

Objetivos específicos:

4. Desenvolver a autoconfiança e o autoconhecimento;
 5. Diminuir a rigidez emocional e corporal;
 6. Promover situações de partilha de prazer.
-

Durante as primeiras sessões, o Xavier mostrava-se muito relutante em relação aos elementos musicais, pedindo silêncio por diversas vezes e verbalizando que não queria tocar nenhum instrumento. Frequentemente, não aderiu às atividades propostas e

permanecia sério por longos períodos, deitado num colchão em decúbito ventral e com a cara escondida. Numa das sessões iniciais, após insistência da psicomotricista para que o Xavier partilhasse uns brinquedos que tinha na mão, a criança desregulou-se, apresentando o padrão de comportamento de gritos, insultos e retirada da roupa. A musicoterapeuta estagiária, iniciou uma improvisação na guitarra, dedilhando, sem recorrer à voz ou ao contacto ocular. A criança, embora permanecesse irritada, regulou rapidamente aquele severo padrão comportamental.

Não se voltaram a verificar comportamentos de padrão severo em sessões terapêuticas.

Na quarta sessão, a criança aderiu a uma atividade de psicomotricidade que tinha como objetivo o estímulo da orientação espaço-temporal, encontrando-se a criança dentro de uma pequena tenda. A musicoterapeuta estagiária utilizava a música como indicações vocais, realizando um acompanhamento no teclado. A criança deixou de seguir as indicações e a musicoterapeuta permaneceu em silêncio, suspendendo os elementos musicais por completo. Passados uns segundos, o Xavier, colocou a mão fora da tenda e, tocando no teclado verbalizou, “toca...”. A estagiária correspondeu à solicitação e a criança mostrou-se cooperante durante o restante tempo.

Na quinta sessão, a musicoterapeuta em estágio utilizou uma canção do afeto da criança (“A Casa” de Vinícius de Moraes), tocada na guitarra. Na sessão anterior de musicoterapia, essa canção tinha revelado grandes progressos ao nível da interação, tendo a criança cantado pela primeira vez. A canção foi introduzida - através do método recreativo - como legendagem de um jogo simbólico que a criança iria desenvolver com a psicomotricista. Planeado pelo próprio, o Xavier representava um herói que ia “salvar o mundo” e que lutava contra um dragão gigante. A criança aderiu à legendagem através da música, umas vezes corrigindo a estagiária - sempre que esta

provocatoriamente errava na legenda - outras vezes seguindo as indicações fornecidas pela letra improvisada da canção.

Numa sessão seguinte, o *glokenspiel* foi pensado para auxiliar um percurso de desenvolvimento psicomotor. A criança não queria aderir à atividade, atirando-se para o chão e ficando imóvel. A musicoterapeuta tocou um *glissando* ascendente no *glokenspiel* tentando “agora sou uma fada e vou-te transformar numa estátua”. A criança reagiu ao som dizendo: “descongelar!”¹⁶ e movimentou-se pela sala. Então, a musicoterapeuta estagiária tocou um *glissando* descendente e disse: “congelar”, ordem à qual a criança anuiu, tendo ficado quieta até nova indicação dada através do *glokenspiel*.

A partir deste momento, os *glissandi* no *glokenspiel* passaram a ter utilidade na comunicação e na interação, sendo recorrentemente utilizados para parar ou recomeçar uma atividade ou comportamento. A criança começava, nas sessões de musicoterapia, a explorar os instrumentos, solicitando interação e acompanhamento em diáde.

Nas sessões de coterapia, a criança verbalizava que gostava de relaxar com a música. Nos momentos finais da sessão a criança deitava-se e permanecia de olhos fechados enquanto a musicoterapeuta tocava, maioritariamente, canções de embalar.

A equipa multidisciplinar teve, neste período, oportunidade de reunir com a professora titular do Xavier, que indicou que a criança mantinha alguns comportamentos inapropriados em sala de aula, nomeadamente a recusa em executar as tarefas e a desregulação emocional quando contrariado, embora já não se verificassem os padrões comportamentais de desregulação severa. A docente ainda lamentou o fato

¹⁶ A criança referia-se a um episódio da série de animação infantil “Bluey” em que o xilofone é utilizado em jogo simbólico pelas filhas para congelar o pai. Afortunadamente, a estagiária conhecia este episódio.

da ausência de recursos especializados em contexto escolar, comentando que esta criança tinha apoio de professor de ensino especial apenas duas horas por semana.

A legendagem musical do jogo simbólico permanecia uma presença assídua nas sessões de coterapia (acompanhada frequentemente pela guitarra) e, na oitava sessão, uma vez que se mantinham os comportamentos disruptivos em sala de aula, a musicoterapeuta estagiária introduziu o tema “escola” na letra da canção (tema que a criança habitualmente recusava abordar). Em resposta às improvisações da musicoterapeuta em estágio, que ora fazia perguntas, ora validava as respostas da criança (sempre cantando), o Xavier verbalizou, pela primeira vez, que “não gostava da escola” porque ele “era mau” e porque, “por isso”, as outras crianças “lhe batiam”. A psicomotricista teve então oportunidade de conversar com a criança e de discutir com o Xavier algumas estratégias de regulação.

Na décima sessão, o Xavier partilhou que gostava de “bailaricos” e musicoterapeuta estagiária propôs-lhe a exploração de um acordeão infantil. A criança, não conseguindo imediatamente manipular o objeto, permaneceu na atividade, aceitando a ajuda técnica da terapeuta estagiária até conseguir produzir som. Seguiu-se uma longa improvisação conjunta, de cerca de vinte minutos, o Xavier no acordeão, a musicoterapeuta estagiária no teclado. A criança sentada numa cadeira e a musicoterapeuta num plano inferior, sentada no chão. Quando finalizou a improvisação, o Xavier verbalizou espontaneamente o conjunto de frases: “Esta música foi incrível, eu toquei mesmo bem”. Continuou: “gostei muito, foi divertido!” E acrescentando ainda: “gosto muito de acordeão. Agora já podemos tocar num bailarico!”

Na décima primeira sessão, a criança encontrava-se prostrada e com dores corporais, devido a uma condição viral. Solicitou a música para relaxamento. Durante o momento de relaxamento verbalizou assuntos do quotidiano com ambas as terapeutas.

Na décima segunda, e última sessão, foi dada liberdade à criança para escolher as atividades. A criança selecionou um percurso de desenvolvimento psicomotor, improvisações com os tambores e o jogo “Descongelar!” com o recurso ao *Glockenspiel*.

Resultados

A avaliação final do IMTAP foi recolhida através de observação direta e visionamento dos registos vídeo-áudio, durante as duas últimas semanas das intervenções.

Dos resultados obtidos verificaram-se melhorias em todos os domínios e subdomínios. Na *Tabela 6*, é possível comparar as aquisições desta criança ao longo das intervenções de musicoterapia e de musicoterapia em coterapia com psicomotricidade.

Os domínios com maiores aquisições são precisamente os domínios onde o Xavier tinha, na avaliação inicial, revelado maiores défices, ou seja, nas competências emocionais, na comunicação expressiva e na musicalidade, podendo-se concluir que efetivamente os défices verificados estariam relacionados com aspetos inicialmente referidos: a) a recusa ou ausência de intenção de tocar ou explorar instrumentos musicais; b) com a rejeição para cantar ou vocalizar e; c) com a dificuldade de seguir instruções/ordens.

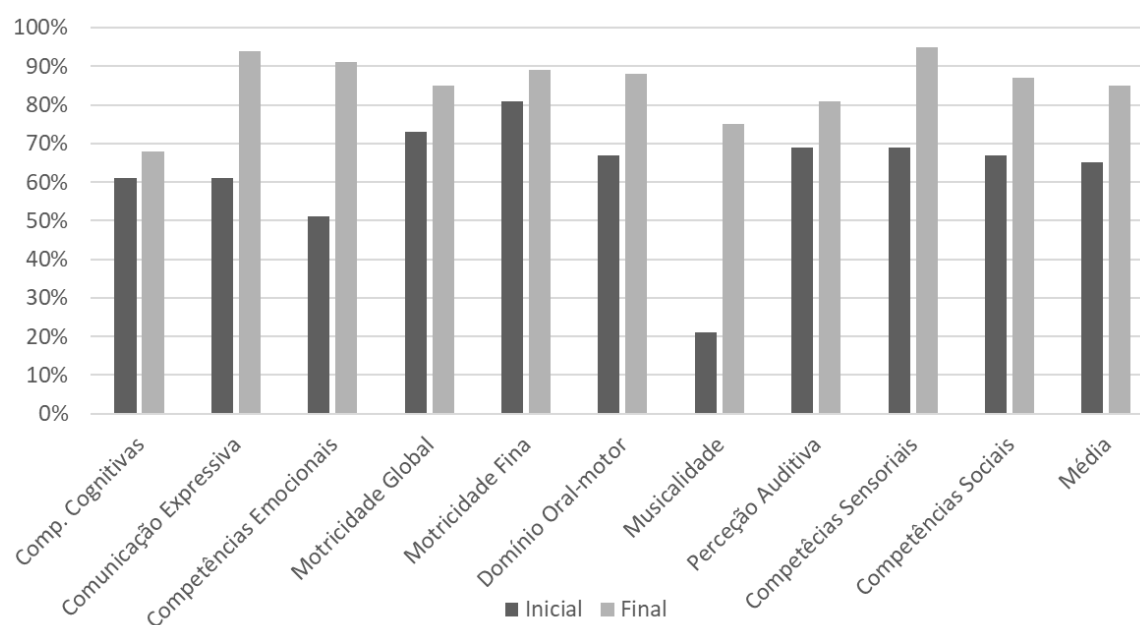
Nas competências emocionais, o Xavier apresentou uma alteração de 40 pontos percentuais, revelando melhorias em todos os subdomínios, nomeadamente na demonstração apropriada de sentimentos, na tolerância à alteração de atividades ou na capacidade para discutir estados emocionais.

Na comunicação expressiva, o Xavier alterou os valores iniciais de 61% para 94%, tendo apresentado aquisições em todos os subdomínios, com ênfase na resposta a questões abertas, na participação vocal ou na comunicação relacional.

No domínio da musicalidade, o Xavier apresentou a maior diferença nos resultados, tendo revelando uma diferença positiva de 54%. A atitude participativa atual da criança, explorando instrumentos, imitando padrões rítmicos, interagindo musicalmente e permitindo uma troca de turnos, foram elementos fundamentais nesta diferença percentual.

Tabela 6

Gráfico comparativo das avaliações iniciais e finais do Xavier - IMTAP.



Na ferramenta de avaliação MEL, preenchida semanalmente pela mãe do Xavier, os resultados indicam diferenças na qualidade da utilização da música no quotidiano. Nas últimas avaliações, a mãe refere que recorre a momentos musicais numa frequência regular no quotidiano, utilizando a música maioritariamente num contexto lúdico, descrevendo que quando cantam juntos, ela altera as letras das canções e que a criança a corrige, interagindo. Refere ainda a utilização canções nos momentos que antecedem a

“hora de ir dormir”, assim como também para relaxamento e regulação emocional, para compreensão de rotinas diárias e como elemento de transição entre atividades. A progenitora, comenta também os efeitos benéficos da aplicação música no aumento do foco e da concentração do filho.

Discussão

O ambiente aprazível da musicoterapia, pode proporcionar às crianças com diversos défices comunicativos ou comportamentais, outras perspetivas dos conceitos de aprendizagem, introduzindo novas, agradáveis e significantes experiências (Hanser, 2018) que resultam num desbloqueio de comportamentos de resistência e na, consequente, aquisição e desenvolvimento de formas mais saudáveis de encarar o quotidiano.

A comunidade científica tem demonstrado os efeitos benéficos da utilização de métodos de improvisação, de recreação e de escuta musical quer na redução de comportamentos disruptivos e de evitamento, quer na indução de momentos de relaxamento (Alvin & Warwick, 1991; Geretsegger et al., 2022; Hanser, 2018; Holmes & Cheung, 2014; Hossienkhanzadeh & Imankhah, 2017; Ke et al., 2022) com ganhos substanciais na melhoria da qualidade de vida das crianças e dos que as envolvem.

Uma das dificuldades apresentadas na sintomatologia da PEA consiste num processamento e regulação emocional deficitários, facto que prejudica a sua vida quotidiana, quer em termos relacionais, quer em outros âmbitos como, por exemplo, no aproveitamento escolar (LaGasse & Hardy, 2013).

A utilização da música em contexto terapêutico providencia às crianças com défices na regulação emocional, significado, processamento e auto-conhecimento das suas emoções e das que os rodeiam, ajudando no desenvolvimento de exteriorizações

verbais e não-verbais da expressão emocional (Alvin & Warwick, 1991; Janzen & Thaut, 2018; Kim et al., 2009; LaGasse & Hardy, 2013; Molnar-Szakacs & Heaton, 2012).

O alastramento das aquisições obtidas em musicoterapia para domínios não musicais, como o planeamento e coordenação motora, a manutenção da atenção, a expressão e regulação afetiva e emocional, a interação social e restantes aspetos do funcionamento cerebral, cognitivo e físico, podem ser elementos integradores, diminuindo manifestações de hipersensibilidade (Berger, 2002).

A musicoterapia pode ainda desempenhar um papel facilitador em contexto de coterapia, tornando a criança permeável e flexível para as restantes terapias, auxiliando na regulação e expressão emocional, na manutenção de atenção e funções cognitivas, na integração sensorial e na aquisição formas de comunicação (Alvin & Warwick, 1991; Applewhite et al., 2022; Berger 2002; Bruscia, 2014; Janzen & Thaut, 2018).

Conclusão

As dificuldades de integração sensorial e emocional apresentadas pelo Xavier, proporcionavam constrangimentos à criança e aos que a rodeiam.

Uma criança que não sorria e não experienciava novas vivências devido à rigidez emocional manifestada. Por outro lado, os severos padrões comportamentais que apresentava, não permitiam ao seu meio envolvente a introdução de novos estímulos.

O papel da musicoterapia foi fundamental na redução das defesas emocionais da criança, permitindo a aquisição de novas ferramentas e estratégias regulatórias.

Foi também determinante na melhoria da autoestima, proporcionando um ambiente seguro onde a criança pode expressar o seu “eu”, substituindo a crítica, o rótulo e o castigo por experiências de interação, de partilha de prazer e de relaxamento.

Através da avaliação e observação direta finais, pode concluir-se que os objetivos, gerais e específicos, propostos para esta intervenção foram alcançados. Constitui-se assim a evidência de que a utilização da música em contexto coterapêutico pode contribuir, abrindo novos canais, para a aplicação de técnicas de outras valências terapêuticas e na, resultante, melhoria dos sintomas verificados.

Outras Intervenções Clínicas

Álvaro

O Álvaro é uma criança do sexo masculino, nascida em 2018, num país dos PALOP, de onde ambos progenitores são originários. Vive com a mãe e com um irmão bastante mais velho. Em 2021, foi encaminhado para o SPIA por suspeitas de PEA, confirmadas posteriormente. Neste Serviço é acompanhado em pedopsiquiatria, terapia da fala, terapia ocupacional e psicomotricidade.

Paralelamente à PEA, o Álvaro apresenta drepanocitose, patologia também conhecida como anemia das células falciformes, que afeta os glóbulos vermelhos, podendo provocar a obstrução dos vasos capilares e provocar sintomas dolorosos - moderados ou intensos - nos músculos, ossos, abdómen ou tórax.

Na fase inicial da intervenção, foram recolhidos dados clínicos (processo médico) e anamnésicos (história sonoro-musical) e, após observação e avaliação realizada pelo IMTAP, foi elaborado um plano terapêutico, tendo como objectivos gerais a aquisição e desenvolvimento da linguagem e o aumento do tempo de permanência em atividades.

Inicialmente, o Álvaro era uma criança sorridente e ativa, que aderiu imediatamente a todas as atividades musicais, manifestando um afeto especial pelo teclado. Contrariamente ao observado nas restantes terapias, o Álvaro apresentou desde as sessões iniciais um longo tempo de permanência na exploração instrumental em díade, existindo registos de improvisações conjuntas (no piano) com cerca de trinta minutos de duração. Foi perceptível logo nas primeiras sessões que o Álvaro possuía ouvido absoluto, reproduzindo no piano excertos fornecidos vocalmente pela musicoterapeuta.

A musicoterapeuta verificou desde início que esta criança, ativa com o restante instrumentário, não explorava instrumentos de percussão com a mão, tendo partilhado

com a orientadora as suas suspeitas de que o motivo da não adesão a membranofones estaria relacionada com desconforto nas articulações - inerente à anemia falciforme.

A nível de comunicação, o Álvaro apresentava algumas restrições comunicativas, nomeadamente fixações por línguas estrangeiras, solicitando frequentemente à musicoterapeuta que cantasse músicas da sua preferência (por exemplo: brilha, brilha, estrelinha) ora “*in english*”, ora “*en español*”, pedido a que a musicoterapeuta anuía, intercalando com a introdução de canções em português. Durante esta fase da intervenção o Álvaro começou a utilizar frases completas, ainda que curtas.

A partir do mês de abril, o Álvaro apresentava-se regularmente sem energia, mantendo-se deitado ou no colo durante toda a sessão. Por vezes evidenciava o mau estar e a dor através de gemidos. Esta situação foi-se deteriorando e até ao final deste estágio, o Álvaro foi internado diversas vezes devido a sintomatologia provocada pela drepanocitose. Nas sessões em que esteve presente, mantinha-se deitado e apresentava as mãos fechadas, recusando-se a participar ativamente em qualquer atividade musical, devido a óbvia dor. O único instrumento que tolerava manipular eram uns pequenos pares de *shakers* com formato de ovo. Devido a este agravamento da sua condição patológica foi introduzido um novo objetivo geral: redução e controlo da dor.

Durante as restantes sessões, a intervenção em musicoterapia aconteceu quase sempre com a criança deitada na piscina de bolas ou em colchões e recebia musicoterapia maioritariamente para relaxamento ou conforto físico (frequentemente solicitava colo). As improvisações conjuntas possíveis realizaram-se com os *shakers*/ovos. Apesar da deterioração da condição física da criança, foi possível observar na avaliação final realizada pelo IMTAP aquisições positivas ao nível de linguagem e na manutenção do foco. Durante toda a intervenção a criança nunca

manifestou vontade de não participar nas sessões de musicoterapia, mantendo o sorriso, apesar da sua condição física dolorosa.

Jorge

O Jorge é uma criança nascida em 2019, no Brasil. Tem diagnóstico de perturbação do espectro do autismo e é a única criança que já tinha recebido musicoterapia, ainda no Brasil. Vive com os pais e com o irmão mais velho. O Jorge é uma criança alegre e afetuosa. Apresenta muitos comportamentos restritivos, em especial na alimentação e no vestuário.

É acompanhado no SPIA desde 2022 em pedopsiquiatria, terapia da fala, terapia ocupacional e psicomotricidade.

Na fase inicial da intervenção, foram recolhidos dados clínicos (processo médico) e anamnésicos (história sonoro-musical) e, após observação e avaliação realizada pelo IMTAP, foi elaborado um plano terapêutico, tendo como objectivos gerais o desenvolvimento da linguagem e interação e a redução de comportamentos ritualizados ou restritivos.

A mãe demonstra grande envolvimento nas terapias do filho e no seu desenvolvimento, apresentando um esforço contínuo por aprender formas de apoiar na intervenção precoce. Dos casos avaliados com o instrumento MEL, o Jorge, através dos pais, foi a criança que mais utilizou a música a nível terapêutico no contexto familiar, quer para promover momentos lúdicos ou de interação e a comunicação verbal, quer como facilitador da realização de tarefas quotidianas, como o banho ou a hora de ir dormir.

O Jorge foi uma criança resistente à interação através da música, aderindo com entusiasmo à exploração dos instrumentos, mas preferindo, inicialmente, tocar sozinho.

Os membranofones eram a sua preferência. A introdução da guitarra nas sessões, mais do que o teclado, foi determinante no desenvolvimento da interação. Através de canções, improvisadas ou recreadas, o Jorge foi desenvolvendo a linguagem. No final da intervenção, o Jorge participava em atividades musicais conjuntas e mantinha o contacto ocular, bem como proferia frases simples, como “eu quero tocar tambor.”

Relativamente aos comportamentos restritivos, a introdução da música em alguns desses momentos, aliviou ligeiramente essa tendência, embora ainda mantenha algumas inflexibilidades comportamentais, informação também presente na avaliação final realizada através do IMTAP.

Ema

A Ema é uma menina de 6 anos, nascida em Portugal com um atraso global no desenvolvimento com causa provável o parto prematuro às 33 semanas de gestação. Vive com a mãe e o padrasto, com quem tem uma ótima relação. A mãe é uma progenitora muito empenhada no desenvolvimento da filha a quem incute muitas ferramentas para aquisição de autonomia e para o seu desenvolvimento global.

Esta menina, que normalmente seria acompanhada pela consulta de desenvolvimento da pediatria da ULSCB, integrou o SPIA com objetivos autorreguladores e na promoção do foco e da autonomia e ainda devido a alguns comportamentos disruptivos.

É acompanhada neste Serviço desde novembro de 2023, em pedopsiquiatria, psicomotricidade e terapia ocupacional.

A Ema é uma criança com défices visuais e défices cognitivos. Tem linguagem, embora rudimentar. Foi inicialmente intervencionada apenas com musicoterapia em coterapia com a psicomotricidade, tendo-se revelado posteriormente necessário uma

intervenção exclusiva de musicoterapia para aquisição de maiores competências emocionais e motoras. Iniciou a musicoterapia em maio. Na fase inicial da intervenção, foram recolhidos dados clínicos (processo médico) e anamnésicos (história sonoro-musical) e, após observação e avaliação realizada pelo IMTAP, foi elaborado um plano terapêutico em conjunto com a psicomotricidade, tendo como objectivos gerais o apoio da musicoterapia no desenvolvimento de coordenação motora e locomotora e no desenvolvimento da realização prática. A Ema mostrava-se resistente a todo o género de atividades nas quais não sentia segurança das suas capacidades.

Em conjunto com a psicomotricidade, a musicoterapia revelou-se benéfica na utilização canções para prolongamento de atividades de coordenação motora como desenhar linhas e tracejados. Foi também benéfica com a introdução de instrumentos musicais na construção de jogos ou percursos para melhoria da locomoção. A música foi também introduzida como auxiliar da identificação de emoções ou estados emocionais de situações quotidianas.

A intervenção em musicoterapia iniciou em maio tendo-se desenvolvido ao longo de sete sessões. Do plano terapêutico constam como objetivos gerais a promoção e desenvolvimento da autoestima e autoconfiança e o desenvolvimento de capacidades motoras. Nessas sessões, foram utilizados instrumentos de precisão, como algumas lâminas do glockenspiel ou os mini-pratos para melhoria da motricidade fina. Foi dada liberdade à criança para explorar instrumentos em que se sentia mais confiante e a realizar improvisações em dúo com a musicoterapeuta, de modo a aumentar a autoestima, autoconfiança e a autonomia. Da avaliação final, realizada pelo IMTAP, a Ema revelou aquisições positivas, quer a nível da motricidade global e fina, quer nos domínios das competências cognitivas e sensoriais.

Cecília

A Cecília é uma menina nascida em 2017, em Portugal, e vive com a mãe e o pai. Teve a primeira consulta no SPIA em 2021, altura em que recebeu confirmação do diagnóstico de PEA. Atualmente é acompanhada no SPIA em pedopsiquiatria, terapia da fala, psicomotricidade e terapia ocupacional. É uma criança afável, mas com dificuldades na interação social e rigidez comportamental. Revela pouco contacto ocular. Tem a linguagem em aquisição, construindo frases simples.

A Cecília foi inicialmente intervencionada apenas com musicoterapia em coterapia com a psicomotricidade, tendo-se revelado posteriormente necessário uma intervenção exclusiva de musicoterapia, quer pelo prazer demonstrado pela criança nas atividades com recurso à música, quer para aquisição de outras competências. Iniciou a musicoterapia em março de 2024. Na fase inicial da intervenção, foram recolhidos dados clínicos (processo médico) e anamnésicos (história sonoro-musical) e, após observação e avaliação realizada pelo IMTAP, foi elaborado um plano terapêutico em conjunto com a psicomotricidade, tendo como objetivos gerais a aquisição de competências emocionais e o desenvolvimento da criatividade e expressividade.

A Cecília aderiu muito bem aos estímulos musicais que foram complementando ou auxiliando a intervenção em psicomotricidade. Como a Cecília demonstrava prazer em cantar, a música foi introduzida através de canções do afeto da criança aliadas à interpretação de personagens, recorrendo a disfarces e máscaras disponíveis na psicomotricidade. Foi também utilizada a produção musical para reproduzir estados emocionais em frente ao espelho e a construção e legendagem musical de pequenas histórias inventadas em sessão.

A intervenção em musicoterapia teve início em março de 2024 e desenvolveu-se ao longo de treze sessões. Foram definidos como objetivos terapêuticos gerais a redução de comportamentos inflexíveis e promover a tolerância à mudança, bem como a interação social. A Cecília revelava alguma resistência, quando contrariada, retirando-se da atividade ou adotando comportamentos disruptivos. Tinha as suas canções preferenciais que solicitava e não aderindo a outras. Foram então utilizadas as suas canções de afeto com métodos recreativos, alterando a letra, as dinâmicas e a pulsação, método a que a Cecília aderiu com entusiasmo, manifestado em gargalhadas e “ataques” de riso, provocando novas recreações e correspondendo em situações de troca de turnos. Esta criança revelou preferência pela guitarra, pelo teclado, pelo *kazoo* e pelo *djembé*. Em sessões posteriores, e já sem resistência da criança, foram utilizadas improvisações de modo a estimular a atenção conjunta e a interação. No final da intervenção a criança mantinha contacto ocular e atenção conjunta em praticamente todas as atividades.

Bruno

O Bruno é uma criança de três anos, nascida no Brasil, que foi referenciado por comportamentos estereotipados como *flapping*, andar em bicos dos pés ou rodar objetos. Apresentava relacionamento difícil com pares. Tinha linguagem em aquisição e mantinha o contacto ocular. Apresentava também muita resistência à mudança, manifestada através de longas desregulações emocionais no início ou final das intervenções de toda a equipa multidisciplinar. Tem diagnóstico de PEA desde 2023, ano em que integrou o SPIA, e recebe consultas de pedopsiquiatria, terapia da fala, psicomotricidade e terapia ocupacional. Vive com a mãe, a avó materna e o irmão da mãe, que possui perturbações depressivas e perturbação de adição. A avó materna é uma presença assídua na vida da criança mas apresenta, por vezes, comportamentos de

sobreposição à mãe do Bruno, manifestando-o frequentemente em público e, ocasionalmente, à frente da criança.

Inicialmente, o Bruno foi intervencionado apenas com musicoterapia em coterapia com a psicomotricidade, no entanto, ao observar a resposta benéfica da criança aos elementos musicais, concluiu-se que deveria ser também incluído em intervenção exclusiva em musicoterapia. Iniciou a musicoterapia em março de 2024. Na fase inicial da intervenção, foram recolhidos dados clínicos (processo médico) e anamnésicos (história sonoro-musical) e, após observação e avaliação realizada pelo IMTAP, foi elaborado um plano terapêutico em conjunto com a psicomotricidade, tendo como objectivos gerais redução de estereotípias e regulação emocional. Relativamente ao instrumento MEL a família entregou apenas uma ficha de avaliação, pelo que não foi possível a sua aplicação neste caso.

Assim, a música foi utilizada como instrumento terapêutico de auxílio na redução de estereotípias, dando significado musical às mesmas através de improvisações e construção de sonoridades a partir desses movimentos. A legendagem musical de momentos em que a criança permanecia em atividades de psicomotricidade efetivou-se como um apoio na regulação emocional. A produção musical foi ainda utilizada para reproduzir estados emocionais em frente ao espelho.

A intervenção em musicoterapia teve início em março de 2024 e desenvolveu-se ao longo de catorze sessões. Foram definidos como objetivos terapêuticos gerais a redução de comportamentos inflexíveis e promover a tolerância à mudança, mantendo o objetivo da regulação emocional. O Bruno aderiu rapidamente à musicoterapia, explorando todos os instrumentos, apresentando uma preferência pelo teclado. Permitia a interação através de improvisações conjuntas e reduziu parcialmente a sua rigidez comportamental. A nível da regulação emocional, foi dada liberdade à criança para

tomar decisões e manifestar vontades através da escolha de instrumentos e de improvisações. Foi solicitado à avó, elemento que acompanhava a criança no período final do estágio, que participasse na sessão e improvisasse também. A avó mostrou-se surpreendida pelo desenvolvimento do Bruno a nível da exploração instrumental, quer pela manutenção e foco na atividade e, quer pelo interesse e felicidade com que desempenhava cada atividade. No final, a avó indicou a intensão de tocar mais vezes com a criança e na aquisição de alguns instrumentos. A avaliação final realizada pelo IMTAP, apresentou progressos significativos ao nível das competências cognitivas, emocionais e sociais.

Marco

O Marco é um menino de nove anos, nascido em Portugal. Vive com os pais e com o irmão mais velho. Tem diagnóstico de PEA e é utente do SPIA desde 2019 em pedopsiquiátrica, psicomotricidade terapia da fala e terapia ocupacional em frequência quinzenal.

Esta criança procura afeto e distribui regularmente abraços. Apresenta linguagem e contacto ocular. Gosta muito de desenhar. Apresenta alguma labilidade emocional e ligeiro défice locomotor e tem interesses restritos, quer por objetos, quer por temas/assuntos e manifesta hipersensibilidade a alguns sons ou ruídos.

Iniciou a musicoterapia em coterapia com a psicomotricidade em dezembro de 2023. Do plano terapêutico constam como objetivos gerais o apoio na promoção de regulação emocional e na redução do défice locomotor.

A música foi utilizada como apoio à regulação emocional, através de momentos de relaxamento e na promoção, com recurso a improvisações, de situação de partilha de

sentimentos ou acontecimentos significativos. Relativamente ao défice locomotor, a utilização de instrumentos na criação de percursos auxiliou a manutenção de atividades.

Gabriel

O Gabriel é uma criança de nove anos nascida em Portugal. Vive com os pais e com o irmão mais novo. Tem diagnóstico de PHDA e apresenta comportamentos agressivos e disruptivos, especialmente na escola. É seguido no SPIA desde 2022 em terapia da fala e psicomotricidade, com frequência quinzenal. No primeiro ano de escolaridade e com o nascimento do irmão, a criança foi habitar com a avó materna tendo sido a partir desse momento que começou a desenvolver os comportamentos agressivos.

O Gabriel iniciou a musicoterapia em coterapia com a psicomotricidade em dezembro de 2023. Do plano terapêutico constam como objetivos gerais o apoio na promoção de autoestima e regulação emocional e na redução da impulsividade comportamental.

Esta criança apresentava-se muito calma em sessão nunca tendo evidenciado qualquer comportamento disruptivo. Tinha uma autoestima baixa, enumerando as suas falhas com regularidade.

A utilização da música através de improvisações conjuntas, a que aderiu facilmente, auxiliou as atividades da psicomotricidade permitindo à criança autoexpressar-se musical e verbalmente e promovendo a autoestima. Comportamentos disruptivos, ocorridos no meio escolar e familiar foram sendo reduzidos através da regulação da impulsividade. Musicar sentimentos partilhados pela criança ou improvisações sobre problemas ou situações ocorridas em contexto escolar e familiar foram as atividades a que mais vezes se recorreu em sessão.

Magda

A Magda é uma menina de nove anos, nascida em Portugal. Habita com a família nuclear e tem diagnóstico de PHDA. No SPIA, beneficiou de consultas em pedopsiquiatria, terapia da fala e psicomotricidade em frequência quinzenal. Recebeu alta clínica das terapias em abril de 2024.

Em dezembro, a Magda ainda apresentava baixa autoestima e comportamentos manipuladores em contexto escolar, embora já de forma ligeira. Era uma menina tímida, mas afável e aderiu à musicoterapia com facilidade.

Do plano terapêutico constam como objetivos gerais o apoio na promoção de autoestima e regulação emocional.

Entre outras dinâmicas, a música foi, a pedido da criança, utilizada frequentemente para a atividade “adivinha a emoção”, que consistia em musicar emoções, retiradas de um baralho de cartas de psicomotricidade para serem adivinhadas por outro elemento. Depois de ser musicada pela criança (sem qualquer recurso verbal) e descoberta a emoção, existia um momento para conversar sobre o estado emocional em questão e definir estratégias para lidar com ele.

Outras atividades

Para além das reuniões de serviço e na comunidade mencionadas no capítulo referente à metodologia, durante os meses de permanência no SPIA, a estagiária teve oportunidade de participar em outras atividades relacionadas com aquele serviço.

Em dezembro de 2023 a musicoterapeuta em estágio deslocou-se, com elementos da equipa multidisciplinar do SPIA, à Universidade da Beira Interior, para assistir às apresentações da equipa do SPIA aos alunos de Psicologia. Nestas aulas foram apresentadas as valências de Psicomotricidade e Terapia da Fala em contexto pedopsiquiátrico.

A 24 de maio, realizou uma apresentação para a equipa multidisciplinar. Nesta apresentação foram apresentados os elementos basilares da musicoterapia, a sua origem, os seus fundamentos teóricos, métodos e modelos, instrumentos avaliativos e exemplos da sua aplicabilidade, incluindo em coterapia, à população a infanto-juvenil. No final da apresentação, existiu um momento de demonstração do instrumentário e de exploração do mesmo pela equipa (Apêndice III).

No dia 4 de julho, a estagiária foi representar o SPIA nas Sessões Clínicas da ULS Cova da Beira, fazendo uma preleção sobre a musicoterapia em contexto hospitalar geral e em pedopsiquiatria no concreto. Foi seguidamente apresentando um estudo de caso de uma das crianças com PEA intervencionadas em musicoterapia no decorrer deste estágio curricular (Apêndice IV).

Discussão

A implementação deste estágio curricular, aplicada a crianças com neurodesenvolvimento atípico, nomeadamente com dificuldades ao nível da comunicação e interação social e da regulação emocional e comportamental, manifestou efeitos benéficos em todas as crianças intervencionadas, quer no âmbito exclusivo de musicoterapia, quer no âmbito de coterapia com a psicomotricidade.

A utilização terapêutica da música revelou-se benéfica na redução das principais manifestações patológicas presentes na PEA. As crianças intervencionadas apresentaram aumento do contato ocular e da atenção conjunta, desenvolveram formas de comunicação verbal e não verbal. Revelaram melhorias na intencionalidade e frequência da interação social e da partilha de prazer. Foi possível verificar também redução de comportamentos disruptivos ou restritivos e de baixa autoestima.

A utilização dos elementos que constituem a música potenciou o desenvolvimento da integração sensorial, sendo, por exemplo, observável a importância do ritmo na aquisição quer de competências cognitivas, quer de competências motoras. Também a melodia e a harmonia providenciaram alterações, por exemplo, aos níveis proprioceptivo e vestibular (Berger, 2002).

Através de abordagens musicoterapêuticas humanistas, foi possível aceder aos âmbitos saudáveis de cada criança, valorizando capacidades e ampliando competências (Aigen, 2014; Nordoff & Robbins, 1977), que se traduziram num alastramento e numa abertura de canais para as restantes terapias e aos meios escolar e familiar.

Sendo unânime a necessidade da participação ativa de todos os contextos sociais no processo de desenvolvimento destas crianças (Coimbra de Matos, in Monteiro 2014), foi também verificável a ausência ou insuficiência de meios de apoio com equipas

constituídas por técnicos especializados. Os recursos humanos nas equipas do SNIPi ou ELI apresentam-se escassos, o que se traduz frequentemente na falta de acesso a recursos terapêuticos necessários para o atenuar precoce da sintomatologia, tão importante para a qualidade de vida futura.

Foi também possível apurar que em contexto escolar, seria benéfico maior apoio técnico específico, potenciando a redução de comportamentos disruptivos e a consequente interação social. Para uma inclusão adequada, preparada e informada de crianças com perturbações do neurodesenvolvimento é fundamental que seja providenciado o ambiente e também os meios que estas crianças necessitam para adquirem as competências sociais, comportamentais e emocionais em contexto escolar e entre pares (Gottfried & Thompson, 2018; Halpern et al., 2021).

Também às famílias destas crianças, raiz da intervenção precoce (Gutiérrez Jiménez & Franco, 2018; Gottfried & Thompson, 2018; Ruan et al., 2018; Thompson et al., 2013), não é provido apoio específico, quer na capacitação e fornecimento de ferramentas e estratégias para enfrentar as manifestações patológicas dos filhos, quer na aquisição de competências através do acesso a recursos terapêuticos especializados.

Tal como é exposto na literatura científica, é fundamental a existência de equipas multidisciplinares, com objetivos e metas comuns, constituídas por uma abrangência transversal de todos os contextos em que a criança se desenvolve e cujos benefícios estão comprovados cientificamente (APPIA, 2011; DGS, 2019, 2021; Halpern et al., 2021; Monteiro et al., 2014; Ratié, 2021; Stegemann et al., 2019; Wheeler, 2017).

Face ao exposto, a musicoterapia, como elemento agregador da ludicidade da criança e potenciador de progressos e aquisições em todos os domínios do crescimento e desenvolvimento infanto-juvenil, compatível com a integração em equipas

multidisciplinares em diversos contextos, poderá constituir-se como um elemento extremamente válido nas intervenções aplicadas no neurodesenvolvimento (Applewhite, et al., 2022; Benarous et al., 2021).

Conclusões

Este estágio implementou intervenções em musicoterapia no Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência da Unidade Local de Saúde da Cova da Beira.

Dez crianças, com idades compreendidas entre os três e os nove anos e patologias relacionadas com o neurodesenvolvimento, receberam música em contexto terapêutico nas valências de musicoterapia e/ou musicoterapia em coterapia com psicomotricidade.

Foram utilizados métodos ativos e recetivos, com maior ênfase na improvisação e recreação. Os modelos base da intervenção centraram-se em abordagens humanistas e cognitivo-comportamentais.

Dos resultados obtidos, a musicoterapia apresentou resultados benéficos em todas as crianças participantes e em ambas as valências. As crianças intervencionadas semanalmente apresentaram resultados mais significativos de que as crianças observadas quinzenalmente. Assim como as crianças que foram intervencionadas simultaneamente nas duas valências apresentaram maiores aquisições, quer no domínio musicoterapêutico, quer no domínio da psicomotricidade.

Os resultados obtidos através do IMTAP, comparando os testes pré e pós intervenção, demonstraram a eficácia da musicoterapia com alterações positivas em todos os domínios e na maioria dos subdomínios.

Os resultados obtidos através do MEL, apresentaram resultados positivos na melhoria da frequência, intencionalidade e qualidade da utilização da música no quotidiano familiar. No entanto, evidenciaram também a necessidade de habilitar as

famílias de informação específica e técnicas de gestão da sintomatologia e de fomento às aquisições e ao desenvolvimento geral destas crianças.

A inclusão numa equipa multidisciplinar revelou-se extremamente benéfica quer na obtenção de outras perspectivas terapêuticas, quer na elaboração de estratégias conjuntas. Assim como a aplicação da musicoterapia em coterapia com psicomotricidade funcionou como duplo impulsionador de alterações positivas nas crianças intervencionadas.

Por fim, a realização do estágio em musicoterapia neste Serviço revelou-se uma excelente oportunidade de aprendizagem, tanto na aquisição de conhecimento científico e clínico, quanto no desenvolvimento de aspetos práticos de observação, métodos e técnicas de intervenção.

Reflexão Final

A oportunidade da realização de um estágio curricular foi um aspeto fulcral na complementação da formação enquanto musicoterapeuta. Colocar em prática os fundamentos teóricos adquiridos, quer no primeiro ano do mestrado, quer através da investigação aprofundada da literatura, revelou-se fundamental no crescimento profissional, mas também pessoal.

A realização deste estágio com a população infantil do neurodesenvolvimento, proporcionou um conhecimento ampliado, não apenas dos desafios que estas crianças enfrentam diariamente, como também no árduo quotidiano das famílias, expondo com clareza a falta de meios sociais e clínicos e alguma impreparação de agentes incluídos no processo de desenvolvimento das crianças com neurodesenvolvimento atípico.

Hoje, olho com muito respeito e admiração para os pais e cuidadores destas crianças. Olho também, e já com saudades, para todas as aquisições que tive a sorte e a honra de poder testemunhar.

Através da música, pude deslumbrar-me com as mais pequenas aquisições, com os mais pequenos gestos porque, quando uma criança com PEA estabelece contacto ocular, quando interage e improvisa connosco, quando nos provoca com sentido de humor, quando partilha prazer e as suas emoções e, especialmente, quando nos abraça, sabemos que o faz com a mais pura verdade.

Referências Bibliográficas

- Aigen, K. (2014). Music-Centered dimensions of Nordoff-Robbins music therapy. *Music therapy perspectives* 32 (1). <https://doi.org/10.1093/mtp/miu006>
- Ali, M., ElNakieb, Y., Elnakib, A., Shalaby, A., Mahmoud, A., Ghazal, M., Yousaf, J., Khalifeh, A., Casanova, M., Barnes, G., El-Baz, A. (2022). The role of structure MRI in diagnosing Autism. *Diagnoses* (Basel). 11;12(1).
<https://doi.org/10.3390/diagnostics12010165>
- Alvin, J., Warwick A. (1991). Music therapy for the autistic child. *Oxford University Press*. 1st ed. 1978
- American Music Therapy Association. <https://www.musictherapy.org/about/history/>
- American Psychiatric Association. (2013). DSM - Manual diagnóstico e estatística das perturbações mentais (5^a ed.). Artmed.
- American Speech-Language-Hearing Association. <https://www.asha.org/>
- Applewhite, B., Cankaya, Z., Heiderscheit, A., Himmerich, H. (2022). A Systematic Review of Scientific Studies on the Effects of Music in People with or at Risk for Autism Spectrum Disorder. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 19 (9).
<https://doi.org/10.3390/ijerph19095150>
- Associação Portuguesa de Musicoterapia (2022).
<https://www.apmtmusicoterapia.com/o-que---a-musicoterapia-csgz>
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade (n.d.). Psicomotricidade: Práticas profissionais. APP.
- Associação Portuguesa de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (2011). APPIA - 20 anos (1.^a ed.). <https://appia.com.pt/uploads/appialivro20anos-2015-11-09-17-52-29.pdf>
- Autism Treatment Center of America (n.d., aced. Abril 2024).
<https://autismtreatmentcenter.org/>
- Autism Europe (aced. em abril 2024) <https://www.autismeurope.org/>
- Baxter, H.T., Berghofer, J.A., MacEwan, L., Nelson, J., Peters, K. & Roberts, P. (2007). The individualized music therapy assessment profile, IMTAP. London, England: Jessica Kingsley Publishers.
- Benenzon, R. (1985). *Manual de Musicoterapia*. (Nastari, C.). Enelivros.
- Benenzon, R. (2007). The Benenzon Model. *Nordic Journal of Music Therapy* 16 (2).
<https://doi.org/10.1080/08098130709478185>

- Bergmann, T. (2015). Music Therapy for People with autism spectrum disorder. *The Oxford Handbook of Music Therapy*.
<http://dx.doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199639755.013.35>
- Braconnier, M., Siper, P. (2021). Neuropsychological assessment in autism spectrum disorder. *Springer* 23 (10): 63. <https://doi.org/10.1007%2Fs11920-021-01277-1>
- Brandalise, A. (2004). Abordagem Nordoff-Robbins (musicoterapia criativa): em que contexto surgiu, o que trouxe e para onde apontou. *Revista brasileira de musicoterapia* 7.
<https://musicoterapia.revistademusicoterapia.mus.br/index.php/rbmt/article/view/176>
- Bruscia K E. (1987): Improvisational Models of Music Therapy. *Charles C. Thomas, Springfield confirmar editor*
- Bruscia K. E. (2014). Defining Music Therapy (3a ed.). *Barcelona Publishers*.
- Bunt L., Stige B. (2014). Music therapy: An art beyond words. *Routledge (2nd ed.)*.
- Carpente, J. (2014). Individual music-centered assessment profile for neurodevelopmental disorders (IMCAP-ND): new developments in music-centered evaluation. *Music Therapy Perspectives*, 32 (1).
<https://doi.org/10.1093/mtp/miu005>
- Carpente J. (2016) Investigating the effectiveness of a developmental, individual difference, relationship-based (DIR) improvisational music therapy program on social communication for children with autism spectrum disorder. *Music Therapy Perspectives*, 35 (2). <https://doi.org/10.1093/mtp/miw013>
- ULS Cova da Beira, Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira – E.P.E. SNS, Serviço Nacional de Saúde (n.d.) <https://www.chcbeira.min-saude.pt/apresentacao/>
- Cohen N. (2018). Advanced methods of music therapy practice. *Jessica Kingsley Publishers*
- Damásio A., Maurer R. G. (1978). A neurological model for childhood autism. *Archives of neurology*, 35 (12) 777-786.
<https://doi.org/10.1001/ARCHNEUR.1978.00500360001001>
- Decreto-Lei n.º 102/2023 da Presidência do Conselho de Ministros. *Diário da República* n.º 215/2023, Série I de 2023-11-07 (4 – 20).
<https://data.dre.pt/eli/dec-lei/102/2023/11/07/p/dre/pt/html>
- Despacho nº 2753/2020 do Ministério da Saúde: Criação de um projeto-piloto de saúde

- mental por administração regional de saúde, incluindo cada projeto-piloto uma equipa comunitária de saúde mental para a população adulta (ECSM-PA) e uma equipa comunitária de saúde mental para a infância e adolescência (ECSM-IA) (2020). *Diário da República*, n.º 42, Série II de 2020-02-28.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/2753-2020-129678862>
- Direção Geral da Saúde (2018). Rede de referenciação hospitalar: Psiquiatria da Infância e Adolescência. <file:///C:/Users/Eurosys/Downloads/RRH-Psiquiatria-da-Inf%C3%A2ncia-e-da-Adolesc%C3%A2ncia-Para-CP.pdf>
- Direção Geral da Saúde (2019). Abordagem diagnóstica e Intervenção na Perturbação do Espectro do Autismo em Idade Pediátrica e no Adulto. *Norma da Direção Geral da Saúde (DGS) nº002/2019*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/Abordagem-Diagnostica-e-Intervencao-na-Perturbacao-do-Espectro-do-Autismo-em-Idade-Pediatrica-e-no-Adulto_2019.pdf
- Donini V., Fillias A., Miller A. (2023). Musicothérapie et pluridisciplinarité, de l'indication à la place. *La Revue Française de Musicothérapie*, 40 (2).
<https://www.afm-musicotherapie.org/revue-francaise-de-musicotherapie>
- Elia J. (rev. 2023). Visão geral dos transtornos psiquiátricos em crianças e adolescentes. *MSD – Merck Manuals*. <https://www.msdmanuals.com/pt-pt/profissional/pediatria/transtornos-psiqui%C3%A1tricos-em-crian%C3%A7as-e-adolescentes/vis%C3%A3o-geral-dos-transtornos-psiqui%C3%A1tricos-em-crian%C3%A7as-e-adolescentes?query=s%C3%A0de%20mental%20inf%C3%A2ncia%20e%20adolesc%C3%A2ncia>
- Eschen Th. (2002). Analytical music therapy. *Jessica Kingsley Publishers*
- Gaffney G., Tsai L., Kuperman S., Minchin S. (1989) Cerebellar structure in autism. *JAMA Pediatrics Journal*, 141 (2).
<https://doi.org/10.1001/archpedi.1987.04460120096044>
- Geipel, J., Koenig, J., Hillecke, T. K., Resch, F. (2021). Short-term music therapy treatment for adolescents with depression – A pilot study. *The arts in Psychotherapy*, 77. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2021.101874>
- Gottfried, T., Thompson, G., Elephant, C., Gold, C. (2018). Reliability of the music in everyday Life (MEL) scale: A parent-report assessment for children on the

- autism spectrum. *Journal of music therapy* 5 (2).
<https://doi.org/10.1093/jmt/thy002>
- Haeyen, S. (2022). Effects of arts and psychomotor therapies in personality disorders. Developing a treatment guideline based on a systematic review using GRADE. *Frontiers*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.878866>
- Halpern C. M., Silva P. C., Costa D., Nascimento M. J., Reis J. M., Martins M. T., Afonso S. (2021) A Perturbação do Espectro do Autismo na Primeira Infância: O Modelo do Centro de Estudos do Bebê e da Criança de Avaliação Diagnóstica e Intervenção Terapêutica. *Acta Médica Portuguesa*, 34 (10)
<https://doi.org/10.20344/amp.13397>
- Holmes, K., Cheung, M. (2014). Song therapy for adolescents: a research-based practice guide for therapists. *Journal of Brief Therapy*, 9 (1- 2).
https://www.researchgate.net/publication/282134029_Song_therapy_for_adolescents_A_research-based_practice_guide_for_therapists
- Hossienkhanzadeh A., Imankhah F. (2017). The effect of music therapy along with play therapy on social behaviors and stereotyped behaviors of children with autism. *Pract. Clin. Psychol.*, 5 (4). <https://doi.org/10.29252/NIRP.JPCP.5.4.251>
- ICDL – Home from DIRFloortime® (n.d., aced. Abril 2024). <https://www.icdl.com/dir>
- Janzen, T., Thaut, M. (2018) Rethinking the role of music in the neurodevelopment of autism spectrum disorder. *Music & Science*, 1.
<https://doi.org/10.1177/2059204318769639>
- Jacobsen, S. L., Inge, N., Bonde, L. O. (2019). A comprehensive guide to music therapy. *Jessica Kingsley Publishers* (2nd ed.)
- Jeste, S., Friedman, S., Urion, D. (2009). Child Neurology: Autism as a model. Considerations for advanced training in behavioral child neurology. *Neurology Journals*, 73 (9). <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e3181b59a45>
- Jeste, S. (2012). The neurology of autism spectrum disorders. *LWW Journals*, 24 (2).
<https://doi.org/10.1097%2FWCO.0b013e3283446450>
- João dos Santos (1990). Eu agora quero-me ir embora. *Assírio & Alvim*.
- Johnson E., LaGasse B. (2021). Musical creativity in autism: Exploring growth through collaborative peer interaction. *International Journal of Disability, Development and Education*, 69(1).
<https://doi.org/10.1080/1034912X.2021.1940883>

- Jones, C., Simonoff, E., Baird, G., Pickles, A., Marsden, A., Tregay, J., Happé, F., Charman, T. (2018). The association between theory of mind, executive function, and the symptoms of autism spectrum disorder. *INSAR*, 11 (1).
<https://doi.org/10.1002/aur.1873>
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217–250. <https://psycnet.apa.org/record/1943-03624-001>
- Kim J, Wigram T, Gold C (2009). Emotional, motivational and interpersonal responsiveness of children with autism in improvisational music therapy. *Sage Journals* 13 (4). <https://doi.org/10.1177/1362361309105660>
- Ke X, Song W, Yang M, Li J, Liu W. Effectiveness of music therapy in children with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Front Psychiatry*.13. <https://doi.org/10.3389%2Ffpsyt.2022.905113>
- LaGasse, A. B., & Hardy, M. W. (2013). Considering Rhythm for Sensorimotor Regulation in Children with Autism Spectrum Disorders. *Music Therapy Perspectives*, 31(1). <https://doi.org/10.1093/mtp/31.1.67>
- LaGasse A. B., Manning R., Crasta J., Gavin W., Davies P. (2019). Assessing the Impact of Music Therapy on Sensory Gating and Attention in Children With Autism: A Pilot and Feasibility Study, *Journal of Music Therapy*, 56, (3).
<https://doi.org/10.1093/jmt/thz008>
- Lai G, Pantazatos SP, Schneider H, Hirsch J. (2012). Neural systems for speech and song in autism. *Brain*, 135 (3) <https://doi.org/10.1093/brain/awr335>
- Lei nº 35/2023 da Assembleia da República: Lei da Saúde Mental (2023). *Diário da República n.º 141, Série I de 2023-07-21*.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/35-2023-215980339>
- MacDonald-Prégent, A., Saiyed F., Hyde K., Sharda M., Nadig, A. (2023) Response to Music-Mediated Intervention in Autistic Children with Limited Spoken Language Ability. *J Autism Dev Disord* 54. <https://doi.org/10.1007/s10803-022-05872-w>
- McFerran, K. S., Garrido, S., O’Grady, S., Grocke D., Sawyer, S. M. (2014). Examining the relationship between self-reported mood management and music preferences of Australian teenagers. *Nordic Journal of Music Therapy* 24 (3).
<https://doi.org/10.1080/08098131.2014.908942>
- Molnar-Szakacs I, Heaton P. Music (2012). A unique window into the world of autism.

- Annals of the N. Y. Academy of Science* 1252 (1). <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2012.06465.x>
- Monteiro P. (2014). Psicologia e psiquiatria da infância e adolescência. *Lidel – Edições técnicas*.
- Mössler K, Gold C, Aßmus J, Schumacher K, Calvet C, Reimer S, Iversen G, Schmid W. (2019). The Therapeutic Relationship as Predictor of Change in Music Therapy with Young Children with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord* 49 (7). <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3306-y>
- Nordoff-Robbins Music Therapy Foundation (n.d). The Nordoff-Robbins approach. <https://www.nordoffrobbinsfoundation.org/the-nordoffrobbins-approach>
- Nordoff P, Robbins C. (1977). Creative Music Therapy: Individualized treatment for the handicapped child. *New York. The John Day CO*.
- Reschke-Hernandez A. (2011). *History of Music Therapy Treatment Interventions for Children with Autism. Journal of Music Therapy*, 48(2), 169–207. <https://doi.org/10.1093/jmt/48.2.169>
- Raposo, M. (2022). A musicoterapia nas perturbações do neurodesenvolvimento: Contributo para a avaliação e intervenção. (Tese para obtenção do grau de doutor em ciências da cognição e da linguagem). *Universidade Católica Portuguesa*.
- Raposo M., Abreu A., Dionísio L., Leite T., Castro-Caldas A. (2023). Music therapy assessment with the IMCAP-ND: A Pilot Study <https://doi.org/10.15845/voices.v23i1.3423>
- Ratié H. (2021). La place de la psychomotricité dans le renforcement de l’enveloppe psycho-corporelle chez des enfants porteurs de troubles du spectre autistique. *Médecine humaine et pathologie*. ffdumas-03297089 <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03297089/document>
- Rinaldi S., Roussillon N. (2022). Psychomotricité et Musicothérapie réceptive: pratiques croisées dans la prise en charge de l’anxiété de l’adulte déficient visual. *Revue Francophone d'Orthoptie. Elsevier*, 16 (2). <https://doi.org/10.1016/j.rfo.2023.01.004>
- Rodwin A., Shimizu R., Travis Jr. R., James K., et al. (2022). A systematic review of music-based interventions to improve treatment engagement and mental health outcomes for adolescents and young adults. *Child and Adolescent Social Work Journal*. <https://doi.org/10.1007/s10560-022-00893-x>

<https://doi.org/10.15845/voices.v23i1.3423>

Ruan Z.L., Liu L., Strodl E., Fan L. J., Yin X. N., Wen G. M., Sun D. L., Xian D. X.

(2018) Antenatal training with music and maternal talk concurrently may reduce Autistic-like behaviors at around 3 years of age. *Frontiers Psychiatry*, 8.

<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2017.00305>

Ruud E. (1990). Caminhos da Musicoterapia. *Summus editorial*

Salokivi M., Salanterä S., Ala-Ruona E. (2021). Scoping review and concept analysis of early adolescent emotional skills: Towards development of a music therapy assessment tool. *Nordic Journal of Music Therapy*.

<https://doi.org/10.1080/08098131.2021.1903977>

Sharda M., Tuerk C., Chowdhury R., Jamey K., Foster N., Custo-Blanch M., Tan M., Nadig A., Hyde K. (2018). Music improves social communication and auditory-motor connectivity in children with autism. *Translational Psychiatry*, 8 (1).

<https://doi.org/10.1038/s41398-018-0287-3>

Silva A., Mariath L., Gattino G., Riesgo R., Araújo G., Schuller-Fancini L, (2013).

Tradução para o português brasileiro e validação da escala Individualized Music Therapy Assessment Profile (IMTAP) para uso no Brasil. *Revista Brasileira de Musicoterapia*, 14 (67-80).

SNS/DGS (2021). Saúde mental na infância e adolescência. *Programa nacional para a saúde mental* (4). https://saude.mental.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/06/NL-04_SAU%CC%81DE-MENTAL.pdf

Stegemann T, Geretsegger M, Phan Quoc E, Riedl H, Smetana M. (2019). Music therapy and other music-based interventions in pediatric health care: An overview *Medicines (Basel)*, 14 (1) <https://doi.org/10.3390/medicines6010025>

Stige, B. (2000). The Voice and Warmth of a Cello: Introduction to Juliette Alvin's article. *Nordic Journal of Music Therapy*, 9(1).

<https://doi.org/10.1080/08098130009477985>

TEACCH Autism Program (n.d. aceso abril 2024) <https://teacch.com/>

Tergeist M., Ziegler M., Heinrich M., Sappok M, Bergmann T (2022). MUSAD-Short – A music-based screening tool to assess autism spectrum disorder in people with intellectual disability. *Elsevier*, 95. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2022.101971>

Thompson G. A., McFerran, K., 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 and Development*, 40(6). <https://doi.org/10.1111/cch.12121>
- Vaidya, A., Pujara, M., Petrides, M., Murray, E., Fellows, L. (2019). Lesion Studies in Contemporary Neuroscience. *Elsevier*, 23 (8).
<https://doi.org/10.1016/j.tics.2019.05.009>
- Wheeler, B. L. (2012). Five international models of music therapy practice. *Voices* 12 (1).
<https://voices.no/index.php/voices/article/view/2045/1789>
- Wheeler, B. L. (2017) Music therapy handbook. *The Guilford Press, NY/London*.
- Williams TI, Loucas T, Sin J, Jeremic M, Meyer S, Boseley S, Fincham-Majumdar S, Aslett G, Renshaw R, Liu F. (2024). Using music to assist language learning in autistic children with minimal verbal language: The MAP feasibility RCT. *Sage Journals*. <https://doi.org/10.1177/13623613241233804>
- World Federation of Music Therapy (n.d.) <https://www.wfmt.info/about>
- World Health Organization (n.d.). Addressing child and adolescent mental health.
<https://www.who.int/europe/activities/addressing-child-and-adolescent-mental-health>
- World Health Organization (2014). Comprehensive and coordinated efforts for the management of autism spectrum disorders. Sixty-seventh world health assembly. *Provisional agenda item 13.4, A67- 17*.
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_17-en.pdf
- World Health Organization (2021). Mental health of adolescents.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- World Health Organization (2023). *Autism*.
https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrumdisorders?qad_source=1&gclid=EAIaIQobChMI68rthMWchQMVqaaDBx1kARDEAAYASAAEqKvcvD_BwE

Lista de Anexos e Apêndices

Anexos

Anexo 1. IMTAP – Individualized Music Therapy Assessment Profile

Anexo 2. Me – Music in Everyday Lifel

Anexo 3. História Sonoro-Musical

Anexo 4. Plano Terapêutico Tipo

Apêndices

Apêndice 1. Declaração de Autorização de Recolha de Imagens

Apêndice 2. Registo de Sessão Individual em Musicoterapia

Apêndice 3. Formação - Equipa do SPIA

Apêndice 4. Cartaz das Sessões Clínicas

ANEXO 1

IMTAP – Individualized Music Therapy Assessment Profile

Anexo 1

IMTAP — INDIVIDUALIZED MUSIC THERAPY ASSESSMENT PROFILE

IMTAP - Gross Motor

Client Name: _____

Assessment Date(s): _____

Rating Scale:

N = Never = 0%

R = Rarely = Under 50%

I = Inconsistent = 50–79%

C = Consistent = 80–100%

A. Fundamentals							
i. Moves spontaneously	N0	R1	I2	C3			
ii. Displays appropriate muscle tone during movement	N0	R1	I2	C3			
iii. Reaches to touch/play instrument	N0	R1	I2	C3			
iv. Displays heel-toe gait	N0	R1	I2	C3			
v. Displays even walking gait		N0	R2	I3	C4		
vi. Established left/right dominance		N0	R2	I3	C4		
vii. Crosses body midline		N0	R2	I3	C4		
viii. Coordinates playing of two different instruments		N0	R2	I3	C4		
Column Totals:							
				Add Column Totals to calculate Raw Score:			
<i>Activities/Notes</i>							

B. Perceptual/Visual/Psycho Motor								n/a ☐	
i. Demonstrates motor agitation (tremor) – note reversed grading scale	C0	I1	R2	N3					
ii. Unconscious body movements in tempo <i>DC</i>	N0	R1	I2	C3					
iii. Conscious body movement in tempo <i>DC</i>	N0	R1	I2	C3					
iv. Moves in organized manner	N0	R1	I2	C3					
v. Movements are related to musical stimuli	N0	R1	I2	C3					
vi. Plays in tempo of therapist 1–4 measures <i>DC</i>		N0	R2	I3	C4				
vii. Imitates gross motor movements of therapist		N0	R2	I3	C4				
viii. Demonstrates ability to stop/go on cue		N0	R2	I3	C4				
ix. Adapts playing in response to non-musical cues		N0	R2	I3	C4				
x. Adapts playing to match dynamic changes		N0	R2	I3	C4				
xi. Adapts playing to match tempo changes <i>DC</i>		N0	R2	I3	C4				
xii. Demonstrates ability to sequence 2 movements		N0	R2	I3	C4				
xiii. Demonstrates ability to sequence 3 or more movements			N0	R3	I4	C5			
xiv. Adapts playing to match meter changes <i>DC</i>				N0	R4	I5	C6		
xv. Demonstrates ability to develop movement sequences				N0	R4	I5	C6		
Column Totals:									
				Add Column Totals to calculate Raw Score:					
<i>Activities/Notes</i>									

Summary

Sub-Domain	n/a	Raw Score	Possible	Final Score
A. Fundamentals			÷ 28 =	%
B. Perceptual/Visual/Psycho Motor			÷ 60 =	%
Domain Total (Gross Motor)			÷ =	%

CD = Cross Domain Skills

IMTAP - Oral Motor

Client Name: _____ **Assessment Date(s):** _____
Rating Scale:
 N = Never = 0% R = Rarely = Under 50% I = Inconsistent = 50–79% C = Consistent = 80–100%

A. Fundamentals

i. Demonstrates full range of motion when opening	N0	R1	I2	C3			
ii. Demonstrates full range of motion when smiling	N0	R1	I2	C3			
iii. Demonstrates full range of motion when puckering	N0	R1	I2	C3			
iv. Attains full mouth closure	N0	R1	I2	C3			
<i>Column Totals:</i>							
<i>Add Column Totals to calculate Raw Score:</i>							
<i>Activities/Notes</i>							

B. Air Production

i. Tolerates putting mouthpiece to lips <i>DC</i>	N0	R1	I2	C3				<i>n/a</i> ☐
ii. Produces tone	N0	R1	I2	C3				
iii. Able to produce tone on cue		N0	R2	I3	C4			
iv. Produces tone of one second or less		N0	R2	I3	C4			
v. Produces tone of greater than one second		N0	R2	I3	C4			
vi. Produces simple rhythmic pattern		N0	R2	I3	C4			
vii. Integrates tone production and gross motor movement		N0	R2	I3	C4			
viii. Integrates tone production and fine motor movement		N0	R2	I3	C4			
<i>Column Totals:</i>								
<i>Add Column Totals to calculate Raw Score:</i>								
<i>Activities/Notes</i>								

Summary

<i>Sub-Domain</i>	<i>n/a</i>	<i>Raw Score</i>	<i>Possible</i>	<i>Final Score</i>
A. Fundamentals			÷ 12 =	%
B. Air Production			÷ 30 =	%
Domain Total (Oral Motor)			÷ =	%

CD = Cross Domain Skills

IMTAP - Fine Motor

Client Name: _____ Assessment Date(s): _____

Rating Scale: N = Never = 0% R = Rarely = Under 50% I = Inconsistent = 50-79% C = Consistent = 80-100%

A. Fundamentals							
i. Displays use of both hands	N0	R1	I2	C3			
ii. Uses palmar grasp	N0	R1	I2	C3			
iii. Uses pincer grasp	N0	R1	I2	C3			
iv. Holds object/instrument independently with one hand	N0	R1	I2	C3			
v. Holds object/instrument independently with two hands	N0	R1	I2	C3			
vi. Established left/right hand dominance		N0	R2	I3	C4		
vii. Forms shapes with fingers and/or isolates fingers during finger play activities		N0	R2	I3	C4		
viii. Plays instrument with alternating hands		N0	R2	I3	C4		
ix. Sustains palmar grasp with dominant hand		N0	R2	I3	C4		
x. Sustains palmar grasp with non-dominant hand		N0	R2	I3	C4		
xi. Organizes alternating hands in playing		N0	R2	I3	C4		
Column Totals:							
Add Column Totals to calculate Raw Score:							
Activities/Notes							

B. Strumming							
i. Whole hand	N0	R1	I2	C3			n/a ☐
ii. Single finger	N0	R1	I2	C3			
iii. Whole hand with pulse			N0	R3	I4	C5	
iv. Single finger with pulse			N0	R3	I4	C5	
v. Strums with pick			N0	R3	I4	C5	
vi. Strums with pick and pulse			N0	R4	I5	C6	
Column Totals:							
Add Column Totals to calculate Raw Score:							
Activities/Notes							

C. Autoharp / Q Chord							
i. Explores chord buttons	N0	R1	I2	C3			n/a ☐
ii. Depresses single button on cue	N0	R1	I2	C3			
iii. Coordinates press and strum		N0	R2	I3	C4		
iv. Plays simple accompaniment using chord chart <i>pc</i>			N0	R3	I4	C5	
Column Totals:							
Add Column Totals to calculate Raw Score:							
Activities/Notes							

D. Guitar/Dulcimer							
i. Forms chords with prompting				N0	R4	I5	C6
ii. Approximates simple chord positions				N0	R4	I5	C6
iii. Forms chords in simple musical pattern				N0	R4	I5	C6
iv. Forms chords in advanced musical pattern				N0	R4	I5	C6
v. Plays using chord chart				N0	R4	I5	C6
vi. Plays individual strings				N0	R4	I5	C6
vii. Plays individual strings with pulse				N0	R4	I5	C6
Column Totals:							
Add Column Totals to calculate Raw Score:							
Activities/Notes							

E. Piano							
i. Coordinates both hands	N0	R1	I2	C3			n/a ☐
ii. Uses fingers of dominant hand without splaying	N0	R1	I2	C3			
iii. Uses fingers of non-dominant hand without splaying	N0	R1	I2	C3			
iv. Uses single finger of dominant hand		N0	R2	I3	C4		
v. Uses single finger of non-dominant hand		N0	R2	I3	C4		
vi. Sequences multiple fingers on dominant hand				N0	R4	I5	C6
vii. Sequences multiple fingers on non-dominant hand				N0	R4	I5	C6
viii. Forms triads with dominant hand				N0	R4	I5	C6
ix. Forms triads with non-dominant hand				N0	R4	I5	C6
Column Totals:							
Add Column Totals to calculate Raw Score:							
Activities/Notes							

F. Pitched Percussive/Mallet							
i. Plays small instrument with mallet when presented	N0	R1	I2	C3			n/a ☐
ii. Plays isolated note with mallet from multiple choices		N0	R2	I3	C4		
iii. Plays mallet with strike and retract motion		N0	R2	I3	C4		
iv. Sequences simple pattern of notes			N0	R3	I4	C5	
Column Totals:							
Add Column Totals to calculate Raw Score:							
Activities/Notes							

Summary				
Sub-Domain	n/a	Raw Score	Possible	Final Score
A. Fundamentals			÷ 39 =	%
B. Strumming			÷ 27 =	%
C. Autoharp/Q Chord			÷ 15 =	%
D. Guitar/Dulcimer			÷ 42 =	%
E. Piano			÷ 41 =	%
F. Pitched Percussive/Mallet			÷ 19 =	%
Domain Total (Fine Motor)			÷ =	%

CD = Cross Domain Skills

IMTAP – Cognitive

Client Name: _____ Assessment Date(s): _____

Rating Scale:
 N = Never = 0% R = Rarely = Under 50% I = Inconsistent = 50-79% C = Consistent = 80-100%

A. Fundamentals

i. Sustains activity length attention span _{pc}	N0	R1	I2	C3			
ii. Looks for hidden or dropped object	N0	R1	I2	C3			
iii. Demonstrates understanding of rules and structures _{pc}		N0	R2	I3	C4		
Column Totals:							
Add Column Totals to calculate Raw Score: _____							
Activities/Notes							

B. Decision Making

i. Answers closed (yes/no) questions _{pc}	N0	R1	I2	C3			n/a ☐
ii. Makes choice between two presented concrete options	N0	R1	I2	C3			
iii. Makes choice between three presented concrete options		N0	R2	I3	C4		
iv. Answers abstract binary questions			N0	R2	I3	C4	
v. Makes choice without prompting			N0	R2	I3	C4	
Column Totals:							
Add Column Totals to calculate Raw Score: _____							
Activities/Notes							

C. Direction Following

i. Follows one-step verbal direction _{pc}	N0	R1	I2	C3			n/a ☐
ii. Follows two-step verbal direction _{pc}		N0	R2	I3	C4		
iii. Follows simple musical cues _{pc}			N0	R2	I3	C4	
Column Totals:							
Add Column Totals to calculate Raw Score: _____							
Activities/Notes							

D. Short-term Recall/Sequencing

i. Recalls new information within activity	N0	R1	I2	C3			n/a ☐
ii. Sequences two objects within activity	N0	R1	I2	C3			
iii. Sequences three objects within activity			N0	R3	I4	C5	
Column Totals:							
Add Column Totals to calculate Raw Score: _____							
Activities/Notes							

E. Long-term Recall

Assessed only if client is seen for more than one session

i. Recalls therapist's name		N0	R2	I3	C4			n/a ☐
ii. Recalls names of instruments		N0	R2	I3	C4			
iii. Recalls function of instruments		N0	R2	I3	C4			
iv. Demonstrates awareness of MT routine		N0	R2	I3	C4			
v. Requests previously presented activities/songs		N0	R2	I3	C4			
vi. Sings correct lyrics without visual/aural cues			N0	R3	I4	C5		
vii. Plays simple accompaniment without visual/aural cues			N0	R3	I4	C5		
viii. Plays intermediate accompaniment without visual/aural cues			N0	R4	I5	C6		
ix. Plays advanced accompaniment without visual/aural cues			N0	R4	I5	C6		
Column Totals:								
Add Column Totals to calculate Raw Score: _____								
Activities/Notes								

F. Academics

i. Matches three colors		N0	R2	I3	C4			n/a ☐
ii. Matches three symbols		N0	R2	I3	C4			
iii. Identifies three colors			N0	R3	I4	C5		
iv. Cued by written symbol to complete or begin task			N0	R3	I4	C5		
v. Reads simple chord chart			N0	R3	I4	C5		
vi. Demonstrates understanding of number concepts 1-6			N0	R3	I4	C5		
vii. Identifies letters A-G			N0	R3	I4	C5		
viii. Plays simple accompaniment using chord chart _{pc}			N0	R3	I4	C5		
ix. Plays simple melody using written letter cues			N0	R3	I4	C5		
x. Reads lyrics			N0	R4	I5	C6		
xi. Demonstrates ability to write lyrics			N0	R4	I5	C6		
xii. Reads treble clef notation _{pc}			N0	R4	I5	C6		
xiii. Reads bass clef notation _{pc}			N0	R4	I5	C6		
xiv. Reads bass and treble clef together			N0	R4	I5	C6		
xv. Transcribes musical ideas using symbols or notation _{pc}			N0	R4	I5	C6		
Column Totals:								
Add Column Totals to calculate Raw Score: _____								
Activities/Notes								

Summary

Sub-Domain	n/a	Raw Score	Possible	Final Score
A. Fundamentals			÷ 10 =	%
B. Decision Making			÷ 18 =	%
C. Direction Following			÷ 11 =	%
D. Short-term Recall/Sequencing			÷ 11 =	%
E. Long-term Recall			÷ 42 =	%
F. Academics			÷ 79 =	%
Domain Total (Cognitive)			÷ =	%

CD = Cross Domain Skills

IMTAP - Expressive Communication

Client Name: _____ Assessment Date(s): _____

Rating Scale:
N = Never = 0% R = Rarely = Under 50% I = Inconsistent = 50–79% C = Consistent = 80–100%

A. Fundamentals

i. Attempts to communicate	N0	R1	I2	C3			
ii. Communicates without frustration	N0	R1	I2	C3			
iii. Communicates needs and desires	N0	R1	I2	C3			
iv. Communicates ideas and concepts		N0	R2	I3	C4		
v. Communicates emotional content or idea development				N0	R4	I5	C6
Column Totals:							

Add Column Totals to calculate Raw Score: _____

Activities/Notes: _____

B. Non-vocal Communication n/a ☐

N/A if client's chosen mode of communication is vocal/verbal

i. Leads or moves therapist as means of communication	N0	R1	I2	C3			
ii. Gestures	N0	R1	I2	C3			
iii. Combines gesture and leading/moving of therapist	N0	R1	I2	C3			
iv. Combines gesture with vocalization	N0	R1	I2	C3			
Column Totals:							

Add Column Totals to calculate Raw Score: _____

Activities/Notes: _____

C. Vocalizations n/a ☐

N/A if client's chosen mode of communication is non-vocal

i. Vocalizations are of clear tonal quality	N0	R1	I2	C3			
ii. Vocalizations are of appropriate volume	N0	R1	I2	C3			
iii. Vocalizations are in moderate pitch range	N0	R1	I2	C3			
iv. Vocalizations are of phrase length		N0	R2	I3	C4		
v. Vocalizations are of sentence length		N0	R2	I3	C4		
Column Totals:							

Add Column Totals to calculate Raw Score: _____

Activities/Notes: _____

D. Spontaneous Vocalizations n/a ☐

i. Vocalizes with therapist	N0	R1	I2	C3			
ii. Vocalizations are of non-imitative type	N0	R1	I2	C3			
iii. Vocalizations are purposefully imitative	N0	R1	I2	C3			
Column Totals:							

Add Column Totals to calculate Raw Score: _____

Activities/Notes: _____

E. Verbalizations n/a ☐

N/A if client's chosen mode of communication is non-vocal

i. Verbalizations are intelligible	N0	R1	I2	C3			
ii. Verbalizes single words	N0	R1	I2	C3			
iii. Verbalizations are of phrase length		N0	R2	I3	C4		
iv. Verbalizations are of sentence length		N0	R2	I3	C4		
Column Totals:							

Add Column Totals to calculate Raw Score: _____

Activities/Notes: _____

F. Relational Communication n/a ☐

i. Answers closed (yes/no) questions <i>pc</i>	N0	R1	I2	C3			
ii. Answers binary questions		N0	R2	I3	C4		
iii. Participates in simple reciprocal conversation		N0	R2	I3	C4		
iv. Initiates conversation appropriate to situation		N0	R2	I3	C4		
v. Asks questions appropriately		N0	R2	I3	C4		
vi. Answers open questions		N0	R2	I3	C4		
Column Totals:							

Add Column Totals to calculate Raw Score: _____

Activities/Notes: _____

G. Vocal Idiosyncrasies n/a ☐

Note reversal of grading scale through this section

i. Vocalizations contain inflectional babble/jargon	C0	I1	R2	N3			
ii. Vocalizations are echolalic	C0	I1	R2	N3			
iii. Vocalizations are unconscious	C0	I1	R2	N3			
iv. Vocalizations are delayed	C0	I1	R2	N3			
v. Vocalizations are clipped or of irregular meter	C0	I1	R2	N3			
vi. Vocalizations are scripted		C0	I2	R3	N4		
Column Totals:							

Add Column Totals to calculate Raw Score: _____

Activities/Notes: _____

Summary

Sub-Domain	n/a	Raw Score	Possible	Final Score
A. Fundamentals			÷ 19 =	%
B. Non-vocal Communication			÷ 12 =	%
C. Vocalizations			÷ 17 =	%
D. Spontaneous Vocalizations			÷ 9 =	%
E. Verbalizations			÷ 14 =	%
F. Relational Communication			÷ 23 =	%
G. Vocal Idiosyncrasies			÷ 19 =	%
Domain Total (Expressive Communication)			÷ =	%

CD = Cross Domain Skills

IMTAP - Receptive Communication/Auditory Perception

Client Name: _____

Assessment Date(s): _____

Rating Scale:

N = Never = 0%

R = Rarely = Under 50%

I = Inconsistent = 50-79%

C = Consistent = 80-100%

A. Fundamentals

i. Demonstrates awareness of sound vs. silence <i>DC</i>	N0	R1	I2	C3			
ii. Turns head to sound source	N0	R1	I2	C3			
iii. Localizes eye gaze to sound source	N0	R1	I2	C3			
iv. Discriminates between two differing sounds	N0	R1	I2	C3			
v. Imitates simple musical motifs		N0	R2	I3	C4		
Column Totals:							
Add Column Totals to calculate Raw Score: _____							
Activities/Notes							

B. Direction Following

i. Follows one-step verbal direction <i>DC</i>	N0	R1	I2	C3			n/a ☐
ii. Follows two-step verbal direction <i>DC</i>		N0	R2	I3	C4		
iii. Follows simple musical cues <i>DC</i>		N0	R2	I3	C4		
Column Totals:							
Add Column Totals to calculate Raw Score: _____							
Activities/Notes							

C. Musical Changes

i. Demonstrates awareness of gross tempo changes <i>DC</i>	N0	R1	I2	C3			n/a ☐
ii. Demonstrates awareness of gross pitch changes	N0	R1	I2	C3			
iii. Demonstrates awareness of gross dynamic changes <i>DC</i>	N0	R1	I2	C3			
iv. Demonstrates awareness of meter changes			N0	R3	I4	C5	
v. Demonstrates awareness of changes in intensity/mood			N0	R3	I4	C5	
vi. Plays melodically in tonality of improvisation			N0	R3	I4	C5	
vii. Plays in appropriate key without prompting			N0	R4	I5	C6	
Column Totals:							
Add Column Totals to calculate Raw Score: _____							
Activities/Notes							

D. Singing/Vocalizing

i. Vocalizes in response to aural stimuli	N0	R1	I2	C3			n/a ☐
ii. Vocalizes in response to therapist speaking	N0	R1	I2	C3			
iii. Vocalizes in response to therapist singing	N0	R1	I2	C3			
iv. Vocalizes in response to un-pitched instruments	N0	R1	I2	C3			
v. Vocalizes in response to pitched instruments	N0	R1	I2	C3			
vi. Vocalizes in response to particular musical style/idiom <i>DC</i>	N0	R1	I2	C3			
vii. Unconscious vocalizations in tonality <i>DC</i>	N0	R1	I2	C3			
viii. Sings in key with therapist		N0	R2	I3	C4		
ix. Vocalizes in provided musical pause		N0	R2	I3	C4		
x. Imitates descending musical interval greater than M2		N0	R2	I3	C4		
xi. Imitates ascending musical interval greater than M2		N0	R2	I3	C4		
xii. Sings pitched melody accurately <i>DC</i>		N0	R2	I3	C4		
xiii. Imitates descending step-wise musical motifs			N0	R3	I4	C5	
xiv. Imitates ascending step-wise musical motifs			N0	R3	I4	C5	
Column Totals:							
Add Column Totals to calculate Raw Score: _____							
Activities/Notes							

E. Rhythm

i. Plays in tempo of therapist 1-4 measures		N0	R2	I3	C4		n/a ☐
ii. Imitates simple rhythmic pattern <i>DC</i>		N0	R2	I3	C4		
iii. Imitates intermediate rhythmic pattern <i>DC</i>		N0	R2	I3	C4		
Column Totals:							
Add Column Totals to calculate Raw Score: _____							
Activities/Notes							

Summary

Sub-Domain	n/a	Raw Score	Possible	Final Score
A. Fundamentals			÷ 16 =	%
B. Direction Following			÷ 11 =	%
C. Musical Changes			÷ 30 =	%
D. Singing/Vocalizing			÷ 51 =	%
E. Rhythm			÷ 12 =	%
Domain Total (Receptive Communication/Auditory Perception)			÷ =	%

CD = Cross Domain Skills

IMTAP – Emotional

Client Name: _____

Assessment Date(s): _____

Rating Scale:

N = Never = 0%

R = Rarely = Under 50%

I = Inconsistent = 50–79%

C = Consistent = 80–100%

A. Fundamentals

i. Demonstrates range of affect		N0	R2	I3	C4		
ii. Demonstrates appropriate affect		N0	R2	I3	C4		
Column Totals:							
Add Column Totals to calculate Raw Score:							
Activities/Notes							

B. Differentiation/Expressionn/a ☐

i. Expresses emotions appropriate to circumstances		N0	R2	I3	C4		
ii. Expresses emotions using instruments			N0	R3	I4	C5	
iii. Expresses emotions verbally			N0	R3	I4	C5	
iv. Demonstrates emotional sensitivity to musical components				N0	R4	I5	C6
Column Totals:							
Add Column Totals to calculate Raw Score:							
Activities/Notes							

C. Regulationn/a ☐

i. Tolerates MT situation without distress		N0	R1	I2	C3		
ii. Calms with support musical/verbal/physical		N0	R1	I2	C3		
iii. Tolerates transitions		N0	R1	I2	C3		
iv. Self regulates within one activity			N0	R2	I3	C4	
v. Emotional states fluctuate appropriately			N0	R2	I3	C4	
vi. Remains regulated when limits are set			N0	R2	I3	C4	
Column Totals:							
Add Column Totals to calculate Raw Score:							
Activities/Notes							

D. Self-awarenessn/a ☐

i. Demonstrates recognition of emotional states				N0	R4	I5	C6
ii. Demonstrates ability to explore emotional states				N0	R4	I5	C6
iii. Demonstrates ability to discuss emotional states				N0	R4	I5	C6
iv. Initiates emotional content appropriately				N0	R4	I5	C6
v. Demonstrates desire to better oneself or life circumstance				N0	R4	I5	C6
Column Totals:							
Add Column Totals to calculate Raw Score:							
Activities/Notes							

Summary

Sub-Domain	n/a	Raw Score	Possible	Final Score
A. Fundamentals			÷ 8 =	%
B. Differentiation/Expression			÷ 20 =	%
C. Regulation			÷ 21 =	%
D. Self-awareness			÷ 30 =	%
Domain Total (Emotional)			÷ =	%

CD = Cross Domain Skills

IMTAP – Musicality
 Client Name: _____ Assessment Date(s): _____
 Rating Scale: _____
 N = Never = 0% R = Rarely = Under 50% I = Inconsistent = 50–79% C = Consistent = 80–100%

A. Fundamentals

i. Is alerted by music	N0	R1	I2	C3			
ii. Expresses enjoyment of music	N0	R1	I2	C3			
iii. Indicates desire to play/touch instruments	N0	R1	I2	C3			
iv. Plays instrument when presented	N0	R1	I2	C3			
v. Explores instruments	N0	R1	I2	C3			
vi. Vocalizes in response to music	N0	R1	I2	C3			
vii. Moves rhythmically in response to music	N0	R1	I2	C3			
viii. Plays instruments spontaneously	N0	R1	I2	C3			
ix. Sings spontaneously	N0	R2	I3	C4			
x. Responds to simple musical cue	N0	R2	I3	C4			
xi. Engages in interactive musical play	N0	R2	I3	C4			
xii. Regulates with musical support	N0	R2	I3	C4			
Column Totals:							

Add Column Totals to calculate Raw Score: _____
 Activities/Notes: _____

B. Tempo

i. Tolerates changing tempo	N0	R1	I2	C3			n/a
ii. Demonstrates awareness of gross tempo changes <i>pc</i>	N0	R1	I2	C3			
iii. Unconscious body movements in tempo <i>pc</i>	N0	R1	I2	C3			
iv. Conscious body movement in tempo <i>pc</i>	N0	R1	I2	C3			
v. Plays in own tempo 1–4 measures	N0	R2	I3	C4			
vi. Plays in tempo of therapist 1–4 measures <i>pc</i>	N0	R2	I3	C4			
vii. Initiates tempo changes	N0	R2	I3	C4			
viii. Adapts playing to follow <i>accelerando</i>	N0	R2	I3	C4			
ix. Sustains playing in own tempo interactively	N0	R2	I3	C4			
x. Sustains playing in tempo of therapist interactively	N0	R3	I4	C5			
xi. Plays multiples of basic beat	N0	R4	I5	C6			
xii. Adapts playing to follow <i>ritardando</i>	N0	R4	I5	C6			
Column Totals:							

Add Column Totals to calculate Raw Score: _____
 Activities/Notes: _____

C. Rhythm

i. Imitates simple rhythmic pattern <i>pc</i>	N0	R2	I3	C4			n/a
ii. Imitates intermediate rhythmic pattern <i>pc</i>	N0	R2	I3	C4			
iii. Beats rhythmic pattern of melody or words	N0	R3	I4	C5			
iv. Sustains imitation of varying rhythmic patterns	N0	R3	I4	C5			
v. Changes rhythmic pattern in response to music	N0	R4	I5	C6			
vi. Coordinates two differing rhythmic patterns	N0	R4	I5	C6			
vii. Initiates differing rhythmic patterns during turn taking	N0	R4	I5	C6			
viii. Initiates rhythmic structures involving multiple patterns	N0	R4	I5	C6			
ix. Develops rhythmic structures involving multiple patterns	N0	R4	I5	C6			
x. Sustains self-initiated rhythmic patterns	N0	R4	I5	C6			
xi. Adapts playing to match meter changes <i>pc</i>	N0	R4	I5	C6			
Column Totals:							

Add Column Totals to calculate Raw Score: _____
 Activities/Notes: _____

D. Dynamics

i. Demonstrates awareness of gross dynamic changes <i>pc</i>	N0	R1	I2	C3			n/a
ii. Tolerates changing dynamic	N0	R1	I2	C3			
iii. Demonstrates variety of dynamics in playing	N0	R2	I3	C4			
iv. Initiates dynamic changes	N0	R2	I3	C4			
v. Follows cue to change dynamic	N0	R2	I3	C4			
vi. Adapts playing to <i>crescendo</i>	N0	R2	I3	C4			
vii. Adapts playing to <i>diminuendo</i>	N0	R3	I4	C5			
viii. Demonstrates control of <i>crescendo</i>	N0	R4	I5	C6			
ix. Demonstrates control of <i>diminuendo</i>	N0	R4	I5	C6			
x. Demonstrates expressive use of <i>diminuendo/crescendo</i>	N0	R4	I5	C6			
Column Totals:							

Add Column Totals to calculate Raw Score: _____
 Activities/Notes: _____

E. Vocal

i. Unconscious vocalizations in tonality <i>pc</i>	N0	R1	I2	C3			n/a
ii. Vocalizes in response to particular musical style/idiom <i>pc</i>	N0	R1	I2	C3			
iii. Communicative vocalizations in tonality of music	N0	R2	I3	C4			
iv. Vocalizes to complete known song phrase	N0	R2	I3	C4			
v. Sings in key or tonality	N0	R2	I3	C4			
vi. Sings pitched melody accurately <i>pc</i>	N0	R2	I3	C4			
vii. Sings using sensitivity to musical components	N0	R3	I4	C5			
viii. Sings in round	N0	R4	I5	C6			
ix. Sings harmony line	N0	R4	I5	C6			
x. Sings expressing lyric content and meaning	N0	R4	I5	C6			
xi. Creates self expressive lyrical improvisation	N0	R4	I5	C6			
xii. Creates and sings own song structure	N0	R4	I5	C6			
Column Totals:							

Add Column Totals to calculate Raw Score: _____
 Activities/Notes: _____

F. Perfect and Relative Pitch

i. Seeks and matches single tones	N0	R3	I4	C5			n/a
ii. Plays melodically in tonality of music	N0	R4	I5	C6			
iii. Identifies letter name of tone or key per aural cue	N0	R4	I5	C6			
iv. Initiates song in original key	N0	R4	I5	C6			
v. Plays known melody by ear	N0	R4	I5	C6			
vi. Changes key to match changing tonality	N0	R4	I5	C6			
vii. Transposes music by ear	N0	R4	I5	C6			
Column Totals:							

Add Column Totals to calculate Raw Score: _____
 Activities/Notes: _____

G. Creativity and Development of Musical Ideas

i. Creates melody independently	N0	R2	I3	C4			n/a
ii. Improvises melody to given rhythmic pattern	N0	R2	I3	C4			
iii. Assigns differentiated musical motifs to given ideas or images	N0	R3	I4	C5			
iv. Assigns differentiated musical motifs to given ideas or images	N0	R3	I4	C5			
v. Creates music to poem or story	N0	R3	I4	C5			
vi. Improvises words to given rhythmic pattern	N0	R3	I4	C5			
vii. Improvises rhythmic structure	N0	R3	I4	C5			
viii. Initiates phrase length musical idea in call and response	N0	R3	I4	C5			
ix. Creates melodic phrase with harmonic support	N0	R3	I4	C5			
x. Improvises harmony	N0	R4	I5	C6			
xi. Extends known structure through improvisation	N0	R4	I5	C6			
xii. Creates complete song structure	N0	R4	I5	C6			
xiii. Transcribes musical ideas using symbols or notation <i>pc</i>	N0	R4	I5	C6			
xiv. Improvises expressively using musical components	N0	R4	I5	C6			
xv. Improvises in recognizable musical style	N0	R4	I5	C6			
xvi. Improvises in recognizable musical mode	N0	R4	I5	C6			
xvii. Creates self expressive improvisation	N0	R4	I5	C6			
Column Totals:							

Add Column Totals to calculate Raw Score: _____
 Activities/Notes: _____

H. Music Reading

i. Plays simple accompaniment using chord chart <i>pc</i>	N0	R3	I4	C5			n/a
ii. Reads and plays simple rhythmic notation	N0	R3	I4	C5			
iii. Plays melody of song from written cues	N0	R4	I5	C6			
iv. Reads treble clef notation <i>pc</i>	N0	R4	I5	C6			
v. Reads and plays music in treble clef notation	N0	R4	I5	C6			
vi. Reads bass clef notation <i>pc</i>	N0	R4	I5	C6			
vii. Reads and plays music in bass clef notation	N0	R4	I5	C6			
viii. Simultaneously reads and plays melody and chords	N0	R4	I5	C6			
ix. Reads and plays bass and treble clef together	N0	R4	I5	C6			
Column Totals:							

Add Column Totals to calculate Raw Score: _____
 Activities/Notes: _____

I. Accompaniment

i. Accompanies therapist singing/playing	N0	R2	I3	C4			n/a
ii. Vocalizes and plays simultaneously with pulse	N0	R3	I4	C5			
iii. Accompanies self with harmonic instrument	N0	R4	I5	C6			
Column Totals:							

Add Column Totals to calculate Raw Score: _____
 Activities/Notes: _____

IMTAP – Sensory

Client Name: _____ **Assessment Date(s):** _____

Rating Scale:
 N = Never = 0% R = Rarely = Under 50% I = Inconsistent = 50–79% C = Consistent = 80–100%

A. Fundamentals

i. Integrates sensory input of two types	N0	R1	I2	C3			
ii. Integrates multiple sensory input types	N0	R1	I2	C3			
Column Totals:							
Add Column Totals to calculate Raw Score:							
<i>Activities/Notes</i>							

B. Tactile n/a ☐

i. Seeks firm pressure	C0	I1	R2	N3			
ii. Seeks light pressure	C0	I1	R2	N3			
iii. Tolerates firm pressure	N0	R1	I2	C3			
iv. Tolerates light pressure	N0	R1	I2	C3			
v. Tolerates lightweight manipulatives	N0	R1	I2	C3			
vi. Tolerates putting mouthpiece to lips <i>pc</i>	N0	R1	I2	C3			
vii. Demonstrates ability to begin/stop tactile activity	N0	R1	I2	C3			
viii. Demonstrates awareness of or attends to tactile input	N0	R1	I2	C3			
ix. Remains physically open when instrument presented	N0	R1	I2	C3			
x. Sustains grasp of instrument or mallet for four seconds or more	N0	R1	I2	C3			
xi. Uses open hand on instruments	N0	R1	I2	C3			
Column Totals:							
Add Column Totals to calculate Raw Score:							
<i>Activities/Notes</i>							

C. Proprioceptive n/a ☐

i. Seeks proprioceptive input	C0	I1	R2	N3			
ii. Tolerates proprioceptive input	N0	R1	I2	C3			
iii. Demonstrates ability to begin/stop proprioceptive activity	N0	R1	I2	C3			
iv. Integrates proprioceptive tasks into activities		N0	R2	I3	C4		
Column Totals:							
Add Column Totals to calculate Raw Score:							
<i>Activities/Notes</i>							

D. Vestibular n/a ☐

i. Seeks vestibular input	C0	I1	R2	N3			
ii. Tolerates vestibular input	N0	R1	I2	C3			
iii. Demonstrates ability to begin/stop vestibular activity	N0	R1	I2	C3			
iv. Demonstrates ability to return to task after vestibular distraction with prompts	N0	R1	I2	C3			
v. Demonstrates ability to return to task after vestibular distraction without prompts		N0	R2	I3	C4		
Column Totals:							
Add Column Totals to calculate Raw Score:							
<i>Activities/Notes</i>							

E. Visual n/a ☐

i. Seeks visual input	C0	I1	R2	N3			
ii. Tolerates visual input	N0	R1	I2	C3			
iii. Demonstrates ability to begin/stop visual activity	N0	R1	I2	C3			
iv. Demonstrates ability to return to task after visual distraction with prompts	N0	R1	I2	C3			
v. Demonstrates awareness of or attends to visual input	N0	R1	I2	C3			
vi. Maintains gaze of object or person for appropriate length	N0	R1	I2	C3			
vii. Demonstrates ability to return to task after visual distraction without prompts		N0	R2	I3	C4		
Column Totals:							
Add Column Totals to calculate Raw Score:							
<i>Activities/Notes</i>							

F. Auditory n/a ☐

i. Seeks auditory input	C0	I1	R2	N3			
ii. Demonstrates awareness of sound vs. silence <i>pc</i>	N0	R1	I2	C3			
iii. Tolerates auditory input	N0	R1	I2	C3			
iv. Tolerates a variety of sounds	N0	R1	I2	C3			
v. Demonstrates ability to begin/stop auditory activity	N0	R1	I2	C3			
vi. Demonstrates awareness of or attends to auditory input	N0	R1	I2	C3			
vii. Demonstrates ability to return to task after auditory distraction with prompts	N0	R1	I2	C3			
viii. Demonstrates ability to return to task after auditory distraction without prompts		N0	R2	I3	C4		
Column Totals:							
Add Column Totals to calculate Raw Score:							
<i>Activities/Notes</i>							

Summary

Sub-Domain	n/a	Raw Score	Possible	Final Score
A. Fundamentals			÷ 6 =	%
B. Tactile			÷ 33 =	%
C. Proprioceptive			÷ 13 =	%
D. Vestibular			÷ 16 =	%
E. Visual			÷ 22 =	%
F. Auditory			÷ 25 =	%
Domain Total (Sensorial)			÷ =	%

CD = Cross Domain Skills

IMTAP – Social

Client Name: _____

Assessment Date(s): _____

Rating Scale:

N = Never = 0%

R = Rarely = Under 50%

I = Inconsistent = 50–79%

C = Consistent = 80–100%

A. Fundamentals

i. Responds to own name	N0	R1	I2	C3			
ii. Demonstrates awareness of therapist	N0	R1	I2	C3			
iii. Demonstrates interest in presented activities	N0	R1	I2	C3			
iv. Demonstrates joint attention	N0	R1	I2	C3			
v. Interacts appropriately with therapist	N0	R1	I2	C3			
vi. Uses socially appropriate greeting	N0	R1	I2	C3			
vii. Uses socially appropriate goodbye	N0	R1	I2	C3			
viii. Uses socially appropriate eye contact	N0	R1	I2	C3			
ix. Socially references others	N0	R1	I2	C3			
x. Demonstrates understanding of rules and structures <i>DC</i>		N0	R2	I3	C4		
xi. Demonstrates awareness of appropriate physical space		N0	R2	I3	C4		
xii. Demonstrates confidence in MT situation		N0	R2	I3	C4		
Column Totals:							
Add Column Totals to calculate Raw Score: _____							
Activities/Notes							

B. Participation

i. Enters room with minimal prompting	N0	R1	I2	C3			n/a ☐
ii. Remains in room for duration of session	N0	R1	I2	C3			
iii. Attempts new tasks when given opportunity	N0	R1	I2	C3			
iv. Initiates new activity when given opportunity	N0	R1	I2	C3			
v. Tolerates transitions	N0	R1	I2	C3			
vi. Participates in structured activities		N0	R2	I3	C4		
vii. Is flexible in developing activities		N0	R2	I3	C4		
viii. Extends activities appropriately			N0	R3	I4	C5	
ix. Works towards identified goals in session				N0	R4	I5	C6
Column Totals:							
Add Column Totals to calculate Raw Score: _____							
Activities/Notes							

C. Turn-taking

i. Anticipates own turn	N0	R1	I2	C3			n/a ☐
ii. Waits for turn		N0	R2	I3	C4		
iii. Sustains turn-taking with prompts		N0	R2	I3	C4		
iv. Requests turn when appropriate		N0	R2	I3	C4		
v. Sustains turn-taking without prompts			N0	R3	I4	C5	
Column Totals:							
Add Column Totals to calculate Raw Score: _____							
Activities/Notes							

D. Attention

i. Sustains activity length attention span <i>DC</i>	N0	R1	I2	C3			n/a ☐
ii. Demonstrates sustained attention to therapist	N0	R1	I2	C3			
iii. Returns to activity after distraction with prompts	N0	R1	I2	C3			
iv. Returns to activity after distraction without prompts		N0	R2	I3	C4		
Column Totals:							
Add Column Totals to calculate Raw Score: _____							
Activities/Notes							

E. Direction Following

i. Follows one-step verbal direction <i>DC</i>	N0	R1	I2	C3			n/a ☐
ii. Follows two-step verbal direction <i>DC</i>		N0	R2	I3	C4		
iii. Follows simple musical cues <i>DC</i>		N0	R2	I3	C4		
Column Totals:							
Add Column Totals to calculate Raw Score: _____							
Activities/Notes							

F. Relationship Skills

i. Tolerates direct interaction	N0	R1	I2	C3			n/a ☐
ii. Tolerates redirection	N0	R1	I2	C3			
iii. Tolerates musical contact	N0	R1	I2	C3			
iv. Plays in parallel with therapist		N0	R2	I3	C4		
v. Plays in imitation of therapist		N0	R2	I3	C4		
vi. Sustains musical interaction		N0	R2	I3	C4		
vii. Sustains two-way communication		N0	R2	I3	C4		
viii. Works cooperatively with therapist		N0	R2	I3	C4		
ix. Demonstrates flexibility in interactive musical play			N0	R3	I4	C5	
x. Demonstrates flexibility within familiar interactive structure			N0	R3	I4	C5	
xi. Can assume leadership role in activity			N0	R3	I4	C5	
xii. Moves between independent and interdependent skills			N0	R3	I4	C5	
xiii. Able to explore external social relationships				N0	R4	I5	C6
Column Totals:							
Add Column Totals to calculate Raw Score: _____							
Activities/Notes							

Summary

Sub-Domain	n/a	Raw Score	Possible	Final Score
A. Fundamentals			÷ 39 =	%
B. Participation			÷ 34 =	%
C. Turn-taking			÷ 20 =	%
D. Attention			÷ 13 =	%
E. Direction Following			÷ 11 =	%
F. Relationship Skills			÷ 55 =	%
Domain Total (Social)			÷ =	%

CD = Cross Domain Skills

ANEXO 2

MEL – *Music in Everyday Life*

Anexo 2

Versão brasileira da Escala “Music in Everyday Life (MEL)”

Criada por Gottfried & Thompson, 2012

Seu nome: _____ Data: _____

Nome da criança: _____ Sua relação com a criança: _____

A MEL é projetada para avaliar o uso da música no cotidiano das famílias que têm filhos com espectro do autismo. Pode ser útil para outras famílias também. Essa avaliação deve levar de 5 a 10 minutos para ser concluída. As informações que você fornecer ajudarão a descrever a maneira como você está usando a música na vida cotidiana; quanto seu filho participa de atividades musicais compartilhadas e como você percebe as respostas dele/dela às diferentes atividades musicais.

Em cada pergunta, marque a opção que melhor descreve o comportamento do seu filho na **última semana**. Você também é bem-vindo para fazer comentários adicionais em cada seção

DOMÍNIO 1: CANTANDO JUNTOS

Item 1a

Na semana passada, com que frequência você cantou com seu filho?

- ☐ Todos os dias da semana eu cantei com o meu filho.
- ☐ Quase todos os dias da semana eu cantei com o meu filho.
- ☐ Alguns poucos dias da semana eu cantei com o meu filho
- ☐ Um dia da semana eu cantei com o meu filho.
- ☐ Nenhuma das anteriores.

Item 1b

Como você acha que o seu filho respondeu, de forma geral, ao seu cantar?: (assinalar apenas uma opção)

- ☐ Foi uma experiência muito positiva para o meu filho.
- ☐ Foi uma experiência pouco positiva para o meu filho.
- ☐ Foi uma experiência nem positiva nem negativa para o meu filho (por exemplo, o meu filho continuou com suas atividades; sua resposta foi difícil de entender)
- ☐ Foi uma experiência negativa para o meu filho. Por favor, descreva:

Foi uma experiência positiva ou negativa para você? Por favor, descreva:

DOMÍNIO 2: TOCANDO INSTRUMENTOS MUSICAIS JUNTOS**Item 2a**

Na semana passada, quantas vezes você tocou instrumentos musicais com o seu filho? (Por favor, não inclua brinquedos que toquem melodias musicais gravadas)

- ☐ Todos os dias da semana eu toquei instrumentos musicais com o meu filho.
- ☐ Quase todos os dias da semana eu toquei instrumentos musicais com o meu filho.
- ☐ Alguns poucos dias da semana eu toquei instrumentos musicais com o meu filho.
- ☐ Um dia da semana que eu toquei instrumentos musicais com o meu filho.
- ☐ Nenhuma das anteriores

Item 2b

Como você acha que seu filho respondeu, de forma geral, ao tocar com instrumentos com você?: (assinalar apenas uma opção)

- ☐ Foi uma experiência muito positiva para o meu filho.
- ☐ Foi uma experiência pouco positiva para o meu filho.
- ☐ Foi uma experiência nem positiva nem negativa para o meu filho (por exemplo, o meu filho continuou com suas atividades; sua resposta foi difícil de entender)
- ☐ Foi uma experiência negativa para o meu filho. Por favor, descreva:

Foi uma experiência positiva ou negativa para você? Por favor, descreva:

DOMÍNIO 3: ESCUTANDO MÚSICA JUNTOS**Item 3a**

Na semana passada, quantas vezes você ouviu música com o seu filho?

- ☐ Todos os dias da semana eu escutei a música com meu filho
- ☐ Quase todos os dias da semana eu escutei música com meu filho
- ☐ Alguns poucos dias da semana eu escutei musica com meu filho
- ☐ Um dia da semana eu escutei música com meu filho.
- ☐ Nenhuma das anteriores

Item 3b

Como você acha que o seu filho respondeu, de forma geral, ao ouvir música com você?: (assinalar apenas uma opção)

- ☐ Foi uma experiência muito positiva para o meu filho.
- ☐ Foi uma experiência pouco positiva para o meu filho.
- ☐ Foi uma experiência nem positiva nem negativa para o meu filho (por exemplo, o meu filho continuou com suas atividades; sua resposta foi difícil de entender)
- ☐ Foi uma experiência negativa para o meu filho. Por favor, descreva:

Foi uma experiência positiva ou negativa para você? Por favor, descreva:

DOMÍNIO 4: UTILIZANDO APLICATIVOS MUSICAIS JUNTOS**Item 4a**

Na semana passada, quantas vezes você tocou/ouviu música com os aplicativos de um *smartphone* ou *tablet* com o seu filho? (Por favor, considerar os aplicativos para tocar e compor músicas próprias)

- ☐ Todos os dias da semana eu toquei com aplicativos de música com meu filho
- ☐ Quase todos os dias da semana eu toquei com aplicativos de música com meu filho
- ☐ Alguns poucos dias da semana eu toquei com aplicativos de música com meu filho
- ☐ Um dia da semana eu toquei com aplicativos de música com meu filho.
- ☐ Nenhuma das anteriores

Item 4b

Como você acha que seu respondeu, de forma geral, ao tocar com um aplicativo de música com você?: (assinalar apenas uma opção)

- ☐ Foi uma experiência muito positiva para o meu filho.
- ☐ Foi uma experiência pouco positiva para o meu filho.
- ☐ Foi uma experiência nem positiva nem negativa para o meu filho (por exemplo, o meu filho continuou com suas atividades; sua resposta foi difícil de entender)
- ☐ Foi uma experiência negativa para o meu filho. Por favor, descreva:

Foi uma experiência positiva ou negativa para você? Por favor, descreva:

DOMÍNIO 5: MEMBROS DA FAMÍLIA TOCANDO INSTRUMENTOS MUSICAIS**Item 5a**

Alguém da sua família toca algum instrumento musical como hobby ou profissão?
(Por favor, inclua todos os instrumentos, exceto instrumentos de percussão para crianças)

- ☐ Sim.
☐ Não - por favor, vá para a questão 6

No caso de ter respondido "sim", quais instrumentos musicais eles tocam?

Pessoa 1: _____

Pessoa 2: _____

Pessoa 3: _____

Pessoa 4: _____

Pessoa 5: _____

Item 5b

Na semana passada, quantas vezes você e / ou outros membros da família tocaram instrumentos na frente do ou com o seu filho?

- ☐ Todos os dias da semana instrumentos musicais foram tocados na frente ou com o meu filho.
☐ Quase todos os dias da semana instrumentos musicais foram tocados na frente ou com o meu filho.
☐ Alguns poucos dias da semana instrumentos musicais foram tocados na frente ou com meu filho.
☐ Um dia da semana instrumentos musicais foram tocados na frente ou com o meu filho
☐ Nenhuma das anteriores

Item 5c

Como você acha que seu filho respondeu, de forma geral, a reprodução sonora destas pessoas?: (assinalar apenas uma opção)

- ☐ Foi uma experiência muito positiva para o meu filho.
☐ Foi uma experiência pouco positiva para o meu filho.
☐ Foi uma experiência nem positiva nem negativa para o meu filho (por exemplo, o meu filho continuou com suas atividades; sua resposta foi difícil de entender)
☐ Foi uma experiência negativa para o meu filho. Por favor, descreva:

Comentários adicionais (opcional):

DOMÍNIO 6: GÊNEROS MUSICAIS PREFERIDOS

Na semana passada, qual o tipo de música que sua família ouviu?
(Assinale todas que se aplicam)

Item	Nenhuma das anteriores	Um dia da semana	Apenas alguns dias da semana	Quase todos os dias da semana	Todos os dias da semana
6a Música regionalista ou do seu folclore	☐	☐	☐	☐	☐
6b Música clássica	☐	☐	☐	☐	☐
6c Jazz	☐	☐	☐	☐	☐
6d Músicas infantis	☐	☐	☐	☐	☐
6e Pop music	☐	☐	☐	☐	☐
6f Música de relaxamento (ex. New-age, sons da natureza)	☐	☐	☐	☐	☐
6g Dance music (ex. Música eletrônica, música de ritmo intenso)	☐	☐	☐	☐	☐
6h Outras, favor descrever:	☐	☐	☐	☐	☐

Comentários (opcional):

DOMÍNIO 7: FREQUÊNCIA DE USO DE MÚSICA PARA APOIAR ATIVIDADES NA VIDA COTIDIANA

Nossa família utiliza música (canta, ouve, toca) de diferentes maneiras, a fim de ajudar o meu filho:

Item	Nenhuma das anteriores	Um dia da semana	Apenas alguns dias da semana	Quase todos os dias da semana	Todos os dias da semana
7a Para acalmar-se	☐	☐	☐	☐	☐
7b Na hora das refeições	☐	☐	☐	☐	☐
7c Na hora de dormir	☐	☐	☐	☐	☐
7d Para compreender a rotina diária	☐	☐	☐	☐	☐
7e Para diversão e para curtição de experiências	☐	☐	☐	☐	☐
7f Transição suave entre as atividades	☐	☐	☐	☐	☐
7g Aprender coisas novas	☐	☐	☐	☐	☐

Comentários (opcional):

DOMÍNIO 8

Se você tiver quaisquer outros comentários sobre a resposta de seu filho a música, por favor, adicione-os aqui:

Obrigada pela suas respostas!

ANEXO 3

História Sonoro-Musical

Anexo 3

História Sonoro-Musical

Dados pessoais do utente:

(a preencher pelo encarregado de educação/cuidador habitual)

Nome da criança: _____

Idade: _____ anos.

Local de nascimento (país/cidade): _____

Informações sobre a história sonoro-musical da criança

1. Recorda-se de alguma canção de embalar que tenha sido cantada/escutada
recorrentemente para/pela criança (na gravidez e/ou nos primeiros meses de vida)?

Em caso afirmativo, qual/quais? _____

2. Quais são as canções que a criança mais gosta que lhe cantem? _____

3. É habitual ouvir música em casa? _____

3.1 Se sim, em que situações? _____

4. Qual/quais a(s) música(s) que mais ouve? _____

4.1 Que música/género musical rejeita (não gosta)? _____

5. Na vida da criança, recorda-se de alguma situação gratificante com música (ou sons)? _____

5.1 Na vida da criança, recorda alguma situação não gratificante (negativa) com música (ou sons)? _____

6. A criança gosta de escutar especificamente algum instrumento musical? _____
Qual/quais? _____

6.1 Consegue relacionar essa preferência com algum acontecimento concreto? _____

História Sonoro-Musical da Família

1. A família/membros da família têm alguma experiência musical? _____

1.1. Algum membro da família toca um instrumento musical? _____

1.2. Qual/quais instrumento(s)? _____

2. Quando reunida, quais as músicas preferidas da família? _____

2.1. Quais as músicas que a família, no geral, não aprecia? _____

3. Outros aspectos sonoros da criança/família que queira referir:

Ambiente sonoro da casa

1. Quais os sons que predominam/existem na casa onde a criança habita? (ex. sons ou ruídos característicos da casa/ambiente exterior, membros da família, animais, etc.)

2. Quais os sons que a criança mais gosta ou apresenta reação positiva? _____

2.1. Quais os sons que a criança rejeita ou apresenta reação negativa? _____

2.2. A criança mostra indiferença em relação alguns sons? _____

Outros dados relevantes que queira partilhar:

Covilhã, _____ de _____ de 202__.

ANEXO 4

Plano Terapêutico

APÊNDICE I

Declaração de Autorização de Recolha de Imagens

Apêndice I**DECLARAÇÃO**

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

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

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

_____, _____ de _____ de 202__.

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

Assinatura

Nome Legível

Maria Cordeiro Pires de Figueiredo Gomes Arruda Tavares

APÊNDICE II

Registro de sessão individual

Apêndice II**REGISTO DE SESSÃO INDIVIDUAL - MT****NOME DO UTENTE:** _____

DATA: _____ VÍDEO N.º: _____

OBSERVAÇÃO DIRECTA DO UTENTE:

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DA SESSÃO:

TEMAS CENTRAIS:

NOVIDADES OU MUDANÇAS:

MÚSICA PRODUZIDA (instrumentos, repertório)

REAÇÕES PESSOAIS:

A FAZER/PREPARAR...

APÊNDICE III

Formação - Equipa do SPIA

Apêndice III

IMPRESSO

 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
COVA DA BEIRA

Declaração - formador

Código: CHCB.IMP.FORM.30 Edição: 2 Revisão: 2

Serviço de Formação

(Acreditado pelo Despacho n.º 13019/98 (2ª Série) de 29/07, da Sra. Ministra da Saúde)

DECLARAÇÃO

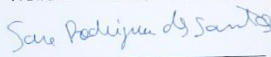
Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

Declara-se para os devidos efeitos que Maria Cordeiro Pires Figueiredo Arruda Tavares, exerceu funções de **Formador(a)** na formação em Serviço do ano 2024, subordinada aos temas:

TEMA	DATA	DURAÇÃO
Fundamentação e aplicabilidade da musicoterapia em saúde mental infantil	24/05/2024	1.5 H
TOTAL		1.5 H

Covilhã, 11 de Junho de 2024

A Diretora do Serviço de Formação



(Sara Cristina Andrade R. Santos)

Página: 1 de 1



APÊNDICE IV

Cartaz das Sessões Clínicas

Apêndice IV

Sessões 2024 Clínicas

Unidade Local de Saúde Cova da Beira



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
COVA DA BEIRA

dia 4

PEDOPSIQUIATRIA
Diretora do Serviço: Dra. Paula Correia

JULHO

“Musicoterapia em saúde mental na infância e adolescência”

12h00

Local: Auditório do Hospital Pêro da Covilhã

Preleção:
Dra. Maria Cordeiro Gomes
Dra. Leonor Goulão



COORDENADORA DAS SESSÕES CLÍNICAS: DRA. MARGARIDA OLIVEIRA



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
COVA DA BEIRA



A tecer se constrói o futuro

<https://www.chcbeira.min-saude.pt/noticias/sessao-clinica-do-servico-de-pedopsiquiatria/>