



Universidades Lusíada

Francisco, Cátia Sofia Marques, 1984-

Laços de encantar : a musicoterapia em crianças do espectro do autismo

<http://hdl.handle.net/11067/6805>

Metadados

Data de Publicação

2022

Resumo

O presente documento descreve o estágio realizado no âmbito do Mestrado de Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa. O mesmo teve lugar no Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC), que pertence ao Hospital Garcia de Orta. A temática aqui abordada é pertinente uma vez que a literatura afirma, repetidamente, que a musicoterapia pode ter um impacto positivo nas crianças com perturbação do espectro do autismo (PEA) e nas suas famílias. Este estudo objetiva compreender a pertinência de uma ...

This paper describes the internship carried out within the scope of the Master's Degree in Music Therapy at Universidade Lusíada de Lisboa. This internship took place at the Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC), a facility that belongs to the Hospital Garcia de Orta. The subject addressed here is relevant since the literature repeatedly states that music therapy can have a positive impact on children with autism spectrum disorders (ASD), as well as in their families. This study aims to un...

Palavras Chave

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

Tipo

masterThesis

Revisão de Pares

Não

Coleções

[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-26T20:04:30Z com informação proveniente do Repositório



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

**Laços de encantar: a musicoterapia em
crianças do espectro do autismo**

Realizado por:
Cátia Sofia Marques Francisco

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

Orientado por:
Dr.^a Anabela Gonçalves Farias Morguinho

Constituição do Júri:

Presidente: Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Supervisora: Prof.^a Doutora Susana Aurora Gutiérrez Jiménez
Arguente: Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer

Dissertação aprovada em: 17 de fevereiro de 2023

Lisboa

2022



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Musicoterapia

Laços de encantar: a musicoterapia em crianças do espectro do autismo

Cátia Sofia Marques Francisco

Lisboa

Julho 2022



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Musicoterapia

**Laços de encantar: a musicoterapia em crianças
do espectro do autismo**

Cátia Sofia Marques Francisco

Lisboa

Julho 2022

Cátia Sofia Marques Francisco

Laços de encantar: a musicoterapia em crianças do espectro do autismo

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

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

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

Lisboa

Julho 2022

FICHA TÉCNICA

Autora Cátia Sofia Marques Francisco
Supervisora de estágio Prof.^a Doutora Susana Aurora Gutiérrez Jiménez
Orientadora de estágio Dr.^a Anabela Gonçalves Farias Morguinho
Título Laços de encantar: a musicoterapia em crianças do espectro do autismo
Local Lisboa
Ano 2022

MEDIATECA DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

FRANCISCO, Cátia Sofia Marques, 1984-

Laços de encantar : a musicoterapia em crianças do espectro do autismo / Cátia Sofia Marques Francisco ; supervisionado por Susana Aurora Gutiérrez Jiménez ; orientado por Anabela Gonçalves Farias Morguinho. - Lisboa : [s.n.], 2022. - Relatório de estágio do Mestrado em Musicoterapia, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - GUTIÉRREZ JIMÉNEZ, Susana Aurora, 1971-

II - MORGINHO, Anabela Gonçalves Farias, 1971-

LCSH

1. Crianças autistas - Tratamento
2. Musicoterapia para crianças
3. Musicoterapia - Prática profissional
4. Hospital Garcia de Orta (Almada, Portugal). Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva - 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. Hospital Garcia de Orta (Almada, Portugal). Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva - Study and teaching (Internship)
5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
6. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. ML3920.F73 2022

Agradecimentos

Ao longo do meu percurso académico, pude, felizmente, contar com o apoio de muitas pessoas:

Primeiramente, quero agradecer a todos os docentes que fizeram parte do Mestrado em Musicoterapia, com os quais tive o privilégio de me cruzar, por todos os conhecimentos transmitidos, pela entrega, dedicação e partilha.

À Prof^ª. Dr.^a Teresa Leite pelos conhecimentos transmitidos ao longo do meu percurso académico e pela dedicação em promover o reconhecimento da disciplina.

Também à Prof^ª. Dr.^a Susana Jiménez, pelos seus conhecimentos, pela dedicação, disponibilidade e paciência e por todo apoio que me foi dando durante todo o percurso. Estou-lhe muito grata pelo voto de confiança em mim depositado no decorrer do meu estágio.

À minha orientadora de estágio, Dr.^a Anabela Farias, pela excelente orientação e apoio ao longo do estágio.

A toda a equipa do Centro de Desenvolvimento da Criança do Hospital Garcia de Orta, muito obrigada por me fazerem, desde cedo, sentir parte integrante da equipa.

Agradeço também às famílias e crianças, pelo carinho, e por terem tornado, indubitavelmente, esta experiência mais rica.

Aos meus colegas da turma, que me acompanharam durante este percurso, pela amizade e companheirismo.

Aos meus colegas de estágio, Catarina e Pedro, obrigada pelo apoio, partilha de conhecimentos e pela amizade que surgiu através desta caminhada tão prazerosa.

Aos meus amigos, pais, familiares e, principalmente, aos meus avós, pelo incentivo, carinho, suporte e por nunca terem duvidado de mim.

À minha querida Maria Teresa Vieira, minha estrelinha, apesar de já não estar cá, obrigada por tudo.

Aos meus avós e à minha querida Teresinha dedico este Mestrado.

Resumo

O presente documento descreve o estágio realizado no âmbito do Mestrado de Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa. O mesmo teve lugar no Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC), que pertence ao Hospital Garcia de Orta. A temática aqui abordada é pertinente uma vez que a literatura afirma, repetidamente, que a musicoterapia pode ter um impacto positivo nas crianças com perturbação do espectro do autismo (PEA) e nas suas famílias.

Este estudo objetiva compreender a pertinência de uma intervenção músico terapêutica com crianças com PEA, no âmbito hospitalar, no sentido de melhorar as suas competências de comunicação e interação e, conseqüentemente, facilitar e desenvolver positivamente a sua relação com as respetivas famílias.

A metodologia aplicada assentou num questionário de anamneses de musicoterapia, a fim de compreender a perceção dos pais no que diz respeito ao conceito de musicoterapia e quais as suas expectativas relativamente à intervenção com os seus filhos. Procedeu-se à recolha da identidade sonoro-musical das crianças, para melhor compreender a sua relação com a música e com o meio que as rodeia. Foi avaliada a comunicação musical das crianças, através da Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins.

Os resultados obtidos refletem melhorias significativas nos vários domínios avaliados, revelando a importância da musicoterapia no desenvolvimento das crianças acompanhadas, bem como numa equipa multidisciplinar que visa promover a melhoria da qualidade de vida das crianças e respetivas famílias.

Palavras-Chave: Autismo; Musicoterapia; Musicoterapia Centrada na Família; Crianças; Comunicação.

Abstract

This paper describes the internship carried out within the scope of the Master's Degree in Music Therapy at Universidade Lusíada de Lisboa. This internship took place at the Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC), a facility that belongs to the Hospital Garcia de Orta. The subject addressed here is relevant since the literature repeatedly states that music therapy can have a positive impact on children with autism spectrum disorders (ASD), as well as in their families.

This study aims to understand the importance of a therapeutic music intervention with children with ASD, in a hospital environment, in order to improve their communication and interaction skills and, consequently, facilitate and positively develop their relationship with their respective families.

The methodology applied was based on a music therapy anamnesis questionnaire, in order to understand the parents' perception regarding the concept of music therapy, and what are their expectations regarding the intervention with their children. The children's sound-musical identity was collected, in order to better understand their relationship with music and the environment that surrounds them. The children's musical communication was evaluated using the Nordoff-Robbins Musical Communicativeness Scale.

The results of this study reflect significant improvements in the various domains evaluated, revealing the importance of music therapy in the development of the followed children, as well as in a multidisciplinary team that aims to improve the quality of life of children and their families.

Keywords: Autism; Music Therapy; Family-Centered Music Therapy; Children; Communication.

Lista de Figuras

Figura 1. <i>Evolução Global do A.R. na Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff- Robbins</i>	74
Figura 2. <i>Evolução Global do V.M na Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff- Robbins</i>	94

Lista de Tabelas

Tabela 1. <i>Características da amostra abrangida no decorrer do estágio de musicoterapia</i>	54
Tabela 2. <i>Agenda Semanal</i>	55
Tabela 3 <i>Resultados obtidos na Avaliação Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins do A.R.</i>	63
Tabela 4. <i>Plano de Intervenção Terapêutica do A.R.</i>	63
Tabela 5. <i>Resultados da Reavaliação Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins A.R.</i>	73
Tabela 6. <i>Resultados da Avaliação Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins do V.M.</i>	84
Tabela 7. <i>Plano de Intervenção Terapêutica do V.M.</i>	85
Tabela 8. <i>Resultados da Reavaliação Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins V.M.</i>	93

Lista de Abreviaturas

ADOS - Autism Diagnostic Observation Schedule

AGD - Atraso Global do Desenvolvimento

CDC - Centro de Desenvolvimento da Criança

IP - Intervenção Precoce

ISO - Identidade Sonoro

PEA - Perturbação do Espectro do Autismo

SNIPI - Intervenção Precoce na Infância

Sumário

Agradecimentos	v
Resumo	vii
Abstract	ix
Lista de Figuras	xi
Lista de Tabelas.....	xiii
Lista de Abreviaturas	xv
Sumário	xvii
Introdução	1
Caracterização da Instituição.....	5
Objetivos Gerais do CDC	5
Atividades do CDC	6
Descrição da População – Alvo.....	13
Enquadramento Teórico.....	15
Autismo.....	15
Características do Autismo	18
Musicoterapia	22
Musicoterapia no Autismo.....	23
A Relação Terapêutica	26
A Relação Familiar com as Crianças com PEA e a Musicoterapia	31
Modelo Nordoff-Robbins	34
Improvisação	36
Técnicas de Musicoterapia Aplicadas a Crianças com PEA	38
Musicoterapia Centrada na Família	40
Setting Terapêutico	45
Objetivos.....	47
Metodologia.....	49
Procedimentos	49
Fase de Observação.....	49
Fase de Seleção	50
Fase de Recolha de Dados	50
Fase de Avaliação.....	51
Fase de Elaboração do Plano Terapêutico	51
Fase de Intervenção.....	51
Fase de Reavaliação	52

Recursos utilizados.....	52
Técnicas utilizadas	53
Participantes.....	53
Agenda semanal	54
Instrumentos de Avaliação	55
Outras atividades	57
Estudo de Caso I.....	59
Identificação e Historial – A.R.....	59
Avaliação Inicial	61
Plano de Intervenção Terapêutico	63
Descrição do Processo terapêutico.....	64
1ª Fase: Estabelecer a Relação	65
2ª Fase: A Interação Díade e Tríade.....	68
3ª Fase: Estar Com o Outro	70
Resultados.....	71
Discussão do Caso I	74
Conclusão do Caso I	76
Estudo de Caso II	79
Identificação e Historial – V.M.....	79
Avaliação Inicial	82
Plano de Intervenção Terapêutico	84
Descrição do Processo Terapêutico	85
1ª Fase: Estabelecer a Relação	86
2ª Fase: A Interação Díade e Tríade.....	89
3ª Fase: Estar Com o Outro	90
Resultados.....	92
Discussão do Caso II.....	94
Conclusão do Caso II.....	97
Outras Intervenções.....	101
Caso D.P.	101
Caso E.G.	102
Caso G.C.....	103
Caso R.C.	103
Caso R.F.....	104
Caso J.C.	105

Caso S.M.....	106
Discussão	109
Conclusão	111
Reflexão	113
Referências	115
ANEXOS	129
LISTA DE ANEXOS.....	131
ANEXO A	133
ANEXO B.....	137
ANEXO C.....	140
ANEXO D	143
ANEXO E.....	148

Introdução

No âmbito do curso de Mestrado de Musicoterapia da Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Lusíada de Lisboa, foi desenvolvido o presente relatório de estágio. O mesmo teve como principal objetivo uma intervenção de Musicoterapia em crianças diagnosticadas com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) e decorreu no Centro de Desenvolvimento da Criança, pertencente ao Hospital Garcia de Orta.

A música é uma arte exponencial e uma linguagem que consegue chegar de forma intensa ao ser humano (Damasceno & Junior, 2019), sendo capaz de fazer reavivar os seus pensamentos, as suas memórias e os seus sentimentos para, assim, ser suscetível de o tornar mais sensível e recetivo emocionalmente.

A presença de som provoca, geralmente, a atenção das crianças e aumenta a sua proximidade com aquilo que dá origem aos sons, o que fomenta o envolvimento destas no mundo sonoro. Assim, o som consiste numa forma de estimular a criança a ter comportamentos e reações diversos (Caetano & Gomes, 2012).

As crianças que apresentam as suas capacidades de comunicação limitadas ou consideradas diferentes do padrão podem ser portadoras de PEA, aquilo que Gattino e Reis (2019) descrevem como sendo uma patologia com diversas especificidades, nomeadamente no que diz respeito à incapacidade de estabelecer relações afetivas ou de responder a estímulos do meio envolvente, assim como à existência de comprometimento ao nível da comunicação, da interação e do comportamento. Neste sentido, a dificuldade ao nível da comunicação é suscetível de prejudicar a forma da criança estabelecer relações com terceiros, bem como de interagir com a família ou com outros indivíduos.

As dificuldades podem ser ultrapassadas através de um plano terapêutico criado por um musicoterapeuta certificado profissionalmente, que utiliza a música e os seus constituintes nas sessões de intervenção em Musicoterapia.

É através da utilização da música que a musicoterapia consegue promover e desenvolver as áreas que apresentem mais comprometimento quer seja ao nível da comunicação, da cognição, emocional ou linguístico e social.

No que diz respeito à música, é pertinente referir que os elementos que a constituem, tais como os silêncios, o ritmo, a melodia ou o timbre, podem influenciar de forma positiva o indivíduo quer a nível fisiológico, como psicológico (Garcia, 2012).

Assim sendo, importa referir que este estágio se centrou em dois objetivos específicos, nomeadamente: 1) promover a relação díade mãe e filho; e 2) promover ou aumentar a comunicação não-verbal e gestual dos adultos face às crianças e vice-versa.

No que concerne à estrutura do relatório de estágio, este encontra-se dividido em diferentes capítulos. Primeiramente é feita uma caracterização do Centro de Desenvolvimento Infantil (CDC), onde foi realizado o estágio, para melhor compreender o seu funcionamento, a quem se destina, os seus serviços e especialidades e, ainda, os objetivos a atingir em articulação com os técnicos e a comunidade.

De seguida, no enquadramento teórico, é realizada a caracterização da população com a qual a estagiária interveio, crianças com Perturbação do Espectro do Autismo, sendo que esta parte se divide num subcapítulo – Características clínicas, que nos permite compreender claramente as especificidades da patologia. Pretende-se contextualizar a intervenção levada a cabo pela estagiária numa perspetiva teórica assente na literatura existente acerca da Musicoterapia, da Musicoterapia no Autismo, da Relação Terapêutica, da Relação Familiar com as Crianças com PEA e a Musicoterapia, do Modelo Nordoff-Robbins, da Improvisação,

das Técnicas de Musicoterapia Aplicadas a Crianças com PEA, da Musicoterapia Centrada na Família e, por fim, do *Setting* Terapêutico.

Posteriormente, são apresentados os objetivos delineados para o presente estágio, os métodos e técnicas utilizadas e dois estudos de caso.

Caracterização da Instituição

O presente estágio decorre no Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC) Torrado da Silva, sendo que esta é parte integrante do Hospital Garcia de Orta (HGO), situado em Almada. Esta instituição consiste no único CDC da zona sul que faz parte de uma unidade hospitalar do Serviço Nacional de Saúde. A sua atividade foi iniciada no dia 1 de Junho do ano de 2007 e apresenta como principal missão a constituição de um centro multiprofissional, que visa o atendimento de crianças e jovens em idades pediátricas, na faixa etária dos 0 aos 18 anos de idade, com patologias neurológicas e do desenvolvimento, residentes na área que abrange o HGO, nomeadamente, nos concelhos de Almada e do Seixal (Centro de Desenvolvimento da Criança [CDC], 2021).

Objetivos Gerais do CDC

Nesta unidade de saúde, são prestados diversos serviços de prevenção, de diagnóstico e de tratamento relacionados com todo o tipo de doenças neurológicas agudas e crónicas e Perturbações do Desenvolvimento psicomotor. O centro reúne todos os propósitos de uma unidade do sistema público, tentando viabilizar uma assistência competente, defendendo a promoção de serviços de qualidade e excelência e tentando garantir às crianças uma igualdade de acesso.

O CDC tem como objetivo criar um centro multiprofissional com o intuito de atender crianças em idade pediátrica que apresentem qualquer comprometimento de desenvolvimento ou a nível neurológico, procurando proporcionar, em simultâneo, investigação, avaliação e tratamento adequados a cada necessidade em concreto. Também a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doenças neurológicas agudas e crónicas e de perturbações do desenvolvimento psicomotor são serviços disponíveis no CDC, que assim, oferece um suporte médico e psicossocial às famílias, no sentido de fomentar uma maior ligação com a

comunidade. Esta ligação tem vindo a ser desenvolvida através das Unidades de Neuropediatria e Desenvolvimento e de Reabilitação Pediátrica, que visam promover a continuidade de ação do centro, favorecendo a ligação com os cuidados de saúde primários e fomentando a cooperação institucional. Desta forma, a articulação entre todos os profissionais envolvidos possibilita melhor perceber, contextualizar, enquadrar e definir a melhor forma de intervir e, deste modo, contribuir para a melhoria da qualidade de vida das crianças e respetivas famílias. Por outro lado, a colaboração com os profissionais que trabalham nos apoios educativos tem-se revelado fundamental, no intuito de avaliar e definir conjuntamente uma metodologia mais ajustada a cada criança. O CDC é um centro de referência no diagnóstico e avaliação de crianças que excedam as capacidades técnicas dos hospitais da zona sul.

O CDC privilegia o investimento na área da investigação científica, bem como na promoção de atividades científicas, através por exemplo, da realização de trabalhos e projetos de investigação clínica, e ainda na criação de um polo de investigação aplicada e no ensaio de ajudas técnicas e novas tecnologias. Investe na formação dos profissionais intra e extra-hospitalares, de diferentes áreas, tanto ao nível de estágios específicos, como no âmbito da realização de ações de formação direcionadas aos familiares das crianças e aos técnicos das áreas da saúde, da educação e da segurança social.

Atividades do CDC

Com o intuito de obter uma apreciação eficiente junto da comunidade inserida na sua zona de intervenção direta e de forma a garantir uma diferenciação nas diferentes áreas clínicas a nível regional, o centro divide-as, em três atividades distintas, a saber:

Assistencial – Existência de consultas de diferentes especialidades individualizadas e consultas multidisciplinares para as patologias mais complexas. Intervenções terapêuticas nas diferentes áreas.

Formativa – Cooperação nas atividades pedagógicas dos serviços do Hospital, nomeadamente através da promoção frequente de estágios médicos, psicólogos e técnicos. Estes estágios estão disponíveis, igualmente, para profissionais de outros hospitais tais como internos de Pediatria, de Neurologia, de Neuroradiologia, de Reabilitação e estudantes dos Ciclos de Estudo Especiais de Neuropediatria. Além disso, são dinamizadas ações de formação direcionadas a pais e técnicos das áreas da saúde, da educação e da segurança social.

Científica – Apresentação regular de trabalhos e projetos elaborados na área de investigação clínica em reuniões nacionais e internacionais e em publicações em revistas especializadas (CDC, 2021).

Desta forma, o centro proporciona uma articulação entre o trabalho hospitalar e o trabalho realizado nos Cuidados de Saúde Primários bem como entre os vários elementos a nível educativo e de apoio social, com o intuito de promover a eficiência do centro como um todo e a satisfação dos utentes e profissionais.

No que diz respeito à atividade assistencial, esta agrega consultas gerais ao nível do desenvolvimento, da epilepsia, da neuropediatria, da reabilitação pediátrica e da psicologia. Também as consultas pluridisciplinares, as intervenções terapêuticas, a enfermagem, o serviço social e a educação fazem parte desta mesma atividade. Neste sentido, o presente estágio foi enquadrado e inserido num grupo multidisciplinar destinado a crianças com Perturbação do Espectro Autismo (PEA). A equipa, designada grupo PEA, atua de forma assistencial através de consultas pluridisciplinares e formativas, sendo que, da mesma, fazem

parte as equipas de intervenção precoce de Almada, Seixal e Sesimbra, que realizam reuniões mensais com o objetivo de dinamizar e proporcionar, de forma constante, uma articulação entre as instituições.

As consultas pluridisciplinares têm um impacto positivo na vida dos pacientes e respetivas famílias, pois atuam nas várias patologias do foro neurológico e do desenvolvimento, havendo um acompanhamento especializado face a estas situações, não só numa abordagem dos diferentes aspetos biomédicos em si, mas também dos aspetos psicológicos e sociais.

É importante que no processo dos cuidados de reabilitação e habilitação, estes sejam adaptados a cada caso e a cada criança em concreto, tendo em conta que cada uma manifesta especificidade diferentes e próprias ao seu desenvolvimento contínuo e multifacetado. Deste modo, uma abordagem mais adequada deverá assentar na criança e na respetiva família bem como nas características específicas de cada caso e inerentes a diferentes patologias. Após uma avaliação realizada pelos diferentes técnicos envolvidos, a equipa elabora um plano terapêutico de intervenção e reabilitação, que contempla as diferentes particularidades do desenvolvimento global da criança, a saber, a nível motor, sensorial, social, afetivo e familiar, através de estratégias apropriadas para a promoção e realização do plano. A ligação entre todos os técnicos envolvidos possibilita uniformizar as intervenções, para, desta forma, rentabilizar o tempo e aumentar a eficácia do plano terapêutico, contribuindo, assim, para a melhoria da qualidade de vida das crianças e suas famílias, ao evitar, por exemplo, várias deslocações ao centro.

Neste sentido, o grupo PEA procede à observação e avaliação do perfil comportamental de cada caso, bem como analisa a existência de co morbilidades, sendo que a partir da comunicação e interação social é avaliada a reciprocidade socio-emocional, a

comunicação não-verbal e o relacionamento social, através da observação de interesses restritos/comportamentos repetitivos, assim como de estereotípias motoras e linguagem estereotipada, rituais ou rotinas e, ainda, interesses restritivos e interesses sensoriais e aversões. Tudo isto é feito de acordo com um protocolo existente para crianças com idades compreendidas entre os 0 aos 6anos.

De acordo com este protocolo, cada caso é encaminhado pela neuropediatria e pediatria do desenvolvimento no CDC para a equipa da PEA, pela qual é realizada a análise do caso, sendo que, numa fase posterior, o grupo PEA reúne-se com a família da criança e, de seguida, com a comunidade educativa e com os técnicos necessários. No referido protocolo, também são avaliados os instrumentos específicos de intervenção de cada área, sendo que, numa fase final, pretende-se que os resultados obtidos para cada área sejam apresentados e discutidos em conjunto.

No que se refere à já mencionada equipa PEA, esta é constituída por técnicos de próprio CDC, pertencentes às áreas de psicologia, terapia da fala, terapia ocupacional, terapia psicomotora/reeducação, psicomotora, educação e musicoterapia. Dela fazem parte, também, técnicos do sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIP). Os técnicos que incorporam a equipa do CDC têm funções muito bem definidas. Por exemplo, os técnicos da área de psicologia têm como principal missão a avaliação de cada caso, tendo, para tal, instrumentos específicos de avaliação no que concerne ao autismo, tais como o *Diagnostic Observation Schedule* – ADOS. A ADOS trata-se de uma escala de observação do comportamento. Estandarizada e semiestruturada, com o intuito de avaliar a comunicação/interação social, o comportamento e o jogo, isto é, a utilização criativa de materiais para indivíduos com indícios de PEA.

A terapia ocupacional tem como princípio avaliar o desenvolvimento motor, ou seja, a coordenação global, coordenação bilateral e a motricidade fina, bem como o processamento sensorial, nomeadamente o processamento e modelação sensorial, e ainda o comportamento da criança. Através de técnicas concretas, a terapia ocupacional visa o aprimoramento de competências sensoriais, motoras e cognitivas essenciais para o exercício de tarefas do dia-a-dia.

Por sua vez, a terapia da fala incide na área da prevenção, na avaliação e no tratamento de distúrbios da alimentação, por exemplo no que respeita a mudanças no padrão de alimentação, e comunicação, tais como no que se refere à articulação e à influência da linguagem e da voz. A terapia da fala é, então, parte integrante da equipa multidisciplinar em articulação com as famílias.

A valência da terapia psicomotora/reeducação consiste numa abordagem de intervenção que objetiva o corpo em ação e a sua expressão, isto é, no que se refere às capacidades de entender, atuar e interagir com o outro, com os objetos e consigo próprio, para organizar a atividade cognitiva, a atividade motora e o equilíbrio emocional. Sustenta-se no âmbito lúdico e corporal como um meio privilegiado no progresso do desenvolvimento psicomotor, do comportamento socio-emocional e da aprendizagem.

No que diz respeito à valência da educação, a mesma opera como um recurso para as famílias ou comunidade com o intuito de encontrar respostas ou orientações para os projetos de vida das crianças. O objetivo principal desta valência consiste em avaliar os caos sinalizados, em equipa ou individualmente, para, numa fase posterior, ser delineado um plano de intervenção, sempre com suporte e acompanhamento na execução do mesmo. É feita, também, em articulação com os vários serviços da comunidade de modo a sensibilizá-la na

promoção da inclusão. No que à avaliação diz respeito, é utilizada a Escala de Comportamento Adaptativo a Vineland Adaptive Behavior Scale (VABS).

Em parceria com o CDC, o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) atua em parceria tendo como objetivo assegurar a Intervenção Precoce na Infância (IP). A IP refere-se à população pediátrica, na faixa etária dos 0 aos 6 anos, que apresente mudanças nas funções do corpo que limitam o desenvolvimento normal e o desempenho em atividades típicas, tendo como referencia o desenvolvimento próprio e típico de cada faixa etária e contexto social. O SNIPI intervém, também, face aos caos de risco grave de atraso do desenvolvimento, seja pela presença de condições biológicas, psicoafectivas ou ambientais, que tenham um grande impacto no desenvolvimento da criança. Tem por princípio reconhecer as crianças e famílias que reúnem as condições definidas para o SNIPI, assegurando uma vigilância permanente às mesmas que, apesar de não serem prontamente elegíveis, necessitam de uma avaliação frequente, em virtude da natureza dos seus fatores de risco e possibilidade evolutiva. Os elementos constituintes do SNIPI têm, ainda, como missão conduzir e orientar as crianças e famílias carenciadas de apoio social, traçando um plano de acordo com as suas necessidades, assim como identificar as necessidades e recursos das comunidades da sua área de intervenção, estimulando o suporte de apoio social. Neste sentido, torna-se pertinente a articulação do SNIPI, sempre que necessário, com as comissões de proteção de crianças e jovens, com os grupos de saúde de crianças e jovens em risco ou outras organizações que intervenham no domínio da proteção infantil. Outra questão pertinente, no que diz respeito às crianças, é garantir os processos apropriados para outros programas, serviços ou contextos educativos, havendo, desta forma, uma coordenação constante com os docentes das creches e jardim-de-infância, no que se refere a crianças que

se encontrem colocadas e integradas em IP, para garantir um bom, sólido e constante acompanhamento.

Com o intuito de promover uma melhoria da qualidade de vida das crianças que frequentam o CDC e das respetivas famílias, os elementos integrantes de toda a equipa realizam reuniões multidisciplinares mensalmente, em primeiro lugar com a equipa interna e, numa fase posterior, com a equipa externa e com a equipa de intervenção precoce. As reuniões têm o intuito de agrupar e definir critérios de intervenção, promover a interdisciplinaridade e debater detalhadamente cada caso. Por outro lado, de acordo com as necessidades de cada criança, são realizadas reuniões trimestrais, no sentido de informar a família acerca do estado de desenvolvimento da criança (Cercica, 2021).

Descrição da População – Alvo

O Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC) dirige-se às crianças que apresentem perturbações do desenvolvimento na faixa etária dos 0 aos 18 anos de idade. Assim que atingirem os 18 anos, são encaminhadas para a área de psiquiatria do Hospital Garcia de Orta, (CDC, 2021).

São encaminhadas para o CDC as crianças que sejam diagnosticadas com perturbações do desenvolvimento ou que tenham deficiência motora, sensorial, ou mental moderada ou profunda. Aqui, também se enquadram as crianças portadoras de Síndrome de Down, com PEA, atrasos no desenvolvimento global e deficiência intelectual (CDC, 2021).

Enquadramento Teórico

Na presente secção é apresentada a revisão da literatura inserida e contextualizada no estágio realizado, de modo a explicar as temáticas correspondentes à problemática cuja intervenção incidiu.

Autismo

A expressão “autismo” refere-se, comumente, na literatura em geral, tanto a um tipo específico da perturbação do espectro autista como a um conjunto de sinais e sintomas (Schmidt, 2013).

O termo “autismo” foi utilizado, pela primeira vez, em 1911, pelo psiquiatra suíço Paul Eugen Bleuler, para se referir ao quadro de esquizofrenia. O termo era aplicado a crianças, que, aparentemente, teriam perdido o contacto com a realidade o que, conseqüentemente, resultara numa enorme dificuldade ou incapacidade de comunicação (Ghazi, 2018).

Schmidt (2013) refere que, historicamente, as primeiras publicações sobre o autismo resultaram de suposições teóricas a respeito da síndrome com base nos casos observados pelos psiquiatras infantis Leo Kanner (1943) e Hans Asperger (1944).

Neste sentido, decorria o ano 1943, quando Leo Kanner publicou *Autistic disturbances of affective contact*, no qual sugere um novo conceito - o autismo infantil precoce (Dias, 2015). Este surgiu após a descrição clínica de onze pacientes infantis que, desde cedo, apresentavam comportamentos peculiares tais como o isolamento ou a perda de contacto social, sendo que a maioria dos pacientes revelava grandes dificuldades intelectuais (Ghazi, 2018). Kanner defendia que o autista não estabelecia contacto com a realidade desde o início de vida e não apresentava pensamentos fantasiosos. O autor define o autismo como uma síndrome rara, em que a criança apresenta uma estrutura anormal da personalidade, bem

como traços de extremo isolamento, resistência em estabelecer contacto afetivo-social, incapacidade de utilizar a linguagem de maneira expressiva e, ainda, insistência e obsessão em manter as coisas da mesma maneira (Dias, 2015).

Por outro lado, e tal como refere Stelzer (2010), o pediatra Hans Asperger realizou, em 1943, uma experiência semelhante à de Kanner, da qual constavam crianças com comportamentos autistas e com comprometimento a nível social e de comunicação. Asperger veio, pois, caracterizar a síndrome como um conjunto de dificuldades de integração social das crianças. Ainda assim, esta definição apresenta algumas diferenças face à de Kanner: para Asperger, as crianças possuíam um bom nível de inteligência e de aquisição de linguagem e os sintomas surgiam, apenas, normalmente, após o terceiro ano de vida (Dias, 2015).

Segundo Dias (2015), o autismo foi incluído, em 1968, no *Manual Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (DSM-II), no quadro “esquizofrenia de início na infância”. Porém, Onzi e Gomes (2015) referem que, a partir da década de 1980, o autismo foi retirado da categoria de psicose e, no DSM-III, já foi empregue a alteração para Atraso Global do Desenvolvimento (AGD). Ainda assim, no DSM-III-R, foi novamente realizada uma nova revisão, que culminou na terminologia Transtorno Autista. Por outro lado, Dias (2015), refere que o autismo, já no DSM-IV, foi caracterizado por prejuízo severo e invasivo em diversas áreas do desenvolvimento e também considerado um distúrbio global do desenvolvimento.

De acordo com Gattino e Reis (2019), o termo Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) é recente e foi instituído pelo Manual de Diagnóstico e Estatística dos transtornos Mentais (DSM-V) da *American Psychological Association*, em 2013.

Segundo a Federação Portuguesa de Autismo (Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo [APPDA], 2021), o autismo é considerado

como sendo uma perturbação global do desenvolvimento infantil que se prolonga por toda a vida e evolui com a idade. A mesma destaca que é importante proporcionar aos indivíduos com autismo a realização de atividades dentro das suas áreas de interesse, com o objetivo de os estimular para que, conseqüentemente, possam atingir as suas máximas potencialidades.

Conforme os critérios do DSM-V (APA, 2013), as primeiras manifestações da PEA devem surgir, na criança, antes dos 36 meses de idade (Federação Portuguesa de Autismo [FPDA], 2021). No período de desenvolvimento, nomeadamente na primeira infância, pode ocorrer o início da perturbação, porém, os sintomas podem apenas manifestar-se no seu todo numa fase bem mais avançada, quando as exigências sociais excedem as capacidades limitadas. Comumente, alguns sinais de autismo podem ser apresentados a partir de um ano e meio de idade ou, em casos mais graves, até mais cedo (Baron-Cohen 2016).

A PEA apresenta especificidades peculiares persistentes, no que diz respeito à comunicação social recíproca e à interação social critério A), bem como a padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades (critério B). Estes sintomas estão, geralmente, presentes desde o início da infância e limitam ou prejudicam o funcionamento diário da criança (critérios C e D). O estágio em que o prejuízo funcional se torna evidente poderá variar de acordo com as características específicas do indivíduo e meio envolvente que o rodeia (APA, 2014; Knapik-Szweda, 2015; Rickson, 2015).

Por outro lado, o manual DSM-V (2014) subdivide a perturbação em três níveis de gravidade, estabelecidos de acordo com o tipo de apoio exigido e de acordo com uma verificação, em separado, da gravidade das dificuldades de comunicação social e dos comportamentos restritos e repetitivos manifestados. Temos, assim, o nível 3, em que é exigido “apoio muito substancial”, o nível 2, que exige “apoio substancial” e o nível 1, “exigindo apoio”. A gravidade pode, ainda, variar de acordo com o contexto ou oscilar com o

tempo (APA, 2014). O autismo está estabelecido dentro de um espectro, sendo que a patologia pode manifestar-se de formas distintas de indivíduo para indivíduo (Gattino & Reis, 2019).

Importa iniciar o tratamento com a maior brevidade após o diagnóstico, visto que, quanto mais cedo for iniciada uma intervenção terapêutica, maior será a probabilidade de esta promover e potenciar uma melhor qualidade de vida do indivíduo diagnosticado. O tratamento, neste âmbito, deve ser interdisciplinar e adequado às especificidades de cada paciente e de cada caso (Gattino & Reis, 2019; Poch-Blasco, 2002).

De referir que não existe cura para o autismo, nem uma só intervenção, única, apropriada para todos os indivíduos com a patologia. Pelo contrário, a intervenção deve ser, como já foi dito, adaptada a cada um. Assim, dependendo do nível da perturbação no indivíduo e com a intervenção adequada, apesar de não haver cura, este poderá atingir uma autonomia ou uma inclusão quase total (APPDA, 2021).

O diagnóstico é essencialmente clínico e é realizado com base nas manifestações de prejuízo na interação social dos indivíduos, em alterações relevantes na sua comunicação verbal e não-verbal em padrões limitados ou estereotipados de comportamento e interesses, entre outros sinais e sintomas (APA, 2014).

Características do Autismo

O processo de diagnóstico é fundamentalmente clínico e é feito com base em manifestações de prejuízo na interação social dos indivíduos, em alterações relevantes na sua comunicação verbal e não-verbal e em padrões limitados ou estereotipados de comportamentos e interesses, entre outros sinais e sintomas (APA, 2014).

Sendo que os primeiros sintomas começam a ser visíveis aos três anos de idade, dos mesmos devem constar pelo menos um dos três domínios comportamentais (Hus_ & Lord, 2012; Mcpartland & Volkmar, 2012), a saber:

Interação social. As competências de interação social devem ser analisadas segundo o contexto no qual a criança está inserida. No contexto da PEA, a criança demonstra incapacidade em relacionar-se e em interagir com os outros indivíduos de forma socialmente aceitável, apresenta dificuldades em manter o contacto ocular, demonstra alguma resistência em participar nas atividades de grupo, tem algumas limitações no que se refere à manifestação de sentimentos e apresenta, ainda, falta de empatia social e emocional e dificuldade em expressar afeto por outros indivíduos (Elsabbagh et al., 2012; Fountain et al., 2012). Gattino (2015), refere que a perturbação provoca ainda dificuldade em compartilhar prazer ou interesse e, ainda, falta de reciprocidade social ou emocional por exemplo, a não participação em jogos sociais simples, a falta de interesse na interação social ou a ausência de brincadeiras simbólicas e que dão aso à imaginação. Os deficits são geralmente observados tanto em iniciações sociais como nas respostas a interações sociais.

Apesar dos indivíduos com autismo poderem tentar iniciar uma interação, a mesma terá à partida a interação principal de atender às suas próprias necessidades ou desejos, não podendo, assim, esta interação ser classificada como uma interação autêntica (Eren, 2015).

Comunicação e linguagem. Neste contexto, as crianças apresentam prejuízo no que se refere a conseguir criar formas de comunicação de acordo com os padrões da comunicação verbal e não-verbal. Existem ainda dificuldades na execução de movimentos e gestos intangíveis de modo a serem compreendidos e aceitáveis socialmente. Jones (2014) refere que no que diz respeito à comunicação nos indivíduos com autismo, uma das particularidades observada relaciona-se com as dificuldades qualitativas na comunicação, a saber, o atraso na

linguagem falada ou a total falta desta, com não compensação por outros meios de comunicação, a dificuldade em iniciar ou manter conversas com outras pessoas, o uso estereotipado ou repetitivo da linguagem ou linguagem idiossincrática e, ainda, a falta de fingimento espontâneo ou brincadeira de imitação adequada ao nível do desenvolvimento.

Nos indivíduos com PEA, observa-se frequentemente um atraso na aquisição da linguagem, sendo que, normalmente, as primeiras palavras surgem por volta dos 38 meses. De referir que em crianças que apresentam um padrão de desenvolvimento típico tal acontece, expectavelmente, entre os 8 e os 14 meses (Reis, 2016).

Muitas crianças com PEA manifestam dificuldades na utilização da linguagem verbal, sendo que, ocasionalmente, recorrem a outras formas de comunicar tais como o ato de apontar ou a utilização de gestos. Para mais, e uma vez que as crianças, neste contexto, não possuem um meio de comunicação considerado adequado, é frequente que estas o façam através do seu comportamento, muitas vezes interpretado como inadequado (Eren, 2015).

A respeito das formas alternativas de comunicação encontradas pelas crianças com PEA, estudos promovidos por Baron-Cohen (2016) referem que estas, ao recorrerem ao gesto de apontar, utilizam, em primeiro lugar, o apontar protoimperativo – para pedir - em oposição ao apontar protodelarativo – isto é, para comentar (Reis & Almeida, 2016).

Na literatura constam duas propostas que clarificam os déficits no discurso e na pragmática das crianças com autismo, nomeadamente, a Teoria da Mente e outra, sustentada na Teoria das Funções Executivas (Reis, 2016).

A Teoria da Mente está intimamente relacionada com a capacidade que o indivíduo tem em entender estados mentais, quer os seus, quer dos outros, tendo, assim, a capacidade de compreender que o outro pode ter sentimentos, desejos ou crenças diferentes das suas. As dificuldades relacionadas com esta capacidade são suscetíveis de provocar déficits na

comunicação e na interação com os demais (Montgomery et al., 2016). Por outro lado, a proposta da Teoria das Funções Executivas vem referir que existe um conjunto de processos cognitivos relacionados com as funções do lobo frontal do cérebro que explica o comprometimento dos indivíduos com autismo, processos esses como a memória de trabalho, a inibição, a conservação de um objeto, o controle cognitivo e resposta às mudanças no ambiente (Montgomery & Reis, 2015). Em suma, a Teoria das Funções Executivas tenta fundamentar que as dificuldades manifestadas pelas crianças com autismo relativamente aos processos cognitivos anteriormente discriminados podem ser responsáveis pelos *deficits* sociais, pelos atrasos na comunicação, pelos comportamentos repetitivos, entre outros (Gattino & Reis, 2019).

A ecolalia caracteriza-se pela imitação literal ou retardada de palavras que outra pessoa proferiu, mesmo que tal já não seja relevante de acordo com o contexto (Jaswal & Akhtar 2018). Ainda assim, embora a ecolalia possa não facilitar o desenvolvimento gramatical, a mesma aparenta ter uma função cognitiva parcial (Eigsti & Kelley 2011). Quando existe linguagem verbal em crianças com PEA, verifica-se uma grande probabilidade de a criança apresentar ecolalia e utilizar palavras fora do contexto (Gattino & Reis, 2019).

Segundo Boucher (2012), a maioria das crianças com autismo apresenta um grande comprometimento na comunicação devido ao déficit cognitivo existente.

Padrões restritivos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. As crianças tendem a realizar estereotípias motoras, tais como, por exemplo, balançar o corpo para trás e para a frente repetidamente, sacudir as mãos, e, também, existência de ecolalias, em que existe uma repetição atrasada ou imediata de frases, palavras ou sons. Para mais, também apresentam dificuldades face a mudanças, isto é, muitas vezes as crianças são fixadas em algumas rotinas ou manifestam interesse e admiração excessiva por determinados

objetos específicos e concretos (Critério B) (APA, 2014). É, neste contexto, pertinente salientar que as demonstrações referidas anteriormente podem estar correlacionadas com a maneira como as crianças com PEA se conectam com o mundo ao seu redor. Como tal, de acordo com Kirchner et al. (2012), por vezes as ações repetitivas, ou a fixação por objetos, não constituem um problema em si, visto que estas demonstrações podem de alguma forma retratar a forma como a criança estabelece uma ligação com o mundo externo.

Existem algumas particularidades que estão relacionadas a uma grande parte dos casos de PEA, mas que não estão presentes na tríade mencionada anteriormente (Duerden et al., 2012; Johnson et al., 2012). Temos como exemplos a hipo ou hipersensibilidade sensorial, o andar na ponta dos pés, a falta de compreensão do perigo, o medo exagerado perante algumas situações, a automutilação ou a hiperatividade (Gorrindo et al., 2012; Harfterkamp et al., 2012; Robertson & Simmons; 2012).

Musicoterapia

Desde a antiguidade que a música é conhecida pelos seus efeitos terapêuticos e por ser suscetível de influenciar de forma positiva a saúde e o comportamento humano (Gattino, 2015). Após a primeira e segunda guerras mundiais, na primeira metade do século XX, a musicoterapia começou a ganhar expansão e visibilidade, nomeadamente através da presença de músicos profissionais e amadores em diversos hospitais, nos quais milhares de soldados se encontravam devido a ferimentos físicos ou traumas emocionais derivados dos períodos de guerra que viviam (Horden, 2017). Os resultados obtidos foram positivos, no que respeita à condição psicofísica dos pacientes, o que levou, assim, os hospitais a contratarem músicos para os efeitos já referidos. De realçar que estes músicos, antes de começarem o seu trabalho, necessitavam de ter uma formação específica (Gattino, 2015). Posteriormente, e neste sentido, verificou-se a necessidade de criar formação específica para a profissão de

musicoterapeuta, sendo que o primeiro curso teve lugar na Universidade do Michigan, em 1944 (Davis & Hadley, 2015).

De acordo com a Federação Mundial de Musicoterapia, esta corresponde ao uso profissional da música e dos elementos que a constituem em contextos de intervenção, médicos e diários, “com indivíduos, grupos, famílias ou comunidades, que procuram otimizar a sua qualidade de vida e melhorar o seu bem-estar físico, social, comunicacional, emocional, intelectual e espiritual.” (World Federation of Music Therapy [WFMT], 2021). Wigram (2007) defende que, contrariamente ao que geralmente é pensado, a musicoterapia não tem como premissa principal a aquisição de competências musicais, tendo antes como principais objetivos facilitar e fomentar as relações afetivas e as capacidades de comunicação bem como trabalhar e obter resultados positivos no âmbito, por exemplo, de deficits cognitivos ou distúrbios emocionais.

Importante referir que a musicoterapia visa promover os potenciais de cada indivíduo, bem como recuperar variadas funções do mesmo, no intuito deste conseguir uma melhor qualidade de relação consigo mesmo ou com terceiros e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida através da prevenção, reabilitação ou tratamento (Haase, 2012).

A *American Music Therapy Association* (American Music Therapy Association [AMTA], 2021) refere que, neste contexto, a música é utilizada no âmbito de uma relação terapêutica, sendo utilizada de forma adequada tendo em conta as necessidades físicas, emocionais, cognitivas e sociais de cada indivíduo.

Musicoterapia no Autismo

Segundo a Organização Mundial de Saúde (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2021), uma em cada 160 crianças é diagnosticada com autismo. Face a tal problemática, foram surgindo, ao longo do tempo, diversos estudos que, entre outros, defendem a realização

do diagnóstico precoce da patologia, bem como da existência de intervenções terapêuticas adequadas à mesma, de entre as quais a musicoterapia (Subiantoro, 2017).

Bruscia (1988) define a musicoterapia como uma prática que tem como base uma experiência de caráter sonoro, suscetível de criar um processo no qual os indivíduos se podem expressar, livremente, através de sons, da voz, do corpo, da música e dos instrumentos musicais, e que tem como principais objetivos o desenvolvimento do indivíduo, a reabilitação de variadas funções por alguma razão comprometidas, bem como exponenciar o potencial do indivíduo. A musicoterapia pode, ainda, atuar de forma preventiva (Treurnicht et al., 2011). A musicoterapia tem como intuito promover a saúde dos indivíduos, bem como desenvolver o seu autoconhecimento e a sua expressividade e, ainda, criar situações comunicativas (Gattino & Reis 2019; Rudd, 1990).

Uma das ferramentas utilizadas para fazer o mapeamento do paciente é a Identidade Sonora (ISO), sendo que o musicoterapeuta utiliza os diversos elementos do som, musicais ou não, para criar canais de comunicação. Por ISO entende-se a identidade corpóreo-sonoro-musical que caracteriza um indivíduo e que o identifica e diferencia de todos os outros (Sharda, 2018). Para Benenson (2011, p.67), o ISO consiste em *“energias sonoras herdadas através das estruturas genéticas, pelas vivências vibracionais, gravitacionais e sonoras, durante a vida uterina, e por todas as experiências analógicas desde o nascimento até à idade adulta”*.

Neste sentido, sendo que uma das principais limitações das crianças com PEA diz respeito ao campo da comunicação verbal, a intervenção musicoterapêutica torna-se potencialmente adequada para esta população (Mónica, 2017). Gutierrez-Jiménez & Franco (2018) consideram que a música abrange o plano não-verbal, promovendo a expressão das emoções, ao nível físico, intelectual e social.

Na musicoterapia, a música e as suas características são utilizadas como um canal de comunicação não-verbal, para atingir objetivos não musicais (Elefant, 2014). Outro motivo pelo qual a música e os seus constituintes são considerados pertinentes neste contexto está intimamente relacionado com as especificidades das atividades musicais, que podem ser entendidas como uma prática multissensorial (Reschke-Hernandez, 2011, p.176).

Gattino e Reis (2019) referem que as terapias utilizadas no autismo têm diversos objetivos, nomeadamente, desenvolver competências, promover a socialização ou melhorar a qualidade de comunicação e a autonomia dos pacientes.

De acordo com Baron-Cohen (2016), a intervenção musicoterapêutica no autismo tem a finalidade geral de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos. Deste modo, a musicoterapia, com base numa vivência musical partilhada, tem como propósito alcançar os objetivos terapêuticos definidos para cada indivíduo e para cada caso em particular, que variam de acordo com as suas especificidades e necessidades (Bunt & Stiege, 2014). Elefant (2014) refere, no seu artigo, que Shumacker percebe a PEA como um transtorno afetivo e, como tal, refere que a musicoterapia é de extrema importância “...onde a fala não é possível ou a pessoa não é comunicativa e não-verbal. Relações emocionais entre pessoas devem ser desenvolvidas primeiro. Só então a fala pode ser útil para a mentalização do significado dos processos emocionais” (Schumacher, 2014, p.122).

Segundo Wigram et al. (2002), a musicoterapia pode ser aplicada em diversos contextos e a várias faixas etárias, ao longo da vida do ser humano. Isto é, esta tanto pode ser utilizada como terapia em crianças, nomeadamente com perturbações emocionais, do desenvolvimento, do comportamento ou da aprendizagem, como também na adolescência, no que se refere, por exemplo, às perturbações emocionais e comportamentais ou aos indivíduos com perturbações neurológicas.

Lagasse (2014) refere que a musicoterapia é uma atividade criativa, mas ao mesmo tempo estruturada, o que permite às crianças com autismo a possibilidade de vivenciarem uma experiência inovadora dentro de um contexto seguro e previsível.

A revisão de literatura tem demonstrado a existência de uma ampla variedade de necessidades nas crianças que apresentam patologia no contexto da PEA, necessidades essas que podem ser melhoradas através da música, nomeadamente no que se refere ao comportamento recíproco dos indivíduos, à redução de alguns comportamentos típicos no autismo, à promoção de melhores relações a nível emocional e social, por exemplo na atenção conjunta, ou, ainda, às rotinas sociais e às competências de comunicação (Lagasse, 2014). As intervenções musicais devem ser aptas a proporcionar às crianças com autismo um ambiente favorável para que, desta forma, possam assim ser melhoradas as suas competências comunicacionais e de interação social (Eren, 2015). Também a Associação Americana de Musicoterapia (2013) reitera o que foi escrito anteriormente, referindo que a música pode potenciar a melhoria da atenção, da comunicação e da socialização, especialmente em crianças com autismo. A musicoterapia tem-se revelado bastante eficaz no que concerne aos resultados obtidos no trabalho com estas crianças, assumindo, assim, um papel relevante e pertinente como alternativa de intervenção terapêutica de carácter não invasivo (Jaschke, 2014).

De acordo com Sharda (2018), as crianças com autismo manifestam, geralmente, uma grande concentração e sensibilidade face aos estímulos musicais a que são expostas, sendo capazes de responder positivamente aos mesmos.

A Relação Terapêutica

Na área da psicoterapia, a literatura sugere que, independentemente da abordagem terapêutica utilizada, a relação terapêutica é um fator fundamental para que se observem

mudanças terapêuticas (Mossler, 2017). A *American Music Therapy Association* (AMTA) refere que, no contexto da musicoterapia, a música como veículo no âmbito da relação terapêutica, sendo utilizada de forma adequada a cada caso, tendo em conta as necessidades físicas, emocionais, cognitivas e sociais de cada indivíduo. Além disso, pesquisas recentes na área da Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) indicaram a pertinência dos fatores relacionais, tais como a aliança terapêutica (Klebanoff, 2015), a capacidade de resposta dos pais (Siller et al., 2014), ou a sincronia interpessoal (Landa et al., 2011), sendo que todos estes fatores são suscetíveis de influenciar os resultados obtidos em cada processo. Contudo, existem, ainda, poucas evidências que indiquem de que forma é que os já referidos fatores relacionais poderão contribuir para uma alteração nas características das PEA (Lerner et al., 2012).

Benenzon (2000) define a musicoterapia como uma forma de psicoterapia que utiliza o som, a música e os instrumentos musicais e corporais como forma de estabelecer uma relação terapêutica entre o musicoterapeuta e o paciente, com vista à melhoria da qualidade de vida deste último.

No decorrer do processo terapêutico, uma das práticas comumente adotada é o estabelecimento do vínculo, seguindo da empatia, definida como a capacidade de sentir o que sentiria outra pessoa numa situação idêntica à vivenciada pelo indivíduo, sendo que esta assume uma extrema importância aquando da criação de um vínculo saudável (Gattino & Reis, 2019). Também Bruscia (2000) valida esta ideia, quando confirma que a empatia é a habilidade de compreender o que outra pessoa está a vivenciar, existindo capacidade de identificação com tal.

Quando o musicoterapeuta intervém com crianças maioritariamente não- verbais, é importante, primeiramente, construir uma relação terapêutica, no sentido de as deixar

confortáveis o suficiente para que consigam interagir. Isto é semelhante à abordagem humanística centrada no cliente desenvolvida por Roger (Kaenampornpan, 2015).

A utilização da música, segundo a abordagem humanista em musicoterapia, tem como intuito contornar a patologia ou o comprometimento apresentado pelo indivíduo, com a finalidade de atingir a parte saudável. Foca-se nas suas potencialidades, na sua criatividade, autodeterminação e constante evolução, compreendendo o ser humano como um todo, com as suas potencialidades e fragilidades (Wigram et al., 2002).

Neste sentido, a relação terapêutica permite ao terapeuta ter uma visão ampla e holística dos desafios apresentados por cada cliente e procurar, sempre, estratégias para que se verifiquem mudanças positivas em cada um. Para tal, devem ser tidos em conta três aspetos fundamentais, a saber, a autenticidade, uma postura de não julgamento e uma atitude empática (Roger, 1979). É através do estabelecimento da relação terapêutica que o cliente se pode sentir aceite e livre de julgamentos, sendo que tal possibilita a adoção de uma atitude saudável em relação a si e ao mundo (Kaenampornpan, 2015).

A música, o som e o instrumento musical podem ser considerados, neste contexto, objetos intermediários, uma vez que é através destes que, em musicoterapia, é possível estabelecer contato com o paciente e criar os vínculos adequados (Benenson, 1977; Gattino & Reis, 2019).

No decorrer das primeiras sessões de musicoterapia, é normal que a criança autista foque a sua atenção apenas nos instrumentos musicais, ignorando a presença do terapeuta, sendo que, apenas numa fase posterior, a criança estabelece contacto musical com o mesmo, através de tais instrumentos (Hanson - Abromeit, 2015). No decorrer deste processo, e uma vez que a expressão musical é de cariz não-verbal, torna-se possível contornar as dificuldades da comunicação verbal fortemente associadas ao autismo, sendo que tal possibilitará à

criança com PEA e ao terapeuta a criação de um canal de interação relacional (Eren, 2015). Ainda assim, isto só é possível quando o musicoterapeuta proporciona um ambiente terapêutico acolhedor e confortável para cada paciente, que denote a intenção de estar em sintonia com este, para que possa experimentar o seu fazer musical num ambiente de aceitação do seu comportamento sonoro musical (Hanson-Abromeit, 2015). Desta forma, a conexão terapêutica cresce lado a lado com os avanços na comunicação e nas competências musicais (Jones, 2014). Neste contexto, a música, utilizada com fins terapêuticos, pode promover novas experiências. Assim, o musicoterapeuta utiliza-a de modo a potenciar a criação de novas experiências relacionais (Suvini, 2019).

Aigen (2014), refere que as experiências musicais são um modo precioso de expressão do ser humano e de conexão, o que destaca a musicoterapia como um meio para a existência de mudança terapêutica.

Elefant (2014) considera que, quando o musicoterapeuta e o paciente tocam música em conjunto, de forma livre, é criado um espaço musical. Sendo expectável que, com o passar do tempo, o paciente e o terapeuta desenvolvam uma relação de confiança musical, verificando-se um crescimento de sentido de jogo e de experimentação entre eles. Desta forma, as crianças terão confiança para explorar o mundo que as rodeia, sendo que essa sensação de liberdade adquirida através do jogo musical é considerada importante para o desenvolvimento pessoal. Neste sentido, as condições terapêuticas, quando bem adequadas, possibilitam a existência de um espaço de experimentação, de modelagem, de imitação de formas sonoras, de representação e comunicação de sentimentos, pensamentos, atitudes e valores significativos, de orientações comportamentais e, ainda, de questões de crescimento e mudança.

Inicialmente, o musicoterapeuta tem como propósito estabelecer a relação com outra pessoa através das interações musicais, sendo que é por meio destas que o mesmo pode melhor compreender as potencialidades e os pontos fracos de cada criança (Oldfield, 2006).

O musicoterapeuta foca-se sobretudo, ao longo da sua intervenção, em desenvolver uma conexão de empatia com a criança, criada, por exemplo, através de diversas características musicais, como os padrões rítmicos, as dinâmicas ou as diferentes pulsações e tonalidades, observadas no comportamento musical e não musical da criança. Desta forma, é possível captar a atenção da criança para uma relação terapêutica através de uma base melódica que transmita um apoio de previsibilidade e de empatia. Todo este procedimento ocorre no âmbito não-verbal, por meio do contacto visual, da expressão facial, dos vocalizos, das trocas de instrumentos musicais, dos gestos e dos movimentos, o que, mais uma vez, é suscetível de aumentar a capacidade de reação da criança (Kim et al., 2009).

Segundo Wigram (2004), a musicoterapia abrange diversos idiomas, variados estilos musicais e diferentes culturas, sendo, desta forma, possível estabelecer uma relação de confiança entre o cliente e o terapeuta, quaisquer que sejam as suas características e idiosincrasias. Com o propósito de estabelecer uma relação forte com as crianças, os musicoterapeutas utilizam várias estratégias e formas de utilizar a música, tais como o canto, o movimento, o tocar instrumentos musicais e o escutar. O repertório musical a utilizar no âmbito terapêutico é escolhido e definido de acordo com o contexto, as necessidades e as preferências das crianças (Kaenampornpan, 2015).

Mössler et al. (2019) referem que a música, ao ser contemplada enquanto forma de terapia, pode gerar e transmitir sensações de encanto, seja pelos movimentos dos objetos, das cores e do movimento corporal, que estão em sintonia com as mais distintas emoções da criança, desde estados mais calmos aos mais agitados.

Silverman (2008) considera que a música tanto pode ser ouvida, como contemplada, sendo que os musicoterapeutas, através do uso das suas competências, podem ser bons intérpretes no campo não-verbal. Para Mössler et al. (2019), quando o musicoterapeuta pretende criar uma sensação de segurança entre respostas sensoriais e de cariz afetivo consigo próprio e entre pessoas, utiliza as características da música, tais como o timbre, a intensidade do som e a pulsação. Com o intuito de promover a comunicação interpessoal e intrapessoal, os musicoterapeutas recorrem à espontaneidade e também à execução de música improvisada ao vivo (Epstein et al., 2020).

A Relação Familiar com as Crianças com PEA e a Musicoterapia

A família é o primeiro grupo no qual o indivíduo se insere, pelo que não se pode negar a sua importância (Fiamenghi & Messa, 2007). Enquanto grupo social primário, esta apresenta um papel preponderante e determinante no desenvolvimento harmonioso da criança, desempenhando uma função formativa e decisiva no seu desenvolvimento cognitivo e afetivo, assim como na satisfação das suas necessidades básicas e diárias (e.g., alimentação, saúde e vestuário) (Gonçalves & Simões, 2010). Pode ser considerada ainda como um contexto de excelência para desenvolver a interação, uma vez que é no núcleo familiar que surgem os primeiros contactos corporais, a aquisição da linguagem e da comunicação, assim como as primeiras relações interpessoais com os restantes membros do agregado familiar (Alarcão, 2000).

O nascimento de uma criança, em qualquer família, acarreta consigo novos papéis na vida do casal, o que implica mudanças estruturais e exige adaptações (Ferreira & Martins, 2015). Por sua vez, o nascimento de um filho com especificidades dispare do padrão normal, implica, para a família, a decepção inicial e um conjunto de situações críticas, habitualmente acompanhadas de sentimentos e emoções dolorosas (Gonçalves & Simões, 2010). A chegada

de um bebê que apresenta uma patologia transforma-se, comumente, num evento traumático e desestruturador que interrompe o equilíbrio familiar (Brito & Dessen, 1999), sendo que a maior preocupação dos pais incide na aquisição de um diagnóstico exato, no modo como irão informar os irmãos e restantes familiares e no estabelecimento dos procedimentos a cumprir nas funções familiares (Costa, 2004).

Ao ser confrontada com o diagnóstico, a família vê-se obrigada a reformular sonhos, aspirações e idealizações que nutria em relação à criança (Ferreira & Martins, 2015), o que requer que a mesma realize o luto da criança idealizada durante o período de gestação para que, assim, consiga aceitá-la com as suas potencialidades (Bazon et al., 2004). A revelação do mesmo exerce um papel pertinente, uma vez que quanto mais adequada esta for, menor será a situação de desamparo enfrentada pelos pais (Brito & Dessen, 1999).

No momento em que o diagnóstico de PEA é apresentado às famílias, estas, como é de esperar, podem enfrentar momentos particularmente difíceis, no que diz respeito à aceitação da perturbação que os filhos possuem, às especificidades desta (Mulligan et al., 2012) e, especialmente, às interações com a criança, devido a fatores emocionais (Brito & Dessen, 1999).

Após o diagnóstico da patologia ser apresentado aos progenitores da criança, estes podem, inclusive, manifestar sinais de depressão, de ansiedade e de stress, que se podem ir agravando consideravelmente com o passar do tempo (Payakachat et al., 2012). Num sentido oposto, os autores defendem que as crianças com PEA apresentam grandes dificuldades no potenciamento de determinadas competências sem que haja um trabalho conjunto desenvolvido para o contrário.

De acordo com Crowell et al. (2019), a dificuldade em construir uma relação de afetos entre os progenitores e as crianças com PEA advém, nomeadamente, da dificuldade de

aceitação de padrões comportamentais desajustados, manifestados pelas crianças no dia-a-dia.

Num estudo levado a cabo por Oldfield (2012), foi possível perceber que a intervenção da musicoterapia com famílias, utilizando uma abordagem não-verbal, atividades musicais baseadas na improvisação, músicas lúdicas e conhecidas do repertório dos pacientes, promoveu uma melhor interação entre as crianças com PEA e os seus pais, sendo que essa mesma intervenção foi suscetível de suprimir as necessidades de algumas famílias, nomeadamente a nível relacional.

Muitas famílias têm relatado que a musicoterapia tem um papel pertinente, e positivo, ao nível da intervenção não apenas com a criança encaminhada, mas também com os pais ou responsáveis pela mesma (Procter, 2005). Um estudo levado a cabo por Oldfield (2011) refere que os pais mencionaram que a experiência de estarem presentes e envolvidos nas sessões de musicoterapia foi muito benéfica tanto para eles como para os seus filhos. Os resultados terapêuticos que advieram das sessões realçaram uma melhor relação e vínculo parental, o aumento da confiança familiar ao nível da comunicação, um maior nível de partilha de emoções e, ainda, uma melhoria da interação social, o que vem demonstrar os benefícios da musicoterapia centrada na família.

As intervenções de musicoterapia promovem uma experiência positiva que assenta na comunicação, nas relações, na mutualidade, no apoio, e nos problemas de comunicação, o que possibilita, assim, a criação de novas possibilidades de melhorar as relações entre pais e filhos em diferentes *settings* clínicos (Nemesh, 2016). Na mesma linha de pensamento, Sharda (2019) refere que a musicoterapia, aplicada a crianças com PEA, contribuiu para uma melhor capacidade comunicativa, no que diz respeito, por exemplo, à relação entre pais e filhos.

Modelo Nordoff-Robbins

No ano de 1959 emergiu o modelo pioneiro de Nordoff-Robbins ou Musicoterapia Criativa, resultante de uma parceria entre o pianista e compositor Paull Nordoff e Clive Robbins, professor de educação especial, que deu origem a uma aliança entre a psicologia e a música. O referido modelo tem como princípio o fundamento de Rudolf Steiner, que defendia que todo o ser humano tem a capacidade de dar respostas musicais e, assim, conseguir alcançar a sua “criança musical”. Esta expressão caracteriza-se pelo reforço dos domínios cognitivo, expressivo e comunicativo de cada criança, numa perspetiva de contribuição para a sua evolução e formação (Kenneth, 2014).

Neste contexto, a música serve como meio facilitador da comunicação, e, conseqüentemente, possibilita que os indivíduos que apresentem deficits de aprendizagem e a nível motor experienciem a música com naturalidade, uma vez que esta é inerente a qualquer ser humano (Kenneth, 2014).

A psicologia humanista teve um papel preponderante no modelo, por dar primazia à comunicação e expressão musical, bem como à sensibilidade da música, em conjugação.

Segundo Evangelista (2020), todo o ser humano tem as suas potencialidades e capacidades próprias, isto é, cada ser humano tem a sua própria essência que o diferencia dos outros, tendo vontades próprias e sendo capaz de fazer as suas próprias escolhas.

Nas sessões de musicoterapia, o modelo Nordoff-Robbins propõe que estas sejam levadas a cabo por musicoterapeuta e um coterapeuta, com o intuito de facilitar o processo com o cliente. Neste modelo, por exemplo, cabe ao terapeuta executar um padrão musical ritmado e com harmonia, com a finalidade de o cliente poder vivenciar a música, tanto a nível vocal como instrumental, sem qualquer limitação. Durante as sessões, o cliente é incentivado e estimulado de forma constante pelo terapeuta, que, ao introduzir novos sons, pretende ir

despoletando variadas emoções no cliente (Wigram et al., 2002). A improvisação, realizada entre terapeuta e criança com PEA, contribui para o estabelecimento de uma melhor relação emocional da criança, bem como para a promoção de melhorias nas áreas cognitivas ou motoras e, globalmente, na qualidade de vida desta, através da obtenção de diversas características musicais (Wheeler, 2015).

No início das sessões, é executada ao piano uma canção de “Boas-vindas”, sendo que, quando a sessão termina, e as crianças deixam o espaço terapêutico, o terapeuta toca uma canção de despedida. Desta forma, através das canções e da música improvisada, trabalha-se a comunicação e a autoexpressão (Wigram & Petderen, 2002). A canção de boas-vindas transmite à criança uma sensação de que algo vai iniciar (de Mers, 2007), e, também, de algo que procede às atividades anteriores da sessão de musicoterapia (Kern et al., 2007; Pellitteri, 2000). Ao cantar a canção de boas-vindas, o musicoterapeuta deve transmitir à criança que esta terá um papel ativo na experiência, sendo que pode e deve observar as respostas emocionais da criança face ao afeto do adulto, assim como de que forma a mesma gere o foco da atenção ou a forma como ouve os outros (Oldfield, 2004). A canção do adeus proporciona a sensação da finalização da experiência musical (Pellitteri, 2000), sendo que cabe ao musicoterapeuta utilizar essa ocasião para observar como as crianças lidam com o fim da sessão (Oldfield, 2000).

Na base do modelo Nordoff-Robbins assenta na crença de que a música promove o crescimento e desenvolvimento pessoal através das suas características e da sua utilização adaptada a cada caso, bem como na crença de que qualquer ser humano, independentemente da sua condição, apresenta capacidade de resposta inata ao som e à música, sendo que esta, desta forma, quando bem explorada e utilizada, pode apresentar enormes benefícios na promoção da qualidade de vida de todos os indivíduos (Wigram & Pedersen, 2002). A

musicoterapia criativa de Nordoff-robbins é suscetível de promover a relação, sendo que, nesta abordagem, enquanto o musicoterapeuta incentiva o cliente a interagir, este faz-se acompanhar de um instrumento musical (Aldridge et al.,1995). É através das interações que o cliente e o musicoterapeuta se encontram musicalmente criando uma relação interpessoal (Pavlicevic, 2000). Nordoff e Robin (1977) acreditavam que a música improvisada, em contexto terapêutico e de relação conjunta, pode promover respostas ao nível emocional, cognitivo, da interação social e musical, bem como desenvolver o estabelecimento e melhorias de relacionamentos interpessoais.

Improvisação

O cliente pode tocar diversos instrumentos sozinho, o musicoterapeuta ajuda-o, no sentido de o incentivar e de apoiar todo o processo, o que resulta, muitas vezes, em improvisação simultânea de paciente e terapeuta (Seabrook, 2017). O musicoterapeuta improvisa musicalmente com o intuito de estimular a criança para a criação do fazer musical, de forma que a mesma se envolva e interaja, bem como se sinta parte integrante do contexto e da relação (Nordoff & Robbins, 1977). O musicoterapeuta improvisa, ainda, de modo a espelhar musicalmente o comportamento e o estado emocional da criança, com o intuito de estimular as suas capacidades de comunicação e, assim, facilitar a interação musical entre a díade (Sorel, 2004). A improvisação musical surge como uma oportunidade para a criança se expressar naturalmente, bem como aos seus sentimentos e necessidades e, ainda, problemas de quem está no controlo (Loombe et al., 2015).

É importante que o musicoterapeuta tenha adquirido, ao longo da sua formação académica, competências musicais para improvisar, no entanto, não é, de todo, exigido isso por parte do cliente (Bruscia, 2000).

A improvisação em musicoterapia tem três características que a difere da improvisação noutros contextos, a saber, 1) a improvisação em musicoterapia desenrola-se dentro de uma relação terapêutica, 2) a improvisação em musicoterapia encontra-se, essencialmente, ao serviço da saúde e do bem-estar do cliente e 3) o musicoterapeuta utiliza técnicas musicais baseadas em princípios terapêuticos (Seabrook, 2019).

De acordo com Cooper (2010), a improvisação clínica realizada no âmbito da musicoterapia pode ser aplicada com clientes verbais ou não verbais, uma vez que a mesma consiste na junção do fazer musical livre e controlado, visando a obtenção de resultados positivos para a saúde de cada cliente. A utilização da improvisação na musicoterapia permite, ainda, que o cliente tenha liberdade para fazer as suas escolhas, e conseqüentemente, ser o centro e o foco principal de cada sessão (Suvini, 2019).

Luck et al. (2008) caracterizam a improvisação musical como uma possibilidade de fazer música livremente, recorrendo à voz, aos instrumentos musicais e ao movimento. Por outro lado, Wigram et al. (2002) definem a improvisação como uma ferramenta eficiente e dinâmica, em que um padrão musical pode ser repetido e explorado, com vista à obtenção de características espontâneas e criativas, que posteriormente, segundo Pethybridge (2013) resultarão em diálogos musicais entre a díade, no sentido de ser sempre promovida a comunicação e a interação.

Segundo Wigram (2004), existem várias formas de utilizar a improvisação, sendo que o autor refere que a mesma pode ser utilizada de duas formas distintas: a improvisação dirigida, que consiste na orientação que o cliente recebe do musicoterapeuta para a sua produção musical, nomeadamente no que se refere à utilização de notas musicais ou padrões ritmos sugeridos, e a improvisação livre, na qual o cliente tem total liberdade para escolher os elementos rítmicos, melódicos ou harmónicos.

Kim et al. (2009) referem que o aperfeiçoamento da técnica de improvisação em musicoterapia veio revelar que a utilização da mesma em contexto de intervenção é pertinente quando utilizada com crianças com PEA, por aumentar a comunicação emocional e social, ajudar a manifestar as vontades da criança e os seus pensamentos, bem como promover a liberdade de cada uma. Na mesma linha de pensamento, Raglio et al. (2011) mencionam que a improvisação utilizada com crianças com autismo visa incentivar a partilha dos seus sentimentos e equilibrar os níveis de ansiedade, o que, conseqüentemente, é suscetível de ajudar o indivíduo a sentir prazer em estar numa relação de interação através da comunicação não-verbal.

Bruscia (2000) afirma que a improvisação possibilita ao paciente uma maior consciência de si mesmo, permitindo que este se conecte com as suas emoções, assim como que perceba mais facilmente a origem das mesmas, o que facilita as alterações pretendidas a nível de personalidade.

Técnicas de Musicoterapia Aplicadas a Crianças com PEA

De seguida, serão apresentadas as técnicas que podem ser utilizadas, num contexto musicoterapêutico, com as crianças com PEA.

Baker e Wigram (2005) caracterizam a música como sendo algo estruturado, devido aos seus elementos constituintes. Assim, a música pode assumir-se como previsível e, assim, pode transmitir às crianças uma sensação de tranquilidade e de relaxamento, bem como potenciar o aumento da sua criatividade.

Com o intuito de obter reações por parte dos clientes, os musicoterapeutas recorrem a várias técnicas, a saber, 1) a *Imitation*, que consiste na imitação de sons e expressões emitidos pelo cliente, com a noção das notas produzidas, o tempo e o ritmo, com o intuito de incluir estas especificidades num fazer musical baseado na imitação, visando a interação musical e a

comunicação, 2) o *Pausing*, que se baseia na existência de uma pausa imprevista dentro de um excerto melódico ou rítmico, com a finalidade de conseguir captar a atenção da criança, 3) o *Turn-Taking*, que é a interação baseada numa mistura entre a imitação e a variação musical e, por fim, 4) o *Expectation*, que se prende com a expectativa em relação ao excerto musical que está a ser tocado, sendo que o musicoterapeuta o interrompe, fazendo uma pausa, para que a criança complemente a frase de forma autónoma. Por outro lado, a criança pode parar em simultâneo com o musicoterapeuta, demonstrando, desta forma, que está predisposta a reproduzir sozinha um som (Wigram & Pederson, 2002).

Com o propósito de contribuir para um aumento no contacto visual, a técnica de imitação é adequada, pois força a criança a direcionar a sua atenção ao movimento que está a ser reproduzido, ao meio envolvente e ao seu corpo, proporcionando a comunicação entre a díade criança e terapeuta, na qual quem comanda é a criança (Tomlinson et al., 2012).

Wigram (2004) refere que o *mirroring* é uma técnica utilizada pelo musicoterapeuta com o intuito de espelhar os movimentos do cliente. Assim, o musicoterapeuta coloca-se no mesmo plano emocional e cognitivo do cliente, o que resulta numa relação de empatia. Assim sendo, a criança poderá ver o seu próprio comportamento espelhado no musicoterapeuta (Wigram, 2007).

Os musicoterapeutas conseguem, ao cantar, responder ou refletir as respostas das crianças, através dos seus movimentos corporais, expressões faciais, gestos ou vocalizações que as mesmas reproduzem (Elefant, 2001; Van Colle, 2003; Wigram & Elefant, 2009). Utilizar a voz para imitar os sons emitidos pelas crianças irá permitir que estas tenham maior consciência daquilo que estão a fazer (Kaenampornpan, 2015).

Nas sessões de musicoterapia, a criança que apresenta dificuldades de comunicação é estimulada a fazer troca de turnos, quer seja a tocar nos instrumentos musicais ou a vocalizar,

de forma a encontrar motivação para desenvolver as suas capacidades comunicativas, permitindo dar a possibilidade de influenciar outros, através da experimentação da interação que envolve voltas repetidas numa conversação musical (Perry, 2003).

Por outro lado, cantar com movimento e ações e criar associações pode aumentar o significado das músicas, pois o movimento é suscetível de as tornar mais interativas e apelativas para as crianças (Perry, 2003; Wimpory & Nash, 1999).

Thaut (1984) refere que as ações podem estimular a aprendizagem sobre as partes do corpo ou a melhorar noções de conceitos espaciais. Os musicoterapeutas, ao criarem canções que vão ao encontro dos movimentos das crianças, têm o intuito de obter a atenção das mesmas sobre a comunicação dos outros que estão ao seu redor e da música, sendo que o movimento que elas fazem proporciona um pulso rítmico comum para a interação (Holck, 2004). As crianças com PEA tendem a demonstrar alguma dificuldade ao nível da interação, sendo que alguns movimentos exigem que as crianças se envolvam em proximidade física. Tal permite que as crianças desenvolvam um maior vínculo com adultos e com os seus pares (Abad & Edwards, 2004; Mers, 2007).

Musicoterapia Centrada na Família

São vários os musicoterapeutas que defendem a importância de trabalhar em articulação com os familiares nas mais diversas populações e patologias.

A musicoterapia com crianças é uma terapia de intervenção psicológica, neurológica e fisiológica, que assenta no bem-estar emocional da criança, trabalhando as problemáticas que a mesma pode apresentar seja a nível da comunicação, da interação, da autoestima, entre outros (Annesley et al., 2020). Estudos qualitativos realizados aos pais de várias crianças, com o intuito de melhor compreender as suas opiniões sobre a importância e pertinência da musicoterapia na vida dos seus filhos, revelaram que estes notaram melhorias positivas não

só na criança individualmente, como no que diz respeito à relação com os membros das famílias (Nemesh, 2016). A literatura referente à intervenção de musicoterapia com crianças apresenta duas abordagens distintas no que aos pais diz respeito. Por um lado, é referido que o terapeuta deve trabalhar sozinho com a criança nas sessões, existindo, contudo, em paralelo, troca de informações com os pais desta, a respeito do dia-a-dia da criança e dos resultados da terapia (Annesley et al., 2020). Quanto ao outro tipo de abordagem utilizado, este incide num modelo que defende a presença e a participação do elemento familiar nas sessões, juntamente com a criança, quer se tratem de sessões de grupo ou individuais (Jacobsen & Thompson, 2017).

De acordo com Oldfiel (2017), no que se refere às crianças em idade pré-escolar e que tenham sido recentemente diagnosticadas e encaminhadas para a musicoterapia, cabe ao musicoterapeuta ser o primeiro profissional em contacto com os pais a focar-se e centrar-se nas potencialidades da criança ao invés das suas dificuldades.

Um estudo realizado a diversos pais acerca da sua inclusão nas sessões de musicoterapia dos seus filhos veio revelar que os participantes notaram resultados positivos nas crianças e, também, uma maior compreensão dos pais face às necessidades dos seus filhos, assim como sentimentos de proximidade que emergem do prazer compartilhado da música (Thompson, 2017). De acordo com Sampaio et al. (2015), as intervenções levadas a cabo pelos musicoterapeutas Wimporye et al. com uma criança de três anos diagnosticada com Perturbação do Espectro de Autismo (PEA) e com a sua mãe demonstraram que ocorreram melhorias significativas ao nível da interação e da comunicação na díade, sendo que estas se mantiveram para além do *setting* terapêutico. Neste sentido, a música, a partilha emergente desta, bem como a atenção conjunta criada neste contexto podem dar um apoio

aos pais e à criança fortalecendo o processo vincutivo entre ambos (Jacobsen & Thompson, 2017).

A musicoterapia centrada na família visa a promoção da saúde dentro dos seios familiares e entre os seus elementos, sendo que as principais funções do terapeuta devem incidir, fundamentalmente, na promoção de alterações num membro específico da família o que, conseqüentemente, resultará em mudanças nas dinâmicas familiares (Bruscia, 1988). A musicoterapia centrada na família é utilizada em diversas populações, nomeadamente com recém-nascidos, crianças com PEA ou deficiência, crianças e adultos hospitalizados, sobreviventes de trauma, sobreviventes de abuso infantil, indivíduos com condições limitantes de vida, refugiados e pessoas com demência (Wang et al., 2021).

Pretende facilitar a participação dos elementos da família no fazer musical, sendo que a relação musical não deve estar apenas restringida ao terapeuta e à criança. Assim, neste contexto, pretende-se privilegiar o envolvimento da família nas interações musicais (Jacobsen & Thompson, 2017). Pasiali (2013) refere que a intervenção musicoterapêutica centrada na família explora as dificuldades e as necessidades emergentes do contexto e da dinâmica familiar, enquanto explora as suas potencialidades, convergindo na interação, na comunicação e na relação, em vez de num só elemento em particular. Thompson (2017) afirma que, nas sessões de musicoterapia com crianças com PEA e seus pais, estes últimos sentem que interagem mais com os seus filhos, revelando sentimentos de conexão e de ligação. Gottfried et al. (2018) assinala as experiências vivenciadas pelos pais nas sessões de musicoterapia como tendo sido importantes, realçando sentimentos de aceitação e colaboração.

A participação ativa da família promove o desenvolvimento da criança com autismo a título individual, mas também fortalece os laços familiares (Hernandez-Ruiz, 2020). O

modelo vem, assim, revolucionar os métodos tradicionais de tratamento, sendo que os resultados obtidos se têm mostrado muito positivos (Wang et al., 2021). Através de estudos baseados no referido modelo, Thompson e Abel (2018) orientavam os pais a interagir com os seus filhos através da criação de atividades musicais, sendo que, desta forma, foram observadas, depois das sessões, fortes melhorias nas competências sociais das crianças com PEA, bem como nas suas famílias e, ainda, no que se refere ao comportamento em ambientes sociais. Além disso, a musicoterapia centrada na família apresenta-se como um modo mais benéfico de atender as necessidades emocionais das crianças com PEA e dos seus progenitores, potencializando, desta forma, a satisfação familiar (Wang et al., 2021). Também Annesley et al. (2020) reconhecem que o envolvimento dos pais nas sessões pode ser pertinente por vários motivos, entre eles, o fato de a presença dos pais poder transmitir segurança à criança, ou pelo fato de as especificidades da relação entre ambos se poderem tornar o foco principal em terapia.

Cobbett (2016) refere que Oldfield descreve a musicoterapia centrada na família como uma abordagem que utiliza a comunicação musical para promover a interação entre membros duma mesma família, trabalhar campos como o comportamento e, ainda, ajudar a despoletar uma nova perspetiva de alguém sobre outro elemento da família. Thompson (2012) elaborou um modelo de intervenção centrado na improvisação e na criação de histórias musicais, onde os pais são integrados nas sessões. Segundo a autora, a musicoterapia centrada na família direcionada a indivíduos com PEA deve ser estruturada de acordo com os seguintes parâmetros: (1) Prática centrada na família; (2) Conectar com o humor e o comportamento da criança, seguindo a sua liderança; (3) Captar a atenção da criança com atividades apelativas; (4) Demonstração de afeto, aceitação e empatia por parte do musicoterapeuta; (5) O musicoterapeuta assume-se como um parceiro de jogo da criança ; (6) Avaliar a necessidade

de estrutura, escolha ou controlo, de forma a reduzir a ansiedade da criança; (7) Articular as competências da criança com as atividades desenvolvidas para que as mesmas sejam dinâmicas; e (8) Permitir que a criança inicie a interação. Carpentre (2016) introduziu a musicoterapia assente no modelo DIRFloortime. Esta consiste numa intervenção mediada pelo musicoterapeuta que engloba a partilha de estratégias com os pais de forma a potencializar as interações com os seus filhos a fim de desenvolver a reciprocidade social e a comunicação pragmática e funcional. Neste contexto, em que a criança com PEA conduz a sessão, predomina a improvisação musical com o propósito de auxiliar os pais a utilizarem a música de forma lúdica e espontânea para que se verifique um maior impacto na qualidade das interações entre núcleo familiar.

Miller (1994) descreve que, através de interações musicais, podem ser avaliadas dificuldades e potencialidades das famílias, sendo que, através da vivência terapêutica, a música está apta a apresentar benefícios emocionais, cognitivos e relacionais. O uso estratégico das atividades planeadas em musicoterapia pode facilitar as interações de forma positiva na díade mãe/pai e filho (Cobbet, 2016). A abordagem centrada na família tem como premissa a intenção de sugerir e incentivar a participação ativa das famílias, assim como a dos pais e filhos (Annesley et al., 2020). Num estudo levado a cabo por Shoemark (1996), é sugerida pelo autor a importância da presença dos pais nas sessões de musicoterapia, por, assim, estes poderem melhor compreender a forma como o musicoterapeuta utiliza a voz, de forma lúdica e criativa, para que também os pais possam cantar para os seus filhos e, desta forma, incentivá-los a vocalizar uma pré-fala fora do âmbito das sessões musicoterapêuticas. Para além disso, os musicoterapeutas, quando cantam as canções, estrategicamente aplicam pausas no final das frases musicais, de forma a dar oportunidade à criança e aos pais de preencherem o som em falta (Kaenampornpan, 2015). Jacobsen e Thompson (2017) relatam

que, através das suas experiências enquanto musicoterapeutas nas sessões com pais e filhos, verificam a existência de uma dinâmica por parte do musicoterapeuta que incide em avanços e recuos, pois o mesmo tem o papel de facilitador com o intuito de apoiar os elementos da família, bem como promover a autonomia nas suas iniciativas de interação uns com os outros, ao invés de ser o elemento central das sessões.

Também Aigen (2014) refere que a intervenção convida a família a musicar e a improvisar, permitindo assim, a criação musical conjunta, com inteligência, interação e consciência não-verbal.

Setting Terapêutico

O material utilizado no *setting* é relevante para o processo terapêutico uma vez que é através deste que os indivíduos presentes em sessão podem comunicar. Neste espaço, através da utilização de instrumentos musicais, do som, da música, entre outros, podem – e devem – ser despoletados no paciente diversos comportamentos, quer seja, por exemplo, de defesa, de combate ao isolamento, entre outros. Daí emergem expressões diversificadas, quer a nível corporal, como gestual e sonoro-musical, sendo que é sempre a partir desta premissa que se dá início ao processo terapêutico (Santos, 2012).

De acordo com Sá (2003), o silêncio surge com uma força constringedora, o som emerge de forma dinâmica, o corpo traz em si os mais variados movimentos e fraquezas e a música apresenta-se, sempre, como intemporal.

Segundo Benezon (1985), todos os objetos aptos à produção de movimento e som são suscetíveis de serem considerados como portadores de mensagens, isto é, uma forma de comunicação entre indivíduos. Deste modo são, naturalmente, parte integrante do *setting* musicoterapêutico.

O espaço no qual é preparado o *setting* deve, igualmente, ser tido em conta, uma vez que a forma como os instrumentos são dispostos, bem como o local no qual se encontram são suscetíveis de fazer com que o som se propague de formas várias e de alterar as sonoridades experienciadas, de acordo com os objetivos de cada sessão e de cada momento do processo terapêutico (Furusava, 2003).

Benenzon (2000) refere que, idealmente, o *setting* deve ter as seguintes características: 1) a sala deve ser acusticamente isolada, para que não haja interferências sonoras externas que possam prejudicar a comunicação do paciente; 2) o tamanho da sala não deve ser de grandes dimensões, pois, se for, tal pode causar distrações. Porém, não deve ser também demasiado pequena, por poder impedir o movimento do paciente; 3) não deve haver estímulos visuais para que estes não se sobreponham aos estímulos sonoros; 4) o chão deve ser de madeira; 5) os armários dispostos no espaço devem ser divididos: um para os instrumentos musicais e outro para os computadores e colunas; e, por último, 6) a sala deve contemplar um espaço livre para movimento e outro onde deve constar uma mesa na qual poderão ser dispostos os instrumentos musicais, isto caso paciente não os possa alcançar do chão.

Furusava (2003) refere que no método de *Nordoff-Robbins* o *setting* é organizado da seguinte forma: a sala é de grandes dimensões, constituída por um tambor, um prato e um piano – utilizado como instrumento central, ainda que, hoje em dia, a guitarra também possa ser utilizada. Além disso, existe um musicoterapeuta, que toca o instrumento principal, e um co-terapeuta, que pode dar apoio musical aos movimentos exercidos pelo paciente para, desta forma, alcançar a sua musicalidade e potenciá-la, com vista a atingir o músico-criança de cada paciente.

Objetivos

No decorrer do período de observação na instituição, e através da informação disponibilizada por parte da equipa acerca das perturbações do espectro do autismo e do caso específico de cada paciente, bem como através das primeiras sessões de musicoterapia, foram traçados objetivos, adaptados às necessidades e especificidades de cada criança e respetivas famílias.

Desta forma, a musicoterapia visou atuar em complemento com outras terapias e em constante colaboração com uma equipa multidisciplinar.

Considerando a revisão da literatura acerca dos efeitos da musicoterapia nas PEA e em adaptação às necessidades de cada criança, foram traçados os seguintes objetivos para este estágio:

Objetivo geral:

- Promover a interação e a comunicação.

Objetivos específicos:

- Promover a relação díade mãe e filho;
- Promover ou aumentar a comunicação não-verbal e gestual dos adultos face às crianças e vice-versa;
- Sensibilizar a instituição para a importância da musicoterapia nas PEA em contexto hospitalar.

Metodologia

Neste capítulo, será apresentada a metodologia utilizada no decorrer do estágio. Serão apresentadas as especificidades da amostra com a qual a estagiária interveio, os instrumentos utilizados para a avaliação dos clientes, as técnicas de musicoterapia usadas nas sessões e os materiais utilizados, sendo que, posteriormente, será apresentado o horário semanal da estagiária no Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC) e os resultados obtidos.

Foram selecionados dois estudos de caso que se consideraram pertinentes para retratar o tipo de trabalho lavado a cabo na instituição e que demonstraram a eficácia da musicoterapia nas crianças com Perturbação do Espectro de Autismo (PEA) e nas respetivas famílias. O estágio teve início a 14 de Outubro e terminou no dia 7 de Julho de 2022.

Procedimentos

O estágio decorreu em sete fases distintas, a saber: a fase de observação, a fase de seleção, a fase de recolha de dados, a fase de avaliação, a fase de elaboração do plano terapêutico, a fase de intervenção e, por último, a fase de reavaliação.

Fase de Observação

A fase de observação teve início no mês de Outubro de 2021 e teve a duração de 3 semanas. Primeiramente, foi realizada uma reunião com a orientadora do local de estágio e a estagiária de musicoterapia, na qual foi dada a conhecer a instituição e os seus objetivos, bem como a constituição da equipa que trabalha na área das PEA. Abordou-se, também, em reunião o que era esperado das sessões de musicoterapia, e, foram, ainda, definidos em conjunto os horários em que a estagiária iria estar presente no CDC. Posteriormente, a estagiária procedeu ao período de observação, que consistiu, essencialmente, na familiarização e adaptação da estagiária à instituição, para melhor compreender o modo de funcionamento da mesma, bem como para poder estabelecer uma relação de proximidade

com os profissionais de saúde, nomeadamente das áreas de psicologia, de terapia ocupacional, de terapia da fala e de psicomotricidade. A observação permitiu à estagiária compreender e identificar problemáticas e patologias de diversos clientes e perceber quais as metodologias mais adequadas para uma possível intervenção terapêutica.

Fase de Seleção

No que concerne à fase de seleção, esta teve início ainda no mês de Outubro. A equipa multidisciplinar da área das PEA selecionou e encaminhou as crianças diagnosticadas com PEA que melhor poderiam beneficiar das sessões de musicoterapia. Os critérios de seleção prenderam-se com a) o gosto que a criança demonstrava pela música, b) a faixa etária – crianças até aos 6 anos de idade e c) a disponibilidade de os pais se dirigirem à instituição pelo menos uma vez por semana para que as crianças pudessem frequentar as sessões de musicoterapia.

Foram tidas em conta não só as avaliações realizadas pela equipa, como as menções dos pais ou familiares das crianças nas consultas de diagnóstico relativas ao impacto da música nestas e às reações positivas que demonstravam ter quando a escutavam.

Posteriormente, de acordo com a disponibilidade da estagiária e dos encarregados de educação, foram elaborados horários para cada cliente, de forma a que a musicoterapia complementasse as restantes terapias. Posto isto, as sessões de musicoterapia tiveram início no dia 5 de Novembro.

Fase de Recolha de Dados

Com os horários definidos, a estagiária reuniu-se com os pais das crianças, que consistia no preenchimento de um questionário (em Anexo C) sobre quais as expectativas da família no que diz respeito à intervenção da musicoterapia e outro sobre a história sonora musical dos seus filhos (em Anexo A). Na reunião, foi ainda feita uma breve explicação

sobre aquilo em que consiste a musicoterapia. Com a informação partilhada, foi possível definir metodologias de intervenção para cada caso, tendo em conta os gostos e as necessidades de cada criança.

Fase de Avaliação

Nesta etapa, a avaliação realizou-se na primeira sessão de musicoterapia de cada criança. Desta forma, através de atividades musicais, a estagiária observou, de forma objetiva, a interação, a comunicação, a coordenação motora e os interesses das crianças face aos instrumentos musicais. Após o término da sessão, foi aplicada a Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins (em Anexo B), sendo que também foi redigida a descrição da sessão, acerca daquilo que a estagiária observou, com o intuito de complementar a avaliação.

Fase de Elaboração do Plano Terapêutico

Feita a análise da recolha de dados, foi criado um plano de intervenção para cada caso, com objetivos gerais e sub-objetivos a serem trabalhados ao longo das sessões, tendo em conta as necessidades de cada criança.

Fase de Intervenção

Foi solicitado aos encarregados de educação e cuidadores que assinassem um consentimento informado (Anexo D) para que as sessões pudessem ser filmadas, no sentido de existirem registos áudio e de imagem das sessões. Importa, aqui, referir que, após a conclusão do curso de mestrado em Musicoterapia, todas as gravações serão apagadas. Desta forma, encontravam-se reunidas as condições necessárias para dar início às sessões semanais de musicoterapia.

Fase de Reavaliação

Depois de decorrido o período de intervenção, procedeu-se à reavaliação de todas as crianças que beneficiaram das intervenções terapêuticas, tendo sido novamente aplicado o mesmo instrumento de avaliação. Foram revistos os objetivos inicialmente delineados para cada caso e, de seguida, analisadas as últimas sessões com o intuito de preencher novamente a Escala de Comunicabilidade de Nordoff-Robbins. Deste modo, foi possível de verificar o impacto que a musicoterapia teve nas crianças, para compreender se se verificou, ou não, algum tipo de progresso. Os resultados obtidos foram, posteriormente, apresentados numa reunião com as famílias de cada criança e com a equipa de PEA. Nesta reunião, foi igualmente possível compreender a perspetiva dos pais das crianças no que concerne à intervenção musicoterapêutica.

Recursos utilizados

A instituição disponibilizou uma sala na qual decorreram as sessões de musicoterapia. Esta era de grandes dimensões, muito espaçosa, o que permitiu a realização de atividades de movimento, para possibilitar uma maior liberdade e criatividade nas crianças.

Nas sessões, foram utilizados instrumentos de percussão de altura indefinida, tais como maracas, ovos, pandeireta, clavas, d'jambé, guizeiras e tamborim. Também foi utilizado o xilofone, instrumento de percussão de altura definida. Com o intuito de existir suporte harmónico durante as intervenções, foram utilizados uma guitarra clássica e um órgão eletrónico. Foi, igualmente, utilizado um computador com o intuito de captar a atenção do cliente através da audição ativa, assim como o jogo do para-quedas, de forma a promover atividades de movimento, de interação e de estímulo visual.

A escolha dos instrumentos musicais variava ao longo das sessões e incidia, sobretudo, nas necessidades e interesses de cada criança.

Com o intuito de registar o áudio e a imagem das sessões, foi utilizado um telemóvel.

Técnicas utilizadas

Os métodos mais utilizados nas sessões foram escolhidos como base nos objetivos definidos para cada criança e na expectativa de que fossem ao encontro das necessidades de cada uma. Assim, foram utilizadas técnicas, tais como imitação, *pausing*, *tun-taking*, *expectation* e *mirroring*. De referir que nem sempre os instrumentos musicais eram utilizados, sendo que, por vezes, se recorria antes à exploração corporal e vocal. Os pais estiveram presentes em todas as sessões dos seus filhos, através de uma participação ativa, com o intuito de fortalecer os laços relacionais e familiares, bem como de estes melhor compreenderem e aceitarem a condição dos filhos. Para mais, foi utilizado o modelo de Nordoff-Robbins, através da improvisação, sendo que, aqui, também foram utilizados os métodos mencionados anteriormente.

Participantes

A amostra deste estágio de musicoterapia é constituída por 9 casos, que consistem em oito crianças do sexo masculino e uma do sexo feminino em idade pediátrica. Nos nove casos, as crianças foram diagnosticadas com Perturbação do Espectro do Autismo, entre o nível moderado e o nível grave. Para além do diagnóstico ser semelhante em todos os casos, as crianças apresentam, todas, comprometimento ao nível da comunicação, da interação social e do comportamento, bem como dificuldades em manter o contacto ocular e algumas estereotipias. São, deste modo, crianças que necessitam de um acompanhamento terapêutico frequente, sendo que as mesmas são seguidas no CDC pela equipa PEA.

Os participantes beneficiaram de sessões individuais de musicoterapia, com duração entre 30 a 45 minutos, com as respetivas famílias, em contexto hospitalar, num período compreendido entre os meses de Novembro de 2021 e Julho de 2022.

De seguida, será apresentada, numa tabela, a amostra dos clientes com os quais se desenvolveram as intervenções musicoterapêuticas, de forma, a melhor compreender as suas especificidades. Dela fazem parte o nome, a idade, o género e o diagnóstico de cada criança.

Tabela 1.

Características da amostra abrangida no decorrer do estágio de musicoterapia

Nome	Idade	Género	Diagnóstico	Nº total de sessões realizadas
A.F.	3	Masculino	PEA	21
D.P.	2	Masculino	PEA	10
E.P.	2	Masculino	PEA	10
G.C.	3	Masculino	PEA	9
J.C.	3	Masculino	PEA	20
R.C	2	Masculino	PEA	17
R.F.	3	Masculino	PEA	21
S.M	3	Feminino	PEA	14
V.M	3	Masculino	PEA	23

Agenda semanal

Importa referir que, ao longo do estágio, o horário da estagiária foi se ajustando consoante as necessidades das famílias e da instituição. Assim sendo, o horário apresentado é o mais recente.

Tabela 2.

Agenda Semanal

Quinta-feira	Sexta-Feira
9:00h – 9:30h	8:30h – 9:00h
<i>Journal Club</i>	Preparação do <i>Setting</i>
9:30h – 10:00h	9h – 10:00h
Preparação do <i>Setting</i>	Intervenção R.F.
10:00 – 11:00h	10:00h – 11:00h
Intervenção V.M.	Intervenção A.R.
11:00h – 12:00h	11:00h – 12:00h
Intervenção S.M.	Intervenção R.C.
12:00h – 13:00h	12:00h – 13:00h
Intervenção J.C.	Intervenção D.P.
	14:00h – 15:00h
	Intervenção E.C.
	15:00h – 16:00h
	Intervenção G.C.

Instrumentos de Avaliação

Existem vários instrumentos de avaliação em musicoterapia que podem ser aplicados nas crianças com PEA. A avaliação é pertinente pois permite ao musicoterapeuta, através da realização de atividades musicais, observar a criança e proceder à recolha de informação pertinente, para, deste modo, identificar as potencialidades e as fragilidades da mesma e, assim, definir os objetivos terapêuticos, em complemento com as informações previamente disponíveis nos processos individuais de cada criança, aquando da realização do diagnóstico.

A avaliação em musicoterapia é necessária para todas as partes envolvidas, isto é, quer para o musicoterapeuta, como para o indivíduo que usufrui da terapia, e ainda para as restantes partes envolvidas, sejam familiares, cuidadores ou profissionais de outras áreas (Ferrari, 2012).

O processo musicoterapêutico assenta numa estrutura que passa por várias etapas, a saber: o encaminhamento, a avaliação inicial, a elaboração e, posteriormente, a implementação do plano terapêutico, para, por fim, se dar o término do processo (Waldon, 2013).

Nesta fase, foram utilizados como instrumentos de avaliação a história sonoro musical (adaptada de Benenzon, 1985) (anexo A), a escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins (anexo B) e um questionário realizado aos pais de cada criança (anexo C). A reunião foi realizada de forma informal, através de uma conversa com a família de cada criança, onde foram questionados temas como a gravidez, comportamentos da criança e preferências musicais da mesma. As sessões foram filmadas com recurso ao telemóvel da estagiária. Todas estas filmagens foram autorizadas pelos encarregados de educação das crianças, servindo para análise e reflexão posterior das sessões de intervenção.

Com o intuito de melhor conhecer a criança musicalmente, considerou-se pertinente o preenchimento da história sonoro musical da mesma.

No que concerne à Escala de Comunicabilidade de Nordoff-Robbins, esta encontra-se dividida em três domínios distintos, a saber, instrumental, vocal e de movimento corporal. Cada domínio possui sete níveis de comunicabilidade, numa escala de 1 a 7, sendo que a pontuação 1 refere-se a nenhuma resposta musicalmente comunicativa e o 7 corresponde a uma condição funcional.

Outras atividades

Com o intuito de dar a conhecer a musicoterapia à equipa médica do CDC, foi elaborado um folheto informativo sobre a musicoterapia. Posteriormente, e articulado com a orientadora de estágio, realizou-se uma apresentação para a equipa médica da instituição, com o intuito de a estagiária se apresentar, dar a conhecer a disciplina e os seus benefícios, assim como, o trabalho desenvolvido pela mesma e os objetivos delineados para as crianças e respetivas famílias. A mesma centrou-se numa exposição oral com o suporte do programa *powerpoint* e de uma compilação de alguns trechos de vídeos das sessões já realizadas. A estagiária participou também no 12º Congresso Internacional de Psicologia da Criança e do Adolescente. O trabalho apresentado encontra-se no Anexo E deste trabalho. Em conjunto com os colegas de estágio de psicologia, foi escrita uma canção original, com o intuito de agradecer à equipa do CDC, pela forma como nos acompanharam ao longo deste percurso, e, também, às famílias e crianças. A canção foi apresentada no dia da apresentação dos resultados obtidos das intervenções. Também no decorrer do presente estágio, a proposta de um poster em parceria com a orientadora do estágio e colegas estagiários de psicologia, foi aceite no 13º *Autism-Europe International Congress*.

Estudo de Caso I

A escolha dos estudos de caso incidiu no desafio que foi a fase inicial, na gravidade da patologia, e da evolução significativa verificada.

Identificação e Historial – A.R.

O A. R. é uma criança de género masculino com 3 anos de idade e de nacionalidade portuguesa. É fruto de uma gravidez muito desejada por ambos os progenitores. O seu núcleo familiar é constituído pela mãe, pelo pai e por uma irmã da parte do pai, com a qual tem contacto em semanas alternadas. A Mãe tem 44 anos de idade e é engenheira informática. Em criança, tinha um vocabulário acima da média para a idade e tinha amigos, embora nunca se tenha inserido em grandes grupos. O pai tem 45 anos de idade, é um adulto saudável, tem o 12º ano de escolaridade e considera-se uma pessoa sociável. Quanto à irmã, esta tem 10 anos de idade, frequenta, atualmente, o 5ºano de escolaridade, com sucesso, é recatada e tímida, porém, conflituosa. De acordo com a mãe do A.R., na família não são conhecidos problemas do foro do neurodesenvolvimento.

A gravidez foi planeada, teve sempre com acompanhamento médico e decorreu dentro da normalidade. O A.F., nasceu às 39 semanas de gestação, com o peso de 3,750kg, de um parto de cesariana planeado, devido ao facto de o bebé, antes do nascimento, se encontrar com um peso elevado e, como tal, os médicos considerarem que poderia vir a nascer com quase 4,50kg. Relativamente à amamentação, o A. R. foi alimentado com leite artificial, pois a mãe não tinha leite. Segundo a mãe, o A.R. foi um bebé calmo e bem-disposto. Porém, teve uma fase em que se encontrava bastante sério. A partir dos 2 meses de idade, começou a dormir as noites inteiras, de seguida. Ainda de acordo com a mãe, o A.R., é uma criança resistente à dor, mas se tiver uma cólica fica com um comportamento desorganizado. Adora

água e, se estiver na praia, entra dentro da água e têm de o ir buscar, caso contrário, ele não sai e vai-se afastando cada vez mais. Não tem noção do perigo, e adora a areia da praia.

Relativamente aos seus interesses, a música é aquilo que lhe parece despoletar maior interesse e que prende mais a sua atenção. Por outro lado, adora ver o canal de televisão Baby Tv, sendo que, quando existem momentos musicais, o A.R., fica muito excitado, andando de um lado para o outro.

A mãe do A.F mencionou que percebera desde cedo que o menino era diferente, tendo reportado a sua inquietação ao pediatra, que desvalorizou o assunto. Quando começou o primeiro confinamento, devido à pandemia da COVID-19, a mãe notou diferenças no comportamento do A.R., sendo que, em conversa com a educadora de infância da criança, percebeu que esta apresentava a mesma opinião.

Todavia, o pai achava que não havia nada de estranho. Durante esse período, devido à preocupação sentida, a mãe levou o menino a uma consulta do neurodesenvolvimento, no Hospital da CUF, para obter respostas. Feita a avaliação, o resultado apresentou que o A.F. se enquadrava nas Perturbação do Espectro do Autismo. Feito o diagnóstico, o menino foi encaminhado para o CDC.

De acordo com o processo facultado pelo CDC, o A.R. frequentava um infantário, sendo que a sua educadora de infância demonstrou preocupação por observar alguns comportamentos atípicos na criança, nomeadamente, ao nível da sociabilização, principalmente com os seus pares e, também, pelo facto de se isolar. Em ambientes mais agitados, chorava e não respondia ao chamamento pelo nome. No infantário, o A.F. não verbalizava, não demonstrava interesse pelas tarefas dinamizadas na sala e as suas brincadeiras eram pouco diversificadas. Foi ainda referido no processo que a criança se

isolava e fazia brincadeiras repetitivas, sendo que também apresentava alguma resistência face à adaptação a novas rotinas.

Avaliação Inicial

Foram aplicados dois elementos de avaliação, um formal e outro informal.

Primeiramente, a avaliação foi realizada através da observação direta do cliente, em sessão, tendo sido aplicada a Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins.

Foi igualmente mostrado um questionário de resposta aberta, para melhor compreender qual o conhecimento que a mãe tinha sobre a musicoterapia e quais as suas expectativas em relação às sessões para o seu filho.

Além disso, foi apresentado um documento no qual constavam algumas perguntas sobre as preferências musicais da criança, para que a estagiária ficasse com o registo sonoro musical do A.R.

Após a recolha e análise da informação, verificou-se que o A.R. não rejeita estilos musicais diferentes, mas apresenta preferência por músicas infantis, sendo que as que mais gosta são o “Brilha, brilha lá no céu”, o “Atirei o pau ao gato” e o “Barquinho”.

A mãe do A.R referiu que este é uma criança simpática e bem-disposta, contudo sente algumas dificuldades relativamente ao seu filho ao nível da comunicação e da interação com os outros.

O primeiro contacto que a estagiária teve com o A.R., foi na sala de espera do CDC, sendo que esta o encaminhou até ao gabinete onde a sessão de musicoterapia se iria realizar. Quando entraram os três – a estagiária, a criança e a sua mãe - pela primeira vez no *setting*, a estagiária, juntamente com a mãe da criança, direcionou-se para o tapete colocado no chão, no qual se encontravam vários instrumentos musicais de percussão de altura indefinida, tais como, guizeiras, ovos, clavas e um tamborim.

Havia ainda um instrumento de percussão de altura definida, a saber, o xilofone. Foi escolhida a guitarra clássica como instrumento harmónico a utilizar ao longo da sessão. Quando entrou na sala, o A.R começou imediatamente a explorá-la, andando devagar de um lado para o outro e aproximando-se das janelas para observar o que se passava na rua. Com a intenção de o A.R. se aproximar da estagiária e da mãe, esta chamou pelo filho, sendo que este não respondeu. Para mais, a estagiária tocou nos instrumentos de percussão, mas continuou sem obter qualquer reação do A.R. De seguida, a estagiária tocou uma pequena melodia num instrumento de percussão de altura definida, o xilofone, na tentativa de que o som pudesse suscitar o interesse da criança. Foi nesta altura que o A.R., reagiu, virando o corpo, ainda que sem fazer contacto ocular com a estagiária e ainda que sem olhar para os instrumentos. Pelo contrário, continuou a percorrer o espaço, de um lado para o outro. Apesar de o som do xilofone ter suscitado a atenção da criança, não houve nenhuma tentativa por parte desta em tocar nos instrumentos musicais dispostos no *setting*. Quando a guitarra clássica foi utilizada para acompanhar uma canção do repertório da criança, houve uma aproximação física por parte desta, que direcionou o olhar para o respetivo instrumento e, de seguida, manteve o contacto ocular com a estagiária, ainda que apenas por breves instantes. Quando a estagiária tentou uma aproximação física, tocando no braço do A.F., este rejeitou, afastando-se. Foi, assim, possível observar que a criança estava muito centrada nela própria. A nível vocal, verificou-se que o A.R. emitia alguns sons, mas sem intencionalidade musical ou comunicativa.

No decorrer das seguintes sessões, observou-se que o A.R. apresentava uma postura centrada nele próprio, revelava pouca intenção comunicativa, a nível verbal e não-verbal, não interagiu, o contacto ocular era muito breve, o período de foco nas atividades propostas era

quase inexistente e demonstrava pouco reconhecimento e atenção às mudanças de timbre dos instrumentos musicais provocados pela estagiária durante a atividade musical.

Posto isto, de seguida, são apresentados na tabela 3 os resultados da primeira avaliação aplicada ao A.R., de acordo com a Escala de Avaliação de Comunicabilidade de *Nordoff-Robbins*.

Tabela 3

Resultados obtidos na Avaliação Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins do A.R.

Nível de Comunicabilidade	Modo de Atividade
Nenhuma resposta musicalmente comunicativa	Instrumental
Nenhuma resposta musicalmente comunicativa	Vocal
Nenhuma resposta musicalmente comunicativa	Movimento Corporal

Plano de Intervenção Terapêutico

De acordo com a descrição apresentada anteriormente ao longo do período de avaliação do A.R., é apresentado o plano de intervenção terapêutico da criança, para dar resposta às necessidades do mesmo.

Tabela 4.

Plano de Intervenção Terapêutica do A.R.

Problema 1: Falta de interesse na relação com o outro

Objetivo Geral:

- Favorecer o interesse pelo outro.

Objetivo Específico:

- Promover o vínculo na díade mãe e

filho;

- Promover a interação social através de cumprimentos sociais;
- Estimular o contacto ocular com a estagiária;
- Estabelecer uma relação terapêutica.

Problema 2: Falta de iniciativa e reciprocidade ao nível da Comunicação

Objetivo Geral: Promover a comunicação não verbal.

Objetivos Específicos:

- Aumentar a comunicação não-verbal e gestual interfamiliar e extrafamiliar;
- Promover intenção comunicativa, de pergunta resposta através dos vocalizos produzidos pelo A.R.;
- Aumentar a atenção compartilhada.

Descrição do Processo terapêutico

O A.R frequentou 22 sessões de musicoterapia, entre Novembro e Julho de 2022, sendo que cada sessão teve a duração de 30 a 40 minutos. No decorrer do processo de intervenção, o A.R. foi sempre acompanhado pela mãe, que teve sempre papel ativo nas sessões.

1ª Fase: Estabelecer a Relação

Para a primeira fase, a estagiária utilizou a observação como estratégia mais comum, a fim de entender e analisar o comportamento do A.R., no que se refere, nomeadamente, ao contacto ocular, à interação social e ao envolvimento da criança com a sua mãe.

Numa fase inicial, a musicoterapeuta estagiária definiu a disposição do *setting* e os instrumentos musicais a serem utilizados na primeira sessão. Tendo em conta que o espaço no qual decorreram as sessões era muito amplo, colocaram-se as cadeiras em formato de meia-lua, com o propósito de tornar o *setting* mais pequeno, promovendo a orientação espacial da criança e um ambiente o mais confortável possível. Dispôs-se, igualmente, um colchão no chão, de forma a proporcionar algum conforto ao A.F. e à sua mãe e para que o A.F. se pudesse sentar nele, junto da estagiária.

O instrumento musical predominante durante as sessões foi a guitarra clássica, utilizada pela musicoterapeuta estagiária, de maneira a executar um acompanhamento e apoio harmónico às canções utilizadas em cada sessão. Em cima do tapete, estavam dispostos alguns instrumentos de percussão de altura indefinida e definida, tais como clavas, xilofone, ovos, tamborim, pandeiretas e guizeiras. A escolha do xilofone prendeu-se com a recolha de informação previamente feita acerca dos gostos do A.R., sendo que a sua mãe mencionou que este gostava do som do xilofone. No que concerne à escolha dos restantes instrumentos musicais, pretendeu-se compreender qual seria a primeira escolha da criança. Isto é, para além do gosto pelo xilofone, pretendeu-se auferir se a criança teria interesse em explorar os outros instrumentos. Por outro lado, a utilização variada de instrumentos visou promover uma possível interação entre a musicoterapeuta estagiária e o A.R..

Na primeira sessão, quando o A.R. entrou na sala, estava com um olhar admirado e desconfiado. A criança foi convidada a sentar-se com a sua mãe no colchão colocado ao pé

da estagiária e dos instrumentos musicais, porém, demonstrou muita resistência e uma grande necessidade de percorrer a sala toda, de um lado para o outro, observando as paredes e o que nelas estava pendurado, olhando para o chão e para as janelas.

Verificou-se, nesta sessão, que o A.R. não demonstrava qualquer interesse em interagir, sendo que também não demonstrava nenhuma intencionalidade comunicativa, ignorando a presença da estagiária e mantendo uma postura sempre centrada nele próprio. Quando a estagiária se tentava aproximar, a criança desviava-se e demonstrava grande resistência ao contacto físico. Porém, quando a musicoterapeuta tocava nas cordas da guitarra, o A.R. aproximava-se, olhava para esta, fechava os olhos e sorria, mas rapidamente virava as costas e continuava a percorrer o espaço. Por outro lado, quando a estagiária tocava nos instrumentos de percussão, o A.R. aproximava-se e mexia nos mesmos, no intuito de os explorar e descobrir as suas funções e sonoridades, ainda que sem qualquer intenção musical. A mãe do A.R., durante a sessão, também tentava interagir com o filho através dos instrumentos musicais, mas sem sucesso, pois o mesmo rejeitava segurar nos instrumentos. Durante esta mesma sessão, enquanto andava pela sala, o A.R. vocalizava alguns sons utilizando sempre a vogal “I”, sons esses que eram ascendentes e com diferentes intensidades, de mais fortes a mais fracos, ainda que sempre muito centrado nele próprio.

Depois da fase de observação do comportamento, e com o intuito de criar uma cronologia temporal, para manter a estrutura e organização das sessões, e de se promover o cumprimento e a despedida, a estagiária iniciava as sessões com a música do “Bom dia” e terminava-as com a canção do “Adeus”, sempre com a ajuda da mãe, que cantava com a estagiária e tinha indicações para segurar na mão do A.R. e com ele reproduzir o gesto do cumprimento social. Após algumas sessões, o A.R. já permanecia algum tempo sentado no tapete, ao colo da mãe e, quando a estagiária iniciava a sessão, o A.R. olhava para a guitarra,

e por breves instantes, conseguia manter o contacto ocular com esta. Porém, continuava a demonstrar muita dificuldade em focar-se nas atividades e não demonstrava interesse do ponto de vista da interação social.

Ao longo do processo terapêutico a criança começou a reproduzir alguns sons a nível corporal, nomeadamente bater com o pé ou com a mão no chão.

Na sessão número 5, a estagiária tocou uma canção infantil que tinha valor sentimental para o A.R., o “Atirei o pau ao Gato”, canção executada na tonalidade de Dó M, em andamento *andante* e em compasso binário. Quando a canção começou a ser tocada, a reação do A.R. foi imediata: isto é, a criança encontrava-se a explorar a sala, movimentando-se de um lado para o outro, sendo que, assim que escutou a música, foi em direção à estagiária, sorriu e, por breves instantes, manteve o contacto ocular com esta.

Quando a estagiária terminou de cantar e tocar a canção, pela primeira vez em sessão o A.R. aproximou-se da guitarra e, de forma autónoma e espontânea, passou a mão pelas cordas para que produzissem som e, de seguida, virou as costas e continuou a percorrer a sala, andando de um lado para o outro. De forma a aumentar o tempo de atenção e concentração da criança, em interação com a estagiária, esta procedeu à repetição da mesma canção, utilizando, dessa vez, a técnica *pausing*, em partes estratégicas da canção, para tentar obter alguma reacção por parte do A.R.. De imediato, o A.R., que estava a olhar para as janelas, olhou para a guitarra e virou o corpo para a estagiária, à espera que esta continuasse a cantar. Como tal não aconteceu, o A.R. fez contacto visual com a estagiária e bateu o pé, sendo que, nesse momento sim, a estagiária concluiu a canção, obtendo um sorriso da parte da criança – deu-se, aqui, uma interação comunicativa.

2ª Fase: A Interação Díade e Tríade

Na sessão número 6, a musicoterapeuta estagiária colocou no *setting* um instrumento de percussão de altura indefinida - o *djambé*, por forma a incentivar o A.R. a tocar nos instrumentos de percussão, porém, este não demonstrou interesse em tocar. A estagiária, com o *djambé* na mão, pediu à mãe da criança que segurasse o filho ao colo, enquanto cantavam a canção “Atirei o pau ao gato”, e o embalasse de acordo com o andamento da canção de forma a conseguirem interagir com a criança. Utilizando a técnica de improvisação *pausing*, durante a canção, a criança conseguiu manter o contacto ocular com a estagiária e, por iniciativa própria, tocou, em alguns momentos, com a mão no *djambé*. Quando tal acontecia, a musicoterapeuta concluía vocalmente a canção. Também cantou a canção “Brilha, brilha lá no céu”, fazendo-se acompanhar com a guitarra, sendo que pediu à mãe do A.R. que cantasse para este a canção. A criança reagiu com surpresa, olhando para a mãe e sorrindo, sendo que, logo de seguida, aconchegou o seu corpo junto da mesma. Verificou-se, aqui, a proximidade física e os laços relacionais entre mãe e filho. Quando a estagiária musicoterapeuta deixou de tocar, o A.R. levantou-se, dirigiu-se a esta e pegou na sua mão para que continuasse a tocar. Nesta sequência, sempre que a estagiária parava de tocar, o A.R. voltava a demonstrar vontade em que esta continuasse.

Na sessão número 8, o A.R. foi ao colo da estagiária musicoterapeuta desde a sala de espera até ao *setting*, permitindo o toque e o abraço. Enquanto ambos caminhavam para a sala, o A.R. foi vocalizando muito. De forma a acompanhar musicalmente as vocalizações reproduzidas, a musicoterapeuta procedeu à utilização da técnica de *imitação*, de forma a interagir com o A.R., tentando, assim, que este não estivesse apenas focado em si próprio. A reação do A.R. foi visível, não só a nível de contacto visual, como também no que respeita às suas vocalizações, que eram cada vez mais frequentes, evidentes e de diferentes intensidades.

Neste sentido, e de forma a fazer variações no que diz respeito às vocalizações, a estagiária musicoterapeuta decidiu acompanhar as produções vocais da criança com a guitarra, de forma a dar suporte harmónico. Tal foi feito na tonalidade de Ré M, com linhas melódicas ascendentes e com a utilização das vogais “i” e “Ê” variando entre tónica, dominante e tónica. Para além de a estagiária dar o suporte harmónico também recorreu à técnica de improvisação *turn-taking*, respondendo às vocalizações emitidas pelo A.R e fazendo pequenas variações vocais a partir das mesmas.

Nas seguintes sessões, as vocalizações foram sendo cada vez mais frequentes. Para mais, na sessão número 11, deu-se um importante ponto de viragem, uma vez que a interação entre díade mãe e filho foi muito evidente durante toda a sessão. A musicoterapeuta estagiária pediu à mãe do A.R. que imitasse as produções vocais do seu filho. Inicialmente, esta manifestou vergonha de o fazer, por considerar que não conseguiria cantar da mesma forma que a estagiária fizera nas outras sessões, bem como revelou alguma relutância por ter alguma dificuldade em compreender o propósito do que lhe estava a ser pedido. No intuito de transmitir confiança à mãe, a estagiária forneceu-lhe algumas estratégias para serem aplicadas na sessão, com vista a que os constrangimentos iniciais pudessem ser ultrapassados, mas também em casa, em alturas em que o A.R. vocalizasse. Dessa forma, a mãe poderia melhor aprender a comunicar e a interagir com o seu filho de uma maneira diferente do que fora feito até então. Continuando no que se refere à sessão em questão, quando o A.R. começou a vocalizar e a estagiária o imitou, a criança sentou-se junto a ela e continuou a troca de turnos. A mãe começou a vocalizar com o filho, sendo que este reagiu com admiração, franzindo os olhos. Todavia, continuaram os dois a vocalizar, em troca de turnos, sempre na tonalidade de Ré Maior, em andamento lento, com pequenas frases melódicas em *glissandos*, com intervalos de 5^{as} perfeitas e 3^{as} Maiores ascendentes e descendentes, utilizando as vogais “i” e

“ê”, enquanto a musicoterapeuta estagiária procedia ao acompanhamento na guitarra clássica. Criou-se um ambiente confortável de modo a que a mãe pudesse compreender as respostas que emergiam do A.R. Verificou-se um envolvimento emocional na díade e uma clara aceitação, por parte da mãe, da condição do filho. Tal também foi suscetível de demonstrar que o A.R. é capaz de interagir musicalmente.

Nas sessões seguintes, o A.R. continuava a manifestar muito pouco interesse face aos instrumentos musicais existentes, no entanto, demonstrava intenção comunicativa através do olhar, dos vocalizos e do movimento do corpo.

Com o intuito de estar no mesmo estado, ao longo das sessões, a musicoterapeuta estagiária elaborou atividades de movimento que imitassem o estado emocional da criança, recorrendo à expressão corporal, aos instrumentos musicais ou a objetos, nomeadamente o para-quedas. Desta forma, foi possível trabalhar o tempo de atenção da criança, através da antecipação e da previsibilidade. Quando a musicoterapeuta e a mãe do A.R. espelhavam o movimento dos passos, quer rápidos, quer lentos, no para-quedas, o A.R., sorria muito, indo para baixo deste e andando em direção à mãe para a abraçar. Logo de seguida, fazia a mesma coisa com a estagiária. No decorrer destas atividades foi possível observar a troca de emoções entre filho e mãe, por entre os risos e abraços.

3ª Fase: Estar Com o Outro

Nesta fase, verificou-se que o comportamento do A.R., ao nível da relação e da reciprocidade ao nível da comunicação não-verbal, se manteve nas sessões posteriores. Verificaram-se, contudo, alterações na intencionalidade, ao nível das vocalizações e da expressão corporal.

Antes de iniciar as sessões, a musicoterapeuta estagiária, ao ir ao encontro de mãe e filho na sala de espera, informava sempre o A.R. que iam para a musicoterapia, sendo que

este lhe dava logo a mão e a seguia até ao *setting*, demonstrando, assim, capacidade de prever o que ia acontecer. Por outro lado, verificou-se, nas últimas sessões, que o tempo de atenção do A.R. era mais prolongado e que este já demonstrava interesse em interagir tanto em díade como em tríade. Para terminar as sessões, a estagiária cantava sempre a canção do “Adeus”, sendo que, nessa altura, o A.R. se dirigia à porta de saída do *setting* e dava a mão à estagiária enquanto esta acompanhava a mãe e filho à saída do edifício.

Durante as canções do “Bom dia” e do “Adeus”, foi-se verificando um aumento do contacto ocular por parte do A.R., sendo que, por vezes, fora inclusive capaz de acompanhar a pulsação das canções com o pé a bater no chão. Também ficou notório que, por vezes, o A.R. demonstrava intenção em permanecer no *setting*, sem querer sair do mesmo.

Face às alterações registadas ao nível da comunicabilidade durante as sessões, a mãe e todo o núcleo familiar da criança também modificaram a sua forma de comunicar com o A.R..

Resultados

Considerando os objetivos propostos no início do processo de intervenção e com o propósito de melhor compreender o progresso da criança que usufruiu das sessões de musicoterapia, procedeu-se à aplicação do instrumento de avaliação e dos dados de observação direta.

A estagiária deu a conhecer a evolução da criança à equipa responsável pelo campo da Perturbação do Espectro de Autismo (PEA), nas reuniões mensais realizadas pelo grupo, bem como à mãe da criança, de acordo com o desenrolar das sessões.

Foi preenchida a Escala de Comunicabilidade de Nordoff-Robbins, sendo que foram igualmente tidos em conta os registos de observação direta realizados ao longo do processo

de intervenção. Após a recolha e análise dos resultados obtidos, foi possível concluir que a intervenção em musicoterapia foi benéfica e sinónimo de evolução para o A.R..

No que concerne aos objetivos de fomentar o interesse pelo outro e promover a reciprocidade ao nível da comunicação, verificaram-se melhorias significativas. As alterações supramencionadas foram observadas e comentadas pelo núcleo familiar. A mãe do A.R. partilhou que o filho passou a tomar iniciativa em interagir com os pais e com a restante família, sendo que partilhou, ainda, que, após a frequência nas sessões de musicoterapia, sentiu que conseguia comunicar de outra forma com o filho na modalidade não-verbal, além de melhor compreender o comportamento do filho e sobre ele realizar uma melhor leitura. No jardim-de-infância, a educadora comentou com a mãe do A.R. que este, após a intervenção, passara a interagir mais com os seus pares, sendo que já não se isola tanto como antigamente. Durante as sessões, também foi possível constatar que a criança era capaz de manter o contacto ocular com a estagiária durante um longo período de tempo e que demonstrava reciprocidade interativa nos jogos de improvisação. Por outro lado, nesses momentos de interação, o A.R. demonstrava prazer na relação, tanto em díade como em tríade, sendo tal evidente através da expressão facial e do contacto físico.

Relativamente ao objetivo específico de promover a interação social através de cumprimentos sociais, no decorrer das sessões, o A.R. aproximava-se da estagiária, cumprimentando-a com um abraço e, no final das sessões, despedia-se com outro abraço. Para mais, dava a mão à estagiária, para que o acompanhasse até à saída do Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC).

No que respeita ao objetivo de fortalecer o vínculo na díade mãe-filho, a mãe referiu que, atualmente, consegue interagir com o A.R. de outra forma, a nível não-verbal, através das vocalizações e dos ritmos de expressão corporal produzidos pelo filho, e que, com

recurso às estratégias de musicoterapia sugeridas pela estagiária, a comunicação se tornou manifestamente mais fácil.

Com o propósito de reavaliar e analisar os dados obtidos no processo de intervenção, e tendo como princípio os objetivos inicialmente delineados, procedeu-se à reavaliação da Escala de Comunicabilidade de Nordoff-Robbins.

Tabela 5.

Resultados da Reavaliação Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins A.R.

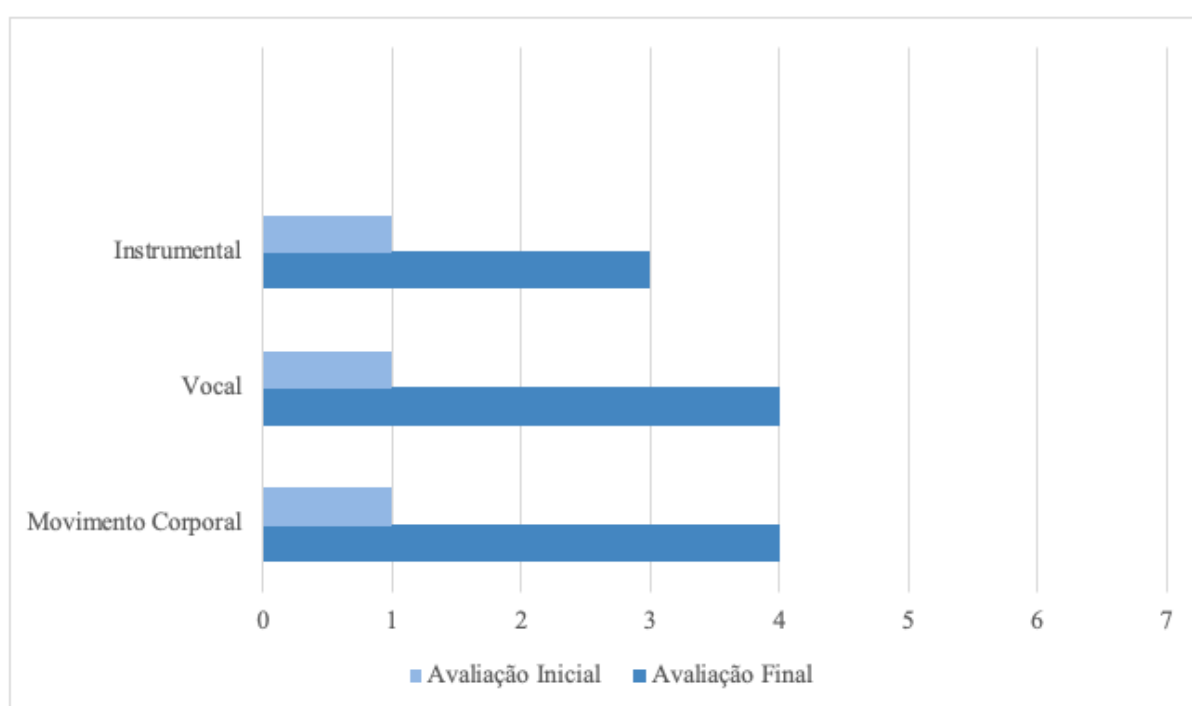
Modo de Atividade	Nível de Comunicabilidade
Instrumental	3 – Respostas evocadas (ii): mais sustentadas e musicalmente relacionadas.
Vocal	4 – Despertar da consciência musical. Percepção musical intermitente que se manifesta intencionalmente.
Movimento Corporal	4- Despertar da consciência musical. Percepção musical intermitente que se manifesta intencionalmente.

Com o decorrer do processo terapêutico do A.R., e em comparação com os resultados obtidos inicialmente, verificou-se que a criança evoluiu nos três domínios apresentados na escala. No que respeita ao domínio Instrumental, na primeira avaliação, a criança não demonstrava interesse na exploração dos instrumentos musicais (1), sendo que, no final do processo terapêutico, esta já apresentava musicalmente um padrão rítmico com batida dentro do tempo da improvisação, bem como variações musicais com momentos de pausa (3). No que concerne ao domínio vocal, verificou-se uma evolução positiva, uma vez que, inicialmente, a criança não emitia sons vocais (1), todavia, no final do processo interventivo, as vocalizações do A.R. já eram estruturadas, com exploração da intensidade do som e dentro

da tonalidade das improvisações (4). No que respeita ao movimento corporal, a criança não apresentava movimentos musicalmente comunicativos (1), sendo que, após a reavaliação, se verificou que o A.R. fora capaz de reproduzir movimentos dentro do andamento das improvisações, demonstrando consciência musical em resposta ao que está a escutar (4).

Figura 1.

Evolução Global do A.R. na Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins



Discussão do Caso I

Considerando este estudo de caso e tendo em conta as especificidades que o A.R. apresentava ao nível da comunicação-não verbal e da falta de interesse pelo outro, verificaram-se os benefícios da musicoterapia na criança. Lagasse (2004) refere que a musicoterapia, quando aplicada com crianças com PEA, pode atenuar as necessidades destas através da música, no que se refere a comportamentos recíprocos, à redução de

comportamentos típicos, à fomentação de relações a nível emocional e social e à aquisição de competências de comunicação.

Por outro lado, neste estudo de caso, foi igualmente definitivo como objetivo específico promover o vínculo da díade mãe e filho. Os resultados obtidos demonstraram que, ao longo da intervenção terapêutica, houve um maior interesse por parte da criança ao nível da interação com a mãe, tanto em momentos musicais como noutros contextos. Em concordância com o mencionado anteriormente, Oldfield (2011) apresenta o ponto de vista dos pais envolvidos nas sessões de musicoterapia centrada na família com os filhos, referindo os efeitos positivos da presença e do envolvimento destes. Os resultados deste estudo revelaram ainda que as sessões promoveram um estreitamento da relação e do vínculo parental, da confiança familiar no respeitante à comunicação, da partilha de emoções e da interação social.

Estabelecer uma relação terapêutica e promover o contacto ocular com a estagiária foram também objetivos específicos a atingir e que foram essenciais para criar um vínculo entre criança e terapeuta. É através desta relação que a criança se sente aceite e livre de críticas, para, conseqüentemente, poder adotar um comportamento saudável para consigo e para com os outros (Kaenampornpan, 2015). Primeiramente, de forma a estabelecer a relação com a criança, o musicoterapeuta utiliza as experiências musicais, para melhor compreender as especificidades de cada caso (Oldfield, 2006).

No que se refere à comunicação não-verbal, foram definidos como objetivos específicos aumentar a comunicação não-verbal e gestual inter e extrafamiliar, promover a intenção comunicativa de pergunta-resposta através das vocalizações da criança e aumentar a atenção conjunta. Observou-se que as atividades musicais nas sessões de musicoterapia influenciaram as respostas comunicativas do A.R. na tríade, face ao estímulo musical

produzido. Segundo os resultados obtidos na Escala de Comunicabilidade de Nordoff-Robbins, verificou-se um aumento significativo no que respeita ao domínio vocal e movimento corporal. De acordo com vários autores (Elefant, 2001; Van Colle, 2003; Wigram & Elefant, 2009), recorrendo à utilização do canto, os musicoterapeutas conseguem dar resposta aos sons emitidos pelas crianças, através dos seus movimentos corporais, da comunicação não-verbal, ou das vocalizações que as mesmas reproduzem. Kaenampornpan (2015) refere que a utilização da voz de forma a espelhar os sons emitidos pelas crianças permitirá que estas estejam mais conscientes do seu comportamento.

Por outro lado, neste estudo de caso foram utilizadas as técnicas de improvisação e imitação, no intuito de aumentar a atenção conjunta, uma vez que se mostram indicadas para crianças com PEA. Oldfield (2012) refere que atividades musicais baseadas na improvisação e músicas do repertório dos indivíduos e da sua preferência promovem uma interação mais positiva entre as crianças com PEA e respetivas famílias, suprimindo, inclusive, as necessidades de algumas famílias a nível relacional. Ishizuka e Yamamoto (2016) acrescentam que o recurso à imitação fomenta as vocalizações, assim como as interações vocais.

Verificou-se que, ao longo das sessões de intervenção, através da realização de inúmeras atividades de caráter musical, a musicoterapia teve um impacto positivo não só na criança, mas também na relação desta com a sua mãe. Acresce-se a tal as inúmeras mudanças ocorridas a nível da comunicação e da interação social. Tal é sustentado por Aigen (2014), que refere que, através das experiências musicais, a musicoterapia funciona como um meio para alcançar a mudança terapêutica.

Conclusão do Caso I

Tendo em conta todo o processo interventivo do A.R., foram analisados os registos de observação direta, bem como os dados obtidos através da Escala de Comunicabilidade de

Nordoff-Robbins no final do estágio, no intuito de melhor compreender as alterações ocorridas, caso se tenham verificado.

Após a recolha e análise dos dados obtidos, pôde concluir-se que ocorreram mudanças significativas face ao estado inicial do A.R. No que concerne à Escala de Comunicabilidade de Nordoff-Robbins, foi possível observar alterações nos três domínios. Ainda assim, os resultados demonstram que a criança utiliza maioritariamente a voz e o movimento corporal de forma a comunicar com o outro. Por outro lado, no que respeita ao domínio instrumental, verifica-se que a criança demonstra um batimento rítmico no tempo das improvisações e com alguns padrões rítmicos variados.

De forma a atingir os objetivos inicialmente delineados, recorreu-se à utilização de estratégias (e.g. improvisação, *turn-taking*, mirroring, *pausing*, entre outros) que possibilitaram o aumento da intenção comunicativa não-verbal e de interação social, podendo-se constatar que, através das sessões de musicoterapia, o A.R se tornou uma criança mais comunicativa e interativa, bem como demonstrou mais prazer na relação na tríade e, essencialmente, na díade mãe e filho. De facto, no decorrer do processo terapêutico, relativamente à díade mãe e filho, a criança demonstrou mais interesse em interagir musicalmente e emocionalmente com a mãe, tornando-se tal evidente nas suas respostas musicais e expressão facial. Para mais, e ainda relativamente à mãe da criança, foram verificadas alterações nela em particular, nomeadamente na forma como utilizava a música e os vocalizos de modo a interagir com o filho.

Para terminar, pode concluir-se que os objetivos traçados no plano de intervenção do A.R. foram cumpridos.

Estudo de Caso II

No presente capítulo será descrito o processo interventivo do V.M, assim como os resultados obtidos e os benefícios da musicoterapia no caso apresentado.

Identificação e Historial – V.M.

O V.M. é uma criança com 3 anos de idade, do género masculino e de nacionalidade portuguesa. É fruto de uma gravidez não planeada, sendo que o seu meio familiar é constituído pelo pai, pela mãe e por uma irmã. O Pai tem 43 anos de idade, é licenciado em Engenharia Informática e trabalha por conta própria. Tem nacionalidade portuguesa, porém a sua família é angolana. Define-se como sendo uma pessoa reservada, no entanto, tem o seu grupo de amigos e socializa com estes. A mãe é de ascendência angolana, mas vive em Portugal desde 1991, e tem 44 anos de idade. A mesma é licenciada em Psicologia (Desenvolvimento e Acolhimento), mas nunca exerceu a profissão, sendo que se encontra desempregada desde o nascimento do V.M..

Quanto à irmã, tem 7 anos de idade, é saudável e nasceu a partir de técnicas de reprodução de Fertilização *In Vitro*. Contudo, tem défice cognitivo e atraso na linguagem ainda que, a nível escolar, seja boa aluna.

No que diz respeito à gravidez, esta foi vigiada e foi uma gravidez de termo, tendo o V.M. nascido às 41 semanas de gestação, de cesariana, com 4,870kg e 53cm. No que diz respeito à alimentação, foi amamentado com leite materno até completar 1 ano e 3 meses, sendo que foi muito difícil fazer a transição para o biberão. A mãe referiu que o V.M. era um bebé calmo e que nunca houve sinais que a preocupassem até aos seus 15 meses. De facto, a família da criança é muito grande e era frequente haver reuniões familiares, porém, com os primos, o V.M., teve sempre uma postura observadora, evitando ao máximo brincadeiras físicas.

O V.M. Frequenta o Centro Paroquial de Vale Figueira desde os 6 meses de idade e a mãe refere que correu tudo bem até ao início do primeiro confinamento, devido à COVID-19. Até então, não havia preocupações por parte da educadora, sendo que fora também nessa altura que a mãe começou a notar alterações na criança, a nível comportamental. Neste sentido, desde Março de 2020, que a mãe considerou que o menino estava a regredir ao nível do desenvolvimento e a ter comportamentos repetitivos, tais como alinhar os brinquedos em vez de brincar com estes, caminhar ao lado de mesas, seguir com o olhar o contorno de objetos como mesas, réguas, sofás, entre outros.

Por outro lado, e a partir da mesma altura, a criança começou, também, a apresentar maiores sinais de agressividade e a fixar o olhar para a luz. Para mais, sempre que saem de casa, o V.M. começa a correr, sem responder a qualquer chamamento. A criança não aponta, porém, consegue vestir-se de forma autónoma e tem uma boa relação com o pai.

A mãe e a irmã foram sempre tentando brincar e interagir com ele, mas era muito difícil. A título de exemplo, quando a máquina de lavar roupa estava a trabalhar, o V.M. permanecia em frente desta sem desviar o olhar. Passou, igualmente, a gostar de ir para debaixo da mesa, de ficar somente a olhar para a parede, de se virar de costas sempre que alguém entrasse na sala ou de alinhar as molas por cor. Também começou a levar diversos objetos à boca e a roê-los, deixou de dizer palavras que já dizia, deixou de comer alguns alimentos, sendo que, progressivamente, foi ficando cada vez mais seletivo.

Neste sentido, e dada a sua preocupação face ao exposto, a mãe do V.M. falou com o médico de família, que aconselhou a que o menino voltasse para a creche em Junho desse mesmo ano, 2020. No entanto, a mãe teve receio, uma vez que ele apresentava claras diferenças e existiam claras dificuldades, por exemplo, em alimentá-lo, dada a sua recusa para comer. Ainda assim, atualmente, já aceita arroz com molho e fruta, ainda que só cozida.

O V.M., assim, só voltou à escola em Setembro de 2020, após interrupção em Março desse mesmo ano. Nessa altura, a sua educadora de infância reparou que ocorreram alterações no comportamento do V.M., tais como passar a comer apenas alimentos triturados, não interagir com outras crianças, nem procurar o conforto do adulto. Rejeitava o toque, não cumpria ordens simples - como responder ao chamamento - e não permanecia sentado junto ao grupo durante as atividades. Por outro lado, o único vocabulário perceptível eram os números até 10, sendo que a criança começava a fazer contagens de forma espontânea. Segundo a sua mãe, o V.M. perdeu a linguagem que já tivera adquirido anteriormente, uma vez que, antes, já começava a cantar os parabéns, dizia mãe, pai, o nome da irmã e contava até 10, e de um momento para o outro o menino deixou de verbalizar. A educadora enviava tarefas para a mãe fazer com o V.M., mas desde cedo esta percebeu que ele não pegava em nada e não gostava das texturas das tintas ou plasticinas.

A criança só permaneceu na creche durante duas semanas porque, segundo a educadora, chorava o tempo todo e tinha muita dificuldade em adormecer. A mãe mencionou que, no que diz respeito ao sono, o menino dormia no seu berço, no quarto dos pais. Posteriormente, passou a adormecer apenas ao colo ou na cama dos pais. Desde Junho de 2020 que a mãe reparou que o filho tem um sono muito leve e também tinha muita dificuldade em adormecer, sendo que só o consegue fazer quando um dos pais estiver em contacto com ele e, mesmo que já tenha adormecido, se eles se tentam levantar, o V.M., acorda de imediato. Em qualquer os casos, a criança acorda diversas vezes durante a noite.

Os interesses do V.M. incidem em músicas infantis, nomeadamente, o “Brilha, brilha lá no céu”, o “Atirei o pau ao gato”, “O balão do João” e o “Pocoyo”. Gosta igualmente das canções que escuta na televisão, tais como as músicas da carochinha e do panda. Ao ouvir músicas da sua preferência, reage com muito entusiasmo e euforia.

De acordo com o processo facultado pelo CDC, o V.M. foi encaminhado para uma consulta de desenvolvimento no Centro, para se proceder à avaliação do menino, sendo que da avaliação resultou diagnóstico de PEA. Dado o seu interesse pela música, a equipa encaminhou a criança para as sessões de musicoterapia.

Avaliação Inicial

Para além da recolha de dados da observação direta, e após terem sido aplicados dois elementos de avaliação, tais como o questionário sonoro musical (adaptados de Benezon), e a escala de avaliação comunicativa de Nordoff/Robbins, procedeu-se a análise dos mesmos.

No que respeita à recolha de informação do V.M., através de uma entrevista à mãe do mesmo e após a aplicação do questionário relativo à história sonoro-musical, foi possível perceber que a criança gosta de canções infantis no geral, e a música de introdução do desenho animado “Pocoyo”. Porém, as músicas da sua preferência incidem no “Brilha, brilha, lá no céu”, “Atirei o pau ao gato” e “O Balão do João”.

De acordo com a mãe, o V.M. é uma criança autocentrada, faz muitas birras quando é contrariado e não mantém o contacto visual. No que respeita ao núcleo familiar, a mãe salientou que, o V.M., não interage com ninguém a não ser com os pais e com a irmã, com o intuito de pedir alguma coisa. A mãe refere ainda que o menino não demonstra iniciativa em se relacionar com o mesmo ou com elementos extrafamiliares.

O primeiro contacto com o V.M., aconteceu na sala de espera do CDC, e quando a estagiária encaminhou a mãe e o filho, para a sala onde iria decorrer a sessão de musicoterapia, o V.M., começou a gritar e a puxar a mão da mãe para irem no sentido oposto, dado que todas as consultas frequentadas anteriormente foram realizadas nesse mesmo lado oposto. Desta forma, foi possível constatar alguma rigidez comportamental da parte do menino.

Na primeira sessão, aquando da entrada do V.M e da mãe no *setting*, a estagiária sentou-se no tapete disposto no chão, onde estavam alguns instrumentos de percussão de altura indefinida e definida, nomeadamente, clavas, ovos, maracas, e xilofone. A mãe sentou-se com o V.M. no chão, contudo, o menino levantou-se de seguida, a gritar, e começou a percorrer a sala explorando a mesma.

Foi possível observar, nesta sessão, que a criança mantinha uma postura autocentrada, rejeitando qualquer tipo de interação ou contacto físico com a estagiária. Cada vez que havia uma tentativa de aproximação com a criança, a mesma começava a gritar e a percorrer a sala, olhando para as janelas, assim como para as paredes para ver o que nelas estavam expostas. Na tentativa de ajudar a criança a aproximar-se da estagiária, a mãe ia ao encontro do menino, porém sem sucesso.

Também se verificou que a criança não respondia ao chamamento, e evitava o contacto ocular com a estagiária. No que respeita aos instrumentos musicais, o V.M., não demonstrou interesse em tocar ou explorar a sonoridade dos mesmos. Para além do supramencionado, o V.M., escondia-se debaixo das mesas e cadeiras realizando um percurso vezes sem conta. Na tentativa de evitar este comportamento, a mãe e a estagiária iam ao seu encontro, interagindo com ele de diversas formas, todavia, tal não era suficiente. Acresce-se o *peering* que o V.M. realizava, particularmente com as formas desenhadas nas laterais das mesas e com o tampo das mesmas.

Nas sessões seguintes, verificou-se que o menino continuou com a uma postura autocentrada, sem intenção comunicativa com a estagiária, evitando o contacto físico e o contacto visual com a mesma, assim como, a exploração dos instrumentos musicais.

Durante a fase de avaliação, foi aplicada pela estagiária o instrumento de avaliação Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins (Tabela 6).

Tabela 6.

Resultados da Avaliação Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins do V.M.

Nível de Comunicabilidade	Modo de Atividade
Nenhuma resposta musicalmente comunicativa	Instrumental
Nenhuma resposta musicalmente comunicativa	Vocal
Nenhuma resposta musicalmente comunicativa	Movimento Corporal

Plano de Intervenção Terapêutico

Foram tidos em conta os dados da avaliação, através da entrevista à família, da apreciação dos resultados da escala e das informações facultadas pelo grupo PEA, e foi delineado o seguinte plano terapêutico:

Tabela 7.

*Plano de Intervenção Terapêutica do V.M.***Problema 1: Ausência de interesse na relação com o outro**

Objetivo Geral:

- Fomentar o interesse pela interação social.

Objetivo Específico:

- Promover o vínculo na díade mãe e filho;
- Estimular o contacto ocular com a estagiária;
- Estabelecer uma relação terapêutica.

Problema 2: Falta de iniciativa e reciprocidade ao nível da Comunicação

Objetivo Geral:

- Promover a comunicação não verbal.

Objetivos Específicos:

- Aumentar a comunicação não-verbal e gestual interfamiliar e extrafamiliar.

Problema 3: Comportamentos repetitivos

Objetivo Geral:

- Diminuição de comportamentos repetitivos.

Objetivos Específicos:

- Proporcionar momentos de interesse para captar a atenção da criança.

Descrição do Processo Terapêutico

O processo interventivo contou com 23 sessões, nas quais esteve sempre presente a mãe que apresentou uma postura ativa. Estas foram realizadas na sala reuniões/apresentações, com a duração de 30 a 45 minutos.

1ª Fase: Estabelecer a Relação

Primeiramente, a estagiária recorreu à observação de forma a analisar e compreender o comportamento do V.M., no que diz respeito, à interação, à comunicação, ao contacto ocular e à relação com a sua mãe.

No início do processo, a estagiária estabeleceu a disposição do *setting*, assim como, os instrumentos musicais que iriam ser utilizados na primeira sessão. As cadeiras foram dispostas em formato de meia-lua, com o intuito de tornar o *setting* mais reduzido, uma vez que a sala era muito ampla, fomentando desta forma a orientação espacial da criança e um ambiente o mais cómodo possível. Colocou-se um colchão no chão, com o propósito na tentativa de proporcionar conforto ao V.M: e à mãe. Em cima do mesmo, estavam dispostos alguns instrumentos de percussão de altura definida e indefinida, nomeadamente, o xilofone, as clavas, os ovos e uma pandeireta com pele, de forma a promover um momento de interação e, também de entender qual seria a primeira escolha da criança.

Durante as sessões, de forma a proporcionar um apoio harmónico, foi utilizada maioritariamente a guitarra clássica e numa fase posterior com o propósito de criar um novo estímulo sonoro o teclado.

Na primeira sessão, o V.M., entrou na sala a chorar, demonstrando desagrado por estar num espaço que não lhe era familiar. Na tentativa de o acalmar, a estagiária tentou uma aproximação, porém a sua presença foi ignorada, e de imediato, a criança afastou-se. Rejeitando assim, um elemento de interação.

Posteriormente, a criança ficou mais calma, e no intuito de o V.M., se sentar no tapete com os instrumentos musicais, a estagiária e a mãe sentaram-se em cima do mesmo e começaram a tocar. Consequentemente, o menino, aproximou-se, mantendo por breves

instantes o contacto ocular com as várias fontes sonoras. Todavia, virou as costas, a ambas, e começou a explorar a sala de um lado para o outro evitando qualquer tipo de interação.

Outro comportamento observado durante a sessão está relacionado com a procura de informação sensorial. Esta procura manifestou-se através do *peering* com as mesas presentes na sala, bem como do interesse repetitivo e restrito relacionado à realização de percursos debaixo das mesmas.

Quando a estagiária improvisava na guitarra de forma a espelhar o comportamento do V.M, por momentos, o menino direcionava o olhar para o instrumento, mas evitando o contacto ocular com a estagiária. Também, se verificou que a criança não manifestava qualquer intenção comunicativa, mantendo uma postura muito isolada.

Após a fase de observação do comportamento, e com o objetivo de desenvolver uma linha temporal e também de incentivar o cumprimento social, a estagiária iniciava a sessão com a canção do “Bom dia” e terminava a mesma com a canção do “Adeus”. As canções supramencionadas eram cantadas em conjunto com a mãe, sendo que a mesma pegava na mão do filho para reproduzir o gesto social. Porém, a criança demonstrava rigidez comportamental na interação e começava a gritar. As estratégias adotadas foram utilizadas no decorrer das cinco sessões, com o objetivo de estabelecer uma relação terapêutica.

Na sexta sessão, o V.M. demonstrou interesse em tocar nos ovinhos, porém não tocou nos outros instrumentos dispostos no *setting*. Na presente sessão, a criança demonstrou intencionalidade comunicativa para que eu tocasse também com os ovinhos. O V.M. executou ritmos de pulsação à semínima, com os ovinhos em cima de uma mesa, e a estagiária espelhou o ritmo produzido pelo mesmo. Nesse instante a criança olhou e direcionou o corpo para a fonte sonora. De forma a potenciar a interação, seguiu-se um momento de improvisação, criado pela estagiária, reproduzindo ritmos de colcheias, enquanto

o V.M. mantinha a pulsação. Também as dinâmicas do som foram exploradas, com diminuendo e crescendo, às quais o V.M. respondeu em simultâneo a estas alterações sonoras. De igual modo, uma variação musical que o V.M. começou a utilizar, nomeadamente as variações dos andamentos, a saber, rápido e lento. Com o propósito de trabalhar a previsibilidade, a estagiária recorreu à técnica de improvisação *pausing*. Consequentemente, o V.M. parou de tocar no instrumento musical e, pela primeira vez, estabeleceu contacto visual com a mesma. A dado momento, com o intuito de introduzir um estímulo sonoro diferente e captar a sua atenção, a estagiária tocou na pandeireta com pele, tendo alcançado o pretendido. De seguida, a estagiária parou de tocar no instrumento e colocou-o ao lado de outro. O V.M., em resposta, dirigiu-se à estagiária e, por iniciativa própria, segurou na pandeireta, colocou-a em cima do D´jambé, manteve o contacto visual e aguardou que a mesma tocasse. Posteriormente, deslocou-se até à mesa com o ovinho na mão, olhou alternadamente para a estagiária e para o instrumento, para que tocassem em conjunto. De forma a reforçar a intencionalidade do V.M. a estagiária não tocou, o que potenciou um maior contacto ocular com a mesma. Para que o menino não se desorganizasse, a estagiária começou a tocar e o V.M. acompanhou-a.

No final da sessão, o V.M. na canção do “Adeus” foi mais recetivo ao contacto físico por parte da estagiária.

De salientar, que após esta sessão houve um interregno, das sessões devido às férias do Natal, e ao fato de um dos elementos familiares do menino ter contraído COVID19. Consequentemente, esta interrupção resultou numa regressão, verificando-se novamente algumas estereotipias, bem como, os interesses repetitivos e restritos que se observavam numa fase inicial da intervenção. A isto acresce-se a diminuição da iniciativa no que respeita

à interação. Importa referir, que o comportamento supramencionado manteve-se durante cinco sessões.

2ª Fase: A Interação Díade e Triade

Na sessão 7, o V.M. apresentou uma postura autocentrada, sem demonstrar interesse em tocar nos instrumentos. Iniciou a sessão realizando os percursos, e quando houve a tentativa, por parte da estagiária e da mãe, de interromper este comportamento, o menino demonstrou rigidez corporal. Sendo que o V.M. não interagia com os instrumentos, a estagiária recorreu ao uso de um para-quedas de forma a oferecer um estímulo visual, o menino direcionou o olhar para o mesmo e também para a estagiária. A mesma e a mãe cantaram uma canção do repertório da sua preferência, nomeadamente “Atirei o pau ao Gato”, juntando o movimento do para-quedas de acordo com o andamento da música.

Consequentemente, o menino começou a imitar o movimento com as mãos, (*flapping*), enquanto sorria e mantinha o contacto ocular com a estagiária e com a mãe, demonstrando prazer na relação. Com o intuito de aumentar o tempo na atividade a estagiária e a mãe, cantaram a canção variando o andamento entre rápido e lento, ao qual o menino começou a fazer saltos de acordo com o tempo e também, a movimentar as mãos (*flapping*). Porém este movimento estereotipado demonstrava intenção comunicativa, pois o mesmo, evidenciava a intenção musical no que respeita ao andamento da música ser rápido ou lento. Quando a estagiária e a mãe pararam o movimento o V.M. deu-lhes um beijinho na testa. No final desta sessão o menino não queria ir embora do *setting*.

Nas sessões seguintes, começou a emitir pequenos vocalizos dentro da tonalidade em que a estagiária improvisava com a guitarra. Quando a estagiária ou a mãe espelhavam os mesmos, o V.M. mantinha o contacto ocular. Tal também acontecia, quando a

musicoterapeuta estagiária recorria à técnica de *turn-tacking*, o V.M emitia pequenas respostas musicais.

De forma a captar a sua atenção, e com o propósito de explorar a antecipação, bem como de criar um momento de interação e de promover o contacto do menino com os instrumentos, a estagiária realizou um jogo com a mãe, recorrendo ao uso de um instrumento de percussão, o Djámbé. As mesmas contavam até três, executando em simultâneo um ritmo no instrumento, correndo em sua direção. Em resposta a este jogo, o V.M. interagia sorrindo e quando as mesmas se mantinham na sua posição, o menino demonstrava intencionalidade ao nível vocal e corporal para que fossem ao seu encontro, o que revela interesse e prazer na relação com o outro. Após algumas sessões, neste jogo, a mãe tocava no d´jambé e já era o menino a vocalizar os números um e dois em *glissando* ascendente e no número três *glissando* descendente. No número três a mãe e o menino dirigiam-se um para o outro e o V.M., sendo a sua satisfação na interação evidente na sua expressão facial através dos sorrisos que expressava.

3ª Fase: Estar Com o Outro

A presente etapa retrata o prazer da criança em estar na relação com a mãe e com a terapeuta em momentos de interação onde o tempo de atenção do V.M. era mais longo.

Na décima oitava sessão, a pedido da estagiária e com o intuito de captar a atenção do V.M, a mãe cantou o “brilha, brilha lá no céu”. O menino dirigiu-se à mesma, dando-lhe um abraço, encostando as suas mãos ao semblante da mãe e dando-lhe um beijinho na testa. Enquanto a mesma cantou a música, e a estagiária sustentava musicalmente este momento, o menino permaneceu nessa posição durante algum tempo com demonstrações de afeto e prazer na relação. Na canção “Atirei o Pau ao Gato”, em combinação prévia com a mãe, as mesmas utilizaram a técnica de *pausing* em sítios estratégicos, e, conseqüentemente, o V.M.

direcionava o olhar para ambas e emitia um vocalizo batendo com o pé para que continuássemos a cantar a canção. Quando terminaram de cantar a canção o V.M. sorria às gargalhas.

Na sessão 20 até à vigésima terceira, uma vez que o V.M. tinha demonstrado gostar de sons de intensidade forte como o do D'jambé, a fim de proporcionar um estímulo auditivo diferente, a estagiária levou para o *setting* outro instrumento de percussão, a saber, os *Boomwhackers*. Assim que escutou o timbre deste instrumento, a criança, de forma autónoma, começou a explorar a sua sonoridade. Posteriormente, seguiu-se um momento de improvisação entre a tríade, em que foi utilizado o *pausing* entre a mãe e a estagiária, com o intuito de captar a atenção do V.M. que demonstrou estar atento a este momento direcionando o olhar para os tubos que a mãe e a estagiária tinham na mão. De forma a espelhar os ritmos reproduzidos pela criança, empregou-se a técnica *mirroring*. Consequentemente, a criança demonstrou prazer em tocar com a díade. Também se verificou que o V.M. por iniciativa própria, começou a reproduzir diferentes ritmos e intensidades, alternando entre o crescendo e o diminuendo, demonstrando intencionalidade na exploração musical.

De salientar, que durante esta fase, o V.M. deixou de fazer os circuitos de baixo da mesa e o *peering*.

Nestas últimas sessões, quando a mãe e a estagiária cantavam a canção do “Adeus”, no final da mesma ambas diziam “xau” e, em simultâneo, utilizavam a comunicação não verbal, ou seja, o gesto. Em resposta a criança começou a verbalizar a palavra “xau” mantendo o contacto ocular com as mesmas e seguindo caminhando para a porta do *setting*, proferindo-a várias vezes num tom alto. Neste momento o V.M. demonstrou intencionalidade, assim como, interesse e presença na relação com o outro.

Resultados

Tendo em conta os objetivos delineados no início do processo interventivo e com o intuito de melhor compreender a evolução da criança que beneficiou das sessões de musicoterapia, foi aplicado novamente o instrumento de avaliação utilizado no início da intervenção, assim como, os registos de observação direta.

No decorrer do presente estudo, a estagiária articulou com o grupo PEA sobre o progresso evolutivo da criança, assim como, através de conversas informais com a mãe do V.M. Após o término de cada sessão, a estagiária registava um registo escrito do sucedido nas sessões, de forma a comparar a evolução da criança.

A estagiária procedeu ao preenchimento da Escala de comunicabilidade de Nordoff-Robbins e à leitura dos registos de observação direta feitas ao longo do processo terapêutico. Feita a recolha e análise dos resultados obtidos, foi possível aferir que a intervenção em musicoterapia teve um impacto positivo no V.M.

Tendo em conta o objetivo de fomentar a comunicação não-verbal e a interação social intra e extrafamiliar, foi possível verificar melhorias. A alteração mencionada anteriormente foi observada e mencionada através da mãe e dos restantes elementos familiares. Segundo a mãe da criança, o V.M, já consegue ter momentos de interação não só com o núcleo familiar, mas também com os pares no jardim-de-infância (e.g., atualmente quando a mãe o chama para fazer uma vídeo chamada com a avó, o mesmo permanece no sítio durante mais tempo, e ao ver a avó tenta comunicar através de vocalizos e diz “xau” acompanhando com o gesto social, quando se quer despedir da mesma. Até então, tal comportamento não existia. Também com a irmã, houve melhorias no que respeita a tomar a iniciativa de permanecer na sua companhia mesma). No que diz respeito às estereotípias, a mãe também comentou que houve uma grande diminuição dos comportamentos repetitivos que o filho apresentava.

Com o propósito de proceder à reavaliação e análise do processo interventivo tendo como base os objetivos inicialmente definidos, foi aplicada novamente a Escala de Comunicabilidade de Nordoff-Robbins.

Tabela 8.

Resultados da Reavaliação Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins V.M.

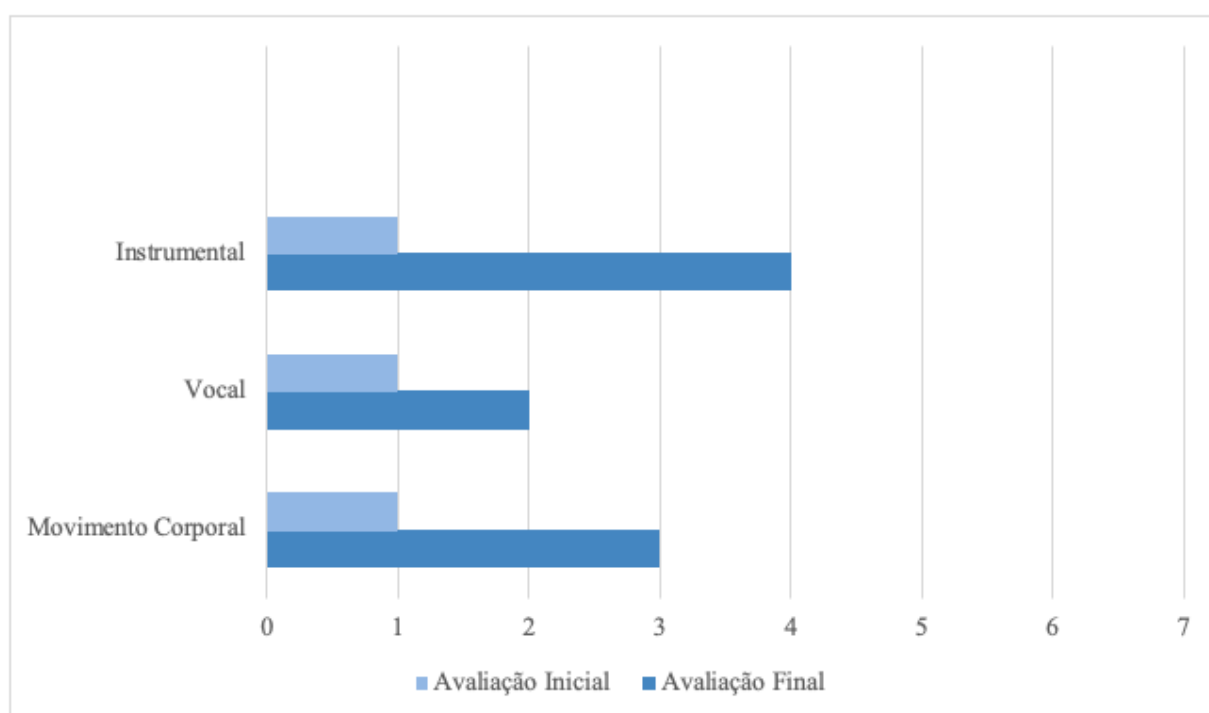
Modo de Atividade	Nível de Comunicabilidade
Instrumental	4- Momentos de responsabilidade direcionada, nos quais a criança para de bater nos finais das frases, começa a bater no tempo e na batida, mostrando um pouco de responsividade para a dinâmica.
Vocal	2- A criança faz fugazmente sons reflexivos que ressoam algumas partes da música; faz breves sons que têm uma conexão com a música, tonalidade e/ou ritmo e/ou expressividade.
Movimento Corporal	3 - Respostas evocadas (ii), nas quais a criança faz sons reflexivos significativos com mais frequência, mostrando uma influência da improvisação.

Foi possível observar que ao longo do processo terapêutico, o V.M. apresentou um progresso no que concerne aos dois domínios. Sendo que as respostas comunicativas no domínio instrumental são evidentes, uma vez que inicialmente o V.M. não utilizava nem explorava os instrumentos musicais (1), para uma evolução notória, em que utilizava os instrumentos de forma a manter uma batida consistente dentro do tempo da pulsação (4). No que respeita ao domínio vocal, do mesmo modo, verificou-se alterações, uma vez que nas primeiras sessões, o V.M. não emitia sons (1), porém, no término do processo terapêutico, verificou-se que o mesmo começou a reproduzir pequenos vocalizos dentro da tonalidade nos

momentos de improvisação entre a tríade (2). No domínio movimento corporal, ocorreram evoluções que se puderam observar, uma vez que inicialmente, a criança não demonstrava intenção musicalmente comunicativa (1), para os movimentos reflexivos das mãos que acompanhavam o andamento da canção e demonstrando consciência musical (4) (Tabela 7).

Figura 2.

Evolução Global do V.M na Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins



Discussão do Caso II

Para o presente estudo de caso, foram definidos três objetivos gerais, nomeadamente fomentar o interesse pela interação social, promover a comunicação não-verbal e a diminuir comportamentos repetitivos. Neste sentido, os dados qualitativos recolhidos pela já referida observação direta e grelha de avaliação, ajudaram a melhor compreender os benefícios da musicoterapia com crianças que padecem de PEA.

Relativamente aos objetivos específicos deste caso, dois deles dizem respeito a promover o vínculo na díade mãe e filho e estimular o contacto ocular com a estagiária. Assim, os resultados obtidos revelaram um fortalecimento dos laços relacionais, na medida em que a mãe relatou, no decorrer das sessões, que sentiu uma maior proximidade com o filho. Nomeadamente, quando a mesma cantava, ocorriam momentos de interação em que o menino interagiu trocando gestos de afeto e sorrisos. Segundo Jacobsen e Thompson (2017), através da partilha de momentos musicais, bem como da atenção conjunta originada pela musicoterapia, os mesmos podem proporcionar um suporte na díade pais e filhos, aumentando a conexão entre ambos. Na mesma linha de pensamento Wang et al (2021), corroboram o supramencionado, referindo que a musicoterapia centrada na família, é uma terapia favorável de responder às necessidades emocionais das crianças com PEA e das respetivas famílias promovendo momentos de satisfação. Recorrendo às técnicas de improvisação, tais como *imitation*, *expectation* e *pausing* ao longo das sessões, verificou-se um aumento significativo no tempo de contacto visual e interação com a estagiária. Sendo que segundo, Tomlinson *et al.* (2012), as técnicas de improvisação, nomeadamente a imitação, ajudam a consciencializar a criança do seu próprio movimento, quando este ao ser produzido, estimula a comunicação entre a tríade.

Destaca-se como terceiro objetivo específico deste caso, a relação terapêutica entre a criança e a estagiária de forma a atingir resultados positivos na intervenção terapêutica. De acordo com Kaenampornpan (2015) é importante o estabelecimento de uma relação terapêutica, nomeadamente com crianças não- verbais, de forma a deixá-las o mais confortável possível facilitando a interação. Segundo, Hanson-Abromit (2015) refere que tal só é possível se o musicoterapeuta tiver o cuidado de propiciar um ambiente acolhedor com a

intenção de estar em harmonia com a criança, num espaço de aceitação do seu comportamento sonoro musical.

No que respeita ao segundo objetivo geral pretendeu-se promover a comunicação não-verbal, sendo que os objetivos específicos incidiram em aumentar a comunicação não-verbal e gestual interfamiliar e extrafamiliar, promover a intenção comunicativa de pergunta resposta através do movimento do corpo, da voz e dos instrumentos musicais e aumentar a atenção conjunta.

Face aos resultados obtidos na escala de Comunicabilidade de Nordoff-Robbins verificou-se um aumento de intenção comunicativa da criança nos três domínios, consequência da utilização da improvisação como forma de promover a interação e comunicação através do fazer musical. Wigram et al. (2002) caracterizam a improvisação como uma estratégia eficaz e dinâmica, de um padrão musical que pode ser explorado e repetitivo, no intuito de obter características espontâneas e criativas, que consequentemente, irão originar diálogos musicais entre a díade ou tríade, tendo como objetivo a comunicação e a interação (Pethybridge, 2013). Verificou-se um aumento na comunicação não-verbal e gestual da criança na tríade assim como uma intenção comunicativa muito evidente no V.M de forma que atualmente verbaliza a palavra “adeus”. Para tal, a utilização das canções do “Bom dia” e do “Adeus”, tornaram-se importantes para a criança, desenvolvendo competências sociais e temporais. Assim, através das canções de cumprimento social Wigram e Petderen (2002) corroboram o mencionado anteriormente, referindo que a utilização de canções e de músicas improvisadas, são uma estratégia a ser utilizada a fim de trabalhar a comunicação e a autoexpressão, e também podem criar uma estrutura no início e no fim da sessão de musicoterapia trabalhando a previsibilidade (Pellitrini, 2000). Torna-se pertinente a utilização da música das suas características, e a letra das canções, de forma a estimular a

comunicação verbal, a dicção e o som da fala (Maranhão, 2020). Com o intuito de aumentar a pergunta resposta através do movimento do corpo, da voz e dos instrumentos musicais e aumentar a atenção conjunta, a estagiária recorreu à técnica de *turn-taking* e a imitação obtendo assim resultados significativos. Segundo Perry (2003), na musicoterapia, a criança que apresenta comprometimento na comunicação, é motivada a fazer troca de turnos com os instrumentos musicais, com a voz ou com o corpo, de modo a desenvolver as suas capacidades comunicativas, influenciando outros, através da experimentação da interação que envolve uma conversa musical. Wigram (2007), refere a importância do musicoterapeuta imitar os movimentos do cliente, colocando-se ao nível emocional e cognitivo do mesmo, para que a criança consiga observar o seu comportamento espelhado.

Por fim, o terceiro objetivo geral incidiu na diminuição de comportamentos repetitivos da criança através de momentos de interesse para captar a sua atenção. A estagiária recorreu à improvisação, através de técnicas como *turn-taking*, imitação e sincronização, utilizando os instrumentos musicais, o ritmo, a voz e objetos. Assim, foram criados momentos de pergunta resposta, com o intuito de captar a atenção da criança para a estagiária. Um estudo levado a cabo por Garcia (2018) com uma criança autista que apresentava estereotípias, refere que o recurso à improvisação e utilização das técnicas mencionadas anteriormente e de objetos intermediários como baquetas, levaram à diminuição das estereotípias motoras.

Conclusão do Caso II

Dadas as características inicialmente apresentadas pelo V.M, é possível concluir que a intervenção foi bastante benéfica, verificando-se melhorias significativas. Estas melhorias foram evidentes ao nível da interação, da comunicação não-verbal e de comportamentos repetitivos.

No que concerne, à comunicação não-verbal e comportamentos repetitivos, foi perceptível que a intervenção da musicoterapia teve impactos positivos nestas questões, uma vez que a criança, começou a recorrer cada vez mais aos gestos, aos sons e ao contacto ocular, de forma a demonstrar uma intenção comunicativa, interagindo cada vez mais na tríade. A utilização de atividades que promovessem a sua atenção, através dos instrumentos musicais e das músicas da sua preferência, também ajudaram na diminuição de comportamentos repetitivos.

Através da utilização da improvisação nas atividades desenvolvidas, as mesmas fomentaram o contacto ocular, a iniciativa ao nível da comunicação e atenção conjunta, conquistas estas que foram transponíveis para outros contextos. Tendo em conta os resultados obtidos através da Escala de Comunicabilidade de Nordoff-Robbins, verificaram-se melhorias nos três domínios, instrumental, vocal e de movimento corporal, sendo que a sua intenção comunicativa incide predominantemente no domínio instrumental e do movimento corporal. No que se refere ao domínio vocal, verifica-se que a evolução foi pouco significativa.

Ao longo do processo interventivo, considera-se que também na relação entre a mãe e a criança ocorreram alterações. Inicialmente a mãe demonstrava constrangimento a cantar - sempre com intensidade piano - ou a tocar nos instrumentos musicais. Com o reforço positivo da estagiária a mesma começou a ter uma postura mais ativa nas sessões de musicoterapia. A interação e a comunicação não-verbal entre a mãe e a criança eram cada vez mais evidentes entre ambos, culminando em momentos de reciprocidade de troca de carinho e demonstração de prazer na relação ao realizarem atividades em conjunto.

Tendo em conta a abordagem utilizada ao longo das sessões de intervenção, conclui-se que a mesma foi adequada tendo em conta as especificidades e as preocupações

inicialmente apresentadas pela mãe da criança. A evolução da criança foi evidente nas sessões de musicoterapia e, de acordo com a mãe, também se verificaram noutros contextos.

Outras Intervenções

No presente capítulo são abordadas, resumidamente, outras intervenções realizadas no decorrer do estágio. São apresentados a caracterização de cada caso, o processo interventivo, os objetivos delineados e os resultados alcançados ao longo de cada intervenção.

Caso D.P.

O D.P. é uma criança com 2 anos e 5 meses de idade com diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) que vive com os pais e com a irmã de um ano de idade. Na sua família há um elemento com desenvolvimento neuroatípico, o tio, que padece de PEA grave. Além disso, o D.P. é um menino com um sorriso muito simpático, que rejeita, porém, o contacto físico e visual. No que concerne ao comportamento da criança, quando esta tem ou vê objetos do seu interesse, apresenta um comportamento repetitivo ao aproximar tais objetos de si e ao tentar escondê-los de baixo do tapete de casa ou do colchão exposto no *setting*. Quando contrariado, o menino reage com frustração e oposição. No que se refere à interação familiar, a mãe do D.P. refere que tem dificuldades na relação com o filho.

Tendo em conta as dificuldades apresentadas, os objetivos do plano terapêutico focaram-se, essencialmente, na promoção da relação entre mãe e filho e na reciprocidade. Ao longo das sessões de musicoterapia, foi-se verificando que a criança demonstrava prazer na relação com a mãe, sendo tal mais notório nos momentos de improvisação, através da sua expressão facial, ou seja, dos sorrisos e da aproximação física com a mesma. Para além disso, quando a mãe tocava determinado instrumento musical, enquanto cantava uma canção da preferência musical da criança, esta mantinha o contacto ocular. Nos momentos em que ambos tocavam nos instrumentos musicais, quando a mãe pedia para o menino trocar de instrumento com ela, este trocava, mantendo uma postura calma.

No término da intervenção, o D.P. demonstrou uma franca evolução positiva do ponto de vista da relação e da interação com a mãe, que se estendeu a todo o núcleo familiar. No que respeita à reciprocidade, houve melhorias, uma vez que se verificou aceitação por parte da criança em relação à presença e aos pedidos de outra pessoa, neste caso da sua mãe.

Caso E.G.

O E.G. é uma criança do sexo masculino de 2 e 6 meses de idade, com diagnóstico de PEA. Não demonstra interesse na relação com o outro, evitando o contacto físico, bem como o contacto visual com os pais e com o meio social que o rodeia. Adicionalmente, não responde ao chamamento, mantendo sempre uma postura autocentrada. A mãe e o pai da criança mencionaram a dificuldade que sentem na interação e na comunicação com esta, bem como o facto de não conseguirem “chegar” à mesma. Referiram, igualmente, que é comum a criança levar objetos à boca. Tal verificou-se nas sessões, quando a criança levava os instrumentos à boca, fazendo, assim, uma procura de informação sensorial oral.

Os objetivos do plano de intervenção incidiram, essencialmente, em estabelecer a relação entre a tríade mãe, pai e filho. Através de momentos de improvisação, o E.G. foi começando a demonstrar intenção comunicativa, através de movimento corporal, acompanhando o ritmo da improvisação (e.g., quando a estagiária e os pais improvisavam em simultâneo, o E.G. acompanhava o andamento com saltinhos e quando era utilizada a técnica *pausing*, o E.G. parava o movimento e fazia contacto visual com os pais e com a terapeuta. De modo a continuar com a improvisação, a criança, por iniciativa própria, repetia o movimento com alterações de andamento). Por outro lado, quando os pais cantavam as canções da preferência do seu filho, este aproximava-se da mãe e aninhava-se no seu colo. Musicalmente, é uma criança que reage maioritariamente às canções de andamento rápido e intensidade forte.

Pode concluir-se que as sessões de musicoterapia foram benéficas para esta família, pois observou-se que, durante a improvisação, se verificou um aumento da reciprocidade entre os pais e o filho. No que respeita à comunicação não-verbal, também se verificaram melhorias, pois a criança, atualmente, já é capaz de manter o contacto visual.

Caso G.C.

O G.C. é uma criança do sexo masculino com 3 anos idade que vive com a mãe e com o irmão gémeo. A criança responde ao chamamento através de contacto visual persistente. Porém, a sua comunicação incide no não-verbal, através da utilização de gestos, do contacto ocular e de vocalizações, por forma a satisfazer as suas necessidades. Outro comportamento recorrente no G.C diz respeito à procura sensorial propriocetiva (*pressing*). Tal observava-se, nomeadamente, no facto de a criança levar constantemente os instrumentos musicais à boca, no início da intervenção. Quando é contrariado, o menino desorganiza-se emocionalmente atirando objetos ao chão e tentando agredir a sua mãe. Para mais, o G.C. não demonstra resistência ao contacto físico e manifesta interesse pelos instrumentos musicais.

Verificou-se que a intervenção em musicoterapia foi benéfica para a criança, uma vez que através da utilização da música o G.C. conseguia dar respostas comunicativas.

Caso R.C.

O R.C. é uma criança do sexo masculino, atualmente com 3 anos e 5 meses de idade, com diagnóstico de PEA. É uma criança que não se consegue expressar verbalmente, sendo que a sua comunicação é feita através do gesto (apontar), de levar o adulto a fazer o que ele pretende e, ainda, através dos sons vocais que emite. No que respeita à interação social, o R.C. não responde ao chamamento e não mantém o contacto ocular. Tal comportamento é mencionado pela educadora de infância da criança, em contexto de creche, sendo que esta refere, igualmente, a dificuldade que o R.C. apresenta na interação com os pares.

No que respeita ao plano terapêutico, os objetivos incidiram na interação social intra e extrafamiliar e nas competências pré-verbais e de comunicação. No final do processo interventivo, com recurso a técnicas de improvisação e à utilização de canções da preferência da criança, verificaram-se evoluções positivas ao nível da interação na tríade, da criança com os seus pais (e.g., a criança respondia musicalmente através de vocalizações em resposta às improvisações realizadas e também mantinha o contacto ocular quando a mãe cantava. Quando escutava o “Brilha, brilha lá no céu”, a criança movimentava as mãos (*flapping*) demonstrando intenção comunicativa quando queria que o andamento da música fosse alterado).

Caso R.F.

O R.F. é uma criança do sexo masculino, com 3 anos de idade e com diagnóstico de PEA. Apresenta uma agitação psicomotora muito evidente, rodopia e corre no local do *setting* de um lado para o outro à procura estimulação sensorial vestibular. No que respeita à comunicação, quando quer algo, fá-lo através do gesto de apontar. Para mais, consegue manter por breves instantes o contacto visual com a estagiária e com o núcleo familiar. Relativamente ao contacto físico, a criança rejeita qualquer aproximação, exceto quando feita pelos seus pais. A mãe comenta que a criança tem dificuldade em permanecer no mesmo sítio durante algum tempo e que tem muita dificuldade no que respeita à interação. Por outro lado, a criança é capaz de dizer o alfabeto em russo e em grego, assim como contar os números até 100. No entanto, não utiliza as palavras com intenção comunicativa.

Os objetivos inicialmente definidos centraram-se na diminuição das estereotipias, na interação através de cumprimentos sociais, no aumento do tempo de atenção na atividade e na relação pai, mãe e filho.

No final do processo terapêutico verificou-se, efetivamente, uma diminuição das estereotípias. Nos momentos de improvisação, o R.F. corria de um lado para o outro, porém, quando se aplicava a técnica *pausing*, a criança parava o movimento ao mesmo tempo que a estagiária, demonstrando consciência da presença da mesma. Também se verificou que o tempo de atenção da criança aumentou (e.g., quando o pai e a mãe cantavam para a criança, a mesma dirigia-se a ambos, sentava-se e mantinha o contacto visual, ao mesmo tempo que esboçava um sorriso e abraçava os pais. Nestes momentos era evidente que a criança demonstrava prazer na relação). O R.F. apresentou progressos no domínio da comunicação, uma vez que começou a verbalizar o nome da estagiária, na canção do “Adeus” (e.g., após a estagiária e os pais cantarem a canção do “Adeus”, a estagiária dirigia-se ao R.F e dizia: “Adeus R.F.”, enquanto fazia o gesto social. Em resposta à estagiária, o R.F. verbalizava “Adeus, adeus” ou “Adeus, Cátia”). Nestes momentos, a criança deixava que a estagiária lhe vestisse o casaco, sendo que o R.F. terminava a sessão por iniciativa própria, abraçado à estagiária. Nas últimas sessões, a criança começou, inclusive, a manifestar desagrado pelo término da sessão, querendo permanecer no *setting* abraçado à estagiária ou ao seu colo.

Caso J.C.

O J.C. é uma criança do sexo masculino, atualmente com 2 anos e 9 meses de idade, que apresenta um diagnóstico de PEA.

Os objetivos traçados para esta intervenção incidiram aos níveis da interação social, da comunicação não-verbal e da socialização. No que respeita à interação social, o J.C. demonstra ter a consciência da estagiária no *setting*, contudo sem demonstrar interesse na relação com a mesma. No domínio da comunicação, o J.C. desvia o contacto visual, procurando o outro para satisfazer as suas necessidades.

No término do processo interventivo, o JC progrediu ao nível do contacto visual, permanecendo mais tempo na relação, assim como começou a utilizar vocalizações para manifestar as suas necessidades. Ao nível da interação, também se verificaram melhorias significativas, na medida em que a criança passou a interagir mais na tríade, permanecendo mais tempo em interação e demonstrando prazer na relação. Tal é evidente aquando dos momentos de improvisação, nos quais a criança mantém o contacto visual com a estagiária e com a mãe, sorrindo para ambas.

Caso S.M.

A S.M. é uma criança do sexo feminino, atualmente com 3 anos de idade e com diagnóstico de PEA. Quando é contrariada, a criança demonstra uma rigidez corporal muito grande, atirando-se para o chão, batendo com a cabeça várias vezes e gritando até ver a sua vontade satisfeita. A criança apresenta forte resistência no domínio da interação social e familiar, sendo que não mantém o contacto visual e rejeita o contacto físico com a estagiária. A mãe da S.M menciona que a criança atira os objetos ao chão, sendo que tal comportamento se verificou nas sessões de musicoterapia com os instrumentos musicais. A S.M. revela uma grande dificuldade em partilhar, começando a gritar se a estagiária ou a mãe tentam uma aproximação. No que concerne à comunicação, a criança utiliza o grito e o apontar como forma de comunicar.

O primeiro contacto da estagiária com a criança foi na entrada para o *setting*, num momento em que esta se desorganizou na sala de espera com a mãe. A estagiária recorreu à técnica de contenção durante 20 minutos, para que a criança se acalmasse.

Os objetivos para este caso incidiram no domínio da interação social recíproca, da comunicação não-verbal e da relação entre a díade mãe e filha. De salientar que, devido às

constantemente faltas no que respeita à periodicidade das sessões, os objetivos não foram atingidos.

Discussão

Terminado o estágio curricular e caracterizadas todas as metodologias utilizadas em cada um dos casos clínicos, é possível afirmar que a intervenção em musicoterapia com crianças com PEA, foi uma terapia bem integrada, compreendida e respeitada pela equipa multidisciplinar do Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC), assim como pelas famílias das crianças por responder às necessidades das mesmas. A isto acrescem-se os resultados notórios da intervenção com esta população. Jaschke (2014) realça que a musicoterapia se apresenta como uma intervenção benéfica com resultados positivos com estas crianças, mencionando ainda o papel relevante desta enquanto alternativa de intervenção terapêutica de carácter não invasivo.

No que concerne aos objetivos terapêuticos inicialmente estabelecidos estes, tiveram em conta as características individuais de cada criança e as expectativas das respetivas famílias. Bunt e Stiege (2014) referem que as experiências musicais em contexto de musicoterapia têm como principal finalidade o alcance dos objetivos terapêuticos estabelecidos para cada caso, variando de acordo com as especificidades e necessidades de cada um. Com o intuito de melhor interagir com as crianças, foi definido como primeiro grande objetivo específico, em todos os casos, estabelecer uma relação terapêutica. Tal deve-se ao fato da literatura sugerir que a relação terapêutica é essencial para o alcance de alterações terapêuticas (Mossler, 2017). Kaenampornpan (2015) acrescenta que, numa fase inicial, é importante a construção de uma relação terapêutica, de forma a deixar as crianças confortáveis para que consigam interagir.

Uma vez que a intervenção incidiu unicamente sobre a PEA, observou-se que, em grande parte dos casos em que a estagiária interveio, a musicoterapia evidenciou resultados positivos nas crianças e no contexto familiar, extensíveis a outros contextos. Estes resultados

positivos incidem, sobretudo, na comunicação não-verbal, na interação entre a díade e a tríade, no prazer em estar com o outro e na diminuição de alguns comportamentos restritos e repetitivos.

Importa salientar que estes resultados positivos se devem à intervenção, mas também à aderência, frequência e envolvimento na mesma. A música pode otimizar a comunicação, a socialização e a atenção de crianças com PEA (AAM, 2013). Pode ainda contribuir para o estabelecimento de uma melhor relação emocional da criança, promover melhoras nas áreas cognitivas ou motoras e, de um modo global, na qualidade de vida da criança. Sharda (2019) refere que a musicoterapia aplicada a crianças com PEA pode melhorar as competências comunicativas, nomeadamente entre pais e filhos. Tal é corroborado por Oldfield (2012) que, num estudo levado a cabo, evidência que a musicoterapia promove uma melhor interação entre as crianças que padecem desta patologia e os seus pais, sendo essa intervenção capaz de suprimir as necessidades de algumas famílias a nível relacional.

Em suma, a musicoterapia evidenciou-se como uma intervenção terapêutica eficaz, permitindo uma abertura de canais de comunicação com crianças com diagnóstico de PEA. Constata-se, assim, que a intervenção em musicoterapia pode atuar como um fator transformador na vida destas crianças.

Conclusão

O presente estágio curricular, realizado no ano letivo 2021/2022, correspondeu a uma experiência profissional integrada numa equipa multidisciplinar, proporcionando um período de grande aprendizagem à estagiária.

Como objetivo principal de estágio definiu-se a promoção da interação e da comunicação das crianças em intervenção, nomeadamente, crianças com diagnóstico de PEA. A este objetivo acrescem-se a promoção da relação díade mãe e filho, o aumento da comunicação não-verbal e gestual dos adultos face às crianças e vice-versa e, ainda, a sensibilização da instituição no respeitante à importância da musicoterapia nas PEA em contexto hospitalar.

Todos os objetivos supramencionados foram atingidos através da intervenção desenvolvida pela estagiária com as crianças e respetivas famílias durante o período de estágio. No referente ao último objetivo, este foi alcançado, através da realização de um panfleto informativo, de três apresentações realizadas à equipa multidisciplinar do CDC, bem como ao Serviço de Pediatria do HGO, e da abertura e disponibilidade da estagiária em receber profissionais da instituição nas suas sessões de intervenção.

Os estudos de caso acompanhados, realizados em contexto individual e familiar, evidenciaram melhorias significativas, ao nível da comunicação, da interação e na relação familiar. Tal reforça a importância da musicoterapia centrada na família com crianças com PEA, evidenciando-a como uma possibilidade de intervenção na família que impulsiona de forma significativa os resultados da intervenção a nível quantitativo e qualitativo. No que refere ao instrumento de avaliação implementado, é de realçar a diferença acentuada entre os resultados obtidos inicialmente e no término da intervenção. Deste modo, é possível concluir

que a metodologia utilizada revelou ser apropriada às especificidades da população-alvo da intervenção.

É de ressaltar que quando a criança com PEA está em contacto com a música, com os sons e com os instrumentos musicais um novo mundo de descobertas sonoras desperta a sua atenção, influenciando de forma positiva a sua cognição, o comportamento e a interação com quem a rodeia. Ainda que a presença dos pais nas sessões se revelou fundamental, tanto para fornecer suporte à criança, assim como para dar continuidade às estratégias sugeridas pela estagiária.

De um modo geral, a experiência alusiva ao estágio foi extremamente positiva, sendo difícil nomear limitações. Assim, nomeia-se apenas o espaço destinado ao *setting*, muito amplo e com inúmeros distratores, bem como a ausência de instrumentos musicais na instituição.

No que concerne em implicações para a prática futura, reforça-se a importância de dar continuidade à intervenção em musicoterapia com crianças com PEA em contexto hospitalar. É importante também promover a investigação neste domínio, de forma a que a musicoterapia centrada na família obtenha uma maior visibilidade em Portugal.

Reflexão

O presente estágio correspondeu a um período de grande aprendizagem, que permitiu a aplicação e o enriquecimento do conhecimento adquirido ao longo da formação académica.

Inicialmente deparei-me com algumas incertezas, dúvidas e inseguranças por estar a intervir num contexto diferente, totalmente fora da minha zona de conforto, e dada a responsabilidade que essa intervenção acarreta. Inseguranças essas que não se dissiparam totalmente, mas que foram atenuadas, em parte, pela confiança depositada pela supervisora de estágio, Professora Doutora Susana Gutierrez-Jiménez, e pela orientadora de estágio, Doutora Anabela Farias.

Dado o conhecimento adquirido em contexto académico sobre musicoterapia, cheguei ao local de estágio com muitas expectativas relativamente às intervenções neste domínio, de qual seria o impacto da mesma nas crianças com PEA e nas respetivas famílias. A abordagem humanista permitiu um olhar sobre a criança como um ser único, com as suas especificidades e sentires, independentemente do seu diagnóstico. Foi muito interessante assistir e experienciar como as crianças com PEA, não-verbais, conseguem utilizar a música e as suas características para comunicar com o outro. Este fazer musical, que se expandiu aos pais e consequentemente ao contexto familiar, foi extremamente enriquecedor e emocionante de presenciar.

Gostaria de salientar que a aprendizagem adquirida ao longo deste percurso se deve, também, ao contacto com as crianças e respetivas famílias, com a equipa multidisciplinar do CDC, e com os colegas de estágio de psicologia com os quais partilhei muitos momentos. Sinto que ao longo deste percurso cresci muito, pessoal e profissionalmente, e que levarei estas aprendizagens para a minha vida.

Reitero os meus agradecimentos à Professora Doutora Teresa Leite por todo o conhecimento transmitido ao longo do percurso académico e pelo apoio, à Professora Doutora Susana Gutierrez-Jiménez pela orientação, disponibilidade, incentivo e confiança depositada, e à Doutora Anabela Farias pela confiança, disponibilidade, partilha de conhecimento, carinho, generosidade e apoio. Os meus agradecimentos também a toda a equipa do CDC, que me acolheu de forma excepcional e se disponibilizou para me ajudar em qualquer situação, o que permitiu, desde o primeiro momento, que me sentisse parte da equipa.

Foi um privilégio estar ao lado das famílias, com as famílias nesta caminhada onde cada passo, por mais pequeno que seja, é uma vitória e uma conquista partilhada. Estar neste contexto é embarcar numa viagem, feita de altos e baixos, avanços e recuos. Cada sorriso, cada abraço, cada toque, cada som têm o poder de nos ligar e de transformar a viagem. No decorrer desta viagem, foi-me dito que fui um elemento transformador na vida das crianças e famílias que acompanhei. Levarei estas palavras no meu coração e para a minha futura vida profissional.

A música, com a sua linguagem tão própria mas universal, conecta pessoas e liga-as ao mundo, essencialmente num momento onde tudo se transforma. A musicoterapia transforma vidas, dela emergindo relações.

Termino com o pensamento que me abraçou durante este percurso: Laços que nascem do canto são laços de (en)cantar.

Referências

- Abad, V., & Williams, K. (2007). Early intervention music therapy: Reporting on a 3- year project to address needs with at-risk families. *Music Therapy Perspectives, 25*(1), 52–58.
- Aigen, K. S. (2014). *The study of Music therapy: Current issues and concepts*. Routledge Taylor & Francis Group.
- Alarcão, M. (2000). (des)Equilíbrios familiares – uma visão sistémica. (2a Ed.). Coimbra: Quarteto.
- Aldridge, D., Gustroff, D., & Neugebauer, L. (1995). A pilot study of music therapy in the treatment of children with developmental delay. *Complementary Therapies in Medicine, 3*(4), 197–205.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Annesley, L., McKeown, E., & Curtis-Tyler, K. (2020). Parents' perspectives on their children's music therapy: A synthesis of qualitative literature. *British Journal of Music Therapy, 34*(1). 39-52. <https://doi.org/10.1177/1359457520907636>
- APPDA, Associação Portuguesa de Autismo, site consultado em 19 de Novembro de 2021, www.appda-lisboa.org.pt.
- Baker, F., & Wigram, T. (2005). *Song writing, Methods, Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Bazon, Fernanda Vilhena Mafra, Campanelli, Eloísa Amicucci, & Blascovi-Assis, Silvana Maria. (2004). A importância da humanização profissional no diagnóstico das deficiências. *Psicologia: teoria e prática, 6*(2), 89-99.

- Benenzon, R. (1985). *Manual de Musicoterapia*. Rio de Janeiro: Clementina Nastari.
- Benenzon, R.O. (2000). *De la teoria a la práctica*. Argentina: Lumen
- Boucher, J. (2012). Research Review: Structural language in autistic spectrum disorder – characteristics and causes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(3), 219-233.
- Brito, A. M., & Dessen, M. A. (1999). Crianças surdas e suas famílias: Um panorama geral. *Psicologia: Reflexão E Crítica*, 12(2), 429-445. <https://doi.org/10.1590/s0102-79721999000200012>
- Bruscia, K. (1988). Standards for clinical assessment in the arts therapies. *The Arts in Psychotherapy*, 15(1). [https://doi.org/10.1016/0197-4556\(88\)90047-0](https://doi.org/10.1016/0197-4556(88)90047-0)
- Bruscia, K. (2000). *Definindo Musicoterapia*. 2º Ed. Brasil, Rio de Janeiro: Enelivros.
- Bunt, L. & Stiege, B. (2014). *Music Therapy, An Art Beyond Words* (2). NY City: Routledge.
- Caetano, M. & Gomes, R. (2012). A Importância da Música na Formação do Ser Humano em Período Escolar. *Educação em Revista*, 13(2), 71-80. <https://doi.org/10.36311/2236-5192.2012.v13n2.3288>
- Carpente, J. A. (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), 160-174.
- CDC- Centro de Desenvolvimento da Criança (2021). Disponível em <https://www.cdc-hgo.com>
- CERCICA - Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Cascais (2021). Disponível em <https://www.cercica.pt>

- Cobbett, S. (2016). Context and relationships: Using the systemic approach with music therapy in work with children, adolescents and their families. *British Journal of Music Therapy*, 30(2), 65–73. <https://doi.org/10.1177/1359457516662474>
- Cooper, M. (2010). Clinical-Musical Responses of Nordoff-Robbins Music Therapist: The Process of Clinical Improvisation. *Qualitative Inquiries in Music Therapy*, 5, 86-115.
- Costa, M. (2004). A família com filhos com Necessidades Educativas Especiais. Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu. Viseu: Edições Millenium.
- Crowell, J., & Keluskar, J., & Gorecki, A. (2019). Parenting Behavior and the Development of Children with Autism Spectrum Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 90, 21-29. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.11.007>
- Damasceno, E. & Júnior, E. (2019). A música como instrumento de intervenção psicopedagógica em crianças com transtorno do espectro autista. *Caderno de Cultura e Ciências*, 17(2), 13-24. <https://doi.org/10.14295/cad.cult.cienc.v17i2.1655>
- Dias, S. (2015). Asperger e sua síndrome em 1944. *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, 22(3), 325-336.
- Duerden, E. G., Oatley, H. K., Mak-Fan, K. M., McGrath, P. A., Taylor, M. J., Szatmari, P., & Roberts, S. W. (2012). Risk factors associated with self-injurious behaviors in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(11), 2460–2470. <https://doi.org/10.1007/s10803-012-1497-9>
- Ecker, C., Suckling, J., Deoni, S. C., Lombardo, M. V., Bullmore, E. T., Baron-Cohen, S., Catani, M., Jezzard, P., Barnes, A., Bailey, A. J., Williams, S. C., Murphy, D. G. (2012). Brain anatomy and its relationship to behavior in adults with autism spectrum

- disorder: a multicenter magnetic resonance imaging study. *Arch Gen Psychiatry*, 69(2), 195-209.
- Eigsti, I., Marchena, A., Schuh, J. & Kelley, E. (2011). Language acquisition in autism spectrum disorders: A developmental review. *Research in autism spectrum disorders*, 5(2), 681-691.
- Elefant C, Mössler KA, Gold C. (2014). Music therapy for people with autism spectrum disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 6.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004381.pub3>
- Elsabbagh, M., Divan, G., Koh, Y.-J., Kim, Y. S., Kauchali, S., Marcín, C., Montiel-Nava, C., Patel, V., Paula, C. S., Wang, C., Yasamy, M. T., & Fombonne, E. (2012). Global prevalence of autism and other pervasive developmental disorders. *Autism Research*, 5(3), 160–179. <https://doi.org/10.1002/aur.239>
- Envangelista, P. (2020). A Fundamentação Metafísica da Psicologia Humanista à Luz da Fenomenologia Existencial. *Phenomenological Studies - Revista da Abordagem Gestáltica*, XXV(2), 208-219. <https://doi.org/10.18065/2020v26n2.8>
- Eren, B. (2015). The use of music interventions to improve social skills in adolescents with Autism Spectrum Disorder in integrated group music therapy sessions. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 197, 207-213.
- Ferreira, L. F., & Martins, M. H. (2015). A Família da criança com - Resiliência familiar: Contributos da coparentalidade, coesão e adaptabilidade. *Omnia*, 3, 33-43.
- Fiamenghi Jr., G. A., & Messa, A. A. (2007). Pais, filhos e deficiência: Estudos sobre as
- FPDA – Federação Portuguesa de Autismo (2021). Características do autismo. Disponível em <http://www.fpda.pt/caracteristicas-do-autismo>.

- Furusava, G. (2003). *Setting Musicoterápica: da caixa de música ao instrumento musical. São Paulo: Apontamentos, 24.*
- Gattino, G. (2015). *Musicoterapia e autismo: teoria e prática. São Paulo: Memmun.*
- Gattino, G. S. & Reis, C. S. (2019). *Musicoterapia e autismo: campos de comunicação e afeto (1ª ed.). Florianópolis: Forma e Conteúdo Comunicação Integrada.*
- Ghazi, L. (2018). History of autism. The beginnings. Collusions or serendipity. *Journal of Educational Sciences, XIX, 2(38).*
- Gonçalves, M., & Simões, C. (2010). Práticas de intervenção precoce na infância - as necessidades das famílias de crianças com Necessidades Educativas Especiais. *Gestão E Desenvolvimento, (17-18), 157-174.*
<https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2010.134>
- Gorrindo, P., Williams, K. C., Lee, E. B., Walker, L. S., McGrew, S. G., & Levitt, P. (2012). Gastrointestinal dysfunction in autism: Parental report, clinical evaluation, and associated factors. *Autism Research, 5(2), 101–108.* <https://doi.org/10.1002/aur.237>
- Gottfried, T., Thompson, G., Elefant, 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, 55(2), 133–155.*
<https://doi.org/10.1093/jmt/thy002>
- Gutiérrez Jiménez, S., & Franco, V. (2018). Music Therapy in Early Intervention – A Family Perspective. *Advances in Social Sciences Research Journal, 5(4), 180-192.*
<https://doi.org/10.14738/assrj.54.4420>
- Hanson-Abromeit, D. (2015). A conceptual methodology to define the therapeutic of music. *Music Therapy Perspectives, 33(1), 25-38.* <https://doi.org/10.1093/mtp/miu061>.

- Hernandez-Ruiz, E. (2020). Parent-mediated music interventions with children with ASD: A systematic review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 8(4), 403–420. <https://doi.org/10.1007/s40489-020-00219-6>
- Holck, U. (2004). Turn-taking in music therapy with children with communication disorders. *British Journal of Music Therapy*, 18(2), 45–54. <https://doi.org/10.1590/s1414-98932007000200006>
- Ishizuka, Y., & Yamamoto, J.-i. (2016). Contingent imitation increases verbal interaction in children with autism spectrum disorders. *autism*, 1-10.
- Jacobsen, S. L., & Thompson, G. (2017). *Music Therapy with Families - Therapeutic Approaches and Theoretical Perspectives*. Jessica Kingsley Publishers.
- Jaschke, A. (2014). Music intervention as system: reversing hyper systemising in autism spectrum disorders to the comprehension of music as intervention. *Med Hypotheses*, 82(1), 40-48.
- Jaswal, V. & Akhtar, N. (2018). Being vs. Appearing Socially Uninterested: Challenging Assumptions about Social Motivation in Autism. *Behavioral and Brain Sciences*, 42, 1-84.
- Johnston, D., Egermann, H., & Kearney, G. (2018). Innovative Computer Technology in music-based interventions for individuals with autism moving beyond traditional interactive music therapy techniques. *Cogent Psychology*, 5(1), 1554773. <https://doi.org/10.1080/23311908.2018.1554773>
- Jones, J., Gliga, T., Bedford, R., Charman, T., & Johnson, H. 2014. Developmental pathways to autism: a review of prospective studies of infants at risk. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 39, 1-33.

- Kaenampornpan, P. (2015). *The inclusion of the family members as primary carers in music therapy sessions with children in a special education centre; How does this help the child and the carer?*. Dissertação de Doutoramento em Filosofia apresentada à Universidade Anglia Ruskin. <https://arro.anglia.ac.uk/id/eprint/550334/>
- Kenneth, A. (2014). Music-Centered Dimensions of Nordoff-Robbins Music Therapy. *Music Therapy Perspectives*, 32, 18–29. <https://doi.org/10.1093/mtp/miu006>
- Kim, J., Wigram, T., & Gold, C. (2009). Emotional, motivational and interpersonal responsiveness of children with autism in improvisational music therapy. *Autism*, 13(4), 389–409. <https://doi.org/10.1177/1362361309105660>
- Kirchner, J. C., Schmitz, F., & Dziobek, I. (2012). Brief report: Stereotypes in autism revisited. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(10), 2246–2251. <https://doi.org/10.1007/s10803-012-1460-9>
- Klebanoff, S. M., Rosenau, K. A., & Wood, J. J. (2019). The Therapeutic Alliance in Cognitive-behavioral therapy for school-aged children with autism and clinical anxiety. *Autism*, 23(8), 2031–2042. <https://doi.org/10.1177/1362361319841197>
- LaGasse, B. (2017). Social outcomes in children with autism spectrum disorder: a review of music therapy outcomes. *Patient Related Outcome Measures*, 8, 23-32.
- Loombe, D., Tomlinson, J., & Oldfield, A. (2015). *Flute, accordion or clarinet?: Using the characteristics of our instruments in music therapy*. Jessica Kingsley Publishers.
- Luck, G., Toiviainen, P., Erkkilä, J., Lartillot, O., Riikkilä, K., Mäkelä, A., Pyhälä, K., Raine, H., Varkila, L., & Värri, J. (2007). Modelling the relationships between emotional responses to, and musical content of, music therapy improvisations. *Psychology of Music*, 36(1), 25–45. <https://doi.org/10.1177/0305735607079714>
- Maranhão, A. (2020). Musicoterapia no Autismo. *Revista Humanitaris*, 2, 97-106.

- McPartland, J. C., Reichow, B., & Volkmar, F. R. (2012). Sensitivity and specificity of proposed DSM-5 diagnostic criteria for autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(4), 368–383.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.01.007>
- Miller, E. B. (1994). Musical intervention in family therapy. *Music Therapy*, 12(2), 39–57.
<https://doi.org/10.1093/mt/12.2.39>
- Montgomery, C. B., Allison, C., Lai, M.-C., Cassidy, S., Langdon, P. E., & Baron-Cohen, S. (2016). Do adults with high functioning autism or Asperger syndrome differ in empathy and emotion recognition?. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(6), 1931–1940.
- 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. *Journal Autism Development Disorder*, 49, 2795–2809.
<https://doi.org/10.1007/s10803-017-3306-y>
- Mulligan, J., MacCulloch, R., Good, B., & Nicholas, D. B. (2012). Transparency, hope, and empowerment: A model for partnering with parents of a child with autism spectrum disorder at diagnosis and beyond. *Social Work in Mental Health*, 10(4), 311–330.
<https://doi.org/10.1080/15332985.2012.664487>
- Nemesh, B. (2016). Family-based music therapy: From dissonance to harmony. *Nordic Journal of Music Therapy*, 26(2), 167-184.
<https://doi.org/10.1080/08098131.2016.1144638>
- Nordoff, P., & Robbins, C. (1977). *Creative music therapy: individualized treatment for the handicapped child*. New York: John Day co.

- Oldfield, A. (2004). *Music Therapy with Children on the Autistic Spectrum: Approaches Derived from Clinical Practice and Research*. Anglia Polytechnic, Cambridge.
- Oldfield, A. (2006). *Interactive Music Therapy in Child and Family Psychiatry: Clinical Practice, Research and Teaching*. London & Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Oldfield, A. (2006). *Interactive music therapy: a positive approach: music therapy at a child development centre*. Jessica Kingsley Publishers.
- Oldfield, A. (2011). Parents' perceptions of being in music therapy sessions with their children: What is our role as music therapists with parents? In J. Edwards (Ed.), *Music therapy and parent-infant bonding*. Oxford, England: Oxford University Press.
- Oldfield, A. (2017). The first 'themed' British Journal of Music therapy: An introduction to music therapy with families. *British Journal of Music Therapy*, 31(1), 5–11.
<https://doi.org/10.1177/1359457517693818>
- Pasiali, V. (2013). A clinical case study of family-based music therapy. *Journal of Creativity in Mental Health*, 8(3), 249–264. <https://doi.org/10.1080/15401383.2013.821925>
- Pavlicevic, M. (2000). Improvisation in music therapy: Human communication in sound. *Journal of Music Therapy*, 37(4), 269–285.
- Payakachat, N., Tilford, J. M., Kovacs, E., & Kuhlthau, K. (2012). Autism spectrum disorders: A review of measures for clinical, health services and cost-effectiveness applications. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 12(4), 485–503. <https://doi.org/10.1586/erp.12.29>
- Pellitteri, J. (2000). The Consultant's Corner: "Music Therapy in the Special Education Setting." *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 11(3), 379 – 391.

- Procter, S. (2005). Parents, children and their therapists. A collaborative research project examining therapist–parent interactions in a music therapy clinic. *British Journal of Music Therapy*, 19(2), 45–58.
- Raglio, A., & Traficante, D., & Oasi, O. (2011). Autism and music therapy. Intersubjective approach and music therapy assessment. *Nordic Journal of Music Therapy*, 20, 123–141. <https://doi.org/10.1080/08098130903377399>
- Rainey Perry, M. M. (2003). Relating improvisational music therapy with severely and multiply disabled children to communication development. *J Music Ther*, 40(3), 227–46.
- Reis, H. I., Pereira, A. P. S., & Almeida, L. (2016). Características e Especificidades da Comunicação Social na Perturbação do Espectro do Autismo. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 22(3), 325-336.
- relações familiares. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 27(2), 236-245.
- Reschke-Hernandez, A. (2011). History of music therapy treatment interventions for children with autism. *Journal of MusicTherapy*, 48(2), 169-207.
- Sá, C. (2003). A Teia do tempo e o autista: Música e Musicoterapia. *Goiânia: UFG*, 178.
- Sampaio, R. T., Loureiro, C. M., & Gomes, C. M. (2015). A musicoterapia e o transtorno do espectro do autismo: Uma Abordagem Informada Pelas Neurociências para a prática clínica. *Per Musi* (32), 137–170. <https://doi.org/10.1590/permusi2015b3205>
- Santos, C. F. (2012). A visualidade no setting musicoterapêutico: Questões e possibilidades das primeiras impressões sonoras. *Anais - XIV Simpósio Brasileiro De Musicoterapia e XII Encontro Nacional De Pesquisa Em Musicoterapia*, 106–118.
- Schmidt, C. (2013). Autismo, educação e transdisciplinaridade. In Schmidt, C. (Org.). *Autismo, educação e transdisciplinaridade*. Campinas/SP: Papirus.

- Seabrook, D. (2019). Toward a radical practice: A recuperative critique of improvisation in music therapy using intersectional feminist theory. *The Arts in Psychotherapy*, 63, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2019.04.002>
- Sharda, M., et al. (2018). Music improves social communication and auditory–motor connectivity in children with autism. *Translational psychiatry*, 8(1), 231.
- Shoemark, H. (1996). Family-centred early intervention: music therapy in the playgroup program. *Australian Journal of Music Therapy*, 7, 3–15.
- Silverman, M. (2008). Nonverbal Communication, Music Therapy, and Autism: A Review of Literature and Case Example. *Journal of Creativity in Mental Health*, 3(1), 2-19.
- Sorel, S. N. (2004). Presenting Carly and Elliot: Exploring roles and relationships in a mother-son dyad in Nordoff-Robbins music therapy.
- Stelzer, F. (2010). Uma pequena história do autismo. São Leopoldo: Pandorga.
- Subiantoro, M. (2017). The Role of Music Therapy in Promoting Communication and Social Skills in Children with Autism Spectrum Disorder: A Pilot Study. Conference: 3rd ASEAN Conference on Psychology, Counselling, and Humanities (ACPCH 2017).
- Suvini, F. M. (2019). The application of improvisational music therapy in autism. *Life Research*, 2, 52–58. <https://doi.org/10.12032/life2019-0425-001>
- Thaut, M. H. (1984). A music therapy treatment model for autistic children. *Music Therapy Perspectives*, 1(4), 7–13. <https://doi.org/10.1093/mtp/1.4.7>
- Thaut, M. H. (1984). A music therapy treatment model for autistic children. *Music Therapy Perspectives*, 1(4), 7–13.
- Thaut, M. H. (1988). Rhythmic intervention techniques in music therapy with gross motor dysfunctions. *The Arts in Psychotherapy*, 15(2), 127–137. [https://doi.org/10.1016/0197-4556\(88\)90020-2](https://doi.org/10.1016/0197-4556(88)90020-2)

- Thompson, G. (2012). Family-centered music therapy in the home environment: Promoting interpersonal engagement between children with autism spectrum disorder and their parents. *Music Therapy Perspectives*, 30(2), 109-116.
- Thompson, G. A. (2017). Long-term perspectives of family quality of life following music therapy with young children on the autism spectrum: A phenomenological study. *Journal of Music Therapy*, 54(4), 432-459. <https://doi.org/10.1093/jmt/thx013>
- Thompson, G. A., & Abel, L. A. (2018). Fostering spontaneous visual attention in children on the autism spectrum: A proof-of-concept study comparing singing and speech. *Autism Research*, 11(5), 732–737. <https://doi.org/10.1002/aur.1930>
- Tomlinson, T., & Derrington, P., & Oldfield, A, A. (2012). *Music Therapy in Schools, Working with Childrens in all Ages in Mainstream nd Special Education*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley.
- Treurnicht, N. K., Kingsnorth, S., Lamont, A., Mckeever, P., Macarthur, C. (2011). The effectiveness of music in pediatric healthcare: a systematic review of randomized controlled trials: Evid Based complement Alternat Med.
- Wang, T., Chen, T., & Wang, J. (2021). Application of music therapy in Intervention Research of Autistic Children. *E3S Web of Conferences*, 253. <https://doi.org/10.1051/e3sconf/202125303083>
- Wheeler, B. (2015). *Music Therapy Handbook*. New York: The Guilford Press.
- Wigram, T. (2004). *Improvisation Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators and Student*. New York: Jessica Kingsley Publishers.
- Wigram, T. (2007). Music Therapy Assessment: Psychological Assessment Without Words. *Psyke & Logos*, 28, 333-357.

Wigram, T., Pedersen, I. N. & Blonde, L. O. (2002). A comprehensive guide to music therapy: theory, clinical practice, research and training. United Kingdom: Jessica.

Wimpory, D. C., & Nash, S. (1999). Musical interaction therapy - therapeutic play for children with autism. *Child Language Teaching and Therapy*, 15(1), 17–28.

<https://doi.org/10.1177/026565909901500103>

World Federation of Music Therapy. (2011). *What is Music Therapy?* Retirado de

http://musictherapyworld.net/WFMT/About_WFMT.html

ANEXOS

LISTA DE ANEXOS

- Anexo A** - História Sonoro Musical
- Anexo B** - Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins
- Anexo C** - Questionário aplicado aos pais
- Anexo D** - Pedido de Autorização de vídeos/áudio
- Anexo E** - Poster realizado no âmbito do 12º Congresso Internacional de Psicologia da Criança e do Adolescente

ANEXO A

História Sonoro Musical

Dados pessoais e Bibliografia Musical

Nome _____

Género _____ Idade _____ Nacionalidade _____

Encarregado de Educação _____

1. O seu filho gosta de ouvir música?

2. Que estilo de música ouve?

3. Coloca alguma música para o seu filho escutar com o intuito de o acalmar? Se sim, qual/estilo?

4. Qual é a música preferida do seu filho?

5. O seu filho já tocou nos instrumentos musicais? Se sim, quais?

6. Quando ouve música o seu filho tem alguma reação? Se sim, qual?

7. Quais são os sons que estão muito presentes em casa?

8. Quais os sons que o seu filho gosta?

9. Quais os sons que o incomodam?

ANEXO B

Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins

Versão traduzida para o português brasileiro da Escala de Comunicabilidade Musical					
Criança:	Data de nascimento:			Data:	Sessão:
Terapeuta:	Avaliador:			Data da avaliação:	
Níveis de comunicabilidade	Modo de atividade			Avaliação total	
	Instrumental	Vocal	Movimento corporal		
(7) Inteligência musical e habilidades funcionando livremente e competentemente, e aparentemente comunicáveis. Entusiasmo para a criatividade musical.					
(6) Participação responsiva comunicativa firmemente estabelecida. Crescimento de autoconfiança musical. Independência em usar componentes rítmicos, melódicos ou expressivos.					
(5) Sustentação de impulsos de resposta direcionada, criando comunicação musical. Motivação musical aparecendo. Envolvimento aumentando.					
(4) Despertar da consciência musical. Percepção musical intermitente que se manifesta intencionalmente.					
(3) Respostas evocadas (ii): mais sustentadas e musicalmente relacionadas.					
(2) Respostas evocadas (i): fragmentadas, passageiras.					
(1) Nenhuma resposta musicalmente comunicativa				Não ativo.	

ANEXO C

Questionário aplicado aos pais

Leia atentamente as seguintes questões e responda, por favor, às mesmas.

1. Diga o que é, para si, a musicoterapia?

2. O que sabe sobre musicoterapia?

3. Acha que a musicoterapia pode influenciar a vida do seu filho? Se sim, em que medida?

Grata pela sua colaboração!

ANEXO D

Pedido de Autorização de vídeos/áudio

Lisboa, ___ de _____ de _____

Ao Exm^o(?) Sr(ª)

Caro(a) Senhor(a),

A instituição _____, onde o/a _____ sob representação legal de V^o Ex^o, está inserido acolhe este ano lectivo uma estagiária do curso de Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, cujo trabalho é orientado a partir da Universidade, por profissionais com formação especializada na área da Musicoterapia. Neste tipo de intervenção, é extremamente importante a gravação em vídeo das sessões, para que o trabalho do estagiário possa ser devidamente supervisionado pelos docentes da Universidade, uma vez que não será possível a deslocação dos docentes supervisores ao local onde o trabalho será desenvolvido pela estagiária.

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

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

Com os melhores cumprimentos,



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

Lisboa, ___ de _____ de _____

Ao Exm^o(*) Sr^o(*)

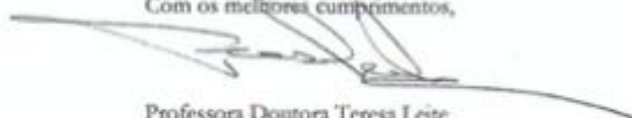
Caro(a) Senhor(a),

A instituição _____, onde V^o Ex^o está integrado(a) e da qual recebe serviços de intervenção, acolhe este ano lectivo um(a) estagiário(a) do curso de Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, cujo trabalho é orientado a partir da Universidade, por profissionais com formação especializada na área da Musicoterapia. Neste tipo de intervenção, é extremamente importante a gravação em vídeo das sessões, para que o trabalho do estagiário possa ser devidamente supervisionado pelos docentes da Universidade, uma vez que não será possível a deslocação dos docentes supervisores ao local onde o trabalho será desenvolvido pela estagiária.

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

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

Com os melhores cumprimentos,



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

ANEXO E

Poster realizado no âmbito do 12º Congresso Internacional de Psicologia da Criança e do Adolescente



Laços de Encantar

Estudo de Caso em Musicoterapia Centrada na família no Centro de Desenvolvimento Infantil Hospital Garcia de Orta

Cátia Francisco - Estagiária do Mestrado de Musicoterapia,
Susana Gubérez Jiménez - Supervisora do Estágio do Mestrado de Musicoterapia
Anabela Farias Orientadora de Estágio no Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva



INTRODUÇÃO

Estudo de caso de Musicoterapia em uma família com criança de 3 anos diagnosticada com Perturbação do Espectro do Autismo de Grau 3 não verbal. Apresenta dificuldades na comunicação, problemas de comportamento e interesses restritos.

A Equipa Multidisciplinar do Centro de Desenvolvimento Infantil Torrado da Silva que responde as famílias com crianças com PEA avalia e encaminha para Musicoterapia para responder às necessidades da criança e da família.

METODOLOGIA

Intervenção:
Plano de intervenção de Musicoterapia aplicado 1x por semana num total de 11 sessões.

Modelo Nordoff-Robbins/ Musicoterapia Criativa:
Este modelo relaciona-se diretamente com o conceito de "música-criança", isto é, tem como base a premissa de que todo o ser humano nasce com musicalidade, fazendo parte do potencial saudável existente, o que permite que os humanos cresçam e se desenvolvem de forma equilibrada (Guerra e Turry, 2019).

A música serve como meio facilitador da comunicação e possibilita que os indivíduos que apresentam dificuldades de aprendizagem, na comunicação, na relação, e ao nível motor possam experienciar a música com naturalidade, uma vez que como já foi visto, esta é inerente a qualquer ser humano (Wigram & Pedersen, 2002).

Improvisação/Técnicas Empáticas:
Imitation;
pausing;
turn-taking;
Expectation.

Canção do bom dia e do adeus/Repertório de Canções da preferência do cliente.

OBJETIVOS

Promover o vínculo na diáde mãe e filho;

Aumentar a comunicação não verbal e gestual interfamiliar e extrofamiliar;

Estimular a interação social.

FUNDAMENTAÇÃO

A musicoterapia visa promover os potenciais de cada indivíduo, bem como recuperar variadas funções do mesmo, no intuito deste conseguir uma melhor qualidade de relação consigo mesmo ou com terceiros e, consequentemente, uma melhor qualidade de vida através da prevenção, reabilitação ou tratamento (Haasa, 2012).

As crianças com PEA, apresentam várias necessidades que podem ser melhoradas através da música, nomeadamente no que se refere ao comportamento recíproco dos indivíduos, à redução de alguns comportamentos típicos no autismo, à promoção de melhores relações a nível emocional e social, por exemplo na atenção conjunta, ou, ainda, às rotinas sociais e às competências de comunicação (Lagesse, 2017).

A musicoterapia centrada na família visa a promoção da saúde dentro e entre os elementos da família, sendo que a função do terapeuta incide na promoção de alterações de um membro da família que, consequentemente resultará em mudanças nas dinâmicas familiares (Bruscia, 1998).

Thompson et al (2017) sugerem que os pais interajam com os seus filhos através de criação de atividades musicais. Verificaram-se melhorias nas competências sociais das crianças nas relações interfamiliares e nos outros contextos sociais.

Nas sessões nas quais foi utilizada a musicoterapia centrada na família, foi visível que o papel ativo desta pode promover o desenvolvimento da criança com autismo assim como fortalecer os laços familiares (Hernandez, 2020).



Sessão de Musicoterapia

RESULTADOS

A curto prazo, foi possível observar que houve uma melhoria ao nível de interação. A criança conseguiu manter o contacto visual durante mais tempo com a musicoterapeuta e com a sua mãe, sendo que a sua intenção comunicativa foi mais frequente na diáde mãe e filho. Verificou-se que os diálogos musicais na diáde aumentaram, o que demonstra intencionalidade na interação com o outro. Foi visível a expressão emocional a nível facial, vocal e corporal.

REFERÊNCIAS

Bruscia, K. E. (1996). *Defining Music Therapy* (2). Barcelona Publishers.

Guerra, S., & Turry, A. (2019). Nordoff-Robbins Music Therapy Approach. In: K. Kern, & M. Humpal, *Handbook of Music Therapy and Autism Spectrum Disorders: Second Edition* (pp. 249-262). Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Haasa, U. (2012). Thoughts on WPMI&P&C's definition of music therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, 23(2), 184-195. <https://doi.org/10.1080/08098111.2012.679075>

Hernandez-Rico, E. (2020). Parent coaching of Music Interventions for children with ASD: A conceptual framework. *Nordic Journal of Music Therapy*, 29(1), 200-211. <https://doi.org/10.1080/08098111.2020.1843190>

Kern, K., & Humpal, M. (2019). *Handbook of Music Therapy and Autism Spectrum Disorders: Second Edition: Supporting Children and Their Families* (2). Jessica Kingsley Publishers.

Lagesse, A. B. (2017). Social-Quintessence in children with autism spectrum disorder: a review of Music Therapy Outcomes. *Asian Journal of Music and Musicology*, 8, 23-32. <https://doi.org/10.24015/ajmm.2017.02023>

Thompson, G. A. (2017). Long-term perspectives of family quality of life following music therapy with young children on the autism spectrum: A phenomenological study. *Journal of Music Therapy* <https://doi.org/10.1080/00220272.2017.1358267>

Wigram, T., Pedersen, S. H., & Bunde, L. G. (2002). *A Comprehensive Guide to Music Therapy: Theory, Clinical Practice, Research, and Training*. Jessica Kingsley Publishers.



Organizadores:



Universidade Lusitana

Apoio:





Parceiros:



