

**Universidades Lusíada**

Alexandre, Joana Isabel de Matos Vieira, 1985-

**Encontro de vozes : a intervenção musicoterapêutica com crianças com perturbação do espectro do autismo**

<http://hdl.handle.net/11067/7332>

**Metadados**

<b>Data de Publicação</b>	2023
<b>Resumo</b>	<p>O presente relatório tem como objetivo compreender e caracterizar o impacto da musicoterapia no desenvolvimento de crianças com perturbação do espectro do autismo (PEA), descrevendo a intervenção da estagiária no âmbito do estágio curricular do mestrado em musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa. A referida intervenção decorreu no Centro de Desenvolvimento da Criança Professor Torrado da Silva (CDC), no Hospital Garcia de Orta (HGO), em Almada, entre outubro de 2022 e junho de 2023. A li...</p> <p>his report aims to understand and characterize the impact of music therapy on the development of children with autism spectrum disorder (ASD), describing the intervention of the intern within the scope of the curricular internship of the master's degree in music therapy at the Universidade Lusíada de Lisboa. The intervention takes place at the Centro de Desenvolvimento da Criança Professor Torrado da Silva (CDC), at the Hospital Garcia de Orta (HGO), in Almada, between October 2022 and June 2023...</p>
<b>Palavras Chave</b>	Musicoterapia - Prática profissional, Crianças autistas - Relações com a família, Crianças - Doenças - Tratamento, Musicoterapia para crianças, Hospital Garcia de Orta (Almada, Portugal). Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva - Ensino e estudo (Estágio)
<b>Tipo</b>	masterThesis
<b>Revisão de Pares</b>	Não
<b>Coleções</b>	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-27T17:50:31Z com informação proveniente do Repositório



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

**Encontro de vozes:  
a intervenção musicoterapêutica com crianças com perturbação do  
espectro do autismo**

**Realizado por:**  
Joana Isabel de Matos Vieira Alexandre

**Supervisionado por:**  
Prof.<sup>a</sup> Doutora Susana Aurora Gutiérrez Jiménez

**Orientado por:**  
Dr.<sup>a</sup> Anabela Gonçalves Farias Monginho

**Constituição do Júri:**

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

Dissertação aprovada em: 12 de janeiro de 2024

Lisboa

2023



**U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A**

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

**Mestrado em Musicoterapia**

**Encontro de vozes:  
a intervenção musicoterapêutica com crianças com  
perturbação do espectro do autismo**

**Joana Isabel de Matos Vieira Alexandre**

Lisboa

Julho 2023



**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**

**Encontro de vozes:  
a intervenção musicoterapêutica com crianças com  
perturbação do espectro do autismo**

**Joana Isabel de Matos Vieira Alexandre**

Lisboa

Julho 2023

Joana Isabel de Matos Vieira Alexandre

**Encontro de vozes:  
a intervenção musicoterapêutica com crianças com  
perturbação 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.<sup>a</sup> Doutora Susana Aurora  
Gutiérrez Jiménez

Orientadora de estágio: Dr.<sup>a</sup> Anabela Gonçalves Farias  
Monginho

Lisboa

Julho 2023

## FICHA TÉCNICA

**Autora** Joana Isabel de Matos Vieira Alexandre  
**Supervisora de estágio** Prof.<sup>a</sup> Doutora Susana Aurora Gutiérrez Jiménez  
**Orientadora de estágio** Dr.<sup>a</sup> Anabela Gonçalves Farias Monginho  
**Título** Encontro de vozes: a intervenção musicoterapêutica com crianças com perturbação do espectro do autismo  
**Local** Lisboa  
**Ano** 2023

### MEDIATECA DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

ALEXANDRE, Joana Isabel de Matos Vieira, 1985 -

Encontro de vozes : a intervenção musicoterapêutica com crianças com perturbação do espectro do autismo / Joana Isabel de Matos Vieira Alexandre ; supervisionado por Susana Aurora Gutiérrez Jiménez ; orientado por Anabela Gonçalves Farias Monginho. - Lisboa : [s.n.], 2023. - Relatório de estágio do Mestrado em Musicoterapia, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - GUTIÉRRES JIMÉNEZ, Susana Aurora, 1971-

II - MONGINHO, Anabela Gonçalves Farias, 1971-

#### LCSH

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

1. Music therapy - Practice

2. Autistic children - Family relationships

3. Children - Diseases - Treatment

4. Music therapy for children

5. Hospital Garcia de Orta (Almada, Portugal). Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva - Study and teaching (Internship)

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

7. Dissertations, academic - Portugal - Lisbon

#### LCC

1. ML3920.A44 2023

*À Lia e ao Tiago*





## **Agradecimentos**

À minha filha.

Ao meu marido, pelo apoio incondicional e por ter caminhado junto a mim ao longo de mais esta jornada, sem nunca duvidar que chegaria a bom porto.

Aos meus pais, irmão e sogros pela confiança e pelo incentivo.

À Dra. Helena Rocha, que tanto me ouviu e encorajou durante todo este percurso, por tanto que continuo a aprender com ela e por me servir de inspiração e de orientação a cada momento.

Aos docentes do meu mestrado por toda a dedicação, partilha de conhecimento, experiência e orientação ao longo destes dois anos. Em especial, à Professora Teresa Leite pelo privilégio que tive de fazer este estágio, em concreto, e à Professora Susana Jiménez, que o supervisionou e esteve sempre disponível para nós, com dedicação, entusiasmo e muita paciência.

Aos meus colegas de mestrado pelo espírito de companheirismo e de entreatajuda.

À Dra. Anabela Farias por ter-me confiado as famílias que acolhe no centro de desenvolvimento com tanta dedicação, cuidado e empenho, pela orientação e pelo privilégio enorme de conviver e aprender com ela. Foi para mim uma honra sem igual.

A todos os profissionais do Centro de Desenvolvimento da Criança Professor Torrado da Silva, que me acolheram tão bem e me fizeram sentir parte importante da equipa.

Às famílias, porque sem elas nada disto seria possível e porque o grosso da minha experiência veio do contacto e da relação que tive com elas.



## Resumo

O presente relatório tem como objetivo compreender e caracterizar o impacto da musicoterapia no desenvolvimento de crianças com perturbação do espectro do autismo (PEA), descrevendo a intervenção da estagiária no âmbito do estágio curricular do mestrado em musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa.

A referida intervenção decorreu no Centro de Desenvolvimento da Criança Professor Torrado da Silva (CDC), no Hospital Garcia de Orta (HGO), em Almada, entre outubro de 2022 e junho de 2023.

A literatura científica aponta no sentido da eficácia da intervenção musicoterapêutica no tratamento de crianças com PEA, designadamente no que respeita ao desenvolvimento de competências da relação e da comunicação, do que decorre a pertinência do presente relatório.

Este começa por caracterizar a instituição e a população-alvo do estágio, enfatizando depois a importância da intervenção precoce e o potencial da intervenção musicoterapêutica no desenvolvimento de crianças com esta perturbação, bem como a importância do envolvimento da família no processo terapêutico. É apresentado o modelo Nordoff-Robbins, que serve de inspiração à intervenção da estagiária, aprofundando-se depois o conceito de musicoterapia improvisacional.

Num segundo momento apresenta-se a metodologia, bem como a descrição dos dez participantes e famílias beneficiárias desta intervenção de nove meses. De entre os dez participantes apresentam-se, em maior detalhe, dois estudos de caso.

Procedeu-se à avaliação inicial mediante a aplicação da “Grelha de observação em musicoterapia” (Carvalho, 2004), utilizada no Programa da Associação de Apoio à Unidade de Primeira Infância, e da Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins

(Nordoff, Robbins & Marcus, 2007). No final da intervenção foi feita uma nova avaliação, com recurso aos mesmos instrumentos, demonstrando-se que o resultado da intervenção foi positivo e revelando-se a intervenção musicoterapêutica eficaz no tratamento de crianças com PEA, no sentido de promover o desenvolvimento de competências destas, em especial da relação e da comunicação.

**Palavras-chave:** perturbação do espectro do autismo; intervenção precoce; musicoterapia; o papel da família no processo terapêutico.

## Abstract

This report aims to understand and characterize the impact of music therapy on the development of children with autism spectrum disorder (ASD), describing the intervention of the intern within the scope of the curricular internship of the master's degree in music therapy at the Universidade Lusíada de Lisboa.

The intervention takes place at the Centro de Desenvolvimento da Criança Professor Torrado da Silva (CDC), at the Hospital Garcia de Orta (HGO), in Almada, between October 2022 and June 2023.

The scientific literature points to the effectiveness of the music therapy intervention in treating children with ASD, particularly regarding the development of relationship and communication skills, which underscores the relevance of this report.

The report begins by characterizing the institution and the target population of this internship. It emphasizes the importance of early intervention and the potential of music therapy intervention in the development of children with this disorder, as well as the importance of the family's involvement in the therapy process. The Nordoff-Robbins model, which serves as the inspiration for the intern's intervention, is presented, followed by an in-depth discussion of the concept of improvisational music therapy.

In a second section, the methodology is presented, as well as the description of the ten participants and families who benefited from this nine-month intervention. Among the ten participants, two case studies are presented in greater detail.

An initial evaluation was conducted using the "Grelha de observação em musicoterapia" (Carvalho, 2004), used in Associação de Apoio à Unidade de Primeira Infância, and the Nordoff-Robbins Musical Communicability Scale (Nordoff, Robbins & Marcus, 2007). At the end of the Intervention, a new evaluation was carried out using the

same instruments, demonstrating that the result of the intervention was positive, revealing music therapy intervention to be effective in treating children with ASD, in promoting the development of its skills, especially those related to relationships and communication.

**Keywords:** autism spectrum disorder; early intervention; music therapy; the role of the family in the therapeutic process.

*Calam-se as cordas. A música sabia o que eu sinto.*

Jorge Luís Borges





## Lista de Tabelas

<b>Tabela 1.</b> <i>Participantes</i> .....	38
<b>Tabela 2.</b> <i>Agenda semanal</i> .....	44
<b>Tabela 3.</b> <i>Plano terapêutico da C. P.</i> .....	50
<b>Tabela 4.</b> <i>Plano terapêutico do G. J.</i> .....	66



## **Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos**

- AAUPI - Associação de Apoio à Unidade de Primeira Infância
- ADOS - Autism Diagnostic Observation Schedule
- AGD - Atraso Global do Desenvolvimento
- APA - American Psychiatric Association
- CDC - Centro de Desenvolvimento da Criança Professor Torrado da Silva
- DSM-5 - Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5.<sup>a</sup> ed.
- ELI - Equipa Local de Intervenção
- HGO - Hospital Garcia de Orta
- IMT - Improvisational Music Therapy
- NIMH - National Institute of Mental Health
- PEA - Perturbação do Espectro do Autismo
- PHDA - Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção
- PPS - Perturbação do Processamento Sensorial
- SNIPI - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância



## Sumário

Agradecimentos .....	VII
Resumo .....	IX
Abstract .....	XI
Lista de Tabelas .....	XV
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos .....	XVII
Sumário .....	XIX
Encontro de Vozes: A Intervenção Musicoterapêutica com Crianças com Perturbação do Espectro do Autismo.....	1
Caracterização da Instituição .....	5
Caracterização da População-Alvo .....	7
Enquadramento Teórico.....	9
Perturbação do Espectro do Autismo.....	9
Critérios de Diagnóstico e Manifestações da PEA .....	11
Dificuldades na Comunicação .....	13
Comorbilidades.....	15
Importância da Intervenção Precoce .....	15
Musicoterapia .....	17
Intervenção Musicoterapêutica com Crianças com PEA .....	20
Modelo Nordoff-Robbins .....	25
Musicoterapia Improvisacional .....	28
Papel da Família na Intervenção Musicoterapêutica.....	31
Objetivos do Estágio .....	35
Metodologia .....	37
Participantes .....	37
Instrumentos de Avaliação .....	39
Procedimentos .....	40
Fase de Integração e Observação.....	40
Fase de Seleção e Recolha de Dados .....	41
Fase de Avaliação e Elaboração do Plano Terapêutico .....	41
Fase de Intervenção .....	42
Recursos .....	42
Métodos e Técnicas.....	43
Agenda Semanal.....	44
Estudos de Caso .....	47

Estudo de Caso I.....	47
Identificação do Caso da C.P.....	47
Levantamento da História Sonoro-Musical da C.P. ....	48
Avaliação Inicial da C.P. ....	49
Plano Terapêutico da C.P. ....	50
Processo Terapêutico da C. P. ....	50
Resultados.....	55
Discussão.....	58
Conclusão .....	60
Estudo de Caso II .....	61
Identificação do Caso do G. J.....	61
Levantamento da História Sonoro-Musical do G. J. ....	63
Avaliação Inicial do G. J. ....	63
Plano Terapêutico do G. J.....	65
Processo Terapêutico do G. J. ....	66
Resultados.....	71
Discussão.....	73
Conclusão .....	74
Outras Intervenções Clínicas .....	77
D. R. ....	77
T. F. ....	78
E. F. ....	79
T. C.....	80
M. G. ....	81
G. P.....	83
E. V.....	84
I. P. ....	85
Outras atividades.....	87
Discussão .....	89
Conclusões .....	93
Reflexão Final.....	97
Referências.....	101
Anexos .....	115
Lista de Anexos.....	117
Anexo A .....	119
Anexo B.....	123

Anexo C.....	127
Anexo D .....	131
Anexo E.....	135
Anexo F.....	139





## **Encontro de Vozes: A Intervenção Musicoterapêutica com Crianças com Perturbação do Espectro do Autismo**

O relatório em apreço descreve o trabalho desenvolvido ao longo do estágio curricular do mestrado em musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, no período compreendido entre outubro de 2022 e junho de 2023, correspondente ao ano letivo de 2022/2023.

Este estágio decorreu no Centro de Desenvolvimento da Criança Professor Torrado da Silva (CDC), do Hospital Garcia de Orta (HGO), em Almada, e teve como população-alvo crianças até aos 6 anos de idade com suspeita ou diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo (PEA).

A musicoterapia é uma abordagem terapêutica facilitada por um musicoterapeuta qualificado, que utiliza a música como meio de intervenção, tendo em vista melhorar aspetos fisiológicos e cognitivos, competências sociais, de linguagem e de comunicação, bem como promover o desenvolvimento e o bem-estar.

Tem sido apontada como uma forma de intervenção eficaz em crianças com PEA, atendendo a que a música é uma linguagem universal, que pode ser utilizada como meio de comunicação com estas crianças, que apresentam comprometimentos importantes ao nível da comunicação e da interação social recíproca.

É uma forma de intervenção com especial ênfase no âmbito da intervenção precoce, com potencial quer para a criança, quer para a família, favorecendo a participação ativa desta em todo o processo terapêutico.

Tem inúmeros e comprovados benefícios, designadamente: facilita a expressão musical e emocional do paciente; promove a comunicação recetiva e expressiva; promove a criação de ciclos de comunicação e o aumento do fluxo da interação social; promove a autoregulação; facilita o trabalho em conjunto; melhora a atenção, a concentração e a

memória; estimula a coordenação motora; integra e organiza os processos de aprendizagem; ajuda a desenvolver um comportamento adaptativo; e melhora, por conseguinte, a qualidade de vida do paciente e da respetiva família.

A intervenção musicoterapêutica tem ainda a vantagem de poder ser adaptada às necessidades individuais da criança, tendo em consideração os respetivos pontos fortes e vulnerabilidades, desenvolvendo-se em contexto grupal ou individual e podendo envolver atividades mais estruturadas ou mais livres, dependendo do perfil e das necessidades específicas de cada criança.

O presente relatório enfatiza a importância da intervenção precoce junto de crianças com PEA, entendendo-se como tal a intervenção que ocorre até aos seis anos de idade, sendo esta crucial a um melhor prognóstico da criança, pois é durante esta fase que se desenvolvem as bases da relação e da comunicação.

O envolvimento da família no processo terapêutico tem merecido destaque na literatura científica por promover a interação e a comunicação entre a criança e os cuidadores, contribuindo para um tratamento mais eficaz e para a generalização de comportamentos, ou seja, para a transferência do que é adquirido em terapia para outros contextos em que aquela está inserida. Ao envolver os pais é possível fornecer-lhes estratégias para melhor apoiarem a criança no seu desenvolvimento.

A intervenção em musicoterapia tem como fundamento modelos diversos, sendo que a intervenção da estagiária foi inspirada no modelo Nordoff-Robbins e na musicoterapia improvisacional (IMT), pelo que este relatório espelha a tentativa de proporcionar aos utentes um contexto musical que promova a musicalidade comunicativa e uma produção musical tão plena de significado quanto possível, independentemente do nível de gravidade do diagnóstico da criança ou do respetivo prognóstico.

Este estágio teve como objetivo promover o acesso à intervenção musicoterapêutica a famílias de crianças com PEA. Esta intervenção ocorreu em articulação com todos os intervenientes em cada processo, designadamente no que respeita ao contexto educativo em que a criança está inserida, e em estreita ligação com a família, atendendo às necessidades sentidas por esta a cada momento e às especificidades de cada criança. A intervenção em musicoterapia visou, ainda, facilitar a expressão musical e emocional da criança, promovendo o prazer na relação e um melhor desenvolvimento da mesma no que reporta, nomeadamente, à comunicação, e tirando partido do potencial que esta tem em si. Da mesma forma, foi objetivo deste estágio contribuir para uma melhor ação por parte do CDC e para a continuação da divulgação dos benefícios da musicoterapia nesta área.

Pelo exposto, numa primeira parte caracteriza-se a instituição e a população-alvo deste estágio, sendo apresentados os fundamentos da metodologia adotada com base numa revisão de literatura atual. Nela são contemplados os critérios de diagnóstico, as manifestações e as comorbilidades das PEA, a importância da intervenção precoce, bem como a intervenção musicoterapêutica nestas perturbações, o modelo Nordoff-Robbins, a musicoterapia improvisacional (IMT) e o papel da família no processo terapêutico. A primeira parte termina com os objetivos do presente estágio.

Num segundo momento são descritos a metodologia, os participantes, instrumentos de avaliação, procedimentos, técnicas e métodos utilizados e a agenda semanal da estagiária. São apresentados dois estudos de caso e abordados de forma mais sumária os restantes.

São abordados os fundamentos teóricos que embasam a importância da musicoterapia, da intervenção precoce e do envolvimento da família no processo terapêutico, bem como o impacto da intervenção musicoterapêutica na relação, na comunicação e no desenvolvimento adaptativo da criança com PEA. Conclui-se que a musicoterapia é uma forma de intervenção

terapêutica com eficácia científica bem documentada, melhorando a qualidade de vida e a inclusão social das famílias.

### **Caracterização da Instituição**

O Centro de Desenvolvimento da Criança Professor Torrado da Silva (CDC) pertence ao Hospital Garcia de Orta (HGO), em Almada, em cujas instalações se situa, e está inserido no Sistema Nacional de Saúde.

Foi constituído em 2007, sob a coordenação da neuropediatra Dra. Maria José Fonseca, pertencendo, àquela data, ao serviço de pediatria do HGO. Atualmente é coordenado pela Dra. Luísa Rocha, pediatra do desenvolvimento, integrando o serviço de psicologia do mesmo hospital.

A principal missão do CDC é prestar serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento a crianças e jovens com idades compreendidas entre os 0 e os 18 anos, que padeçam de doenças neurológicas agudas ou crónicas e/ou de perturbações do desenvolvimento psicomotor, facilitando a respetiva inclusão na comunidade, mediante apoio e orientação psicossocial por parte do centro.

É um centro com uma equipa multidisciplinar que compreende dois neuropediatras, seis pediatras do desenvolvimento, quatro enfermeiros, uma assistente social, duas terapeutas da fala, três terapeutas ocupacionais, uma psicomotricista, dois fisiatras, duas professoras de ensino especial, três psicólogas e alguns estagiários de algumas destas especialidades, além da estagiária de musicoterapia.

Das três psicólogas do centro, uma é responsável pelas questões globais e específicas do desenvolvimento e maturidade; outra pela neuropsicologia, em especial pelos casos de epilepsia na infância; e a Dra. Anabela Farias é a responsável pelos casos em que haja fundada suspeita ou diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo (PEA).

A Dra. Anabela Farias é a coordenadora do grupo PEA e orienta o presente estágio, sendo que a musicoterapia está integrada neste grupo, constituído por técnicos das áreas de psicologia, terapia da fala, terapia ocupacional, psicomotricidade e educação.

O centro presta serviços a crianças e jovens residentes nos concelhos de Almada e do Seixal, ou neles inseridos em contexto escolar, encaminhados para o centro pelas Equipas Locais de Intervenção (ELI) ou pelos respetivos médicos de família ou pediatras.. Em 2013 deixaram de estar abrangidos pelo HGO crianças e jovens do concelho de Sesimbra, passando estes a ser direcionados para o Hospital de São Bernardo, em Setúbal.

Constituem atividades do CDC a atividade formativa, a atividade científica e a atividade assistencial. A atividade formativa consiste num curso de neuropediatria e desenvolvimento, em ações de formação várias e em reuniões de grupo, reuniões multidisciplinares, reuniões com as ELI, com as equipas de apoio educativo e com os professores. A atividade científica consiste na elaboração de projetos de investigação científica e na publicação de artigos. A atividade assistencial compreende consultas gerais, consultas multidisciplinares, intervenções terapêuticas, enfermagem, serviço social e educação.

São objetivos do CDC colaborar nas avaliações de desenvolvimento; trabalhar em parceria com as famílias dos utentes, aferindo as necessidades e as dificuldades sentidas pelas mesmas e definindo estratégias para minimizá-las ou colmatá-las; acompanhar e encaminhar os utentes para a comunidade educativa e para o apoios de atendimento da respetiva área de residência; e intervir diretamente, ainda que de forma temporária, junto daqueles que não dispõem de qualquer outro apoio.

A valência deste estágio não tem carácter residencial e o centro funciona em horário laboral, das 08:00 horas às 18:00 horas.

### **Caracterização da População-Alvo**

O CDC presta serviço a crianças e jovens com patologias neurológicas e do desenvolvimento, entre os 0 e os 18 anos de idade e inseridas nos concelhos de Almada e do Seixal. Contudo, o presente estágio incidirá apenas sobre casos clínicos de crianças em idade pré-escolar, dos 0 aos 6 anos de idade, com suspeita fundada ou diagnóstico de PEA.

Estas crianças são encaminhadas para o grupo PEA, pela neuropediatria ou pela pediatria do desenvolvimento, para efeitos de avaliação mediante recurso ao *Diagnostic Observation Schedule* (ADOS).

O ADOS é um instrumento de observação e avaliação referência no diagnóstico das PEA. Mediante o recurso a esta escala é possível aferir o nível de comunicação, de interação social e de jogo simbólico da criança, assim como a existência de comportamentos repetitivos e interesses restritos que quetem para uma preocupação de PEA.

Esta avaliação é realizada pela Dra. Anabela Farias. Uma vez concluída, procede-se ao encaminhamento para a musicoterapia dos casos de crianças não verbais sobre as quais incida forte suspeita ou diagnóstico de PEA.





## **Enquadramento Teórico**

O presente título caracteriza as PEA, abordando os respetivos critérios de diagnóstico e manifestações e a importância da intervenção precoce na infância no que reporta a indivíduos com esta perturbação. Aborda ainda o tema da intervenção em musicoterapia, em geral, e da respetiva aplicação junto de crianças com PEA, em especial, bem como o modelo Nordoff-Robbins e a musicoterapia improvisacional. Por fim, ocupa-se do papel fundamental da família no processo terapêutico.

### **Perturbação do Espectro do Autismo**

Antunes (2018) diz-nos que “Há trinta anos, todos sabíamos o que era o autismo. Pessoas perdidas, vagueando no seu mundo interior, com dificuldades cognitivas marcadas, capacidades linguísticas quase nulas e movimentos repetitivos e estereotipados” (p. 117).

Em 1944 Asperger descreveu pela primeira vez um grupo de pessoas a quem atribuiu a palavra “autistas”, descrevendo casos clínicos de crianças que manifestavam padrões de comportamento invulgares, com dificuldades ao nível da interação social, interesses restritos e comportamentos repetitivos, a quem o autor designou de “psicopatas autistas” (Asperger, 1944).

Na mesma época o médico austríaco Leo Kanner descreveu um grupo de crianças com um quadro clínico de sintomas mais severos, a que atribuiu a designação de “autismo clássico”, referindo-se às crianças com autismo como incapazes de se relacionarem de forma típica com o outro e com o meio envolvente. Nesses sintomas estavam incluídos a falta de interesse pela interação social, o atraso na fala e os comportamentos repetitivos (Kanner, 1943).

O que distinguia estes dois grupos de pessoas era o facto de os primeiros, designados de “Asperger”, serem considerados inteligentes e como tendo desenvolvido uma linguagem

próxima dos padrões da normalidade, enquanto os últimos, por apresentarem uma sintomatologia consideravelmente mais grave, cabiam na designação de “autismo”, o que fez com que esta adquirisse uma pior conotação (Antunes, 2018).

Vingou a ideia de que a causa do autismo era a carência de suporte emocional e de carinho por parte dos pais e, em especial, das mães. Era entendimento de Kanner que os pais de autistas “clássicos” eram pessoas de uma frieza emocional marcada, residindo aí a causa do isolamento dos respetivos filhos (Kanner, 1943).

Allgood (2005), contudo, refere que depois de muita investigação científica e evolução tecnológica a PEA deixou de ser considerada uma perturbação resultante de um estilo parental pobre, passando a ser conhecida como um distúrbio neurológico. Considera-se que o autismo é causado por diferenças neurobiológicas inatas ao nível do desenvolvimento cerebral (Rimland, 1964).

Ainda que todas as crianças com PEA enfrentem desafios ao nível da relação, elas estabelecem e desenvolvem relações, demonstram afeto e emoções (Allgood, 2005). Contudo, a perturbação de que padecem pode afetar e dificultar a forma como respondem ao outro. Ao que acresce que estas respostas tendem a ser afetadas por alterações motoras e de processamento sensorial, muito frequentes em crianças com PEA (Cabral, 2021).

Cada criança com PEA apresenta um conjunto de características único. A literatura científica e, em primeira análise, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, na sua 5.<sup>a</sup> e atual edição (DSM-5) (2013) evidenciam que a PEA é uma patologia com um espectro de gravidade e de sintomas muito variável, à qual se atribui o termo de “quadro de fenótipo alargado”. Atualmente a designação de PEA inclui quer o anteriormente designado “Síndrome de Asperger”, quer o “autismo clássico”, ainda que o primeiro seja utilizado comumente como sinónimo de autismo leve ou de nível 1 (Antunes, 2018).

### ***Crítérios de Diagnóstico e Manifestações da PEA***

O DSM-5 (2013) define as PEA como défices persistentes na comunicação e na interação social, transversais a múltiplos contextos, a que se juntam padrões restritos e repetitivos de comportamentos, interesses ou atividades.

Eira (2020) acrescenta que as PEA consistem num conjunto de alterações ao desenvolvimento neurológico que se fazem notar, na maioria dos casos, antes dos 30 meses, sendo que a American Psychiatric Association (APA) (2013) e o National Institute of Mental Health (NIMH) (2021) se referem à PEA como um distúrbio do neurodesenvolvimento que, normalmente, se manifesta nos primeiros anos de vida.

Etiologicamente, muitos estudos revelam a existência de fatores genéticos, biológicos e ambientais, havendo, por conseguinte, uma importante variabilidade no que concerne à expressão comportamental e ao nível de gravidade de cada caso (Eira, 2020).

Os sintomas desta perturbação estão, como tal, presentes precocemente, ainda que as dificuldades que lhe são inerentes se tornem mais flagrantes quando a complexidade das competências sociais exigidas ao indivíduo com PEA ultrapassa os recursos que eles possuem para lidar com essas situações (Antunes, 2018).

Na ausência de um marcador biológico que identifique o autismo, o seu diagnóstico é feito através de comportamentos clinicamente observáveis. Não se verifica a existência de exames complementares de diagnóstico, nem aparelhos que permitam medir qual o nível de autismo de determinada pessoa, pelo que, para ambos, se recorre à observação clínica (Cabral, 2021).

Os autores referem que a maioria dos indivíduos com PEA apresenta um perfil sensorial atípico, que é suscetível de desencadear reações e comportamentos também eles considerados atípicos pelo observador comum. Não obstante, nem todos os indivíduos com

PEA padecem de Perturbação do Processamento Sensorial (PPS), mediante a qual se verifica hiper ou hiposensibilidade a estímulos sensoriais (Rogers & Ozonoff, 2005).

O processamento sensorial respeita à forma como sentimos, percebemos e respondemos a determinados estímulos do ambiente. Quando existe uma dificuldade nesse processamento, essa dificuldade reflete-se na forma como a informação sensorial é detetada, processada e integrada pelo e no cérebro, influenciando a resposta do indivíduo ao estímulo correspondente (Balasco et al., 2019; Miller et al., 2007).

No que respeita às estereotipias, que consubstanciam um dos critérios de diagnóstico da PEA, são definidas no DSM-5 (2013) como comportamentos rítmicos, repetitivos e disfuncionais.

Na comunidade médica discute-se se a estereotipia é um comportamento efetivamente disfuncional, atendendo a que é considerada um fenómeno autorregulatório. Alterações sensoriais importantes e situações de *stress* emocional estão frequentemente na origem da estereotipia, que advém, posteriormente, como forma de autorregulação. É um comportamento que tem uma função, apesar de não comunicativa, sendo exemplos de estereotipias o *flapping*, correr de um lado para o outro, permanecer aos pulos e em buscas sensoriais e a ecolália (Liberalesso, 2020).

O uso repetitivo e aparentemente pouco funcional de objetos também é um sintoma importante na PEA, de que é exemplo o ato de empilhar ou enfileirar brinquedos, bem como a ocorrência frequente de comportamentos ritualizados, que traduzem uma mesma ação numa determinada sequência ou contexto, de que é exemplo a necessidade de percorrer sempre o mesmo trajeto para ir para a escola (Antunes, 2018).

As crianças com PEA têm, muito frequentemente, dificuldades em atentar ao que lhes é solicitado, ou porque têm dificuldade em eleger um foco de atenção num contexto com

excesso de estímulos (Keehn et al., 2017), ou porque têm dificuldade em manter a atenção (Chien et al., 2015), para o que esse excesso também contribui negativamente.

Apresentam, recorrentemente, dificuldades ao nível das funções executivas, como a inibição, o planeamento, a transição entre tarefas e a flexibilidade. A dificuldade em aceitar alterações à rotina é exemplo desta dificuldade em flexibilizar (Craig et al., 2016).

Foram definidos três níveis de gravidade para esta perturbação, que variam consoante o apoio que a pessoa requer, resultando do DSM-5 (2013) que se enquadra no nível 1 o indivíduo que requer algum apoio; no nível 2, o indivíduo que requer apoio substancial; e no nível 3, o indivíduo que requer apoio muito substancial (Eira, 2020).

### ***Dificuldades na Comunicação***

As crianças com PEA apresentam alterações importantes ao nível da linguagem e da comunicação verbal e não-verbal. Essas dificuldades são notórias tanto ao nível da compreensão, no que concerne ao processamento da informação verbal e não verbal, quanto ao nível da expressão, mediante recurso ao gesto natural, ao gesto codificado e à palavra como forma de comunicação com os outros. Por conseguinte, as formas comunicativas mais utilizadas por estas crianças são formas pré-simbólicas, como o movimento global do corpo e o recurso ao grito (Silva, 2003).

“As crianças com PEA têm uma dificuldade biológica em ligar a emoção à capacidade emergente de planear e sequenciar as ações” (S. Greenspan & Shanker, 2004).

Como tal, tendem a comunicar quase exclusivamente para pedir objetos ou ações e para manifestar rejeição, contudo, não para chamar a atenção para si ou para partilhar experiências com outra pessoa. Em suma, tendem a comunicar para regular o comportamento do outro, todavia não para efeitos de interação social ou de atenção conjunta (Silva, 2003).

Uma grande parte das pessoas com PEA permanece não-verbal ao longo de toda a vida, o que dificulta o dia-a-dia da pessoa e da respetiva família, levantando fortes entraves ao desenvolvimento da independência e da autonomia daquela. O que muitas vezes escapa ao entendimento das famílias de crianças com PEA é a percepção de que a criança frequentemente não responde porque além de um défice na comunicação expressiva, tem dificuldades significativas ao nível da compreensão, ou seja, da comunicação recetiva (Rogers, Dawson e Vismara, 2015).

Por conseguinte, afigura-se necessário compreender que outras competências ou comportamentos podem implicar no desenvolvimento da comunicação e podem ser trabalhadas, a fim de ampliar o repertório de vocabulário da criança e melhorar a comunicação recetiva e expressiva da mesma, essenciais à aquisição de autonomia e independência daquela. O contacto ocular e a imitação são duas dessas competências (Rogers, 1998).

Do contacto ocular pobre da criança com PEA decorre défice ou ausência de imitação, acarretando este um atraso ao nível do desenvolvimento da linguagem e da fala e, por conseguinte, um atraso na aquisição de competências sociais pela criança (Bruner, 1972). Estas dificuldades implicarão depois na independência e na autonomia da mesma.

Rogers e Dawson (2014) referem que “os nossos cérebros estão conectados para a imitação de uma forma especial, com células cerebrais – neurónios-espelho – que ligam aos nossos próprios padrões de ação as ações que vemos os outros fazerem, apenas observando” (p.153).

As crianças com autismo tendem a imitar pouco e, comparativamente aos pares da mesma idade, imitam muito menos as palavras, os gestos e as ações dos outros (Rogers & Williams, 2006).

Estas dificuldades em estabelecer ou manter contacto visual e em imitar repercutem-se na dificuldade em cumprir ordens simples, que é, simultaneamente e, a par do contacto visual e da imitação, uma das competências prévias à aquisição da fala, por potenciar a aquisição de linguagem. Pelo exposto, o contacto visual, a imitação e o cumprimento de ordens têm sido enunciados com competências pré-verbais fundamentais à aquisição de independência e autonomia da criança com PEA, numa fase do desenvolvimento em que o cérebro humano tem maior neuroplasticidade (Silveira, 2021).

### ***Comorbilidades***

É frequente que o diagnóstico de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) acompanhe o diagnóstico de PEA (Cabral, 2004), sendo que esta questão merece especial enfoque na abordagem e no tratamento de crianças com PEA, porquanto a atenção, em todos os seus elementos, está intimamente ligada à aprendizagem da criança.

Por outro lado, o diagnóstico de PHDA é o erro de diagnóstico mais comum em crianças com PEA, em virtude de uma análise superficial das dificuldades destas. É comum a criança ter dificuldade em atentar e responder ao que lhe é solicitado pelos adultos ou pelos pares da mesma idade quando, além da PEA, acompanhada ou não por diagnóstico de PHDA, a criança padece de PSS. Outras perturbações associadas à PEA são, designadamente, as Perturbações de Ansiedade, as Dificuldades de Aprendizagem, as Perturbações da Coordenação, a Depressão e as Perturbações de Personalidade (Antunes, 2018).

### **Importância da Intervenção Precoce**

A primeira infância é um período de grande plasticidade em termos de desenvolvimento do cérebro, com uma maior capacidade de mudança, em especial quando a criança beneficia de uma estimulação precoce adequada. A experiência é suscetível de modelar estruturas e funções do cérebro e do comportamento. Por conseguinte, tudo o que a

criança faz pode contribuir para a construção de um cérebro mais social e comunicativo ou para a construção de um cérebro mais orientado para objetos. É por isso importante, nesta fase, captar a atenção da criança para as pessoas, seus rostos e corpos. Aproveitando este período da infância para intervir precocemente é possível minimizar as dificuldades características da PEA, designadamente no que respeita à aquisição da linguagem, ao jogo social e simbólico e às iniciativas sociais da criança (Rogers, 2014).

Em Portugal existe o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), com previsão legal no Decreto-Lei 281/2009, que dispõe, no n.º 1 do artigo 1.º, que o SNIPI consiste em:

*um conjunto organizado de entidades institucionais e de natureza familiar, com vista a garantir condições de desenvolvimento das crianças com funções ou estruturas do corpo que limitam o crescimento pessoal, social, e a sua participação nas atividades típicas para a idade, bem como das crianças com risco grave de atraso no desenvolvimento (Decreto-Lei 281/2009).*

Gutiérrez-Jiménez & Franco (2018) afirmam que o sistema de intervenção precoce é um sistema complexo, com programas de intervenção que atendem às necessidades da criança e da família e serviços multidisciplinares, que integram profissionais como docentes, psicólogos, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, fisioterapeutas, assistentes sociais e, eventualmente, outros profissionais, como os musicoterapeutas, coordenados entre si e em articulação com a família.

Um dos objetivos da intervenção precoce com crianças com PEA consiste em ajudá-las a atenderem a oportunidades de aprendizagem social que são fundamentais e que lhes permitem compreender o essencial à aquisição de uma linguagem típica e ao desenvolvimento de relações sociais fundamentais a um bom prognóstico (Rogers, 2014).



Cabral (2004) refere que é possível que a dificuldade em fazer novos circuitos e mapas cerebrais esteja na base das alterações do espectro do autismo. “A falta de flexibilidade, os rituais, o espectro reduzido de interesses e a rigidez são, porventura, a expressão de uma dificuldade de aceitação das modificações que o tempo traz à paisagem em que o indivíduo se move” (p. 693).

Contudo, quando o diagnóstico e a intervenção ocorrem precocemente, é possível alterar o curso do desenvolvimento e da qualidade de vida da criança (Malheiros et al., 2017).

### **Musicoterapia**

A música é uma das primeiras experiências do ser humano, que ainda durante o período de gestação, consegue ouvir sons do ambiente externo e ouvir e reconhecer a voz da própria mãe (Tiwari & Sharma, 2022).

Os autores referem que a audição musical no período intrauterino favorece a atividade neuronal e o comportamento neonatal (Partanen et. al, 2013).

A música é ainda conhecida pelo seu potencial de transformação no ser humano (Tiwari & Sharma, 2022).

Nordoff -Robbins (s/d) citados por Rudd (1990) afirmam que:

*A música é uma linguagem e, para as crianças, ela pode ser uma linguagem estimulante, uma linguagem confortadora. Ela pode encorajar, animar, encantar e falar com a parte mais interna da criança (...). A música certa, utilizada com discernimento, pode retirar a criança incapacitada dos limites da sua patologia e colocá-la num plano de experiência e reação, onde esta estará consideravelmente livre de disfunções intelectuais ou emocionais (p. 102).*

Rudd (1990) definiu a musicoterapia como o uso da música para incrementar as possibilidades de ação do indivíduo.

Bruscia (2014), por seu turno, definiu a musicoterapia como o processo de intervenção sistemática, mediante o qual o terapeuta promove a saúde do paciente através de experiências musicais e das relações que se desenvolvem através destas, como forças dinâmicas de mudança.

A musicoterapia é a utilização da música e/ou dos seus efeitos, por um musicoterapeuta qualificado, com um cliente ou grupo de clientes, num processo planificado que tem o objetivo de facilitar e/ou de promover a comunicação, a relação, a aprendizagem, a mobilidade, a expressão, a organização e outros objetivos terapêuticos importantes (Comissão de Prática da Federação Mundial de Musicoterapia, 1996).

Tem como fundamentos o modelo médico-organicista, o modelo psicológico-psicanalítico, o modelo cognitivo-comportamental, o modelo humanista-existencial e a etnomusicologia (Rudd, 1990).

Um dos princípios de base da musicoterapia é o princípio de ISO de Benezon, conceito dinâmico que pressupõe a consciência da existência de sons ou conjunto de sons ou fenómenos acústicos e de movimentos internos característicos de cada ser humano enquanto ser único. Tem em consideração a sonoridade da pessoa, do instrumento e, a ser o caso, do grupo, tendo ainda em consideração a música como parte integrante da pessoa e como uma maneira de interagir com o outro e de estar em relação com ele (Benezon, 1985).

A prática da musicoterapia implica uma intervenção sistematizada, com objetivos específicos e a música como elemento central do processo terapêutico (Wigram, 2002).

Tem ainda como elemento diferenciador o *setting* terapêutico. “Todo o elemento capaz de produzir um movimento capaz de ser vivenciado como mensagem, como meio de comunicação, será parte integrante dos elementos técnicos da Musicoterapia” (Benenson, 1985, p.55). Por conseguinte, podem ser incluídos nas sessões de musicoterapia objetos

suscetíveis de produzir som, que não sejam propriamente instrumentos musicais, como o corpo e a voz.

A musicoterapia tem potencial para explorar dinâmicas de relacionamento interpessoal e de comunicação interativa, facilitar a expressão das emoções e o desenvolvimento da autoconsciência e aumentar a participação da pessoa no grupo e na comunidade em que se insere. É uma forma de intervenção que promove a comunicação, a memória e a imaginação e a redução de *stress*, recorrendo a diferentes métodos, como a escuta musical, a construção e/ou a performance de canções e a improvisação musical (Sarkar & Biswas, 2015).

Neste contexto Bruscia (2006) define método como uma maneira própria de experimentar a música, tendo em vista o diagnóstico, a avaliação e o tratamento do paciente. Enumera quatro categorias de experiências musicais, que constituem quatro métodos de intervenção possíveis em musicoterapia, a saber: a recriação, a improvisação, a composição e a audição musical. Os três primeiros consubstanciam métodos ativos, orientados para a ação musical, sendo que o último consiste num método passivo, orientado para a audição musical.

São modelos de intervenção em musicoterapia, e estão na base destes métodos: o modelo Nordoff-Robbins, conhecido como o modelo da “improvisação criativa”, de orientação humanista, desenvolvido pelo músico Paul Nordoff e pelo professor de educação especial Clive Robbins; o modelo Benenzon, desenvolvido pelo psiquiatra Rolando Benenzon e fundamentado na psicanálise; o modelo GIM (“Imagens guiadas e música”), criado pela musicista Helen Bonny, de orientação também humanista; o modelo da musicoterapia analítica, sistematizado por Mary Priestley; e o modelo de musicoterapia comportamental, sistematizado por Clifford Madsen e fundamentado no *behaviorismo*. A este vieram acrescer ainda os modelos biomédico, humanista e plurimodal (Bruscia, 2014).

Foram pioneiros da musicoterapia os fundadores dos referidos modelos, Paul Nordoff e Clive Robbins, Rolando Benenzon, Helen Bonny, Mary Priestley e Juliette Alvin. A musicoterapia, em si, desdobra-se em várias áreas de aplicação: a musicoterapia médica, a desenvolvimental, a psicoterapêutica e a de reabilitação social (Wigram, 2002).

### ***Intervenção Musicoterapêutica com Crianças com PEA***

A intervenção musicoterapêutica com crianças com PEA baseia-se em diferentes abordagens, com vista a melhorar aspetos fisiológicos e cognitivos, a melhorar competências sociais, de linguagem e de comunicação e a promover o desenvolvimento e o bem-estar (Autism Intervention Research Trust, 2006-2011).

Decorre da literatura atual que a musicoterapia é eficaz no desenvolvimento da interação social, das competências comunicativas, quer ao nível verbal, quer ao nível não verbal (Wheeler et al., 2008), da reciprocidade sócio-emocional, do comportamento adaptativo, do prazer na relação e da qualidade da relação pais-filhos (Geretsegger, Elefant, Mossler, & Gold, 2014), promovendo experiências relacionais baseadas nos interesses e nas expressões do utente (Carpente, 2016).

Acresce que os estímulos musicais tendem a ser os preferidos das crianças com PEA (Thaut, 1998).

Atendendo à grande variedade de limitações funcionais e aos diferentes níveis de comprometimento, a intervenção em musicoterapia pode variar entre a realização de sessões individuais ou em grupo (LaGasse, 2015; Thaut, 2015; LaGasse, 2016). No caso das crianças com PEA as sessões são, maioritariamente, individuais, estando o foco da intervenção na comunicação individual básica, na relação e nas necessidades emocionais da pessoa (Holck, 2002).

Com indivíduos considerados não verbais, o processo terapêutico baseia-se na música como um meio para promover as qualidades de interação da pessoa numa relação recíproca (Watson, 2007). A experiência musical gera oportunidades para praticar essa reciprocidade na relação e o estar com o outro e como.

*“Expressing oneself and relating to others musically is often experienced as easier and less frightening than through impaired verbal communication”* (Nicholls, 2002, p.233).

No mesmo sentido referem Tiwari & Sharma (2022) que a relação através da música é sentida como menos ameaçadora para o ser humano, o que ajuda a promover a aprendizagem, a autoexpressão e a comunicação não verbal, melhorando assim o comportamento social.

Cada som, gesto, silêncio e expressão facial é considerado como potencialmente relevante no decurso de uma sessão de musicoterapia e é importante que o musicoterapeuta tenha a capacidade de ouvir e simultaneamente gerar uma resposta ao que ouviu (McFerran and Shoemark, 2013).

Toda a pessoa tem em si potencial para comunicar e todo o comportamento é linguagem, designadamente, vocalizações, gestos, movimentos e até a ausência deles e de som. Tudo isto são recursos de que o musicoterapeuta deve fazer uso nas sessões, mantendo presentes os fundamentos da intervenção que está a realizar, confiando no potencial de comunicação e nas capacidades de relacionamento do paciente e lembrando que um dos respetivos objetivos é tirar o paciente do isolamento e da sua vida solitária e promover o desenvolvimento de relações importantes na sua vida (Swaney, 2020).

Espera-se que, com repetição e consistência destas experiências relacionais, a vontade de explorar possibilidades de relacionamento que se manifesta em sessão de musicoterapia se estenda a outros contextos e circunstâncias (Nordoff & Robbins, 1985).

Nas crianças com perturbações de desenvolvimento, as dificuldades na comunicação são uma das maiores limitações desta população. Watson (2007) inclui nas dificuldades na comunicação não apenas dificuldades ao nível da comunicação recetiva e/ou da comunicação expressiva, mas também dificuldades na compreensão do significado e das emoções que estão na base da expressão corporal e facial e no tom de voz do outro, que podem causar e sedimentar padrões de comportamento defensivo na relação com os outros e com tendência ao isolamento (Rojahn *et al.* 2008).

Tudo isto pode ser trabalhado mediante uma intervenção musicoterapêutica, com especial enfoque na relação e tendo como objetivos, nomeadamente, desenvolver uma maior consciência de si e dos outros, autoconhecimento, autodeterminação, melhorar a comunicação, bem como promover uma interação social mais eficaz e recompensadora para o paciente (Ortiz, 2017).

A musicoterapia está a emergir como uma intervenção precoce com muito potencial para estas crianças e para as respetivas famílias (Thompson, McFerran & Gold, 2014), sendo uma forma de intervenção terapêutica eficaz, atendendo a que música oferece estrutura, é uma atividade social, uma forma de comunicação e está intimamente ligada às emoções (Bruscia, 1998).

A intervenção em musicoterapia junto de crianças com PEA contempla, à semelhança da musicoterapia em geral, diferentes formas de aplicação, como a escuta musical, a recriação e a execução de canções, a composição, os jogos sonoros e musicoterapia improvisacional (IMT) (Spiro & Himberg, 2016).

É uma forma de intervenção sistematizada, que compreende diferentes momentos. São eles: o levantamento de dados sobre a pessoa do paciente, respetiva patologia e música; a

identificação de problemas; a definição de objetivos terapêuticos, o planeamento de atividades e estratégias de intervenção; e a avaliação de resultados (Bruscia, 2014).

A avaliação da criança permite ao musicoterapeuta estabelecer que objetivos deve definir na elaboração do plano terapêutico respetivo. Estes objetivos são importantes orientadores da intervenção terapêutica (Rogers, 2012) e surgem aqui no domínio não musical, sendo que a intervenção terapêutica ocorre sempre no domínio musical (Leão, 2019). Dois dos objetivos principais da intervenção musicoterapêutica neste contexto consistem em facilitar a expressão emocional e musical do utente e aumentar o fluxo de interação e os ciclos de comunicação através da música (Geretsegger et al., 2015).

A colaboração interdisciplinar tem um papel importante no processo de intervenção musicoterapêutica com crianças com PEA. Da mesma forma, é fundamental que o musicoterapeuta partilhe com os cuidadores o trabalho que vai desenvolvendo com o paciente, por forma a que esse trabalho possa ser continuado e mais facilmente generalizado a outros contextos e situações do quotidiano do paciente (Lee and McFerran, 2012; Wheeler, 2013).

Decorre da literatura científica que a musicoterapia melhora os domínios da atenção, designadamente da atenção conjunta, da atenção social, da atenção comportamental e do processamento neuronal, aumentando também a atenção espontânea e responsiva (Srinivasan et al., 2016).

Além de evidenciar esta melhoria nos domínios da atenção, os autores apontam para os efeitos positivos da musicoterapia nos domínios da coordenação motora, designadamente no autocontrolo de movimentos, no envolvimento em jogos ativos e na performance (Imankhah et al., 2018), no planeamento motor (Imankhah et al., 2018; Paul et al., 2015) e no desempenho de tarefas (Gibbs et al., 2018) em crianças com PEA.

As revisões sistemáticas reforçam estas melhorias nos domínios da atenção e da coordenação motora, bem como melhorias nos domínios da autoregulação, da comunicação e das demais competências sociais de crianças com PEA, reforçando o impacto positivo da musicoterapia como abordagem terapêutica junto de crianças com PEA (Tiwari & Sharma, 2022),

No que respeita a estas competências sociais, há estudos sobre a intervenção da musicoterapia para o desenvolvimento de competências sociais mais específicas em crianças com PEA, como a capacidade de resposta social da criança (Bharathi et al., 2019; Crawford et al., 2017; Srinivasan et al., 2016; LaGasse, 2015), o espelhamento de atividades (Lakes et al., 2019), a assincronia, o contacto visual (Paul et al., 2015; Ghasemtabar et al., 2015; Chiengchana & Trakarnrung, 2014), os gestos sociais (Paul et. al, 2015; Chiengchana & Trakarnrung, 2014), as emoções sociais (Thompson et. al, 2014), a cooperação social (Ghasemtabar et al., 2015) e a compreensão de perspetiva (Bharathi et al., 2019). Da maioria destes estudos científicos sobressaem os efeitos favoráveis da musicoterapia no desenvolvimento de competências sociais junto desta população. Contudo, no que respeita ao afeto social e à iniciativa na interação, contudo, não decorrem efeitos positivos consideráveis (LaGasse, 2015).

Resultam ainda como efeitos positivos da musicoterapia o aumento da comunicação vocal (Salomon & Elefant, 2019), melhorias na comunicação social, na qualidade de vida da família e na atividade cerebral da criança com PEA, na resposta ao chamamento, na obediência (Paul et al., 2015), na comunicação recetiva (Schwartzberg & Silverman, 2016), na resposta à comunicação (LaGasse, 2015), bem como na interação social (Thompson et al., 2014; Chiengchana & Trakarnrung, 2014).



Os autores apontam, ainda, no sentido da eficácia da intervenção em musicoterapia na redução da frequência de estereotípias (Lakes et al., 2019; Gibbs et al., 2018) e no aumento da capacidade de autoregulação da criança (Lakes et al., 2019; Imankhah et al., 2018).

Allgood (2005) acrescenta que o uso da música, além de promover o desenvolvimento cognitivo, motor, da relação e da comunicação, promove ainda a integração sensorial, sendo que a maioria das crianças com PEA apresenta alterações relativas ao respetivo processamento sensorial.

São, como tal, fortes as evidências científicas no sentido da melhorias nas áreas da atenção, da comunicação e da relação, das competências sociais, da coordenação motora, assim como melhorias na sustentação de interações verbais, na execução de gestos verbais e não verbais, na expressão e partilha de emoções sociais, na execução de tarefas, na qualidade de vida da família respetiva, na autoregulação e na redução de estereotípias das crianças com PEA sujeitas a uma intervenção musicoterapêutica (Tiwari & Sharma, 2022).

### ***Modelo Nordoff-Robbins***

De acordo com a teoria centrada na música, desenvolvida por Paul Nordoff e Clive Robbins, a música é o elemento central da intervenção musicoterapêutica. Ressalva-se que nem toda a musicoterapia é centrada na música, contudo, a abordagem de Nordoff e Robbins enfatiza a importância desse elemento na terapia (Nordoff & Robbins, 2007).

As sessões de Nordoff e Robbins eram gravadas integralmente, num espaço adjacente à sala da musicoterapia, que estava preparado com câmaras de filmar para esse efeito. Posteriormente, as sessões eram analisadas minuciosamente. Atendendo a que todas as sessões eram gravadas foi possível aos precursores deste método apresentar o respetivo trabalho em conferências e nos meios de comunicação social, o que promoveu a divulgação do mesmo e o tornou popular (Wigram, 2004).

Inspirados pela antroposofia, consideravam importante a integração da experiência corporal e da prática artística na aprendizagem da criança. Inspiraram-se também na filosofia humanista, considerando que todo o processo terapêutico de mudança deve partir da essência da pessoa que existe por detrás de todas as limitações que a patologia lhe impõe. À semelhança de Rogers, acreditavam que toda a pessoa tem em si potencial para viver e para se desenvolver (Nordoff & Robbins, 2007).

Paul Nordoff e Clive Robbins criaram um método peculiar, mediante o uso do piano e de instrumentos de fácil manuseamento, que podiam variar de sessão para sessão ou no decurso das próprias sessões. Nas primeiras sessões o *setting* dispunha de mais instrumentos musicais, atendendo a que as primeiras sessões eram mais exploratórias (Nordoff & Robbins, 1977).

Exploraram a importância da relação humana no desenvolvimento da pessoa. Partiam do princípio de que, para desenvolver-se, a pessoa precisa de estar envolvida numa relação, pelo que o seu interlocutor deve adotar uma postura empática, entendendo a essência da pessoa, aceitando-a e facilitando o seu desenvolvimento. Consideravam que a pessoa já tinha em si esse potencial, pelo que, adotando uma postura empática e envolvendo-a na relação, ela desenvolver-se-ia por si própria. Aplicaram estes princípios à prática musical criando, assim, o modelo Nordoff-Robbins (Wheeler, 2005; Wilson, 1999).

Este modelo foi pensado, inicialmente, para ter um terapeuta completamente focado em captar tudo do paciente, transformando isso em música, musicando os gestos, o ritmo, a voz e até as estereotípias deste. No modelo original era Paul Nordoff quem musicava os movimentos da criança, mas não apenas através da improvisação livre. Musicava o que a criança fazia e também harmonizava, influenciado por vários géneros da música ocidental que o tinham influenciado, enquanto pianista, até então. A harmonização servia o propósito

de criar um acompanhamento que servisse de apoio empático ao paciente. Por seu turno, Clive Robbins mantinha o foco na criança e potenciava a relação. Desta forma, a relação de Paul Nordoff com a criança era estritamente sonora e musical, enquanto Clive Robbins potenciava a interação e a relação humana. Juntaram-se como se de um terapeuta só se tratassem, num modelo de co-terapia que funcionava em triângulo, uma vez que o terapeuta que estava com a criança também tinha de captar o terapeuta que estava a musicar as ações da criança (Sigafos & Lancioni, 2008).

Este método de intervenção musicoterapêutica surgiu da constatação de que a deficiência acarreta limitações funcionais que tornam difícil não apenas trabalhar com a pessoa, mas também conhecê-la. Se num modelo de base comportamental o objetivo é aumentar a funcionalidade da pessoa, num método de base humanista como o modelo Nordoff-Robbins o objetivo é aceder ao potencial intrínseco do ser humano de querer viver, aprender e desenvolver-se (Nordoff & Robbins, 2007).

Paul Nordoff e Clive Robbins tentavam captar o interesse e o gosto da criança pela música para depois tentarem abri-la para o exterior. Contudo, o modelo prevê que além do envolvimento espontâneo da criança, o terapeuta também sugere. Wheeler (2005) refere que *Nordoff e Robbins introduziram o conceito de que o terapeuta é um músico improvisador e curioso que se junta ao paciente numa experiência musical com a intenção de explorar, descobrir e comunicar através da música. O terapeuta pode utilizar sugestões musicais ou oferecer uma música que possa ser cativante para a criança, mas a ênfase é na improvisação espontânea e na comunicação mútua que resulta dessa interação* (p. 136).

No mesmo sentido, referem Nordoff e Robbins (1999) que o terapeuta, enquanto músico improvisador, deve ser capaz de estabelecer contacto com a criança e que esse contacto pode ser alcançado de várias maneiras, nas quais se inclui a sugestão musical.

Já é comum o uso da guitarra, ao invés do piano, não se restringindo o modelo Nordoff-Robbins, na atualidade, ao uso exclusivo do piano como instrumento principal e sendo a guitarra utilizada frequentemente pelos musicoterapeutas que se baseiam neste modelo. A utilização de outros instrumentos também é possível, desde que sejam considerados adequados às necessidades e preferências musicais do utente e sejam suscetíveis de criar uma ligação significativa entre ele e o musicoterapeuta. Esta flexibilidade na escolha e uso de instrumentos musicais é uma característica importante deste modelo, que visa adaptar a respetiva abordagem às necessidades, características e habilidades individuais da criança (Nordoff & Robbins, 1999).

O modelo Nordoff-Robbins trata-se de um modelo de reabilitação, que vai ao encontro da autonomia do paciente (Wheeler, 2005).

É nesta sede que nasce o conceito de *music child*, ou, na tradução portuguesa, de “músico embrião” ou “eu musical em embrião”, ou seja, do músico pequeno e ainda por desenvolver que cada ser humano tem em si. Este conceito é aplicável a toda a pessoa que apresente resposta à experiência musical, sendo o “músico criança” um representante musical das partes não desenvolvidas da nossa pessoa. Nordoff e Robbins defendiam que todo o ser humano tem uma reação própria à música e, se lhe permitirem fazer música, a música que ele faz é bastante representativa da pessoa que ele é. Nordoff e Robbins descobriram que se mexessem no cerne musical da pessoa com patologia, e despertassem, por essa via, o potencial de desenvolvimento da pessoa, mais facilmente conseguiriam alcançar depois os respetivos objetivos terapêuticos concretos (Nordoff & Robbins, 1985).

### ***Musicoterapia Improvisacional***

Nordoff e Robbins são considerados os fundadores da musicoterapia improvisacional (Improvisational Music Therapy – IMT) (Salomon & Elefant, 2018).

A IMT é uma técnica de intervenção clínica que põe terapeuta e paciente a colaborar na produção sonoro-musical, fazendo uso do potencial que este tem para comunicar e para interagir socialmente (Bruscia, 2006).

A referida técnica envolve um processo musical interativo, no qual o paciente cria música de forma ativa e, como tal, desempenha um papel fundamental nesse processo (Robbins & Oden, 2015). O paciente toca instrumentos musicais que não requeiram treino ou experiência, enquanto o terapeuta improvisa sobre o que o paciente toca e sobre o seu estado emocional e respetivos movimentos. Desta forma, o musicoterapeuta dá suporte ao paciente e à sua produção musical e não musical e tenta envolvê-lo na relação, como forma de promover a comunicação e a interação social.

A improvisação clínica permite ao musicoterapeuta intervir mais rápida e facilmente no sentido de regular o paciente e promove uma melhoria significativa nas competências comunicativas dos pacientes com perturbações de desenvolvimento (LaGasse, 2015).

Essa melhoria verifica-se, nomeadamente, ao nível da atenção e do envolvimento nas tarefas, seja mediante a realização de técnicas de improvisação, seja através de outras técnicas, como a construção de canções. A improvisação musical é, contudo, a experiência musical predominante no contexto da intervenção com crianças com PEA (Kim, Wigram & Gold, 2008).

É uma técnica que implica observar tudo no ambiente, desde os materiais, sons, movimentos e gestos até ao próprio silêncio e à quietude e encontrar uma resposta musical adequada e capaz de refletir o que foi observado (Swaney, 2020).

A IMT apresenta muitas vantagens com crianças com PEA. Durante a improvisação clínica o musicoterapeuta vai identificando elementos musicais no comportamento musical e

não-musical da criança e tenta atraí-la e envolvê-la através de estruturas musicais empáticas e que lhe sirvam de suporte (Wigram, 2002).

Ao mesmo tempo que integra estruturas claras e relativamente previsíveis suscetíveis de transmitir segurança, promove a flexibilidade da criança com PEA, que a ajuda a aprender a lidar com um mundo menos estruturado e, portanto, menos óbvio e previsível (Wigram & Elefant, 2009).

De acordo com a teoria do desenvolvimento de Stern, se a criança tem um desenvolvimento típico, a criança e o cuidador identificam-se um com o outro em termos de expressões faciais e corporais e exploram diferentes interações vocais num processo que ele designou de “affect attunement”, ou, na tradução portuguesa, de sintonização afetiva (Stern, 1985).

Relacionada com a teoria de Stern está a teoria da musicalidade comunicativa (Malloch & Trevarthen, 2009), segundo a qual se defende que a musicalidade comunicativa está presente em cada ser humano no momento do nascimento e serve de base a toda a comunicação e manifesta-se, em grande parte, na voz.

A voz é considerada, como tal, como uma das primeiras formas de comunicação e de interação social do ser humano (Salomon & Elefant, 2018).

Constituindo a voz um dos meios primários de comunicação e de relação, as teorias de intervenção em musicoterapia têm como base as teorias do desenvolvimento, designadamente a teoria do desenvolvimento de Stern, de onde emana a fundamentação teórica das técnicas de IMT. A título de exemplo, uma das técnicas de intervenção em musicoterapia com base no conceito de “affect attunement” de Stern é a técnica “musical attunement”, de acordo com a qual o musicoterapeuta entra em sintonia com as vocalizações e o comportamento do paciente, musical, vocal e emocionalmente, durante a improvisação vocal (Trevarthen, 2001).

As intervenções vocais do musicoterapeuta tendem a recriar as relações primárias vocais do cuidador primário do bebé, mediante o recurso a técnicas de improvisação vocal. A título de exemplo temos as seguintes técnicas: “a ressonância vocal exata”, que consiste na tendência para imitar e fazer ressoar a voz do bebé; posteriormente “a ressonância vocal com variações”, que tem como paralelo o refinamento do diálogo, com os pais a introduzirem variações na imitação; a introdução de elementos novos é representada pelo musicoterapeuta através da “criação de vocalizações novas com ou sem palavras”; e o ato de falar com o bebé para refletir o seu comportamento, usando palavras e explicando o que está a acontecer, como tentativa de refletir a própria interpretação do que a criança está a vivenciar, que é designado também como “discurso” em musicoterapia (Salomon & Elefant, 2018).

Nordoff e Robbins (2007) descreveram casos clínicos que incluíam comunicação vocal na relação musical e referiram que o papel do musicoterapeuta é dar suporte, responder, intensificar e estender as vocalizações da criança.

Salomon-Gimmon e Elefant (2018) aferiam que, na maioria dos casos, no início da intervenção em musicoterapia a criança vocaliza com a função de autorregular-se, autoestimular-se e de investigar a própria voz, sendo que, a esse movimento exploratório, se segue uma segunda fase em que as vocalizações evoluem para movimentos que tendem já para a interatividade, interafetividade e para a capacidade de retirar prazer da relação interpessoal. Neste contexto, a comunicação vocal da criança é influenciada pelas interações vocais do musicoterapeuta.

### **Papel da Família na Intervenção Musicoterapêutica**

Toda a intervenção no âmbito do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) é uma intervenção centrada na família. Gutierrez Jiménez & Franco (2018) referem que são estas as perspetivas modernas da intervenção precoce em musicoterapia.

Os cuidadores primários de uma criança de desenvolvimento típico tendem a regular os estímulos que fornecem à criança consoante o que consideram adequado à aprendizagem, facultam à criança os brinquedos que julgam mais apropriados à idade, repetem e exageram determinada ação, alteram o ritmo do discurso e simplificam-no para facilitar a aprendizagem da criança. Rogers (2014) refere, todavia, que os pais de uma criança com PEA são confrontados com a necessidade de adaptar estas estratégias e de dar-lhe maior suporte, atendendo para isso às particularidades e aos desafios que a respetiva condição lhe impõe.

A literatura científica aponta no sentido que a terapia mediada pelos pais pode melhorar o desenvolvimento cognitivo e a linguagem em crianças em idade pré-escolar, sendo que estas têm melhores resultados e, por conseguinte, melhor prognóstico, quando os pais aprendem a fazer uso destas estratégias de intervenção em casa, semelhantes às que os terapeutas utilizam nas sessões. Terapias mediadas pelos pais podem promover a aquisição de competências verbais e não-verbais e a capacidade de brincar, podendo ainda melhorar a relação entre pais e filhos (Vivanti et al., 2018).

Existem diferentes modelos de intervenção terapêutica no tratamento de crianças com PEA, sendo que uma intervenção ativa e precoce pode, conforme referido, melhorar consideravelmente a qualidade de vida da criança e ser determinante em termos de prognóstico. É desejável que o tratamento seja individualizado, estruturado e que perdure ao longo da vida da criança, acompanhando as diferentes fases do seu desenvolvimento. Neste sentido, é importante que o terapeuta partilhe o que está a ser trabalhado com a família e com a escola, ou seja, com as pessoas que passam mais tempo com a criança (Randall & Parker, 1999).

Esta aprendizagem pode se integrada nas rotinas diárias da criança, de uma forma mais natural. “Quanto mais o técnico partilhar o que está a fazer com as outras pessoas e



ajudá-las a incorporar o ensino nas suas interações, mais rapidamente a criança irá progredir.” (Rogers, 2014).

O envolvimento da família no tratamento é, como tal, considerado uma variável importante no progresso terapêutico destas crianças, sendo que vários modelos de intervenção preveem a inclusão da família no processo como fundamental (Randall & Parker, 1999).

Destaca-se a importância de atender ao contexto ecológico para atender às necessidades individuais e específicas de cada criança (Allgood, 2005). Neste sentido, o Modelo Ecológico de Bronfenbrenner salienta a interdependência dos vários sistemas nos quais a criança se insere, como a família, a comunidade e a respetiva cultura.

A música, podendo ser adaptada a qualquer situação e podendo incluir crianças e adultos no processo de criação musical, constitui um meio terapêutico favorável a uma intervenção que centrada na família, suscetível de melhorar a comunicação entre familiares, bem como as próprias relações (Thompson, 2014).

A música convida todos os membros da família a arriscar e a inovar. Para alguns pais o risco é deixar que a criança faça escolhas, para outros é descobrir como dar suporte musical à criança. Para a criança com PEA relacionar-se com as pessoas e o meio envolvente é desafiante, sendo que neste contexto ela arrisca sempre que se expressa musicalmente e interage com eles. É um contexto que favorece o desenvolvimento das áreas em que a criança com PEA tem maiores dificuldades, como a comunicação e a relação, e, com frequência, o processamento sensorial (Allgood, 2005).



### **Objetivos do Estágio**

Este estágio visou promover o acesso à musicoterapia a famílias de crianças com PEA não verbais, que se mostrem reativas à música.

Pretendeu-se facilitar a expressão musical e emocional dos utentes, promover o prazer na relação e o desenvolvimento da criança, nomeadamente no que respeita à comunicação, tirando partido do potencial que esta tem em si.

A intervenção em musicoterapia visou tocar no potencial intrínseco de cada criança para aprender e desenvolver-se e ajudar a promover dinâmicas familiares que também favoreçam esse potencial.

Foi objetivo da estagiária proceder à articulação com todos os intervenientes em cada processo, em estreita ligação com a família, atendendo às necessidades desta, bem como às especificidades de cada criança.



## Metodologia

No capítulo presente procede-se a uma descrição da metodologia adotada, que inclui a descrição dos participantes, os procedimentos, as técnicas e os métodos utilizados, bem como os instrumentos de avaliação adotados como forma de aferir do progresso terapêutico de cada participante. Adicionalmente, são apresentados a agenda semanal da estagiária e outras atividades realizadas no decurso do estágio.

## Participantes

Ao longo deste estágio curricular a estagiária interveio com dez utentes, entre os quais duas meninas e oito meninos.

Foram critérios de inclusão/exclusão para a escolha dos participantes que o utente tivesse entre 0 e 6 anos de idade e tivesse sido avaliado previamente pela psicóloga responsável pelo grupo PEA, quotando no *Autism Diagnostic Observation Schedule* (ADOS) para uma preocupação de PEA, que esta escala discrimina e enquadra num dos níveis leve, moderado ou severo, conforme Tabela 1.

Dos dez participantes, dois iniciaram a intervenção em outubro de 2022, um em novembro de 2022, três em dezembro de 2022, dois em janeiro de 2023, um em fevereiro de 2023 e um em março de 2023.

A maioria destas crianças estava inserida em contexto educativo, onde tinha um técnica da ELI a trabalhar em articulação com a família, a escola e o CDC.

O grupo PEA do CDC discutia a possibilidade de encaminhamento para a musicoterapia após avaliação dos utentes pela psicóloga e pela terapeuta ocupacional (T.O.), quando se aferia que eles respondiam mais e melhor ao estímulo sonoro-musical do que a estímulos diversos. Eram atribuídos à estagiária os casos das crianças mais isoladas ou retiradas, sendo todas não verbais à data do encaminhamento.

Pretendia-se que a musicoterapia fosse um contributo no sentido de estimular, através da música, o interesse da criança pela relação, bem como no sentido de promover o desenvolvimento desta, designadamente o desenvolvimento de competências pré-verbais.

As sessões eram individuais, contudo, contavam com a participação da mãe, do pai, de ambos, ou dos avós, dependendo de quem acompanhava a criança ao CDC a cada sessão.

Segue, abaixo, uma identificação sumária de cada utente participante nas sessões de musicoterapia no âmbito deste estágio. Para efeitos de confidencialidade, foram alterados os nomes dos utentes, a fim de que fosse resguardada a respetiva identidade. Foi assinado um consentimento informado pelos responsáveis legais, conforme Anexo D.

### **Tabela 1.**

#### *Participantes*

Nome do utente	Género	Data de nascimento	Diagnóstico	Resultado ADOS-2
T.C.	Masculino	04.05.2020	PEA	Moderado a severo
M.G.	Masculino	30.07.2019	PEA	Severo
G.P.	Masculino	19.03.2020	PEA	Moderado a severo
G.J.	Masculino	03.03.2020	PEA	Moderado a severo
C.P.	Feminino	02.12.2018	PEA	Moderado
D.R.	Masculino	26.06.2020	PEA	Moderado a severo
T.F.	Masculino	17.06.2020	PEA	Leve a moderado
E.F.	Masculino	27.07.2019	PEA	Ligeiro
E.V.	Masculino	09.09.2020	PEA	Moderado a severo
I.P.	Feminino	25.06.2019	PEA	Ligeiro

## **Instrumentos de Avaliação**

Considerando os objetivos do presente estágio optou-se pela realização de um estudo com recurso a métodos qualitativos de recolha de dados.

No que respeita aos instrumentos de avaliação utilizados, optou-se pela “Grelha de Avaliação da Intervenção da Musicoterapia” (Carvalho, E., 2004), utilizada no Programa da Associação de Apoio à Unidade de Primeira Infância (AAUPI), pela Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins (Nordoff, Robbins & Marcus, 2007) e pelo levantamento da história sonoro-musical da criança (adaptada de Benenzon, 1985). Estes instrumentos de avaliação constituem os Anexos A, B e C, respetivamente, do presente relatório.

A grelha de avaliação (Anexo A) é composta por treze dimensões aqui discriminadas, com os diferentes itens para cada dimensão: três itens relativos à dimensão do contacto relacional; 3 itens relativos à dimensão do contacto com os objetos musicais; seis itens relativos à expressão corporal e ao funcionamento motor; cinco itens atinentes à sensibilidade sonoro-musical; seis itens relativos à emissão e expressão vocal; cinco itens relativos à produção musical instrumental; quatro itens relativos à imitação; cinco itens concernentes à reciprocidade; três itens relativos à reação e adaptação à mudança; dois itens relativos à inovação e criatividade; cinco itens relativos à comunicação verbal; três itens relativos ao comportamento emocional; e quatro itens relativos à atividade simbólica.

São utilizadas três formas de pontuação para cada item de cada dimensão da grelha: NA, para “não há”; EA, para “em andamento”; e A para “há”.

Esta avaliação é feita mediante observação da criança, como foi o caso.

Foi utilizada a Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins (Anexo B), constituída por três dimensões suscetíveis de avaliar a comunicação musical entre o utente e o

musicoterapeuta: a dimensão instrumental, a dimensão vocal e a dimensão do movimento corporal. Para cada dimensão a escala incorpora sete níveis de avaliação da comunicabilidade musical, conforme Anexo 3 ao presente relatório.

A história sonoro-musical (Anexo C) recolhida relativamente a cada utente contemplou o período de gestação da criança, a criança e a família, a fim de melhor conhecer o ambiente sonoro-musical em que a criança cresceu e em que vive, bem como os respetivos gostos.

A estes elementos de avaliação, orientadores da intervenção da estagiária, acresceram: a consulta das avaliações realizadas pela psicóloga responsável pelos casos de PEA, mediante realização do ADOS, bem como informação recolhida pela estagiária no âmbito da discussão dos casos clínicos que tiveram intervenção da musicoterapia; e uma entrevista informal aos pais.

## **Procedimentos**

O presente estágio foi desenvolvido em cinco fases distintas, que se descrevem abaixo.

### ***Fase de Integração e Observação***

Esta fase teve início no dia 4 de outubro com a receção dos novos estagiários pela equipa do serviço de psicologia do HGO. Nessa receção procedeu-se à apresentação deste serviço e a estagiária foi apresentada à respetiva orientadora, psicóloga e coordenadora do grupo PEA do CDC. Foi ainda agendada uma reunião da estagiária com a orientadora, nas instalações do CDC, e foi no decurso desta que conheceu a instituição, a equipa do centro, os objetivos deste, respetivas áreas de atuação, população-alvo e grupo PEA. Foi também estabelecido o período de permanência da estagiária na instituição.



Pretendia-se que a estagiária conhecesse e observasse a instituição em que decorria o estágio, designadamente as respetivas dinâmicas, as pessoas que ali trabalhavam, os utentes e as famílias destes, o que fez até ao dia 25 do referido mês.

### ***Fase de Seleção e Recolha de Dados***

O encaminhamento para a musicoterapia era discutido quando a criança era não-verbal e respondia ao estímulo sonoro-musical de forma diferenciada.

A seleção de casos foi feita no decurso do mês de outubro, altura em que a estagiária iniciou a consulta dos processos clínicos das crianças que lhe seriam reencaminhadas.

Procedeu-se a um primeiro contacto com as famílias destes utentes. Nesse primeiro contacto a estagiária apresentou-se aos pais, explicou-lhes em que consiste a intervenção em musicoterapia, informou da duração das sessões e salientou que a presente intervenção em ocorreria no âmbito do estágio curricular do mestrado em musicoterapia e, como tal, por um período pré-determinado.

Foi recolhida uma autorização para efetuar registo de vídeo e áudio das sessões, conforme Anexo D, assinada pelo encarregado de educação da criança, bem como a história sonoro-musical que aqui se junta como Anexo C.

### ***Fase de Avaliação e Elaboração do Plano Terapêutico***

A avaliação foi efetuada na primeira sessão de musicoterapia, com recurso à grelha de avaliação da intervenção em musicoterapia (Anexo A) e à escala de comunicabilidade musical (Anexo B).

Posteriormente foi elaborado o plano terapêutico, onde foram identificados os problemas de base e para cada um foi definido um objetivo geral e dois a três sub-objetivos, conforme Anexo E.

### ***Fase de Intervenção***

A intervenção em musicoterapia teve início logo após a avaliação e a elaboração do plano terapêutico.

Foi agendada uma sessão semanal, com a duração aproximada de 45 minutos, sendo que a estagiária reservava os 15 seguintes para conversar com os pais, sempre que necessário, e para efetuar o registo da sessão, conforme Anexo F, com identificação dos elementos presentes na mesma, do setting, do número da sessão, da data e do horário em que decorreu, que normalmente era fixo.

As sessões eram gravadas, pelo que, no final de cada dia de estágio, foi feita uma observação das gravações efetuadas, bem como o confronto do observado com os referidos registos de sessão.

No final desta fase a estagiária realizou uma nova avaliação, que decorreu no mês de maio. Foi elaborado o relatório de progresso dos utentes e posteriormente foram encerrados os processos em musicoterapia e devolvidos à respetiva coordenadora.

### **Recursos**

A estagiária iniciou as respetivas sessões numa sala de reuniões muito ampla. Por um lado, era favorável à realização de atividades que promovessem o movimento dos utentes e dos respetivos progenitores, por outro lado, era uma sala desafiante, porquanto dispunha de 30 cadeiras, um computador e três mesas, favorecendo a dispersão dos utentes e tornando mais difícil captar-lhes a atenção e mantê-los referenciados.

Um mês após o início da intervenção da estagiária esta situação foi repensada pela respetiva orientadora, que lhe cedeu o gabinete onde era habitualmente realizado o ADOS.

O CDC não dispunha de instrumentos musicais, pelo que todo o material das sessões foi levado pela estagiária. Como instrumentos harmónicos foram utilizados um *ukelele*

inicialmente, posteriormente uma guitarra e desde o início um piano eletrónico. Foram utilizados ainda instrumentos de pequeno porte e fácil manuseamento, como um reco-reco, duas maracas de pegas, dois ovos, clavas, dois triângulos de timbre e tamanho diferentes, um metalofone e um conjunto de bongós. Sempre que possível a estagiária levava uma tarola para as sessões. A escolha dos instrumentos musicais variou de acordo com o plano das sessões, as necessidades e os interesses individuais de cada criança.

Para gravação de imagem e áudio foi utilizado um telemóvel com cartão USB.

### **Métodos e Técnicas**

Foram utilizados métodos ativos, como a recriação de canções e a improvisação, instrumental e vocal, não tendo a estagiária recorrido aos métodos passivos, como a audição musical.

As canções foram utilizadas com o intuito de trabalhar competências pré-verbais com os utentes, como o contacto visual, a imitação e a comunicação recetiva, e de ampliar o repertório de canções dos cuidadores, a fim de incentivar a prática de atividades semelhantes em casa e, gradualmente, diminuir o tempo de eletrónicos a que cada criança estava sujeita naquele momento.

Na improvisação foi feito uso de diferentes técnicas, quer a nível instrumental, mediante recurso a técnicas como o espelhamento, o *turn-taking*, ou seja, a troca de turnos, e o *pausing*.

A técnica *pausing* é muito utilizada em musicoterapia, consistindo na interrupção intencional e temporária da produção sonoro-musical durante a sessão. Esta técnica pode ser realizada parando de tocar um instrumento ou interrompendo o canto. As pausas, tal como a promoção de tempos de espera, estimulam o contacto ocular e a atenção da criança, bem como a ocorrência de respostas musicalmente comunicativas por parte da mesma.

No âmbito da musicoterapia improvisacional vocal a estagiária recorreu a técnicas como: a ressonância vocal exata, imitando a produção sonoro-musical da criança; a ressonância vocal com variações, imitando e acrescentando algo novo a essa imitação; a *vocal cross modality*, musicando determinados movimentos da utente; e a criação de novas vocalizações com ou sem palavras.

Na base da utilização destas técnicas esteve uma prática inspirada no modelo Nordoff-Robbins.

### **Agenda Semanal**

A estagiária manteve um horário fixo ao longo de todo o estágio, contudo, excepcionalmente, deslocou-se ao CDC à sexta-feira, a fim de compensar feriados ou falta sua ou dos utentes, mediante disponibilidade de ambas as partes.

Normalmente o período entre as 13 e as 14 horas era destinado a uma pausa para almoço, sendo certo que na maioria das vezes esse tempo foi aproveitado para efetuar registo de sessões e análise de vídeos e para discutir ideias ou casos clínicos com colegas do CDC.

Segue *infra*, em Tabela 2, a agenda semanal da estagiária, onde constam as sessões de musicoterapia e outras atividades em que a estagiária participava com periodicidade semanal, à exceção da reunião do grupo PEA que ocorria na primeira terça-feira de cada mês.

### **Tabela 2.**

#### *Agenda semanal*

	Terça-feira	Quinta-feira
08:45 - 09:00	Preparação do setting terapêutico	Preparação do setting terapêutico
09:00 - 10:00	Sessão de musicoterapia de G.J.	<i>Journal Club</i>
10:00 - 11:00	Sessão de musicoterapia de T.C.	Sessão de musicoterapia de G.P.

---

	Terça-feira	Quinta-feira
11:00 - 12:00	Sessão de musicoterapia de E.V.	Sessão de musicoterapia de D. R.
12:00 - 13:00	Reunião do Grupo PEA	Intervenção terapêutica com T.F.
13:00 - 14:00		
14:00 - 15:00	Reunião da equipa do CDC	Sessão de musicoterapia de I.P.
15:00 - 16:00	Sessão de musicoterapia de C.P.	Sessão de musicoterapia de M.G.
16:00 - 17:00	Sessão de musicoterapia de E.F.	

---



## Estudos de Caso

### Estudo de Caso I

#### *Identificação do Caso da C.P.*

A C. P. é uma menina que nasceu no dia 02.12.2018 e vive com ambos os progenitores e a irmã mais velha, de dez anos de idade e desenvolvimento típico. Foi sinalizada pela mãe que, ao comparar o desenvolvimento da C.P. com o da irmã, desconfiou de um atraso no desenvolvimento daquela, nomeadamente no que reporta à aquisição da linguagem e da fala, além de comportamentos repetitivos e estereotipados e de muitas birras.

Da consulta do processo e da observação direta em sessão de musicoterapia foi possível à estagiária perceber que a C. P. tem boa vinculação aos pais e vive num ambiente familiar saudável, com apoio da avó materna, sendo que ambos os pais trabalham.

A estagiária conheceu a C. P. como uma criança que não respondia ao chamamento, não aderiu facilmente ao contacto e evitava estabelecer contacto ocular. Estava “na sua vida”, como dizia a própria mãe. Não tinha brincadeira funcional, nem atividade simbólica. Zangava-se à mínima contrariedade ou interferência na sua atividade e tinha uma necessidade muito grande de controlo, sendo uma criança de uma rigidez muito marcada. Emitia sons e, raramente, repetia palavras, sempre de forma ecológica e nunca de forma comunicativa. Era uma menina que não tinha interesse pelo outro, nem se envolvia com ele. Desistia de tudo, saltando de objeto em objeto constantemente, não permanecendo em atividade nenhuma. Não aceitava nada que fosse dirigido, não respondia a pedidos e não sabia pedir. Não demonstrava competências ao nível da imitação motora.

Contudo, era uma menina curiosa e, segundo os pais, adorava música, manifestando vontade de explorar os instrumentos do *setting*, ainda que com uma exploração muito pobre destes.

A utente frequentava um jardim de infância da rede pública, em Sampaio, Sesimbra, onde era acompanhada por uma técnica da ELI, uma vez por mês. Frequentou a T. F., em contexto de clínica privada, contudo, os pais não reuniram condições económicas para fazer face ao custo desta terapia e afirmam que não percebiam evolução ao nível da aquisição da linguagem ou da fala, pelo que a C.P. deixou de comparecer a estas sessões.

É seguida no CDC desde junho de 2022, em pediatria do desenvolvimento e em psicologia, tendo quotado no ADOS para uma preocupação moderada de PEA.

Ao longo da avaliação em psicologia a mãe afirmou que “é a música que a prende”, o que motivou o encaminhamento da C. P. para a intervenção em musicoterapia, que iniciou a 13.12.2022.

#### ***Levantamento da História Sonoro-Musical da C.P.***

Quando questionada acerca do ambiente sonoro da casa durante o período de gestação a mãe da utente afirmou que era “normal”, acrescentando que os sons predominantes eram o som dos cães a ladrar, os sons da natureza (que não especificou) e o som do aspirador.

Não havia registo de hipo ou hipersensibilidade auditiva e, segundo a mãe, a C. P. “não se incomoda” com sons muito altos e não rejeita nenhum som, instrumento, música ou género musical.

Segundo os pais a C. P. ouvia música diariamente e gostava especialmente de músicas infantis e, em particular, da canção “Se essa rua fosse minha”. Quando questionados sobre se a C. P. tinha alguma canção de embalar, responderam que ela gostava de adormecer ao som do “Brilha, brilha”.

Não tinha atelier de música na escola e na família ninguém tocava qualquer instrumento, e não tinham o hábito de cantar, exceção feita à referida canção de embalar.



Referiam, contudo, que de todos os instrumentos musicais que lhe tinham sido apresentados, incluindo neles a própria voz, o que ela mais gostava era o piano.

### ***Avaliação Inicial da C.P.***

Esta avaliação foi realizada na primeira sessão de musicoterapia da C. P.

Mediante a aplicação da escala de comunicabilidade musical foram observados e avaliados três modos de atividade: o instrumental, o vocal e o corporal. Foi observada atividade nestes três níveis, todavia, não foram observadas respostas musicalmente comunicativas. A C. P. deambulava pela sala, pegando e largando os instrumentos do *setting* sem se deter em nenhum e com uma exploração muito pobre dos instrumentos e por vezes disfuncional, vocalizando pouco e nunca de forma dirigida. Apresentava muitas estereotipias motoras, andando em pontas dos pés ou saltando de uma ponta à outra da sala sobre os próprios joelhos, o que dificultava a interação com o outro.

Ao aplicar a grelha de avaliação da intervenção em musicoterapia foi observado que a C. P. não aderiu ao contacto com a estagiária, não tolerava a presença da mesma na atividade, nem aceitava nada que fosse dirigido. Não manipulava apropriadamente os instrumentos musicais, utilizando-os para realizar movimentos repetitivos e estereotipias, à exceção dos bongós que tocava com as palmas das mãos. Não coordenava a marcha segundo o andamento musical, nem batia palmas ou tocava ajustando-se à pulsação. Reconhecia a fonte emissora de som e orientava-se para ela, no entanto, não reagia a interrupções musicais, nem a alterações de parâmetros musicais como o timbre. Emitia algumas vocalizações, contudo, impercetíveis ou de choro, sempre não dirigido. Não houve registo de imitação de sons, ritmos ou gestos ao longo da avaliação, exceto na imitação do bater das palmas das mãos nos bongós, depois do modelo dado pela estagiária e sem ser a pedido, ou seja, como imitação diferida. Não havia interação sonoro-musical ou de qualquer outra natureza, pelo que, conseqüentemente, não

houve registo de nenhum momento de atenção conjunta ou de reciprocidade na relação, sendo que também não ocorreu qualquer comportamento verbal. A C. P. não revelou capacidade de auto-regulação através da música.

### ***Plano Terapêutico da C.P.***

Da observação direta da estagiária e da análise da avaliação em musicoterapia resultou a elaboração do plano terapêutico da C. P. Esta avaliação incidiu sobre todos os domínios contemplados nos Anexos A e B, todavia, a estagiária optou por focar a sua intervenção em alguns deles, atendendo a esta ocorrência por um período de seis meses. Como tal, foram identificados os problemas e estabelecidos os objetivos que constam na Tabela 3.

### **Tabela 3.**

#### *Plano terapêutico da C. P.*

---

1.º OBJETIVO GERAL: Promover o desenvolvimento de competências pré-verbais

---

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Aumentar o contacto ocular;
  2. Promover a imitação;
  3. Promover o cumprimento de ordens simples.
- 

2.º OBJETIVO GERAL: Promover a interação social recíproca

---

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

4. Aumentar o tempo de permanência na atividade.
  5. Promover a atenção conjunta.
- 

### ***Processo Terapêutico da C. P.***

A C. P. compareceu a dezoito de dezanove sessões previstas de musicoterapia. Estas sessões ocorreram entre os dias 13 de dezembro de 2022 e 13 de junho de 2023, ou seja, ao longo de um período de seis meses. No decurso desta intervenção verificaram-se duas interrupções: uma com a duração de duas semanas, no período do Natal e da passagem de ano; outra com a duração de três semanas, em abril, em virtude de este ser considerado o mês

do autismo e de nele decorrerem algumas apresentações do grupo PEA à equipa do CDC, que se sobrepunham ao horário da sessão da C.P.

Antes de dar início à sua intervenção a estagiária informou os pais da duração das sessões e do papel fundamental da família no processo terapêutico. A C. P. compareceu a todas as sessões acompanhada pela mãe e, em mais de metade, pelos dois progenitores, mantendo uma boa vinculação a ambos. Eram pais adequados, envolvidos e proativos, que saíam do CDC e iam para casa replicar algumas das atividades ali desenvolvidas.

Na primeira fase do processo a estagiária preocupou-se com a promoção de um ambiente seguro e de suporte empático para a utente e com o estabelecimento de uma relação terapêutica (fase da exploração); na segunda fase houve um maior investimento da estagiária no desenvolvimento da comunicação e da interação social recíproca, tendo em conta os objetivos do plano terapêutico estabelecido (fase da elaboração); na terceira fase a estagiária investiu numa maior orientação dos pais, a fim de que pudessem repetir, em casa e noutros contextos, atividades e estratégias implementadas nas sessões de musicoterapia, promovendo a continuação do trabalho iniciado nesta sede e a respetiva generalização (fase da transformação).

As sessões eram iniciadas sempre com a mesma canção de acolhimento, a fim de transmitir alguma previsibilidade e segurança à utente, em especial por ser uma menina de uma rigidez cognitiva e comportamental muito significativa. Desta forma dava estrutura às sessões e estabelecia uma rotina clara, que facilitava a entrada da utente na sala.

Após o acolhimento, a estagiária dava à utente alguma liberdade para explorar o espaço e os instrumentos musicais do *setting*, seguindo-a nos seus interesses e gostos e musicando cada som, movimento ou silêncio como forma de entrar em sintonia com ela. Num primeiro momento seguia a utente, entrando em ressonância com ela. Num segundo

momento repetia a atividade da sessão anterior, para lhe dar uma maior sensação de controlo, e só posteriormente começou a propor-lhe pequenas variações nas atividades habituais e já conhecidas pela utente, de forma a atender aos objetivos do plano terapêutico e a promover a flexibilidade desta. Aos poucos foi propondo ideias novas à C. P, tentando explorar novas possibilidades de relacionamento com ela.

No final da intervenção a utente aguardava já o término da canção do acolhimento para, imediatamente a seguir, ir entregar os bongós à mãe, sentando-se ao lado dela com o metalofone à sua frente e as baquetas na mão, estabelecendo contacto ocular com a estagiária e esperando que esta lhe desse sinal para juntas começarem a tocar. Começava a tocar metalofone ao sinal da estagiária e parava de tocar assim que a estagiária interrompia a produção sonoro-musical, mantendo sempre o contacto ocular com esta. Este momento ocorreu sempre no âmbito da IMT, mediante recurso a técnicas como as pausas, o espelhamento e a troca de turnos. A partir dele foi possível promover o contacto relacional com a estagiária, com a mãe e, posteriormente, com o pai, aumentando a frequência e a duração do contacto ocular, o prazer na relação e o envolvimento na tarefa, promovendo a atenção conjunta, a imitação motora e o cumprimento de ordens simples, como o “toca” e o “para”.

Segundo o relato dos pais, a partir destes momentos começou a verificar-se uma maior interação da C. P. com eles, sobretudo em casa. Afirmaram que antes da intervenção em musicoterapia a C. P. não aceitava os pais na respetiva brincadeira e insistia em permanecer sozinha, sendo que com a intervenção em musicoterapia e a participação deles nas sessões a C. P. começou a puxá-los para a brincadeira e a preferir sempre a interação com eles ao estar sozinha, como era hábito anteriormente.

A última parte das sessões era reservada à execução de atividades mais dirigidas, com canções escolhidas mediante os interesses da utente e tendo em vista a prossecução de determinados objetivos como, por exemplo, a imitação de sons. As canções escolhidas e pensadas para um objetivo específico eram repetidas ao longo de várias sessões, por forma a dar à utente alguma sensação de previsibilidade e conforto, sendo que o objetivo em si era já um desafio para ela. A partir daqui foi possível trabalhar todos os objetivos do plano e promover a generalização destas competências, cuja transferência se verificou também para o ambiente de casa, segundo relataram os pais.

A C. P., que inicialmente não aceitava nada que fosse dirigido, passou a responder ao chamamento, a estabelecer contacto ocular frequente e duradouro com a estagiária, a imitar a pedido, a dar a pedido e a atender a outras pequenas instruções, a aderir às atividades propostas pela estagiária e a tolerar pequenas variações na brincadeira. O tempo de permanência na atividade aumentou de forma considerável com a intervenção e no final do processo a C. P. tinha já atenção conjunta e procurava o adulto para participar com ela nas atividades musicais.

Foi possível promover o contacto ocular da utente com a estagiária com muito maior frequência e duração e estender o tempo de permanência na atividade por períodos superiores a cinco minutos, durante os quais foi observada atenção conjunta e alternada, entre estagiária, mãe e pai.

Na fase de elaboração a C. P. começou a imitar sons nas sessões, como o som do vento, soprando, e sons de animais, como o “miiau”, o “ãõ, ãõ”, o “u-u-á-á”, em contexto e de forma funcional. Imitava gestos simples, a pedido, e com o decurso da intervenção começou a imitar sequências de ações e coreografias, entre elas as coreografias das canções “palma, pé”, “dum dum dá rá” e “canção do autocarro”.

Ao longo desta fase a C. P. começou a demonstrar compreensão e cumprimento de ordens simples, como “vira”, “senta”, “dá”, “guarda”, respondendo “sim” e “não” acenando com a cabeça quando lhe perguntavam, por exemplo, “queres fazer xixi?” Quando questionada sobre qual o instrumento que pretendia era capaz de responder “esse!” e chegou a pedir uma canção improvisada pela estagiária dizendo “apanha a bola”, que era a primeira frase da canção, em contexto e sem ser a pedido nem em contexto de imitação.

Ao longo da intervenção a estagiária foi fazendo algumas sugestões aos pais, designadamente, incentivou-os pais a promoverem tempos de espera nas interações com a C. P., a fim de aumentar as oportunidades de resposta por parte da mesma, bem como a frequência do contacto ocular, mediante o recurso à técnica *pausing*.

Evidenciou também junto dos pais a necessidade de regular, conter e esperar com a criança. Neste sentido foi trabalhada a implementação de algumas técnicas pelos pais, como o *humming*, cantando notas longas com a boca fechada, e o *holding*, envolvendo, abraçando e contendo a criança. A estagiária acompanhava-os na implementação destas técnicas, proporcionando-lhes suporte harmónico na guitarra, sempre num ritmo lento e bem marcado, atendendo a que o ritmo é considerado um elemento organizador em musicoterapia.

As sessões terminavam com recurso à canção do encerramento, mediante a qual era incentivada a imitação de gestos sociais, como o gesto do adeus.

Nos quinze minutos após o término da sessão a estagiária efetuava o registo da sessão, conforme Anexo 6, que, posteriormente, confrontava com a observação da gravação audiovisual da mesma.

Inspirada no modelo Nordoff-Robbins a estagiária optou por tornar as primeiras sessões mais exploratórias e com maior número de instrumentos musicais no *setting*. Na primeira sessão o *setting* integrou um piano elétrico, um *ukelele*, um conjunto de bongós,

duas maracas, um reco-reco, um metalofone e tubos de percussão. Numa caixa fora do alcance da C. P. estavam dois ovos, uma pandeireta, um pandeiro, três clavas de cores e timbres diferentes e dois triângulos de tamanho e timbres também diferentes. Ao longo da intervenção a estagiária foi reduzindo o número de instrumentos do *setting*, atendendo às dificuldades da C. P. em eleger um foco de atenção, em mantê-la e em permanecer na atividade, sendo que a utente deambulava pela sala a todo o tempo, pegando nos instrumentos e largando-os sem se deter em nenhum. Por esta razão o número de instrumentos do *setting* foi reduzido e foi variando de sessão para sessão, à exceção da guitarra, dos bongós e do metalofone, atendendo a que estes eram os instrumentos preferidos da utente, com os quais ela própria iniciava a atividade em sede de improvisação. O *setting* terapêutico foi sempre constituído de forma a atender às particularidades da C. P. e ao plano individual da mesma.

### **Resultados**

A avaliação final da C. P. ocorreu na décima sétima sessão, sendo que a décima oitava consistiu no encerramento da intervenção em musicoterapia.

Para tanto, foi aplicada novamente a grelha de avaliação da intervenção em musicoterapia, da qual resultou uma evolução significativa em diferentes domínios.

Ao nível do contacto relacional a C. P., que na primeira avaliação não aderiu ao contacto, não o iniciava, não se mantinha referenciada e não permanecia em qualquer atividade dirigida, passou a aderir ao contacto, estabelecendo e mantendo o contacto ocular, procurando o adulto por iniciativa própria e mantendo-se referenciada por toda a atividade, na qual permanecia por períodos, por vezes, superiores a cinco minutos.

Em termos de expressão corporal, inicialmente a utente não batia palmas na pulsação, contudo, no final da intervenção conseguia fazê-lo, designadamente com a canção “dum dum dá rá” e a canção “palma, pé”. Verificou-se uma diminuição considerável na ocorrência de

estereotípias motoras. Adicionalmente, a C. P., que na primeira avaliação não coordenava a marcha segundo o andamento musical, na avaliação final fazia um esforço por adequá-la aos diferentes andamentos musicais, abrandando quando a estagiária abrandava, acelerando quando a estagiária acelerava e observando a passada dos pais a fim de verificar se estava a fazer bem a atividade, demonstrando compreensão e vontade de atender ao solicitado.

Na primeira avaliação houve escassez de vocalizações, sendo que na avaliação final elas foram de maior frequência, duração e expressividade.

No domínio da produção musical instrumental é de ressaltar que no final da intervenção a C. P. já produzia harpejos na guitarra, ajustando-se à pulsação e ao andamento musical, ao contrário do observado na avaliação inicial. Tocava bongós com as palmas das mãos e metalofone utilizando as baquetas adequadamente, sendo que no início da intervenção as utilizava para fazê-las girar repetidamente.

A imitação foi uma das competências em que foi possível verificar maior progresso, sendo que na primeira avaliação não houve qualquer registo de imitação de gestos, ritmos ou sons e na avaliação final a C. P. foi capaz de fazer coreografias de canções e de imitar sons de animais, por exemplo, também em contexto de recriação de canções.

Ao nível da reciprocidade verificou-se que a utente começou a ajustar-se de forma sincrónica às improvisações musicais da estagiária, aguardando sinal quer para iniciar, quer para interromper a produção sonoro-musical, mantendo o contacto ocular com a estagiária a fim de não perder esse sinal.

No que respeita à reação e adaptação à mudança a utente passou a reagir às interrupções musicais e às alterações dos parâmetros musicais, como o andamento e as dinâmicas, o que também não se verificava no início da intervenção, tolerando essas alterações.



No domínio da comunicação verbal foi possível verificar uma evolução significativa da utente, tendo esta revelado compreensão de pedidos e ordens simples no final da intervenção, sendo que na primeira avaliação em musicoterapia não era perceptível essa compreensão, ou seja, a existência de comunicação recetiva, tão pouco de comunicação expressiva. Esta compreensão de pedidos simples resultou de uma maior sintonia entre estagiária e utente e, por conseguinte, numa maior descodificação. À semelhança do que se observou no domínio motor, verificou-se uma redução significativa das estereotipias vocais, ou seja, da ocorrência de ecolalia.

Foi ainda reavaliada a capacidade de autoregulação emocional da utente através da música. Enquanto nas primeiras sessões a C. P. se desregulava quando contrariada, deitando-se no chão e fazendo grandes birras, no final da intervenção essas birras já quase não ocorriam e a C. P. conseguia autoregular-se mais facilmente, mediante recurso ao *humming* e ao *holding* por parte da mãe, enquanto a estagiária harmonizava o canto desta. Foi possível verificar também, em termos de comportamento emocional, que a C. P. reconhecia as alterações da tonalidade afetiva da música, chorando cada vez que a estagiária improvisava em modo menor e interrompendo o choro quando a estagiária alterava a tonalidade para modo maior.

Em sede de avaliação final foi também aplicada a escala de comunicabilidade musical, além da grelha de avaliação em musicoterapia. Na avaliação final foi possível perceber respostas evocadas fragmentadas e passageiras no modo de atividade vocal, mediante a imitação de sons a pedido, no contexto de canções, e o preenchimento de espaços com novas vocalizações, no âmbito da IMT.

Verificou-se também uma evolução em termos do modo de atividade relativo ao movimento corporal da utente, que se considerou como apresentando respostas evocadas

mais sustentadas e musicalmente relacionadas no final da intervenção. A C. P. procurava já balançar-se e/ou andar segundo o andamento musical, batia palmas na pulsação e executava coreografias de canções propostas pela estagiária, por exemplo.

No que respeita ao modo de atividade instrumental, no final do processo terapêutico a utente apresentou também respostas evocadas mais sustentadas e musicalmente relacionadas, nomeadamente tocando metalofone e pedindo à estagiária para acompanhá-la na guitarra, puxando-a para a guitarra, aguardando sinal para começar a tocar, tentando ajustar-se à pulsação da estagiária de forma sincrónica e interrompendo a produção musical instrumental ao sinal da dela.

### *Discussão*

As revisões sistemáticas demonstram a eficácia da musicoterapia no desenvolvimento de competências da comunicação verbal e não verbal, da relação e da interação social, da reciprocidade sócio-emocional e do comportamento adaptativo de crianças com PEA (Tiwari & Sharma, 2022).

A intervenção em musicoterapia junto da C. P. ocorreu, maioritariamente, sobre as referidas competências ao nível da comunicação e da relação e também do comportamento, cujos progressos se espera que influam também de forma positiva na respetiva aprendizagem.

Decorre também da literatura que o musicoterapeuta deve promover experiências relacionais que se baseiem nos interesses e nas expressões do paciente (Carpente, 2016; Kim, Wigram & Gold, 2008) e que a saúde emocional deste é promovida, designadamente, a partir do desenvolvimento dessa capacidade de a pessoa se relacionar com os outros (Swaney, 2020).

No caso em estudo a C. P. era uma menina de uma rigidez cognitiva e comportamental muito vincada, pelo que foi sentida a necessidade de trabalhar flexibilidade

com ela, a fim de mais facilmente alcançar os objetivos estabelecidos no plano, sendo certo que a musicoterapia é eficaz na promoção dessa flexibilidade (Zhang, 2023).

Este trabalho foi desenvolvido mediante o recurso ao estabelecimento de uma estrutura clara das sessões, que se repetia de sessão para sessão, bem como à repetição de atividades no âmbito da improvisação clínica e da recriação de canções. Também Bruscia considera pertinente a criação de um repertório comunicativo entre terapeuta e cliente, a ser utilizado posteriormente em sessões ou ocasiões futuras (Bruscia, 2014).

Foi entendimento da estagiária que a utente precisava que a desafiassem a partir do que ela já conhecia, dando-lhe estrutura e previsibilidade e só posteriormente alargando a atividade a novas ideias musicais. Ou seja, a estagiária tendia a desenvolver primeiro a atividade que a utente conhecia, exatamente como ela a conhecia, depois introduzia pequenas variações na atividade, dando à escolha entre uma e outra variações possíveis, a fim de lhe dar alguma sensação de controlo, mas alargando já as possibilidades da mesma, só depois introduzindo novas ideias musicais. Isto motivou o recurso repetido às mesmas atividades de IMT e às mesmas canções, no âmbito das quais a estagiária foi introduzindo essas pequenas variações ou alterações, gradualmente, de sessão para sessão e já depois de estabelecida a relação terapêutica com a utente e de ser notório o prazer na relação no âmbito das referidas atividades.

Esta questão da flexibilidade é uma questão que se impõe ainda trabalhar, a que foi importante atender desde o início, porquanto prejudicava a relação com o outro e, por conseguinte, a comunicação, o comportamento e a aprendizagem da utente. Em sede de improvisação clínica foi possível trabalhar no sentido de atenuar a rigidez da C. P., uma vez que a IMT integra estruturas claras, requerendo, simultaneamente, alguma flexibilidade da parte do utente (Wigram & Elefant, 2009).

No estudo de caso em apreço a utente apresentava, a par desta rigidez cognitiva, uma fraca tolerância à frustração, sendo que a musicoterapia é eficaz no desenvolvimento de competências de autoregulação, aumentando a flexibilidade e a tolerância à frustração e reduzindo a frequência de comportamentos desafiantes (Mössler et al., 2019).

Verificou-se que a aquisição de competências por parte da utente consubstanciou uma aprendizagem por exposição e muito mimética, ou seja, por observação e por imitação direta do comportamento da estagiária e dos pais. Tornou-se evidente que a utente estava a adquirir novas competências e a aprender a contextualizar o que aprendia, inclusivamente do ponto de vista verbal e da interação social e, por conseguinte, também da autonomia. No mesmo sentido decorre da literatura que estes processos de aprendizagem desempenham um papel fundamental na aquisição de competências sociais e de comportamento adaptativo (Bandura, 1977).

### ***Conclusão***

A C. P. foi encaminhada para a musicoterapia em virtude de apresentar um comprometimento muito importante ao nível da comunicação e da interação social recíproca e tendo em conta que a música era uma atividade que a mobilizava.

Terminado o processo em sede de musicoterapia foram revistos todos os registos de sessões, as gravações audiovisuais das mesmas, bem como os resultados das avaliações inicial e final, realizadas mediante a aplicação da grelha de avaliação da intervenção em musicoterapia e da escala de comunicabilidade musical em anexo.

Da análise de todos estes elementos resultou evidente a eficácia desta forma de intervenção na prossecução dos objetivos estabelecidos no plano terapêutico da utente, em relação à qual se verificou uma evolução significativa e muito positiva ao longo de todo o processo.

Os resultados do presente estudo mostram-nos que a C. P. adquiriu competências pré-verbais, aumentando a frequência e a duração do contacto ocular estabelecido com a estagiária e com os pais, imitando gestos simples, coreografias e sons, compreendendo e cumprindo ordens simples, no contexto das atividades desenvolvidas nas sessões. A estes resultados acresce um aumento considerável do tempo de permanência na atividade e a verificação de atenção conjunta, que numa avaliação inicial não se tinha verificado. Por conseguinte, foi possível verificar melhorias na relação e na interação social recíproca. Terminada a intervenção em musicoterapia, a C. P. dava objetos a pedido, tinha atenção conjunta e intenção comunicativa.

Do exposto decorre que se consideram cumpridos todos objetivos e sub-objetivos estabelecidos no plano terapêutico, mostrando-se a musicoterapia como uma forma de intervenção eficaz no desenvolvimento de competências da relação e da comunicação em crianças com PEA.

## **Estudo de Caso II**

### ***Identificação do Caso do G. J.***

O G. J. nasceu a 03.03.2020 e vivia com pai, mãe e irmã de um ano de idade e neurotípica. Foi sinalizado pela mãe, que lhe percebeu um padrão de desenvolvimento muito distinto do observado na irmã e sentia que ele estava com alguns atrasos, em especial na aquisição da fala.

Da consulta do processo e da observação direta da estagiária foi possível perceber que o G. J. evitava estabelecer contacto ocular e, quando o fazia, tinha um olhar fugaz, sem consistência, sem prazer e sem querer estar envolvido. Imitava pouco e raras vezes. Não sabia pedir e desistia à primeira dificuldade. Levava a mãe onde queria e depois olhava para o que queria, nunca para ela. Pegava e largava os objetos num registo muito pobre, não

permanecendo em qualquer atividade. Deambulava pela sala, sem nada para explorar. Interessava-se por objetos causa-efeito, contudo, tinha uma exploração pobre dos brinquedos e dos instrumentos musicais. Só vocalizava para manifestar zanga. Não seguia o adulto e não tinha atenção conjunta. Não cumpria pedidos simples e não identificava os objetos pelo nome. Parecia perceber pedidos simples em contexto, mas sem consistência. A mãe dizia que, por vezes, ele respondia ao chamamento, outras vezes não. Dizia “mamã” não dirigido e nada mais. Andava em pontas dos pés e gostava de rodopiar. Era um menino sorridente, contudo, sem dirigir o sorriso ao outro. Quando contrariado, zangava-se e deitava-se no chão a chorar, com fraca tolerância à frustração e dificuldade em saber esperar.

A mãe era afetiva, envolvida e adequada e dizia que o pai “não é social” e que adorava estar no campo. Ela esteve internada no decurso da gravidez, às 26 semanas de gestação, por um período de cinco dias, após o qual não houve registo de intercorrências. O parto correu bem. O G. J. começou a andar aos 10 meses e no que reportava à linguagem a mãe afirmava que ele palrava muito, no entanto, aos 18 meses deu-se uma regressão ao nível da expressão vocal, sendo que agora nada dizia. Passou os primeiros dois anos de vida em casa com a mãe e a irmã, tendo ingressado no jardim de infância em setembro de 2022, com 2 anos e 6 meses. Dormia bem e comia bem, mas ainda sem autonomia, ou seja, não comia sozinho.

Em contexto escolar era acompanhado por uma técnica da ELI, uma vez por semana, que estava desde janeiro de 2023 a ajudar o G. J. na interação com os pares. Fazia T. F. e psicomotricidade, também uma vez por semana, numa clínica da respetiva área de residência.

Na primeira consulta de pediatria do desenvolvimento no CDC foi pedida uma avaliação pela psicóloga, da qual resultou uma preocupação moderada a severa de PEA em sede de ADOS.

Após essa avaliação, o G. J. foi encaminhado para a musicoterapia, que iniciou a 15.12.2022.

### ***Levantamento da História Sonoro-Musical do G. J.***

Antes de iniciar a avaliação do G. J. a estagiária procedeu ao levantamento da história sonoro-musical dele, onde foi descrito o ambiente sonoro da casa ao longo do período de gestação, como “calmo, relaxante e com alguma música ambiente”. A mãe referiu que tinha o hábito de conversar com o bebé e de dançar ao longo desse período.

Referiu, ainda, que o G. J. não teve uma canção de embalar, mas que ouviu “de tudo um pouco” e ouve música todos os dias, pelo menos quando estão em viagem. Quando questionada sobre se o G. J. tinha alguma canção favorita, fez referência a diferentes géneros musicais, como o “fado moderno, quizomba, soul”, mas não conseguiu especificar nenhuma canção. Afirmou que não há nenhum género musical que o menino rejeite, mas acha que ele não gosta de *metal*. Em relação a sons referiu que o G. J. gosta de sons de animais e não há sons que ele rejeite em casa. Não tem instrumentos musicais, nem laboratório de música na escola, mas tem um piano de brincar.

No núcleo familiar de casa todos têm o hábito de ouvir música, mas ninguém toca. Cantam muito, em especial no carro. Quando questionada acerca do ambiente sonoro da casa àquela data, descreveu-o como tranquilo, destacando o “barulho da rua só”.

### ***Avaliação Inicial do G. J.***

No que respeita à escala de comunicabilidade musical foram observados três modos de atividade: instrumental, vocal e corporal. A nível instrumental o G. J. apresentava atividade de forma fragmentada e passageira, contudo, nunca de forma comunicativa, ou seja, nunca como resposta evocada à ideia musical da estagiária. A nível vocal não houve registo de qualquer vocalização, pelo que não houve também nenhuma resposta musicalmente

comunicativa. No que respeita ao movimento corporal o G. J. deambulava pela sala, sem intenção na sua atividade, pegando e largando os instrumentos musicais, com uma exploração muito breve e muito pobre dos mesmos, não havendo registo de respostas musicalmente comunicativas a este nível.

Da aplicação da grelha de avaliação da intervenção em musicoterapia resultou um contacto relacional também muito pobre. Não havia adesão ao contacto, o G. J. evitava estabelecer contacto ocular e, tendencialmente, afastava-se quando percebia uma aproximação da estagiária. Não iniciava contacto, não tinha atenção conjunta e não demonstrava qualquer intenção comunicativa, pelo que não se referenciava à estagiária.

Pegava nos instrumentos de forma fugaz, logo desistindo de explorá-los, todavia conseguia manipular apropriadamente quer os bongós, quer o metalofone, quer as maracas. Não interagia através de objetos.

A nível de expressão corporal e de funcionamento motor, o G. J. revelou destreza, agilidade e coordenação motora, no entanto, demonstrou-se cauteloso. Revelou intencionalidade e antecipação de movimentos. Não batia palmas, nem coordenava a marcha segundo o andamento musical. Andava em pontas dos pés e rodopiava.

No que reporta à respetiva sensibilidade sonoro-musical, reconhecia a fonte emissora do som e parecia reagir às interrupções de emissão sonora, orientando-se para a fonte. Não aparentava hipo ou hipersensibilidade sonoro-musical.

Em termos de emissão e expressão vocal, não houve registo de emissão de sons ou vocalizações, nem de entoação de notas musicais ou canções. Houve registo de choro, porém, era um choro não dirigido.

Quando tocava num instrumento musical não se detinha nele, experimentava e imediatamente largava. Não tocava por forma a ajustar-se à pulsação e ao andamento



musicais. Contudo, batia com as palmas das mãos nos bongós e utilizava adequadamente as baquetas do metalofone. Fazia harpejos nos instrumentos de corda, com ajuda, porém queria o *ukelele* só para si e iniciava birra quando a estagiária insistia em segurá-lo, pois não queria tocar com ela.

Ao nível da imitação, não imitou quaisquer sons vocais ou onomatopeias. Não repetiu quaisquer gestos, frases rítmicas ou melódicas.

No que respeita à reciprocidade o G. J. não se ajustava de forma sincrónica às improvisações musicais da interlocutora, não aderiu a jogos de alternância, não esperava a sua vez, não reiniciava a atividade, nem interrompia atividade de forma contingente e previsível. Todavia, reagiu a interrupções musicais e a alterações de parâmetros musicais, como o timbre e a dinâmica, orientando-se para a fonte sonora, embora não se ajustando musicalmente a essas alterações.

Não revelou compreender pedidos e ordens simples no decurso da avaliação, como “dá”, “toma”, “anda”, “toca”, nem apresentou qualquer tipo de verbalização.

Quando zangado ou frustrado não revelou capacidade de autoregulação emocional através da música, reconhecimento das alterações da tonalidade afetiva da música ou capacidade de expressão afetiva.

Por fim, não revelou atividade simbólica.

### ***Plano Terapêutico do G. J.***

Concluída a avaliação inicial foi elaborado o plano terapêutico do G. J, com os objetivos identificados na Tabela 4.

**Tabela 4.***Plano terapêutico do G. J.*

---

1.º OBJETIVO GERAL: Promover o desenvolvimento de competências pré-verbais
OBJETIVOS ESPECÍFICOS: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Aumentar o contacto ocular;</li><li>2. Promover a imitação.</li><li>3. Promover a compreensão de pedidos simples.</li></ol>
2.º OBJETIVO GERAL: Aumentar o fluxo da interação
OBJETIVOS ESPECÍFICOS: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Aumentar o tempo de permanência na atividade.</li><li>2. Promover a atenção no brincar.</li></ol>

---

***Processo Terapêutico do G. J.***

A intervenção em musicoterapia ocorreu em 19 sessões, no período compreendido entre 15.12.2023 e 13.06.2023. Ao longo da intervenção as sessões foram interrompidas uma vez, por duas semanas, no período do Natal e da passagem de ano.

O G. J. esteve sempre acompanhado pela mãe, pelo que não foi possível à estagiária conhecer o pai, que estava a trabalhar no horário das sessões. A mãe esteve sempre muito envolvida no processo, era uma mãe adequada na sua forma de interagir com o G. J. e aderiu sempre prontamente às indicações e sugestões da estagiária, numa postura bastante proativa. Contudo, conseguiu comparecer e levar o G. J. a 19 das 24 sessões que estavam previstas inicialmente.

À semelhança do que acontecia com a intervenção de Nordoff e Robbins, as primeiras sessões foram mais exploratórias, sendo maior o número de instrumentos do *setting*. Posteriormente, o *setting* foi reduzido, atendendo às particularidades e ao plano terapêutico do utente.

Na primeira sessão o *setting* era constituído por um piano elétrico, um *ukelele*, um conjunto de bongós, duas maracas, um reco-reco, um metalofone e tubos de percussão. Numa

caixa à parte e fora do alcance do G. J. estavam dois ovos, uma pandeireta, um pandeiro, três clavas de cores e timbres diferentes e dois triângulos de tamanho e timbres também diferentes. No decurso da intervenção a estagiária substituiu o *ukelele* por uma guitarra, manteve o piano ao seu dispor, foi reduzindo o número de instrumentos da caixa e à disposição ficaram um a dois instrumentos de cada vez, que iam variando de sessão para sessão. Sempre que possível integrava a tarola no *setting*.

No início da intervenção observou o G. J. a deambular permanentemente pela sala, sem intenção aparente na sua atividade, pegando em instrumento a instrumento sem se deter em nenhum. Assim que a estagiária se aproximava, o G. J. largava o que tinha na mão e logo corria para outro instrumento ou objeto, exibindo este padrão de comportamento sucessivamente, o que dificultava a interação com a estagiária e, por conseguinte, o estabelecimento de uma relação terapêutica com a mesma. Pegar e largar instrumentos sem ficar com nenhum parecia uma forma de esquiva à relação, pelo que o *setting* foi reduzido no decurso da intervenção.

As sessões eram iniciadas com uma canção de acolhimento, que se manteve do início ao fim da intervenção, atendendo a que o G. J. era um menino não verbal e rígido e desta forma era possível transmitir-lhe alguma sensação de previsibilidade e segurança, facilitando a respetiva entrada e permanência na sala. Se por um lado esta canção dava alguma segurança ao utente, por outro lado passou a ser um convite à sua ação, no sentido de este tocar com a estagiária partilhando com ela o mesmo instrumento.

No seguimento da canção de acolhimento a estagiária deixava o utente livre para explorar o espaço e os instrumentos ao seu dispor, musicando cada som do utente, silêncio, movimento ou ausência dele, tentando encontrar-se com ele. Para tanto, seguia-o na sua atividade, ou lançava-lhe ideias musicais novas como forma de convidá-lo à interação

musical com ela e, ainda, como forma de explorar possibilidades de relacionamento com o utente.

Numa fase seguinte a estagiária convidava a mãe a juntar-se a eles, pedindo-lhe, por exemplo, que musicasse também ela o que observava no filho naquele exato momento, enquanto a estagiária tentava refletir ao piano, no *ukelele* ou na guitarra a dinâmica de relacionamento entre mãe e filho.

Posteriormente eram desenvolvidas atividades mais estruturadas e dirigidas, às quais a estagiária ia introduzindo pequenas variações, no seguimento das sessões anteriores, a fim de trabalhar objetivos específicos do plano.

As sessões terminavam com a canção do encerramento, para incentivar a imitação de gestos sociais, como o gesto do “adeus”, e para antecipar a saída. No final da intervenção o G. J. já ia buscar o casaco e a mochila quando ouvia esta canção e acenava “adeus” com a mão.

A primeira fase do processo de intervenção consistiu na criação de um ambiente seguro e empático para o utente e no estabelecimento de uma relação terapêutica. Seguiu-se uma segunda fase que consistiu num maior investimento da terapeuta no desenvolvimento de competências ao nível da comunicação e da interação social do G. J. Por fim, verificou-se uma terceira fase do processo terapêutico, mediante uma maior orientação da mãe, por forma a que esta pudesse repetir atividades e estratégias, em casa e noutros contextos, dando continuidade ao trabalho iniciado nesta sede.

Nas primeiras sessões foi perceptível que o G. J. teve dificuldade em perceber a presença do outro. Nalguns momentos insistia em pegar no *ukelele* sozinho e quando a estagiária segurava no instrumento para fazer os acordes, oferecendo-lho para ele fazer os harpejos nas cordas, ele deitava-se no chão e desorganizava-se.

Na fase de elaboração, porém, o G. J. já deixava a estagiária pegar no *ukelele* enquanto ele fazia os harpejos nas cordas, aceitando-a na atividade e não o reclamando para si. Aceitava já tocar em simultâneo com ela, não se afastando imediatamente. Foi também possível observá-lo a tocar metalofone utilizando as baquetas de forma adequada e ajustando-se à pulsação da estagiária. Esta tocava e cantava uma canção (“Parará”), com uma coreografia que ensinou à mãe e pela qual o G. J. manifestou interesse, e ele mantinha-se já referenciado à estagiária ao longo de toda a canção, estabelecendo e mantendo contacto ocular com ela do início ao fim, como que para evitar que ela interrompesse a produção sonoro-musical. Ao mesmo tempo coordenava a marcha com o andamento musical. Inicialmente não imitava os gestos da canção de forma sincronizada com curvas melódicas e ritmo da canção, contudo, assim que a estagiária interrompia a música, o G. J. imitava um dos gestos da mesma (o levantar das mãos), como forma de pedir mais.

Após algumas sessões o G. J. conseguia manter-se referenciado à estagiária, imitando gestos na canção “palma, pé” e diferentes ritmos nos bongós, ainda que fosse perceptível o conflito interno por que passava e a tendência para querer desistir da atividade e afastar-se do outro. A estagiária repetia depois uma melodia improvisada que construiu para um jogo de espelho, por forma a promover a imitação motora, pedindo-lhe que imitasse ritmos simples, de duas a três notas, que ela tocava em diferentes instrumentos. O G. J. conseguia já imitar todos os ritmos. Nesta fase a estagiária trabalhou também a imitação de sons, contudo, o utente imitava-lhe o gesto da boca, mas sem conseguir emitir qualquer som.

A meio da intervenção foi possível alargar consideravelmente o tempo de permanência do G. J. em determinadas atividades, em sede de improvisação e com recurso à técnica *imitating*, designadamente quando o utente voltava a fazer harpejos nas cordas da guitarra, que a estagiária segurava com uma das mãos enquanto improvisava uma canção.

No final da fase de elaboração o G. J. pediu “dá” duas vezes à estagiária, a meio de uma atividade com o piano, que despoletou muitas gargalhadas e vocalizações.

Numa das improvisações inspiradas no modelo Nordoff-Robbins, com recurso a piano e tarola, a estagiária musicou o que observava no G. J., tentando fazer da música um convite à sua interação com ela. O utente distraiu-se com a baqueta, mas, assim que ela estabeleceu um tempo estável no piano, ele começou a tocar forte e no tempo, adequando-se à pulsação daquela. Assim que ela mudou de tonalidade, ele largou de imediato o que estava a fazer e foi ter com ela ao piano, interrompendo-a, batendo com as mãos nas teclas, tentando que ela voltasse ao que estava a fazer antes. Foi possível perceber, neste momento, a resistência do G. J. à mudança, bem como a reação às alterações de tonalidades afetivas da música, que não tinha sido perceptível na avaliação inicial.

Na sessão seguinte, ao dirigir-se para a tarola, observou-se já que o utente tocou com o propósito de gerar uma resposta da parte da estagiária. Quando esta se juntava a ele, ele ria. Uma vez envolvido o utente, a estagiária tentava influenciar o tempo dele, mas este tendia a acelerar e a tocar cada vez mais forte, aparentemente na expectativa de que ela se adequasse à sua pulsação e não o contrário.

Até aqui o G. J. chorava quando a estagiária ou a mãe lhe pediam que se sentasse. No final da intervenção ia já sentar-se sozinho no centro da sala e de frente para a estagiária, a tocar metalofone e a olhar para ela à espera de desencadear uma resposta musical à ideia dele. A estagiária regressava a canções do interesse dele para promover a imitação e ele imitava-a tocando reco-reco, conforme o modelo dado por ela. Em termos de produção vocal, houve registo de vocalizações com a intenção clara de verbalizar, contudo impercetíveis. A estagiária tentava promover a imitação vocal, no âmbito de uma canção, e o utente conseguia imitar vocalmente, reproduzindo como ela, por exemplo, o som do porco e o som do vento,

rindo muito quando ela imitava o leão. No âmbito desta atividade verificou-se o estabelecimento de contacto ocular de maior frequência e duração do que nas primeiras sessões e percebeu-se um maior envolvimento na atividade e uma relação terapêutica bem estabelecida.

Na sessão em que foi reavaliado o G. J. acompanhou todas as atividades do início ao fim, sentado ao colo da mãe e sem protestar.

### **Resultados**

Verificou-se uma evolução significativa em diferentes parâmetros da grelha de avaliação da intervenção em musicoterapia, designadamente no que respeita ao contacto relacional. No final da intervenção o utente aderiu ao contacto, estabelecendo contacto ocular com a estagiária e com a mãe, com consistência, prazer na relação e envolvimento na tarefa, mantendo-se referenciado ao longo de toda a atividade.

Na avaliação final foi perceptível que o utente imitava gestos, ritmos simples e alguns sons de animais com maior consistência, contudo, era uma imitação quase sempre diferida.

Nesta fase o utente dava a pedido sempre que a estagiária lhe dizia “dá”, acompanhando a palavra do gesto, ou seja, fazendo alcance dirigido. Cumpria outros pedidos simples, como “abre”, “fecha”, “guarda”, “anda”, “veste” e “despe”. Compreendia o “não” e acatava-o. Esta compreensão de pedidos simples resultou de uma maior sintonia entre musicoterapeuta e utente e, por isso, numa maior descodificação.

Ao que acresce que o utente começou, ele próprio, a tentar comunicar, fazendo alcance dirigido, de forma consistente, para fazer pedidos, sendo que, por vezes, o fazia dizendo “dá” em simultâneo, ainda que a palavra fosse mais difícil de obter.

Manipulava os instrumentos de forma mais adequada, detendo-se num só por mais tempo, e já não apresentava estereotípias ao longo da sessão. Não se observava o andar em

pontas nos pés, nem o rodopiar das primeiras sessões. Deixou de haver registo de birras e quando acontecia choro era um choro dirigido, tal como o sorriso, ao contrário do que acontecia inicialmente. O G. J. já conseguia esperar pelos objetos ou atividades pretendidas sem se desorganizar imediatamente.

Em termos de expressão corporal e de funcionamento motor, foi possível observá-lo a bater palmas na pulsação e a coordenar a marcha segundo o andamento musical, sendo que em termos de expressão vocal aumentou a frequência das vocalizações.

No início da intervenção verificava-se já alguma reação às interrupções musicais e às alterações dos parâmetros musicais, contudo, elas desencadeavam frustração por parte do utente, sendo que no final da intervenção eram já toleradas.

No que respeita à aplicação da escala de comunicabilidade musical em sede de avaliação final, houve registo de respostas musicalmente comunicativas nos três modos de atividade contemplados pela escala, ao contrário do que se verificou na primeira avaliação. No modo do movimento corporal observaram-se respostas evocadas, fragmentadas e passageiras, mediante a coordenação da marcha segundo o andamento musical, o bater palmas na pulsação e a execução de gestos de algumas coreografias. No modo vocal foi observado o aumento da frequência de vocalizações em resposta a vocalizações da estagiária, bem como a ocorrência das palavras “dá” e “adeus”, ainda que difíceis de obter. No modo instrumental verificaram-se respostas evocadas fragmentadas e passageiras, de uma forma geral, contudo, mediante o recurso à tarola foi possível observar respostas mais sustentadas e musicalmente relacionadas por parte do utente, tocando este por um período de maior duração e de forma ajustada à pulsação da estagiária.

A intervenção em musicoterapia tem sido amplamente estudada e a sua eficácia é reconhecida no que reporta à melhoria de competências de comunicação e de interação social,



em especial com crianças com PEA. A música é, previamente e à semelhança da palavra, uma forma de comunicar e de interagir com os outros, pelo que a estagiária tentou promover interações musicalmente comunicativas, a par da promoção de competências pré-verbais como o contacto ocular, a imitação e o cumprimento de ordens simples.

### *Discussão*

A literatura científica demonstra que a intervenção em musicoterapia pode promover o contacto relacional, mediante a promoção do prazer na relação, da expressão emocional e das relações interpessoais (Kim et al., 2008; Geretsegger et al., 2017).

O G. J. era um menino não verbal que não apresentava qualquer registo de vocalizações, exceto mediante o choro. Há estudos científicos que demonstram que a comunicação vocal das crianças com PEA se desenvolve mediante o recurso a técnicas de IMT (Salomon-Gimmon & Elefant, 2018), pelo que a estagiária recorreu a estas técnicas para promover essa comunicação.

Comportamento é linguagem e chorar é também uma forma de comunicação interativa do bebé, que, gradualmente, vai evoluindo para a emissão de sons e a formação de sílabas (Stern, 1985). No contexto da musicoterapia, a criação desses sons é suportada e encorajada através da interação vocal do terapeuta com a criança, mediante recurso a técnicas de IMT. Ao reagir às vocalizações da criança, expandindo e desenvolvendo-as, esta vai desenvolvendo as suas competências ao nível da comunicação, bem como as suas competências sociais e ao nível da expressão das emoções (Tamis-LeMonda, Bornstein e Baumwell, 2001). A estagiária recorreu a estas técnicas ao longo da sua intervenção com o G. J., incentivando e auxiliando a mãe na implementação das mesmas no decurso das sessões.

Neste estudo de caso era objetivo da estagiária promover a imitação, sendo esta uma competência pré-verbal fundamental ao bom desenvolvimento infantil, na qual se verifica um

grande défice em crianças com PEA, devido a uma menor ativação dos neurónios espelho nesta população. A musicoterapia recorre à música como forma de estimular o desenvolvimento desta competência. No caso do G. J. verificou-se que este passou a imitar gestos e sons, contudo, era uma imitação diferida, o que pode ser considerado um sinal de consciência de si, indicando uma compreensão por parte do utente de que o seu comportamento é observado e avaliado pelos outros.

A literatura destaca, ainda, o potencial da imitação gestual em contexto de musicoterapia na promoção da consciência corporal, da coordenação motora e da imitação vocal (Raglio et al., 2016).

A utilização de diferentes instrumentos musicais, texturas e ritmos pode estimular os sentidos e promover a integração sensorial. Estudos demonstram que a musicoterapia pode ter efeitos positivos na integração sensorial e no processamento auditivo em crianças autistas (Kim et al., 2008; Carpenente et al., 2016). Destacam-se efeitos positivos da estimulação sensorial na atenção, na concentração, na consciência corporal e na consciência espacial, a que importava também atender neste contexto.

A musicoterapia proporcionou um ambiente seguro e estruturado ao utente, favorável à exploração de novas dinâmicas de relacionamento. A literatura mostra que esta forma de intervenção pode melhorar a comunicação verbal e não verbal, bem como as competências de interação social e a reciprocidade sócio-emocional das crianças com PEA (Geretsegger et al., 2017).

### **Conclusão**

O G. J. foi encaminhado para a intervenção em musicoterapia pelo interesse que demonstrava por música e atendendo ao atraso no desenvolvimento de competências pré-verbais.

Dos registos das sessões, das gravações audiovisuais e da aplicação dos instrumentos de avaliação mencionados decorre uma evolução significativa do utente ao longo da intervenção em musicoterapia no que respeita, designadamente, aos problemas identificados no respetivo plano terapêutico.

No final da intervenção o utente aderiu ao contacto com a estagiária, mantendo-se referenciado por toda a atividade. Desta forma aumentou-se a frequência e a duração do contacto ocular, bem como o tempo de permanência na atividade, verificando-se já a existência de atenção conjunta. A imitação foi também uma competência onde se verificou progresso, bem como a comunicação recetiva, mediante o desenvolvimento da compreensão de ordens simples. Em termos de comunicação expressiva, foi possível ouvir um “dá” e um “adeus”, sendo que, além destes momentos de expressão verbal, o utente dirigia o choro, o sorriso e fazia já alcance dirigido para fazer pedidos, verificando-se já intenção comunicativa.

Pelo exposto, consideram-se cumpridos os objetivos estabelecidos no plano terapêutico do G. J., mostrando-se a musicoterapia como uma forma de intervenção eficaz na prossecução dos mesmos.



## Outras Intervenções Clínicas

### D. R.

O D. R. nasceu no dia 26.06.2020, é filho de pais casados e unidos e tem um irmão mais velho, neurotípico.

Da observação direta e da consulta do processo clínico foram percebidas dificuldades graves em todas as áreas do desenvolvimento, em especial no que reporta à comunicação e à relação. O utente tinha hiperfoco em letras, incentivado fortemente pela mãe, e era com letras que passava o tempo a brincar em casa. Era um menino difícil de envolver fora dos seus interesses (letras e números) e hiporesponsivo.

O D. R. estava já inserido em contexto escolar aquando do encaminhamento para a musicoterapia, onde era seguido por uma técnica da ELI. Iniciou as sessões de musicoterapia a 22.12.2022, após realização do ADOS pela psicóloga, onde cotou para uma preocupação moderada a severa de PEA. Foi também avaliado pela pediatra do desenvolvimento sendo que, à mesma data, não havia registo de comorbilidades ou diagnóstico diferencial.

Após realização da avaliação em musicoterapia a estagiária procedeu à elaboração do plano terapêutico do D. R., que incidiu sobre as competências da comunicação pré-verbal, da interação social recíproca e da autoregulação.

No final da intervenção verificou-se uma melhoria significativa no que respeita ao contacto relacional com a estagiária, sendo que o D.R. aderiu mais facilmente ao contacto e mantinha-se referenciado a ela e à mãe por mais tempo, quando numa atividade do seu interesse. Houve um aumento significativo da produção de vocalizações, com maior emissão de sons, de maior duração e expressividade. O utente começou a imitar ações simples em canções familiares do seu agrado, através do que foi possível aumentar o respetivo tempo de

permanência na atividade, bem como os tempos de espera do utente, que já não se frustrava tão rapidamente quando queria algo.

### **T. F.**

O T. F. era filho único e vivia com os pais, tendo nascido a 17.06.2020. O pai era piloto e, em virtude do trabalho, todos os meses se ausentava por 15 dias consecutivos, deixando o filho ao cuidado da mãe, que estava desempregada, e da escola. A mãe culpava-o pela sua ausência.

O T. F. era um menino que fazia muitas birras, contudo eram dirigidas e na relação. Era impaciente e intolerante e atirava objetos para o chão quando contrariado. Por vezes batia na mãe como forma de demonstrar zanga. Deambulava pela sala, rodopiava sobre si próprio, pegava e largava os objetos e os instrumentos sem se ocupar com nenhum deles, vocalizava muito e esporadicamente cantava, sendo, contudo, um menino não verbal. Por vezes deixava-se envolver na brincadeira com o adulto e demonstrava contentamento, todavia, não gostava de brincar com os pares da mesma idade e não demonstrava qualquer interesse neles.

Gostava de música, pelo que foi encaminhado para a musicoterapia depois de ter cotado no ADOS para uma preocupação leve a moderada de PEA. Não tinha diagnóstico diferencial ou comorbilidades associadas. Estava inserido em contexto escolar, no entanto, não tinha apoio da ELI na escola. Iniciou T. O. dois meses antes do término da intervenção em musicoterapia.

Da avaliação em musicoterapia a resultou a elaboração do plano terapêutico do T. F., que incidiu sobre as competências da comunicação pré-verbal, da reciprocidade na relação e da autoregulação.

No final da intervenção verificou-se uma melhoria no contacto relacional com a estagiária e com os pais e na capacidade de regulação durante as sessões. Inicialmente o

utente tentava bater na estagiária quando contrariado e atirava o material do *setting* para o chão, sendo que no final da intervenção já não o fazia e acatava o “não” sempre que ameaçava repetir algum desses comportamentos. Foi possível desenvolver a imitação do utente e promover uma utilização adequada dos instrumentos musicais do *setting*, tendo sido observadas respostas musicalmente comunicativas, ainda que fragmentadas e passageiras, quer em termos de produção instrumental e vocal, quer em termos de movimento corporal, sendo que o utente dançava ou balançava já segundo o andamento musical.

#### **E. F.**

O E. F. nasceu a 27.07.2019, é filho único e vive com os pais, tendo os avós paternos na mesma área de residência. O pai é engenheiro eletrónico e a mãe é comissária de bordo, pelo que trabalha por turnos.

Ambos afirmam que o E. F. “gosta muito de estar no mundo dele” e de brincar sozinho e que o pai também era assim na sua infância. Foram à procura de avaliação médica e psicológica quando perceberam que o E. F. era o único menino que não aparecia nos vídeos da escola. A mãe não lhe percebia nada de particular, contudo queixava-se de ele bater no próprio rosto e de bater nela quando contrariado. A mãe dizia que ele era um menino feliz e muito inteligente. O pai era muito afetivo e era ao pai que o menino estava referenciado, contudo, o pai não sabia como reagir às birras do filho. Acresce que o utente era um menino não verbal, no entanto dizia “não” e “olha”, ocasionalmente e fora de contexto. Estabelecia contacto ocular com o seu interlocutor, ainda que evitasse fazê-lo, e mantinha-se na relação durante as atividades que lhe despertavam interesse. Deixava-se envolver, contudo, queria que fizessem tudo por ele e recusava pegar no que quer que fosse, a não ser que fosse para atirar ao chão em forma de protesto. Não aceitava nada dirigido. Era muito rígido e batia na própria estagiária à mínima variação que esta introduzisse na música ou na brincadeira.

Estava inserido em contexto escolar e era seguido por uma técnica da ELI da sua área de residência. A intervenção em musicoterapia teve início a 17.01.2023, após realização do ADOS, onde cotou para uma preocupação ligeira de PEA. Foi também avaliado pela pediatra do desenvolvimento sendo que, à mesma data, não havia registo de comorbilidades ou diagnóstico diferencial.

O plano terapêutico do E. F. incidiu sobre a autoregulação e o desenvolvimento de competências de comunicação pré-verbal.

No final da intervenção verificou-se uma ligeira melhoria em termos de flexibilidade e de autoregulação. O E. F. chegava ao centro e queria imediatamente entrar na sala da musicoterapia, aderindo ao contacto, rindo e mantendo-se referenciado por toda a atividade, aceitando já pequenas variações nas atividades do seu interesse, sem se desorganizar. Aceitava já participar ativamente em algumas dessas atividades, percutindo tubos, tocando metalofone com as baquetas ou produzindo harpejos nas cordas da guitarra. Imitava pouco, no entanto mais do que inicialmente, e já fazia gestos sociais, como o do “adeus”, por exemplo, acompanhando-o da respetiva palavra. Passou a usar as palavras “dá” e “outro” para fazer pedidos, enquanto olhava para a estagiária.

### **T. C.**

O T. C. nasceu a 04.05.2020. Quando iniciou o acompanhamento em musicoterapia estava já inserido em contexto educativo, onde era seguido por uma técnica de educação especial.

Era um menino que se mantinha referenciado à mãe, cauteloso e receoso do ponto de vista motor, com alguma produção vocal, embora não verbal. Evitava o contacto ocular e quando o estabelecia era sempre de forma fugaz, embora frequentemente acompanhado por um sorriso. Era um menino que não explorava, não sabia brincar, só amontoava brinquedos, e



fazia birras quando contrariado. Não sabia pedir e frustrava-se quando tinha de esperar. Deambulava pela sala, sempre sem direção. Foi um menino que cotou no ADOS para uma preocupação moderada a severa de PEA.

Em sede da musicoterapia a respetiva intervenção foi iniciada aos 25.10.2022. O plano terapêutico do T. C. incidiu na promoção de prazer na relação, suscetível de desencadear um aumento da frequência do contacto ocular, e na promoção da expressão corporal, vocal e instrumental do utente.

No final do processo terapêutico foi possível observar uma melhoria em termos de frequência e duração do contacto ocular estabelecido com a estagiária e com os pais em atividades do seu interesse. Começou a usar o próprio corpo para balançar segundo o andamento musical, enquanto olhava alternadamente para a estagiária e para os pais e sorria. Em termos de expressão vocal passou a emitir mais vocalizações e de maior expressividade e em termos de expressão instrumental já pegava em instrumentos de pequeno porte com o propósito de produzir som, tocando reco-reco e maracas de forma apropriada. Foi possível aumentar o tempo de permanência do T. C. na atividade e diminuir as birras ao longo das sessões.

### **M. G.**

O M. G. nasceu a 30.07.2019, é filho único, vive com os pais e tem dois avós maternos muito presentes, que estão com ele diariamente e lhe prestam apoio significativo no dia-a-dia.

Quando chegou ao CDC estava já inserido em contexto escolar, onde era acompanhado por uma técnica de educação especial, tendo os pais recorrido ao apoio de uma psicomotricista numa clínica privada. A meio da intervenção o utente teve de mudar de

escola e, um mês após essa mudança, foi convidado a sair da nova escola, pelo que ficou privado desse contexto a meio do ano letivo.

Foi avaliado pela psicóloga responsável de caso, cotando no ADOS para uma preocupação severa de PEA. Ao longo do período de intervenção em musicoterapia beneficiou também de uma sessão mensal de T.O. no CDC.

Nesta sede a intervenção foi iniciada aos 25.10.2022. Nesta altura a estagiária observou e avaliou o M. G., tendo constatado que o menino ainda era amamentado pela mãe e que lhe pedia mama 3 a 4 vezes por sessão, além de comida e água, sendo que se autoagredia cada vez que a mãe lhe dizia “não”, atirando-se para o chão e batendo com a cabeça no chão com toda a força e consecutivamente. Não emitia qualquer som nas sessões, além do choro ou do grito, não sabia pedir, não cumpria ordens, não fazia contacto ocular com o interlocutor, e desorganizava-se cada vez que a estagiária tocava, ainda que brevemente e pianíssimo, não tolerando qualquer som que denunciase a sua presença, nem qualquer tipo de contacto físico. Tinha ainda uma perturbação de sono grave, para o que estava medicado.

O plano terapêutico do M. G. incidiu no desenvolvimento de competências de autoregulação, do contacto relacional e da comunicação não verbal.

No final da intervenção o M. G. já não pedia mama à mãe durante as sessões e conseguia permanecer durante 30 minutos sem pedir comida ou água. Passou a dirigir-se à estagiária com um sorriso e a pedir-lhe colo sempre que a via chegar à sala de espera e entrava na sala da musicoterapia voluntariamente. Nas sessões permaneceu difícil de envolver, porém quando gostava da atividade estabelecia contacto ocular com a estagiária, sorria, abraçava-a e imitava alguns dos gestos que lhe eram solicitados, ainda que raramente. Numa das sessões, em sede de IMT, chegou a pedir “mais” à estagiária. Continuava a chegar

às sessões muito cansado e, segundo os pais, em privação de sono, mas os pais afirmavam que o dia da semana em que o M.G. dormia melhor era o dia em que fazia musicoterapia. No final da intervenção já pegava nos instrumentos, às vezes para explorá-los sensorialmente, outras vezes para provocar reação por parte da estagiária, e passou a sorrir para ela enquanto esta tocava piano ou guitarra. Em termos de vocalizações, vocalizava já como forma de provocar reação, à semelhança do que fazia com as maracas.

### **G. P.**

O G. P. nasceu a 19.03.2020 era um menino que vivia com os pais e com mais cinco irmãos, sendo que o irmão mais novo nasceu durante o período da intervenção em musicoterapia.

Mudou de escola também a meio da intervenção, no mesmo mês em que nasceu o irmão. Tinha apoio de uma técnica de educação especial na escola, uma vez por semana, e de uma psicomotricista numa clínica privada, três vezes por semana.

Foi encaminhado para a musicoterapia depois de avaliado pela psicóloga responsável de caso, cotando no ADOS para uma preocupação de PEA moderada a severa. Em sede da musicoterapia a intervenção foi iniciada aos 10.11.2022.

Numa primeira observação direta a estagiária verificou que o G. P. era um menino muito passivo. Não olhava, não reagia ao chamamento, não explorava, não procurava o interlocutor, não pedia e não pegava em nada. Não sabia brincar, só gostava de amontoar objetos. Não produzia som além do choro e, ainda assim, raro. Ria quando lhe faziam cócegas.

O plano terapêutico do G. P. incidiu no desenvolvimento de competências de contacto relacional e de comunicação não verbal.

No final da intervenção verificou-se uma clara melhoria em termos de frequência e duração do contacto ocular, que se mantinha por toda a atividade sempre que esta era do seu interesse. O utente dirigia-se já à estagiária, estabelecendo contacto ocular com ela, enquanto estendia a mão para as cordas da guitarra para fazer harpejos com a ajuda dela; antecipava movimentos em coreografias; reagia às interrupções e às alterações de parâmetros musicais, olhando para a estagiária ou dirigindo-se a ela; e emitia vocalizações com maior frequência duração, preenchendo espaços quando a estagiária punha em prática a técnica do *exact vocal resonance*, imitando-o.

#### **E. V.**

O E. V. foi às sessões de musicoterapia acompanhado por pai, mãe e/ou avó materna. Nasceu a 09.09.2020, vivia com os pais e era filho único. A mãe era contabilista e o pai era doutorando na área da engenharia aeroespacial.

Era um menino que demonstrava uma desorganização interna muito grande e que se desregulava muito facilmente. Rodava muito sobre si próprio, andava em pontas dos pés, corria sem parar e sem intenção na sua atividade, trepava tudo, incluindo o piano, atirava-se ao chão e contra as paredes e móveis da sala. Era hiposensorial e procura informação vestibular e propriocetiva incessantemente. Não permanecia em qualquer atividade e atirava todos os objetos que alcançava ao chão. Não dava função aos objetos, rodava-os na mão e atirava-os ou colocava-os na boca. Não respondia ao chamamento. O pai dizia “eu acho que ele não sabe que E.V. é o seu nome.” Os pais afirmavam que ele só respondia ao chamamento quando lhe ofereciam um telemóvel ou comida e que ele passava muito tempo em frente a eletrónicos. Não estabelecia contacto ocular, não imitava, não cumpria ordens, não apontava, não sabia pedir, não tinha atenção conjunta. Era não verbal e não dizia qualquer palavra.

Referenciava-se muito ao pai e só dormia quando o pai ia para a cama com ele. Os pais relatavam que os únicos interesses dele eram a televisão e o telemóvel.

O E. V. frequentava um jardim de infância onde era acompanhado por uma técnica da ELI, uma vez por semana, sendo também seguido por uma T. O, em contexto de clínica privada. Foi encaminhado para a musicoterapia, que iniciou a 28.02.2023, depois de cotar no ADOS para uma preocupação moderada a severa de PEA. Não existia, à data, registo de comorbilidades ou diagnóstico diferencial.

Uma vez avaliado em musicoterapia, a estagiária procedeu à elaboração do respetivo plano terapêutico, tendo este incidido na promoção de autoregulação e do contacto relacional, com atividades que privilegiassem o movimento, atendendo às necessidades sensoriais do E. V.

A intervenção com o E. V. teve uma duração de três meses, contudo, foi possível melhorar a adesão ao contacto com a estagiária através de atividades que promovessem o movimento e a expressão corporal, tendo aumentado a frequência do contacto ocular, sem prejuízo de este permanecer muito difícil de obter. No final da intervenção o E. V. já não atirava os instrumentos para o chão e utilizava alguns de forma adequada, nomeadamente às maracas, aos bongós e a guitarra, ainda que maioritariamente para fins de exploração sensorial e não como forma de comunicar.

### **I. P.**

A I. P. era uma menina nascida a 25.06.2023, que vivia com os pais e um irmão gémeo, sendo que o irmão estava, tal como ela, a ser seguido em pediatria do desenvolvimento, por suspeita de perturbação no desenvolvimento psicomotor.

Foi sinalizada pelos pais que, pelos 3 anos da I. P., começaram a perceber que ela não gostava de brincar com os pares e que se isolava muito. Respondia já ao chamamento,

embora nem sempre. Não apontava e não sabia pedir. Levava a mão do pai ou da mãe para ir brincar e ficava frustrada e zangada quando não conseguia o que queria, fazendo grandes birras e, segundo os pais, batendo com a cabeça na parede. Olhava para o adulto, com qualidade, mas pouco. Imitava, mas pouco. Era não verbal, mas já dizia algumas palavras de forma ecológica. Gostava de música e de cantar e os pais relatavam que ela só se acalmava com música. Segundo eles, ela adorava ir ao parque, mas não tinha noção do perigo. Estava centrada nela e não tinha noção do outro. Tinha uma exploração pobre dos brinquedos e dos instrumentos musicais, que pegava e largava, experimentando tudo e não ficando em nada.

Estava na escola, numa sala diferente da sala do irmão e sem apoio da ELI. Fazia T.O. uma vez por semana, desde janeiro de 2023. Iniciou as sessões de musicoterapia a 23.03.2023, após realização do ADOS, onde cotou para uma preocupação ligeira de PEA. Não havia registo de comorbilidades ou diagnóstico diferencial.

O plano terapêutico do I. P. incidiu sobre o desenvolvimento de competências da comunicação pré-verbal, da interação social recíproca e da autoregulação, nas quais se verificou um maior défice em sede de avaliação em musicoterapia.

No final da intervenção verificou-se uma maior adesão da I. P. ao contacto com a estagiária, estabelecendo e mantendo o contacto ocular ao longo da atividade. Passou a imitar gestos e sons em canções que seguia e, por vezes, fazia alcance dirigido para pedir. Fazia menos ecolalia e as palavras que proferia eram já em contexto, como o “olá”, o “adeus” e o “dá”. Foi possível aumentar o tempo de permanência da utente na atividade e a exploração dos instrumentos era já feita de forma quase sempre adequada, atribuindo-lhes a respetiva função. Não obstante, a I. P. aderiu melhor a atividades de expressão corporal, andando, batendo palmas ou balançando segundo o andamento musical, do que a atividades que implicassem produção sonora-musical da sua parte.

### Outras atividades

O período de permanência da estagiária na instituição foi definido por forma a assegurar que esta estaria presente nas reuniões de equipa do CDC. Estas reuniões ocorriam às terças-feiras, pelas 14 horas, e nelas estavam presentes todos os médicos, enfermeiros e técnicos do centro, que discutiam casos, apresentavam temas e, em datas pré-definidas, convidavam outros profissionais externos ao CDC a partilhar conteúdos pertinentes com a equipa. Numa destas reuniões a estagiária apresentou a musicoterapia e, em concreto, o trabalho que foi desenvolvendo ao longo do estágio.

Uma vez por mês era feita uma reunião com uma das ELI que trabalhava em articulação com o CDC, no mesmo horário.

Às quintas-feiras, pelas 9 horas, decorria o *Journal Club*, no qual eram apresentados artigos científicos pelos profissionais do centro, pelo que também a estagiária apresentou um artigo à sua escolha, sobre desenvolvimento da comunicação vocal em crianças PEA durante as sessões de IMT (Salomon & Elefant, 2018).

A estagiária esteve ainda presente nas reuniões do grupo PEA, coordenado pela respetiva orientadora de estágio, que se realizavam todas as primeiras terças-feiras de cada mês durante todo o período da manhã. Contudo, comparecia ao período entre as 12 e as 13 horas, atendendo a que tinha utentes agendados entre as 9 e as 12 horas.





## Discussão

Ao longo da respetiva permanência no CDC a estagiária deparou-se com algumas questões no que reporta, especificamente, ao papel da família da criança com PEA no processo terapêutico, tais como: Como é possível ao musicoterapeuta entrar em sintonia com o utente, quando este está acompanhado pelos cuidadores que também reclamam a sua atenção a todo o momento? Como aumentar o fluxo de interação com o utente se os pais tendem a interrompê-lo constantemente para fazer solicitações ou repreensões à criança? Como implementar, por exemplo, as técnicas de improvisação vocal supramencionadas (Salomon-Gimmon & Elefant, 2018), quando, além da dificuldade de implementá-las junto de uma população tão difícil de aceder, os cuidadores presentes se antecipam ao utente, vedando-lhe oportunidades de resposta?

A participação dos pais nas sessões envolve uma gestão mais alargada e, por isso, mais exigente de pessoas, relações, emoções, comportamentos e vulnerabilidades. Não obstante, é indubitável a importância do envolvimento da família no processo terapêutico (Randall & Parker, 1999), considerando-se fundamental desenvolver este trabalho mediante a orientação dos pais (Rogers, 2014), envolvendo-os e ajudando-os a experienciar com o musicoterapeuta algumas das técnicas implementadas por este.

A intervenção desenvolvida no âmbito deste estágio não coube, contudo, na designação de musicoterapia centrada na família. Também aqui se reconheceu a importância da família com um sistema, em que cada membro contribui para o funcionamento do todo, contudo, na musicoterapia centrada na família o objetivo é melhorar dinâmicas familiares e fortalecer a relação entre os respetivos membros (Bruscia, 1988), sendo que na presente intervenção os objetivos foram pensados especificamente para a criança.

Resulta da literatura que a música pode ser um poderoso meio de comunicação e expressão dentro da família, permitindo que os respetivos membros partilhem experiências e desenvolvam relações mais significativas e gratificantes (Thompson, 2014), o que também foi promovido pela estagiária mediante a participação dos pais nas sessões. Acresce referir que atender ao bem-estar e ao desenvolvimento da criança, em concreto, é atender a uma necessidade da própria família que busca ajuda neste contexto.

Pelo exposto, ainda que a abordagem da estagiária não coubesse na designação de musicoterapia centrada na família, foram condições de acesso à intervenção musicoterapêutica a participação ativa dos pais em todo o processo e a presença de, pelo menos, um deles no decurso das sessões. Desta forma, foi possível aos pais dar apoio aos filhos e recorrer a técnicas específicas observadas nas sessões, em casa e noutros contextos, criando mais oportunidades de aprendizagem e de modelação de comportamento (Randall & Parker, 1999).

Da necessidade de envolver os pais decorre a necessidade de melhor informá-los e orientá-los, o que diminui o tempo de interação do musicoterapeuta com a criança. Contudo, ao envolvê-los é possível potenciar o desenvolvimento das crianças e o bem-estar delas e das famílias, o que tem repercussões em termos de autonomia e de inclusão nos diferentes contextos em que se inserem (Rogers, 2015).

Ao longo das sessões foi possível trabalhar com os pais no sentido de, por exemplo, ajudá-los a aumentar os tempos de espera na interação com a criança, que eram quase sempre inexistentes, aumentando o tempo de oportunidade de resposta da mesma e potenciando-a. Noutros momentos foi-lhes pedido, também a título de exemplo, que se substituíssem à estagiária na execução de algumas técnicas de IMT, como a *exact vocal resonance* ou a *vocal resonance with changes* (Salomon-Gimmon & Elefant, 2018).

A partir daí foram surgindo respostas da parte dos utentes e os cuidadores foram percebendo que eram parte integrante e ativa no processo terapêutico, envolvendo-se, envolvendo os filhos e percebendo uma maior evolução nestes, de semana para semana. Os pais relatavam, frequentemente, que saíam das sessões de musicoterapia e iam para casa brincar, à semelhança do que tinham feito na sessão, promovendo a comunicação e a interação social (Vismara, 2009). Eram pais que, na grande maioria, não sabiam brincar. Alguns relataram que foi nas sessões de musicoterapia que aprenderam a brincar com os filhos e que foi ali que os filhos começaram a procurá-los.

Incluir os pais é um trabalho exigente e por vezes diminui as oportunidades de resposta da criança dentro da própria sessão, no entanto, aumenta as oportunidades de resposta fora das sessões e a transferência da aprendizagem a outros contextos (Randall & Parker, 1999).

Terminado o processo de intervenção em musicoterapia a estagiária deparou-se com manifestações de angústia por parte dos pais. Torna-se evidente que o SNS não tem capacidade para lhes disponibilizar mais terapias, as ELI estão sem capacidade para acompanhar mais meninos e os pais têm cada vez menor disponibilidade económica para recorrer às terapias no sistema de saúde privado, que são cada vez mais dispendiosas. Concluída esta intervenção, os pais dos utentes contam com o acompanhamento da psicóloga responsável de caso e uma consulta anual de pediatria do desenvolvimento, contudo, deixam de contar com terapias por parte do SNS.

Alguma literatura mostra que são necessárias muitas horas de estimulação adequada para alcançar um bom prognóstico junto desta população e que é necessária uma intervenção em diferentes contextos para a generalização de competências (Rogers, 2014).

Contudo, Santos (2007) referiu que o ato de brincar por vezes escapa ao entendimento do adultos, que não o ligam ao ato de aprender, o que é não só absurdo como abusivo e cruel.” Por vezes os pais investem em muitas terapias e esquecem-se da importância do brincar. No decurso das sessões de musicoterapia foi essencialmente isto que se quis reforçar junto dos pais.

A investigação científica mostra, que estar envolvido ativa e afetivamente com o ambiente é fundamental e imperioso ao bom desenvolvimento da criança. “O compromisso afetivo da criança com o ambiente social fornece o contexto necessário para que ocorra desenvolvimento perceptivo, cognitivo, linguístico e social” (Rogers, 2014, p. 4).

No que respeita, concretamente, à aquisição de linguagem, que é uma das preocupações que os pais mais partilham com os técnicos e que lhes traz maior ansiedade, Pat Kuhl mostra que a mera exposição à linguagem não é forçosamente facilitadora do desenvolvimento da linguagem e da fala e que é necessário que a criança a experiencie através da interação social para que ocorra a perceção da fala (Kuhl, Tsao & Liu, 2003).

Por conseguinte, se a criança manifesta um défice no interesse pelo ambiente social, é necessário que o interesse social seja considerado na intervenção terapêutica (Rogers, 2014), o que reforça a importância de incentivar também os pais a brincar com a criança com PEA.

Pelo exposto, enfatiza-se a necessidade de envolver a família no processo terapêutico, a fim de que esta possam dar continuidade ao trabalho desenvolvido nas sessões, bem como a importância da articulação entre esta, a escola e os demais intervenientes no processo da criança com PEA.

## Conclusões

O presente estágio permitiu o acesso de dez famílias de crianças com PEA a uma intervenção em musicoterapia. Estas crianças tinham entre os dois e os cinco anos de idade, eram todas não verbais e destacavam-se das restantes crianças PEA por serem especialmente isoladas ou retiradas. Eram crianças que não tinham interesse no outro e evitavam aproximar-se dele, para quem o outro era, muitas vezes, aversivo e, por conseguinte, com muitas dificuldades na relação, na comunicação, no comportamento e na aprendizagem. Todas elas manifestavam, segundo os pais, interesse por música, pelo que foram reencaminhadas para o atendimento com a estagiária, uma vez por semana.

Os atrasos no desenvolvimento e as dificuldades no comportamento são comuns e somam-se em crianças com esta patologia. Foi necessário, contudo, perceber em que áreas faria mais sentido incidir, tendo em conta que esta intervenção teria uma duração limitada, de apenas alguns meses. Concluiu-se que o maior investimento a fazer era transversal a todos os casos aqui referidos e consistia em promover o prazer na relação, tendo em vista potenciar o cumprimento dos objetivos estabelecidos em cada plano terapêutico.

Considerou-se que o prazer na relação era o motor para todas as restantes aquisições, em especial ao nível da comunicação e da interação social recíproca, que eram aqui as mais visadas. Este tinha sido um dos objetivos estabelecidos para o presente estágio e considera-se cumprido, tendo a musicoterapia sido uma forma de intervenção eficaz e importante no processo de cada um destes utentes e nas dinâmicas familiares das respetivas famílias.

Foi possível articular esta intervenção com os restantes intervenientes em cada processo (pais, médicos, outros técnicos e escolas), otimizando a intervenção e atuando também no sentido de melhor dar a conhecer a musicoterapia e os seus benefícios, em especial nesta área de atuação.

Ao longo da respetiva permanência no CDC a estagiária foi abordada inúmeras vezes, por médicos e por outros técnicos, a fim de lhes recomendar musicoterapeutas para outros casos de PEA, em virtude do impacto positivo que a musicoterapia teve nos utentes do centro, designadamente ao longo do presente estágio.

Além dos objetivos do estágio em si, foi possível conhecer a especificidade da problemática individual e familiar de cada um dos utentes, atendendo às respetivas necessidades individuais e alcançando os objetivos estabelecidos nos planos terapêuticos dos utentes. Para tanto, foram essenciais o estudo da literatura atual relativa às PEA e à aplicação da musicoterapia à população-alvo do estágio, bem como a supervisão da Prof.<sup>a</sup> Dra. Susana Gutiérrez Jiménez e a orientação da Dra. Anabela Farias.

Acresce referir que a estagiária foi muito bem acolhida no CDC, por toda a equipa e, em especial, pela Dra. Anabela Farias, que partilhou com ela a sua vasta experiência nesta área e a ajudou a alargar o respetivo conhecimento acerca da população sobre a qual incidiu o estágio.

Teve ainda o privilégio de fazer este estágio inserida no âmbito de uma equipa multidisciplinar, com reuniões semanais, e no âmbito de um grupo que trabalha especificamente com as PEA, bem como a oportunidade de estabelecer contacto com outros profissionais de contextos clínico e académico, que a ajudaram a ter uma visão mais alargada sobre o processo de intervenção com estas crianças.

A estagiária terminou este processo com uma convicção reforçada no que respeita à importância de intervir precocemente junto desta população, ao papel fundamental da família, dos técnicos e da escola no desenvolvimento da comunicação e da interação social destas crianças, bem como à importância de uma intervenção estruturada e com efetiva articulação entre todos os intervenientes.

Conclui ainda pelos benefícios de uma abordagem de base humanista, designadamente na promoção do prazer na relação como ponto de partida para uma intervenção que terá sempre em vista a aquisição de novas competências, em todos os domínios do respetivo desenvolvimento, e a generalização destas a todos os contextos em que a criança está inserida.

O presente estágio foi uma oportunidade única de aprendizagem e de crescimento para a estagiária. Atendendo ao número crescente de casos de crianças com suspeita fundada ou diagnóstico de PEA, à necessidade de intervir pronta e precocemente, à falta de profissionais para fazer face à quantidade de casos e à vontade, que permanece, de continuar a trabalhar nesta área, é uma oportunidade que continua a fazer-lhe todo o sentido.





## Reflexão Final

Iniciei este estágio com um enorme sentimento de gratidão, atendendo a que foi o estágio que idealizei fazer desde o início do mestrado em musicoterapia, não sabendo, à partida, se teria esta oportunidade.

Era a primeira vez que entrava no CDC, todavia aquele contexto não me era estranho e sentia-me preparada para lidar com o impacto de uma sala de espera onde se somavam deficiências, patologias e grandes desafios. Antes de ingressar neste mestrado uma parte da minha vida profissional tinha sido ocupada com situações emocionalmente muito exigentes e julgo que, embora por via de uma área muito distinta, tinha presente a necessidade de manter algum distanciamento emocional dos casos em que interviria. Foi, contudo, ao encerrar os processos terapêuticos que me dei conta do enorme impacto que todos eles tiveram em mim, do envolvimento que este trabalho implicou e das repercussões que teve na minha forma de olhar o outro, de entrar em sintonia e de me relacionar com ele.

Foi um período de trabalho muito intenso, onde me esforcei por absorver o máximo do conhecimento e da experiência partilhados por cada um dos profissionais do CDC e, em especial, pela Dra. Anabela Farias, que me inspirou uma enorme admiração. Dou-me conta, hoje, de que o privilégio foi ainda maior do que julguei à partida.

Aprendi muito sobre desenvolvimento, designadamente, sobre marcos do desenvolvimento psicoafectivo, sobre diferentes modelos de intervenção nas PEA, sobre comorbilidades e diagnósticos diferenciais e sobre diferentes áreas e domínios que importa conhecer. Aprendi também sobre dinâmicas de trabalho e de relacionamento entre colegas, formas de atuar junto dos utentes e das famílias e, entre outras coisas, sobre a importância de manter presente que cada ser humano é único e cada caso tem as suas especificidades, pelo que é importante conhecer e refletir sobre a problemática individual e familiar de cada um.

Foi sobretudo muito importante observar os profissionais da equipa PEA na sua interação com as crianças e perceber a forma de intervir de cada um e do todo, a cada momento, tal como como foi importante perceber como acontece, na prática, esta articulação entre diferentes intervenientes do processo (médicos, técnicos, cuidadores e escolas), como forma de otimizar os resultados do acesso à intervenção precoce por parte destas crianças. Para tanto, foram sempre enriquecedoras as reuniões de discussão de casos da equipa do CDC e, em especial, do grupo PEA, bem como as reuniões com os pais, educadores e com as ELI.

Constatei a falta de recursos humanos do SNS face ao número crescente de casos com suspeita fundada ou diagnóstico de PEA, especialmente agravada se atendermos a que são situações que requerem um acompanhamento contínuo e muito próximo. Julgo que a musicoterapia seria uma mais-valia neste contexto, no CDC. Contudo, e sem prejuízo da necessidade de dar por terminada esta intervenção, sinto-me grata por ter tido a oportunidade de assistir ao envolvimento e à dedicação destes profissionais que, embora sobrecarregados, continuam a lutar para melhorar a qualidade de vida destas famílias.

Foi uma honra enorme integrar a equipa do CDC, em especial o grupo das PEA e a orientação da Dra. Anabela Farias, e uma oportunidade única. Fui acolhida com muito carinho e cuidado por toda a equipa e senti-me parte integrante dela ao longo de todo o processo. Dele resultaram algumas relações mais significativas, onde houve uma maior partilha de conhecimento e experiência, que me acrescentaram muito, quer em termos de desenvolvimento profissional, quer em termos de desenvolvimento pessoal. Foi também muito enriquecedor, além de desafiante, trabalhar com os pais e com os utentes, que também me ajudaram a crescer, enquanto terapeuta e enquanto pessoa.

Terminado este estágio e em virtude dele abrem-se já algumas portas no que respeita à prática da musicoterapia especificamente nesta área, num futuro muito próximo, pelo que reforço a importância e o privilégio de tê-lo feito.



## Referências

- Allgood, N. (2005). Parent's perceptions of the educational experiences of their children with autism in a rural school district. *Rural Special Education Quarterly*, 24(3), 13-19.
- Ansdell, G. (1995). *From Fingers to Instruments: A Practical Guide to Classical and Fingerstyle Guitar*. Scott Music.
- Antunes, A. L. (2018). *Sentidos: O grande livro das perturbações do desenvolvimento e do comportamento*. Lua de Papel.
- Asperger, H. (1944). Die "Autistische Psychopaten" im Kindersalter. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 117(1), 76-136.
- Association, A. P. (2013). *DSM-5: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Climepsi Editores.
- Autism Intervention Research Trust. (2006-2011). Music therapy research. Recuperado em 6 de março de 2023. <https://www.autism.org.uk/working-with/music-therapy-research.aspx>
- Balasco, L., Provenzano, G., & Tartaglia, M. (2019). Sensory processing in autism spectrum disorders and typical development: A coping review. *Frontiers in Psychology*, 10, 2767. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02767>
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Benenson, R. O. (1985). *Manual de Musicoterapia*. (C. Nastari, Trans.). Enelivros.
- Bharathi, K. R., Ramanujam, K., & Kumar, R. K. (2019). Effectiveness of music therapy on social skills in children with autism spectrum disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Pediatric Neurosciences*, 14(2), 75-81. <https://doi.org/10.4103/jpn>

- Brown, W. (2017). The influence of music on the recognition of facial expressions in children with autism spectrum disorder. *Journal of Music Therapy*, 54(2), 133-153. <https://doi.org/10.1093/jmt/thx001>
- Bruner, J. (1972). Nature and uses of immaturity. *American Psychologist*, 27, 687-708.
- Bruscia, E. K. (2006). *Case studies in music therapy*. (S/L): Barcelona Publishers.
- 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. E. (2014). *Defining music therapy* (3rd ed.). Barcelona Publishers.
- Cabral, P. (2004). Desenvolvimento psico-motor: variabilidade, perturbações e dificuldades de aprendizagem. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*.
- Cabral, P. (2021). *O Paradoxo do Cérebro - Memória, Autismo, Identidade*. Círculo de Leitores.
- 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).
- Carpente, J. A. (2016). Music therapy and autism spectrum disorder: A review of literature. *Nordic Journal of Music Therapy*, 25(1), 34-64.
- Carvalho, E. (2004). Grelha de Avaliação da Intervenção da Musicoterapia.
- Chien, Y. L., Gau, S. F., Shang, C. Y., Chiu, Y. N., Tsai, W. C., & Wu, Y. Y. (2015). Visual memory and sustained attention impairment in youths with autism spectrum disorders. *Psychological Medicine*, 45(11), 2263–2273.

- Chiengchana, C., & Trakarnrung, S. (2014). The effects of music therapy on social interaction and communication of children with autism: A pilot study. *Journal of Music Therapy*, 51(3), 250-275. <https://doi.org/10.1093/jmt/thu012>
- Chiengchana, C., & Trakarnrung, S. (2014). The effects of music therapy on social interaction behavior in children with autism. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 97(3), S27-S32.
- Craig, F., Margari, F., Legrottaglie, A. R., Palumbi, R., De Giambattista, C., & Margari, L. (2016). A review of executive function deficits in autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 1191.
- Craveiro de Sá, M. C. (2003). *Musicoterapia: Fundamentos, técnicas e aplicações*. Papyrus Editora.
- Crawford, M. J., Gold, C., Odell-Miller, H., Thana, L., & Faber, S. (2017). Music therapy for people with autism spectrum disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, CD004381. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004381.pub4>
- Eira, C. (2020). O Modelo DIR (Development, Individual-Differences and Relational-Based Model)/Floortime. Formação organizada pelo CADin.
- Federação Mundial de Musicoterapia (1996). Musicoterapia. Obtido em 27 de julho de 2023, de: <https://www.apmtmusicoterapia.com/o-que---a-musicoterapia-csgz>
- Geretsegger, M., Elefant, C., Mossler, K., & Gold, C. (2014). *Music therapy for people with autism spectrum disorder*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6).
- Geretsegger, M., Holck, U., Carpenente, J. A., Elefant, C., Kim, J., & Gold, C. (2015). Common characteristics of Improvisational approaches in music therapy for children

- with autism spectrum disorder: Developing treatment guidelines. *Journal of Music Therapy*, 52(2), 258-281.
- Geretsegger, M., Mossler, K. A., Bieleninik, L., Chen, X. J., Heldal, T. O., Gold, C. (2017). Music therapy for people with autism spectrum disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, CD004381. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004381.pub4>
- Ghasemtabar, S. A., Yadegari, F., & Khoei, E. M. (2015). The Effect of music therapy on social interaction and stereotypic behavior in children with autism. *Iranian Journal of Child Neurology*, 9(4), 25-32.
- Ghasemtabar, S. N., Hosseini, M. S., Rostami, R., & Pournaghash-Tehrani, S., (2015). The effectiveness of music therapy in improving the social skills of children with autism disorder. *International Journal of Pediatrics*, 3(5.1), 921-928.  
<https://doi.org/10.22038/ijp.2015.4275>
- Gibbs, R., DeFilippis, M., & Thorpe, D. E. (2018). Effects of a music therapy group intervention on enhancing social skills in children with autism. *Journal of Music Therapy*, 55(3), 270-297. <https://doi.org/10.1093/jmt/thy005>
- Gibbs, V., Aldridge, D., Chandler, C., Wigram, T., & Arnold, C. (2018). Music therapy and autism: Understanding the mechanisms of change. *Frontiers in Psychology*, 9, 1694. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01694>
- Greenspan, S. I., & Shanker, S. G. (2004). Sensory integration and self-regulation in infants and toddlers: Helping very young children interact with their environment. *Zero to Three*, 24(5), 1-13.
- Gutierrez-Jimenéz, S., & Franco, V. (2018). MUSIC THERAPY IN EARLY INTERVENTION - A FAMILY PERSPECTIVE. *Advances in Social Sciences Research Journal*, 5(4). <https://doi.org/10.14738/assrj.54.4420>



- Holck, U. (2002). Children with autism and musical activities. In T. Wigram, I. N. Pedersen, & L. O. Bonde (Eds.), *A Comprehensive Guide to Music Therapy: Theory, Clinical Practice, Research and Training* (pp 182-193). Jessica Kingsley Publishers.
- Imankhah, S., & Rassafiani, M. (2018). Effectiveness of music therapy on sensory processing disorders in autism: A randomized controlled trial. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 33(2), 67-76. <https://doi.org/10.1177/1088357616689558>
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *The Nervous Child*, 2, 217-250.
- Keehn, B., Westerfield, M., Müller, R. A., & Townsend, J. (2017). Autism, attention, and alpha oscillations: An electrophysiological study of attentional capture. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 2(6), 528–536.
- Kim, J., Wigram, T., & Gold, C. (2008). The effects of improvisational music therapy on joint attention behaviours in autistic children: a randomized controlled study. *Journal of autism and developmental disorders*, 38(9), 1758-1766.
- Kuhl, P. K., Tsao, F. M. & Liu, H. M. (2003). An association between mother's speech clarity and infant's speech discrimination skills. *Development Science*, 6: F1-F10. <https://doi.org/10.1111/1467-7687.00275>
- LaGasse AB, Hardy MW (2013) Improvisational music therapy for autism spectrum disorder: a synthesis of current evidence. *Journal of Music Therapy* 50(4):263-92. <https://doi.org/10.1093/jmt/50.4.263>
- LaGasse, A. B. (2015) Music therapy for children with autism: An overview. *Music Therapy Perspectives*, 33(1), 31-38.
- LaGasse, A. B. (2015). Effects of improvisational music therapy vs enhanced standard care on symptom severity among children with autism spectrum disorder: The TIME-A

- randomized clinical trial. *JAMA*, 314(13), 1340-1348.  
<https://doi.org/10.1001/jama.2015.11830>
- LaGasse, A. B. (2015). Effects of music therapy on individuals with autism spectrum disorder: A systematic review. *Journal of Music Therapy*, 52(2), 56-70.  
<https://doi.org/10.1093/jmt/thv002>
- LaGasse, A. B. (2016). Music therapy for individuals with autism spectrum disorder: A systematic review. *Journal of Music Therapy*, 53(1), 26-54.
- Lakes, K. D., Allen, T., Laugeson, E. A., & Strauss, M. S. (2019). The efficacy of music therapy techniques in the treatment of individuals with autism spectrum disorder: A systematic review. *Psychology of Music*, 47(4), 535-551.  
<https://doi.org/10.1177/0305735618785877>
- Lakes, K. D., Holochwost, S. J., & Kilpatrick, L. A. (2019). The effect of a novel music and movement program on the spontaneous communication of children with autism spectrum disorder. *Journal of Music Therapy*, 56(2), 123-149.  
<https://doi.org/10.1093/jmt/thy020>
- Leão, E. G., & Silva, F. A. (2019). Musicoterapia: uma revisão sistemática da literatura científica. *Revista Ciências da Saúde*, 11(2), 63-73.
- Lee, J. and McFerran, K. (2012). The improvement of non-verbal communication skills of five female with profound and multiple disabilities using song-choices in music therapy. *Voices: A World Forum for Music Therapy* 12(3).
- Liberalesso, P. (2020). Perguntas e respostas: Transtorno do espectro autista. Curso *online* organizado por IEPSIS.
- Malheiros, G. C., Pereira, M. L. C., Mansur, M. C., Mansur, O. M. F. de C., & Nunes, L. R. de O. de P. (2017). Benefícios da intervenção precoce na criança autista. *Revista*

*Científica Da Faculdade De Medicina De Campos*, 12(1), 36–44.

<https://doi.org/10.29184/1980-7813.rcfmc.121.vol.12.n1.2017>

- Malloch, S., Trevarthen, C. (2009). Musicality: communicating the vitality and interests of life. In: Malloch, s.; Trevarthen, c. (Eds.) *Communicative musicality: exploring the basis of human companionship* (p. 1-10). Oxford University Press.
- Maybelle Swaney, M. B. (2020). Four Relational Experiences in Music Therapy with Adults with Severe and Profound Intellectual Disability. *Music Therapy Perspectives*.
- McFerran, K.S. & Shoemark, H. (2013). How musical engagement promotes well-being in education contexts: The case of a young man with profound and multiple Disabilities. *International Journal of Qualitative Studies in Health and Well-being* 8, 1-14.
- Miller, L. J., Anzalone, M. E., Lane, S. J., Cermak, S. A., & Osten, E. T. (2007). Concept evolution in sensory integration: A proposed nosology for diagnosis. *American Journal of Occupational Therapy*, 61(2), 135-140.
- <https://doi.org/10.5014/ajot.61.2.135>
- Ministério da Justiça (2009). Decreto-Lei n. ° 281/2009, de 6 de outubro de 2009. *Diário da República* n. ° 197, Série I, p. 7223-7227.
- 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>
- Nicholls, D. (2002). *Music therapy in neurological rehabilitation settings: A guide to practice*. Jessica Kingsley Publishers.
- NIMH. (2021). Autism Spectrum Disorder. Retirado de <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/autism-spectrum-disorders-asd/indez.shtml>

- Nordoff, P., & Robbins, C. (1977). *Creative Music Therapy: Individualized Treatment for the Handicapped Child*. John Day Company.
- Nordoff, P., & Robbins, C. (1985). *Therapy in Music for Handicapped Children*. Victor Gollancz.
- Nordoff, P., & Robbins, C., & Marcus, M. (2007). *Creative music therapy: A guide to fostering clinical musicianship*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- OLDFIELD, A. (Ed.). *Music Therapy with Children and their Families*. London: Jessica Kingsley Publishers, 2006.
- Partanen E, Kujala T, Tervaniemi M, Huotilainen M (2013) Prenatal Music Exposure Induces Long-Term Neural Effects. PLoS ONE 8(10): e78946.
- Paul, D. K., Ray, D., & Hazra, A. (2015). Effect of music therapy on social interaction behavior in children with autism. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 37(2), 117-120. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.155605>
- Paul, P., Sahoo, S. K., & Khess, C. R. (2015). Effect of music therapy on the social skills of individuals with autism spectrum disorder. *International Journal of Scientific Research*, 4(9), 277-279. <https://doi.org/10.15373/22778179/Sept2015/95>
- Randall, P., & Parker, J. (1999). *Supporting Families of Children with Autism*. Chichester: John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1017/S1360641700272407>
- Rimland, B. (1964). *Infantile Autism: The Syndrome and Its Implications for a Neural Theory of Behavior*. Appleton-Century-Crofts.
- Robbins, C., & Oden, J. (2015). *The Nordoff-Robbins approach to music therapy: Clinical improvisation and group work*. Jessica Kingsley Publishers.
- Rocha, H. (2020). *Ciclo de Intervenção Precoce na Infância*. Formação organizada pelo Instituto Piaget.

- Rogers, S. J. (1998). Neuropsychology of autism in young children and its implications for early intervention. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 4(2), 104-112.
- Rogers, S. J., & Ozonoff, S. (2005). Annotation: What do we know about sensory dysfunction in autism? A critical review of the empirical evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(12), 1255-1268. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01431>
- Rogers, S. J., Dawson, G. (2014). *Intervenção Precoce em Crianças com Autismo. Modelo Denver para a promoção da linguagem, da aprendizagem e da socialização*. LIDEL.
- Rogers, S. J., Dawson, G., & Vismara, L. A. (2015). *Autismo, compreender e agir em família*. LIDEL.
- Rogers, S. J., Williams, J. H. G. (2006). Imitation in autism: Findings and controversies. In S. J. Rogers & J. H. G. Williams (Eds.), *Imitation and the social mind: Autism and typical development*. (pp. 227-309). New York: Guilford Press.
- Rojahn, J., Hoch, T.A., Hochodore, A. And Schroeder, S.R. (2008). *Self-Injurious Behavior in Intellectual Disabilities*. Elsevier.
- Rossignol, D. A. (2009). Novel and emerging treatments for autism spectrum disorders: A systematic review. *Annals of Clinical Psychiatry*, 21(4), 213-236.
- Rubia Ortiz, J. E., García-Pardo, M. P., Leal Costa, C., García-Caro, M. P., & Ortega-Moreno, M. (2017). Music therapy intervention in the treatment of the major depressive disorder patient. *Journal of affective disorders*, 217, 178–185. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.019>
- Rudd, E. (1990). *Os Caminhos da Musicoterapia*. São Paulo: Summus Editorial.

- Salomon, R., & Elefant, C. (2019). The effectiveness of music-based interventions in the improvement of social communication skills of children with autism spectrum disorder: A meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(11), 4568-4583. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04253-5>
- Salomon-Gimmon, M., & Elefant, C. (2018). Development of vocal communication in children with autism spectrum disorder during Improvisational music therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*.
- Santos, J. (2007). *Ensinaram-me a ler o mundo à minha volta*. Assírio & Alvim.
- Sarkar, S., & Biswas, A. (2015). Music Therapy: A review. *International Journal of Nursing Education and Research*, 3(1), 33-37.
- Schwartzberg, D. & Silverman, M. J. (2016). Effectiveness of music interventions on socialization behaviours of individuals with autism spectrum disorders: A systematic review. *Journal of Music Therapy*, 53(1), 28-50. <https://doi.org/10.1093/jmt/thv037>
- Schwartzberg, E. T., & Silverman, M. J. (2016). The effects of music therapy on social interaction behaviours in children with autism spectrum disorder. *Journal of Music Therapy*, 53(1), 93-118. <https://doi.org/10.1093/jmt/thv042>
- Sena, A. A. (2018). A importância da improvisação no modelo Nordoff-Robbins. *Anais do Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia*, 8, 1-7.
- Sharda, M., Midha, R., Malik, S., & Mukerji, S. (2018). Music therapy for children with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Nordic Journal of Music Therapy*, 27(4), 306-332. <https://doi.org/10.1080/08098131.2018.1460303>
- Sigafoos, J., & Lancioni, G. E. (2008). *Music therapy for children with autism spectrum disorder* (pp. 25-42). Jessica Kingsley Publishers.

- Silva, M. S. S. (2003). *Desenvolvimento da comunicação e linguagem: conceitos, teorias e práticas*. Wak.
- Silveira, R. (2021). Curso de análise do comportamento aplicada e estratégias naturalistas. Formação organizada por Instituto Singular.
- Spiro, N., & Himberg, T. (2016). *Improvisational music therapy: An overview of practice and research*. In B. L. Wheeler (Ed.), *Music therapy handbook* (pp. 375-386). Guilford Press.
- Spiro, N., & Himberg, T. (2016). *Music Therapy in the Assessment and Treatment of Autism Spectrum Disorder: Clinical Application and Research Evidence*. In E. B. Mistrett (Ed.), *Music Therapy Research* (pp. 229-250). Barcelona Publishers.
- Srinivasan, S. M., Eigsti, I. M., Gifford, T., & Bhat, A. N. (2016). The effects of embodied rhythm and robotic interventions on the spontaneous and responsive social attention patterns of children with autism spectrum disorder (ASD): A pilot randomized controlled trial. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 27, 54-72.  
<https://doi.org/10.1016/j.rasd.2016.04.001>
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. Basic Books.
- Swaney, K. (2020). *Music therapy and mental health: Listening to the connection*. Routledge.
- Tamis-LeMonda, C. S., Bornstein, M. H., & Baumwell, L. (2001). Maternal responsiveness and children's achievement of language milestones. *Child Development*, 72(3), 748-767.
- Thaut, M. H. (1998). Music therapy for children with autistic spectrum disorders. In B. L. Wheeler (Ed.), *Music Therapy Research: Quantitative and Qualitative Perspectives* (pp. 240-257). Gilsum, NH: Barcelona Publishers.

- Thaut, M. H. (2015). Neurologic music therapy in cognitive rehabilitation. *Music Perception: An Interdisciplinary Journal*, 32(2), 188-195.
- Thompson, G.A., McFerran, K.S., & Gold, C. (2014). Family-centered music therapy to promote social engagement in young children with severe autism spectrum disorder: A randomized controlled study. *Child: Care, Health and Development*, 40(6), 840-852.
- Tiwari, A. & Sharma, a. (2022). Music therapy: Na overview of research evidence and its potential in mental health treatment. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 44(1), 1-8.
- Trevarthen, C., & Aitken, K. J. (2001). Infant Intersubjectivity: Research, Theory and Clinical Applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 42(1): 3–48.  
<https://doi.org/10.1017/s0021963001006552>
- Vismara, L. A., Colombi, C., & Rogers, S. J. (2009). Can 1 hour of therapy lead to lasting changes in young children with autism? *Autism, The International Journal of Research and Practice*, 13, 93-115.
- Vivanti, G., Paynter, J., Duncan, E., Fotheringham, J., Dissanayake, C., & Rogers, S. J. (2018). Effectiveness and feasibility of the early start Denver model implemented in a group-based community childcare setting. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(9), 1000-1010. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12889>
- Wan, C. Y., Schlaug, G., & Music, T. (2010). The effect of music therapy on the cognitive and behavioral outcomes of healthy older adults: A preliminary study. *Aging & mental health*, 14(8), 899-906. <https://doi.org/10.1080/13607861003778878>



- Watson, T. (2007). Music Therapy with Children and Adolescent in Medical Settings. In B. L. Wheeler (Ed.), *Music Therapy Research* (2nd ed., pp. 373-394). Barcelona Publishers.
- Wheeler, B. L. (2005). *Nordoff-Robbins music therapy: The method in action*. Jessica Kingsley Publishers.
- Wheeler, B. L., Williams, K. T., Seida, J. K., & Ospina, M. B. (2008). Music therapy for children with autism spectrum disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD004381.
- Wheeler, B. L.; Murphy, K. M. (Eds.). *Music Therapy Handbook*. New York: Guilford Press, 2005.
- Wheeler, B.L. (2013). Individuals with Severe and Multiple Disabilities. In M. Hintz (ed.) *Guidelines for Music Therapy Practice in Developmental Health*. NH: Barcelona Publishers.
- Wigram, T. (2002). Indications in music therapy. Evidence from Assessment that can identify the expectations of music therapy as a treatment for autistic Spectrum Disorder (ASD): Meeting the challenge of evidence-based practice. *British Journal of Music Therapy*, 16(1), 11-28.
- Wigram, T. (2004). *Improvisation: Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators, and Students*. Jessica Kingsley Publishers.
- Wigram, T. (2007). Music therapy in health and education. *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 127(3), 125-131.
- Wigram, T., & Dileo, C. (2007). *Music therapy: An art beyond words*. Routledge.
- Wigram, T., & Elefant, C. (2009). Therapeutic dialogues in music: Nurturing musicality of communication in children with autistic Spectrum Disorder and Rett syndrome. In S.

- Malloch & C. Trevarthen (Eds), *Communicative musicality: Exploring the basis of human companionship* (pp. 423-446). Oxford University Pr.
- Wigram, T., & Gold, C. (2007). Music therapy in the assessment and treatment of autistic spectrum disorder: Clinical application and research evidence. *Child: Care, Health, and Development*, 33(5), 593-605.
- Wigram, T., Pederson, I.N. and Bonde, L.O. (2002). *A Comprehensive Guide to Music Therapy: Theory, Clinical Practice, Research and Training*. Jessica Kingsley Publishers.
- Wilson, S. (1999). The Nordoff-Robbins approach to music therapy. Current concept and Practice. *Music Therapy Perspectives*, 17(2), 77-83.
- Zhang, C. (2023). The role of musical improvisation in the development of creative thinking in children. *Culture and Education*. <https://doi.org/10.1080/11356405.2023.2200528>

**ANEXOS**

---



## **LISTA DE ANEXOS**

- Anexo A** - Grelha de avaliação da intervenção da musicoterapia
- Anexo B** - Escala de comunicabilidade musical de Nordoff-Robbins
- Anexo C** - História sonoro-musical
- Anexo D** - Requerimento de autorização de registo em vídeo/áudio das sessões de musicoterapia
- Anexo E** - Plano terapêutico em musicoterapia
- Anexo F** - Registo de sessão



**ANEXO A**

---

Grelha de avaliação da intervenção da musicoterapia





**Programa da AAUPI**  
**GRELHA DE AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO DA MUSICOTERAPIA**  
**(Musicoterapeuta da AAUPI: Eduarda Carvalho, 2004)**

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_ **Examinador:** \_\_\_\_\_

CATEGORIAS	OBJECTIVOS TERAPÊUTICOS	AVALIAÇÃO		
		NA	EA	A
<b>1-Contacto Relacional</b>	Adere ao contacto			
	Inicia o contacto			
	Mantém-se referenciado			
<b>2-Contacto com os objetos musicais</b>	Manipula apropriadamente os instrumentos musicais			
	Não apresenta estereotipias			
	Interage através dos objectos			
<b>3-Expressão Corporal / Funcionamento Motor</b>	Revela destreza, agilidade e coordenação motora			
	Revela intencionalidade e antecipação nos movimentos			
	Revela contingência nos movimentos			
	Não apresenta maneirismos nem estereotipias			
	Bate as palmas ajustando-se à pulsação			
	Coordena a marcha segundo o andamento musical			
<b>4-Sensibilidade Sonoro-Musical</b>	Reconhece a fonte emissora do som			
	Reage às interrupções de emissão sonora			
	Reconhece as alterações de timbres e fontes sonoras			
	Não apresenta hipossensibilidade sonoro-Musical			
	Não apresenta hipersensibilidade sonoro-Musical			
<b>5-Emissão e Expressão Vocal</b>	Emite sons do tracto oro-faríngeo			
	Emite vocalizações com largo espectro e Expressividade			
	Emite vocalizações contingentes			
	Não apresenta estereotipias vocais			
	Canta canções do seu repertório familiar			
	Vocaliza ou entoa canções, ajustando-se ao andamento e pulsação musicais			
<b>6-Produção Musical Instrumental</b>	Toca ajustando-se à pulsação e ao andamento musicais			
	Bate com as palmas das mãos nos instrumentos de percussão			
	Utiliza adequadamente as baquetas do xilofone			
	Produz harpejos nos instrumentos de Corda			

CATEGORIAS	OBJECTIVOS TERAPÊUTICOS	AVALIAÇÃO		
		NA	EA	A
	Emite sons nos instrumentos de sopro			
<b>7-Imitação</b>	Imita sons vocais com diferentes frequências			
	Repete frases rítmicas			
	Repete frases melódicas			
	Imita gestos sincronizados com curvas melódicas ou padrões rítmicos			
<b>8-Reciprocidade</b>	Ajusta-se de forma sincrónica às improvisações musicais do seu interlocutor			
	Adere a jogos musicais de alternância-tipo pergunta- resposta			
	Espera a sua vez e dá a vez			
	Re-inicia os diálogos musicais			
	Interrompe a produção musical de forma contingente e previsível			
<b>9-Reacção e Adaptação à Mudança</b>	Reage às interrupções musicais			
	Reage às alterações dos parâmetros musicais			
	Ajusta-se musicalmente às alterações musicais			
<b>10-Inovação e Criatividade</b>	Altera intencionalmente as suas produções musicais			
	Apresenta ideias musicais novas			
<b>11-Comunicação Verbal</b>	Revela compreensão de pedidos e ordens			
	Verbaliza de modo contingente			
	Não revela estereotípias verbais			
	Verbaliza pedidos			
	Verbaliza sentimentos			
<b>12-Comportamento Emocional</b>	Revela capacidade de auto-regulação emocional através da música			
	Reconhece as alterações da tonalidade afectiva da música			
	Revela capacidade de expressão afectiva			
<b>13-Actividade Simbólica</b>	Adere adequadamente a jogos musicais de carácter inter-modal			
	Revela sensibilidade aos ambientes sonoro-musicais para ampliar a experiência do jogo simbólico			
	Adere à construção de histórias musicais através da criação de canções temáticas			
	Re-cria cenários sonoro-musicais para ampliar a actividade simbólica			

**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 (ij): mais sustentadas e musicalmente relacionadas.					
(2) Respostas evocadas (i): fragmentadas, passageiras.					
(1) Nenhuma resposta musicalmente comunicativa				Não ativo.	



**ANEXO C**

---

História sonoro-musical





## HISTÓRIA SONORO-MUSICAL

Dados da criança
Nome:
Data de nascimento:
Naturalidade:
Residência (basta a freguesia):
Jardim de infância:

Dados dos progenitores
<b>A Mãe:</b>
Nome:
Idade:
Naturalidade:
Residência:
Profissão:
<b>O Pai:</b>
Nome:
Idade:
Naturalidade:
Residência:
Profissão:

### *Sobre o período de gestação...*

1. Como descreveria o ambiente sonoro da casa ao longo do período de gestação?
2. A mãe tinha o hábito de conversar com o bebé, cantar ou tocar algum instrumento?

### *Sobre o bebé / criança...*

3. Teve alguma canção de embalar? Se sim, qual foi?
4. Gosta de música? Se sim, que músicas costuma ouvir?
5. Tem alguma música favorita que gosta de ouvir ou que lhe cantem?
6. Tem alguma música que sirva especialmente o propósito de acalmá-lo quando está agitado?
7. Com que frequência ouve música?

8. Costuma ouvir música ou cantar quando estão em viagem?
9. Há alguma música que não goste ou que rejeite?
10. Há algum género musical que a criança rejeite ou a que reaja mal?
11. Tem aula ou laboratório de música no jardim de infância?
12. Tem algum contacto com instrumentos musicais? Se sim quais?
13. Há algum instrumento musical (considerando a própria voz como um instrumento) de que goste especialmente?
14. Há algum instrumento musical (considerando a própria voz como um instrumento) de que não goste?

***Sobre a família...***

15. Alguém toca algum instrumento na família? Se sim, quem e qual?
16. Têm alguma música que costumem tocar ou cantar por ocasião de reuniões familiares?

***Sobre o ambiente sonoro da casa...***

17. Que sons predominam em vossa casa?
18. Quais os sons de que a criança mais gosta e como reage, habitualmente, a eles?
19. Quais os sons que rejeita e como reage habitualmente a eles?

**Outras observações que julgue pertinente:**

**ANEXO D**

---

Requerimento de autorização de registo em vídeo/áudio das sessões de musicoterapia



## DECLARAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, pai / mãe / representante legal / encarregado (a) de educação do(a) \_\_\_\_\_ (riscar o que não interessar), declaro para os devidos efeitos que autorizo a gravação em vídeo/áudio das sessões de intervenção em Musicoterapia a realizar no Centro de Desenvolvimento da Criança Professor Torrado da Silva – Hospital Garcia de Orta, no âmbito do estágio curricular do Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, para efeitos de supervisão do trabalho realizado.

Os registos das referidas sessões serão geridos em regime de confidencialidade nas sessões de supervisão deste estágio, sendo destruídos após o término deste e a defesa do respetivo relatório.

Declaro ainda que fui informado(a) de que estas gravações serão utilizadas única e exclusivamente para efeitos de supervisão ou formação profissional no contexto do trabalho terapêutico realizado, que serão geridas em regime de confidencialidade, sendo destruídas após o término do mesmo e a defesa do respetivo relatório, bem como que obtive respostas suficientemente esclarecedoras, por parte dos técnicos responsáveis, para as questões por mim colocadas acerca deste projeto.

Sem prejuízo do que ora se autoriza, fica salvaguardada a possibilidade de, a qualquer momento, eu poder decidir pela interrupção destes registos, sem que isso interfira com o usufruto das sessões de Musicoterapia proporcionadas pela estagiária.

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Lisboa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Ao Exm<sup>o</sup>(<sup>a</sup>) Sr(<sup>a</sup>)

Caro(a) Senhor(a),

A instituição \_\_\_\_\_, onde o/a \_\_\_\_\_, sob representação legal de V<sup>a</sup> Ex<sup>a</sup>, 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

**ANEXO E**

---

Plano terapêutico em musicoterapia





**PLANO TERAPÊUTICO EM MUSICOTERAPIA****NOME DO UTENTE:** \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_ INÍCIO DO TRATAMENTO: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

INFORMAÇÕES PRIORITÁRIAS:		
PROBLEMA Nº 1:		
OBJECTIVO:		
SUB-OBJECTIVOS:		
PROBLEMA Nº 2:		
OBJECTIVO:		
SUB-OBJECTIVOS:		
PROBLEMA Nº 3:		
OBJECTIVO:		
SUB-OBJECTIVOS:		



**ANEXO F**

---

Registo de sessão



**REGISTO DE SESSÃO INDIVIDUAL - MT****NOME DO UTENTE:** \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_ TERAPEUTA: \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÃO DIRECTA DO UTENTE:

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DA SESSÃO:

TEMAS CENTRAIS:

NOVIDADES OU MUDANÇAS:

MÚSICA PRODUZIDA (instrumentos, repertório)

REAÇÕES PESSOAIS:

A FAZER/PREPARAR...