

Universidades Lusíada

Júlio, Inês de Deus Brotas Vilhena, 1996-

A família como parte integrante do processo musicoterapêutico com crianças do espectro do autismo

<http://hdl.handle.net/11067/7824>

Metadados

Data de Publicação

2024

Resumo

O documento presente objetiva a descrição do estágio que foi realizado no Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa. Decorreu no Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva (CDC), inserido no Hospital Garcia de Orta, com crianças com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) e as respetivas famílias. Este relatório pretende demonstrar a eficácia terapêutica da musicoterapia em crianças com PEA, em contexto hospitalar, tendo por base objetivos relacionados com as áreas d...

This document describes the internship that was carried out as part of the Master's in Music Therapy at the Lusíada University of Lisbon. It took place at the Torrado da Silva Child Development Center (CDC), part of the Garcia de Orta Hospital, with children with Autism Spectrum Disorder (ASD) and their families. This report aims to demonstrate the therapeutic effectiveness of music therapy for children with ASD, in a hospital setting, based on objectives related to the areas of communication an...

Palavras Chave

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

Tipo

masterThesis

Revisão de Pares

Não

Coleções

[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2025-04-02T09:15:15Z com informação proveniente do Repositório



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

**A família como parte integrante do processo musicoterapêutico
com crianças do espectro do autismo**

Realizado por:
Inês de Deus Brotas Vilhena Júlio

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

Orientado por:
Dr.^a Anabela Gonçalves Farias Monginho

Constituição do Júri:

Presidente: Professora Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Supervisora: Professora Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer
Arguente: Professora Doutora Ana Rita Laureano Maia

Dissertação aprovada em: 31 de janeiro de 2025

Lisboa

2024



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

**A família como parte integrante do processo
musicoterapêutico com crianças do espectro do
autismo**

Inês de Deus Brotas Vilhena Júlio

Lisboa

Agosto 2024



UNIVERSIDADE LUSÍADA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Musicoterapia

**A família como parte integrante do processo
musicoterapêutico com crianças do espectro do
autismo**

Inês de Deus Brotas Vilhena Júlio

Lisboa

Agosto 2024

Inês de Deus Brotas Vilhena Júlio

A família como parte integrante do processo musicoterapêutico com crianças do espectro do autismo

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

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

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

Lisboa

Agosto 2024

FICHA TÉCNICA

Autora Inês de Deus Brotas Vilhena Júlio

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

Orientadora de estágio Dr.^a Anabela Gonçalves Farias Monginho

Título A família como parte integrante do processo musicoterapêutico com crianças do espectro do autismo

Local Lisboa

Ano 2024

CASA DO CONHECIMENTO DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

JÚLIO, Inês de Deus Brotas Vilhena, 1996-

A família como parte integrante do processo musicoterapêutico com crianças do espectro do autismo / Inês de Deus Brotas Vilhena Júlio ; supervisionado por Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer ; orientado por Anabela Gonçalves Farias Monginho. - Lisboa : [s.n.], 2024. - Relatório de estágio do Mestrado em Musicoterapia, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

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

II - MONGINHO, Anabela Gonçalves Farias, 1971-

LCSH

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

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

LCC

1. ML3920.J85 2024

Ao meu querido pai

Agradecimentos

À minha mãe, irmão e avô que são parte de mim e me incentivaram a chegar até onde cheguei.

Ao meu namorado que me apoiou de uma forma incondicional, motivando-me sempre que o caminho se tornava difícil e fazendo-me acreditar no meu potencial.

Às minhas queridas primas, que são como irmãs e nunca me deixam ir abaixo.

Às minhas queridas cunhadas e sogros por todo o apoio durante este percurso.

Às minhas amigas de coração, que estão sempre prontas para mim a qualquer hora e momento e que sem elas não conseguiria chegar até aqui.

A toda a minha família que fez parte deste percurso e me apoiou sem nunca duvidar de mim.

Ao corpo docente e não docente e em especial à direção e coordenação do departamento do pré-escolar do Agrupamento de Escolas da Ordem de Santiago, que facilitou sempre a minha condição de trabalhadora-estudante e compreendeu as necessidades que o mestrado exigiu.

À Professora Teresa Leite, pelo enorme privilégio que foi partilhar os seus conhecimentos com os alunos e a transmissão da paixão pela musicoterapia que tanto a impulsiona a lutar por esta profissão. Agradecer também pela supervisão essencial durante o decorrer do estágio para realizarmos o melhor trabalho possível e a redação deste relatório. À professora Susana Jimenez, professora Ana Rita Maia, professora Eduarda Carvalho, professor Alexandre Diniz e restante corpo docente do mestrado por toda a transmissão de conhecimentos, pelo empenho, dedicação e orientação.

Aos meus colegas de mestrado, que eu admiro muito e se tornaram verdadeiros amigos que levo para a vida, pois sem o seu apoio nada disto poderia ter acontecido.

À Dra. Anabela Farias pelo prazer de ter aprendido tanto e por toda a tranquilidade que me transmitiu ao longo do estágio, dando-me sempre forças para continuar, demonstrando sempre a sua dedicação com as famílias e crianças transmitindo-me esse exemplo.

À equipa do Centro de Desenvolvimento da Criança Professor Torrado da Silva, que me integraram como se já estivesse na equipa há muito tempo e confiaram no meu trabalho.

Por fim, mas não menos importante, às famílias e crianças fantásticas com quem tive o prazer de trabalhar ao longo deste estágio e que nunca esquecerei.

Resumo

O documento presente objetiva a descrição do estágio que foi realizado no Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa. Decorreu no Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva (CDC), inserido no Hospital Garcia de Orta, com crianças com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) e as respetivas famílias.

Este relatório pretende demonstrar a eficácia terapêutica da musicoterapia em crianças com PEA, em contexto hospitalar, tendo por base objetivos relacionados com as áreas da comunicação e interação social.

Primeiramente apresenta-se a caracterização da instituição e a população do estágio, de seguida é realizado um enquadramento teórico sobre a PEA e comorbilidades, a definição de musicoterapia na PEA e centrada na família, modelos e técnicas, focando no modelo de base da intervenção (Modelo Nordoff-Robbins) e objetivos do estágio.

Posteriormente, é apresentada a metodologia que inclui os participantes, instrumentos de avaliação (escala de comunicabilidade de Nordoff-Robbins e a grelha de observação em musicoterapia), os procedimentos com as diferentes fases, recursos, métodos e técnicas, a agenda semanal, dois estudos de caso, outras intervenções realizadas, a discussão, conclusão e reflexão final.

A reavaliação final, com os mesmos instrumentos de avaliação, demonstrou melhorias significativas em praticamente todos os casos, destacando a importância da Musicoterapia em crianças com PEA e as suas famílias no contexto hospitalar.

Palavras-chave: Musicoterapia, Perturbação do Espectro do Autismo, Musicoterapia Centrada na Família

Abstract

This document describes the internship that was carried out as part of the Master's in Music Therapy at the Lusíada University of Lisbon. It took place at the Torrado da Silva Child Development Center (CDC), part of the Garcia de Orta Hospital, with children with Autism Spectrum Disorder (ASD) and their families.

This report aims to demonstrate the therapeutic effectiveness of music therapy for children with ASD, in a hospital setting, based on objectives related to the areas of communication and social interaction.

Firstly, a description of the institution and the internship population is presented, followed by a theoretical framework on ASD and comorbidities, the definition of music therapy in ASD and family-centered music therapy, models and techniques in music therapy, focusing on the Nordoff-Robbins Model as the basis for the entire intervention and the objectives of the internship.

The methodology is then presented, including the participants, assessment instruments (Nordoff-Robbins communicability scale and the music therapy observation grid), the procedures with the different phases, resources, methods and techniques, the weekly agenda, two case studies, other interventions carried out, the discussion, conclusion and final reflection.

At the end of the process, a reassessment was carried out using the same assessment tools, which showed significant improvements in practically all cases, reinforcing the importance of music therapy intervention for children with ASD, including their families, in a hospital setting.

Keywords: Music Therapy, Autism Spectrum Disorder, Family-Centered Music Therapy

“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós”.

Antoine de Saint- Exupéry

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Identificação dos participantes.....	33
Tabela 2 - Agenda Semanal	34
Tabela 3 - Plano de Intervenção da Margarida	40
Tabela 4 - Plano de Intervenção do Francisco	56

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

APA - American Psychiatric Association

AVD – Atividade de Vida Diária

ADOS - Autism Diagnostic Observation Schedule

AGDP – Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor

APMT – Associação Portuguesa de Musicoterapia

CDC - Centro de Desenvolvimento da Criança Professor Torrado da Silva

DSM-3 - Diagnostic and statistical manual of mental disorders

DSM-5 - Diagnostic and statistical manual of mental disorders

ISO – Identidade Sonoro Musical

IPI- Intervenção Precoce da Infância

HGO – Hospital Garcia de Orta

PEA - Perturbação do Espectro do Autismo

PHDA - Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

POC – Perturbação Obsessiva Compulsiva

PPS – Perturbação do Processamento Sensorial

PDI – Perturbação do Desenvolvimento Intelectual

SNIPi - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

Sumário

Agradecimentos.....	IX
Resumo.....	XI
Abstract	XIII
Lista de Tabelas.....	XVII
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos	XIX
Introdução	1
Caracterização da instituição.....	3
Centro de Desenvolvimento da Criança Professor Torrado da Silva	3
Descrição da população- alvo	9
Enquadramento Teórico	11
Perturbação do Espectro do Autismo	11
Comorbilidades	15
Musicoterapia	15
Musicoterapia na Perturbação do Espectro do Autismo	17
Musicoterapia Centrada na Família.....	19
Modelos e Técnicas em Musicoterapia	19
Modelo Nordoff-Robbins	22
Objetivos do Estágio	25
Metodologia	27
Participantes	27

Instrumentos de Avaliação	27
Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins.....	28
Questionário Sonoro Musical de Benenzon.....	28
Grelha de Avaliação da Intervenção da Musicoterapia	28
Procedimentos	29
Fases do Estágio.....	29
Recursos necessários	31
Modelos, Métodos e Técnicas	32
Agenda Semanal.....	33
Estudos de Caso	35
Estudo de Caso 1	35
Identificação do Caso da Margarida	35
História Sonoro-Musical.....	37
Avaliação inicial	38
Plano de Intervenção da Margarida	40
Processo Terapêutico da Margarida.....	40
Resultados.....	45
Discussão	47
Conclusão.....	48
Estudo de Caso 2	48
Identificação do Caso do Francisco	49
História Sonoro-Musical.....	53

Avaliação inicial	53
Plano de Intervenção do Francisco	55
Processo Terapêutico do Francisco.....	56
Resultados	60
Discussão	62
Conclusão.....	63
Outras intervenções.....	65
Nuno	65
Vânia.....	66
Paulo	68
Miguel.....	70
Luís	72
Salvador.....	73
Manuel.....	75
Lucas.....	76
Outras atividades.....	79
Discussão.....	81
Conclusão.....	83
Reflexão Final	85
Referências Bibliográficas	87
ANEXOS.....	93
LISTA DE ANEXOS	95

ANEXO A	97
ANEXO B	101
ANEXO C	105
ANEXO D	113
ANEXO E.....	117
ANEXO F.....	123
ANEXO G	127

A família como parte integrante do processo musicoterapêutico com crianças do espectro do autismo

O presente relatório de estágio insere-se no âmbito do estágio curricular relativo ao 2º ano de Mestrado em Musicoterapia, da Universidade Lusíada que iniciou em outubro de 2023 e terminou em julho de 2024. Este relatório tem como principal objetivo descrever a intervenção de Musicoterapia em crianças com idade pré-escolar com suspeita ou diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) que decorreu no Centro de Desenvolvimento da Criança Professor Torrado da Silva (CDC), inserido no Hospital Garcia de Orta (HGO).

Segundo Ilari (2006) a música exerce um papel importante nas relações interpessoais. A música é um fenómeno social que tem vindo a demonstrar anos de tradições consoante as diferentes sociedades e culturas no decorrer da história.

As principais características da PEA incidem num desenvolvimento deficitário relativo à interação e comunicação social e um repertório bastante restrito de atividades e interesses (Lima, 2012).

De acordo com Benenzon (1985), a musicoterapia é considerada uma psicoterapia que utiliza o som, a música e os instrumentos corpo-sonoro-musicais para estabelecer uma relação entre musicoterapeuta e paciente ou grupos de pacientes.

As crianças com PEA demonstram sensibilidade e concentração face a estímulos musicais, demonstrando respostas positivas aos mesmos (Sharda, 2018).

Na primeira parte do relatório é caracterizada a instituição, descrita a população-alvo, é feita uma revisão da literatura que inclui a Perturbação do Espectro do Autismo, Musicoterapia, Musicoterapia na Perturbação do Espectro do Autismo, Musicoterapia Centrada na Família, Modelos e Técnicas em Musicoterapia e os objetivos gerais do estágio.

É destacada a importância da intervenção precoce nas crianças com PEA que é realizada durante a idade pré-escolar (0 aos 6 anos), melhorando o prognóstico da criança, pois é aproveitada a maior janela de oportunidade relativa ao desenvolvimento e plasticidade cerebral.

Por fim, a intervenção terapêutica foi delineada tendo por base as características e necessidades particulares de cada criança tendo em conta também o envolvimento familiar que tem vindo a demonstrar o aumento da interação e comunicação entre as famílias e as crianças promovendo a transferência de comportamentos para outros contextos e transmissão de estratégias aos pais a fim de darem continuidade ao processo terapêutico.

Caracterização da instituição

O HGO abrange uma população estimada em cerca de 350 mil habitantes dos concelhos de Almada e Seixal. Alguns serviços dão resposta às populações de toda a Península de Setúbal, como nas áreas de especialidade de Neonatologia e Neurocirurgia (HGO, 2023).

O Hospital dispõe de cerca de 590 camas, distribuídas pelas especialidades e serviços de referência que apoiam outros hospitais como a Pediatria, Obstetrícia, Cirurgia Vascular, Cardiologia, Hematologia, Endocrinologia, Medicina Nuclear, Reumatologia, Ortopedia, Neurorradiologia, Nefrologia (HGO, 2023).

O HGO inclui três áreas de atividade, a área clínica, a área de formação, ensino, investigação e área de apoio à administração e apoio logístico (HGO, 2023).

A principal missão do Hospital Garcia de Orta (HGO) é prestar cuidados de saúde diferenciados aos cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades, executando definições de política de saúde a nível nacional e regional, planos estratégicos e decisões aprovadas, desenvolver atividades clínicas através da avaliação dos cuidados prestados, assegurar a cada doente cuidados necessários de acordo com as melhores práticas e desenvolver atividades de avaliação e de gestão do risco (HGO, 2023).

Centro de Desenvolvimento da Criança Professor Torrado da Silva

O estágio decorre no Centro de Desenvolvimento da Criança Professor Torrado da Silva (CDC), inserido no HGO, localizado em Almada. O Centro de Desenvolvimento da Criança, entrou em funcionamento em 2007 e é o único existente na zona Sul do País inserido no Serviço Nacional de Saúde. A principal missão é constituir um centro multidisciplinar que presta serviço de prevenção, diagnóstico e tratamento de todo o tipo de doenças neurológicas agudas e crónicas e perturbações do

desenvolvimento psicomotor com o objetivo de atender crianças e jovens em idade pediátrica, ou seja, dos 0 aos 18 anos, residentes na zona de influência do HGO (conselhos de Almada, Seixal e Sesimbra) proporcionando uma investigação, avaliação e tratamento adequados a cada caso. É oferecido um suporte médico e psicossocial às famílias que visa promover uma maior ligação com a comunidade. Importa reforçar que o CDC é um centro de referência quanto ao diagnóstico e avaliação de crianças da zona sul (CDC, 2023).

Neste centro realiza-se atividade assistencial, formativa e científica, que promove uma articulação real entre trabalho hospitalar, realizando os cuidados de saúde primários e ainda com os intervenientes a nível educativo e apoio social com o objetivo de promover a eficiência do centro como um todo e a satisfação dos utentes e profissionais (CDC, 2023).

A assistencial abrange as consultas de diferentes especialidades individualizadas (pediatria do desenvolvimento, fisioterapia, epilepsia, neuropediatria, reabilitação pediátrica e psicologia) e pluridisciplinares (abrange todos os técnicos intervenientes), intervenções terapêuticas (fisioterapia, terapia da fala, terapia ocupacional e psicomotricidade), enfermagem, serviço social e educação. A formativa abrange os estágios nas diversas áreas e especialidades. Quanto à área científica são apresentados semanalmente trabalhos e artigos no “Jornal Club” (CDC, 2023).

A equipa do CDC é formada por neuropediatras, pediatras do desenvolvimento, enfermeiros, fisiatras, assistente social, psicólogos, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais, psicomotricistas, educadores, estagiários de algumas especialidades, assim como a estagiária de musicoterapia e que articulam com os técnicos do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) (CDC, 2023).

Desta forma, o estagiário insere-se num grupo multidisciplinar destinado a crianças com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) que abrange as áreas da psicologia, terapia da fala, terapia ocupacional, psicomotricidade e educação.

A equipa denominada PEA insere-se na atividade assistencial por realizar consultas pluridisciplinares, onde as equipas de intervenção precoce participam em reuniões que são realizadas mensalmente para que exista uma constante articulação com as instituições onde as crianças estão inseridas (CDC, 2023).

Através de um protocolo existente para crianças entre os 0 e os 6 anos esta equipa observa e avalia o perfil comportamental de cada caso, nomeadamente a existência de comorbilidades, a comunicação verbal e não-verbal, interação e relacionamento social, a observação dos interesses restritos e comportamentos repetitivos, estereotipias motoras e rituais, rotinas e interesses sensoriais (CDC, 2023).

Os casos são encaminhados para a equipa PEA pela pediatra do desenvolvimento e neuropediatra quando há suspeita de PEA, para avaliarem cada caso específico. Posteriormente, os resultados são discutidos em equipa e reúne-se com a família da criança, os técnicos intervenientes e a comunidade educativa (CDC, 2023).

A avaliação dos casos com suspeita de PEA passa pela área da psicologia, especificamente pela Dr^a Anabela Farias que coordena o grupo PEA e orienta o presente estágio, que tem como instrumento de avaliação o *Autism Diagnostic Observation Schedule- ADOS*. Esta é uma escala que abrange um conjunto de atividades estandardizadas e semiestruturadas que avalia a comunicação e interação social, a observação de comportamentos repetitivos e restritos e ao jogo/uso imaginativo de materiais (CDC, 2023). Posteriormente, os casos de crianças não

verbais e que apresentem algum interesse musical são encaminhados para musicoterapia quando há suspeita ou diagnóstico de PEA.

Também é realizado pela área da psicologia e educação o espaço terapêutico com frequência bissemanal, que inclui crianças em idade pré-escolar e com um déficit acentuado na interação e relação social recíproca. É um espaço que abrange à volta de 3 a 4 crianças, com o intuito de promover a socialização entre os pares.

A primeira infância é marcada por um grande desenvolvimento a nível cerebral. O desenvolvimento e a aprendizagem decorrem com maior rapidez nos primeiros anos de vida (SNIPI, 2023).

As relações familiares e parentais vão-se construindo e é fundamental que a criança sinta segurança e bem-estar e desenvolva vinculações seguras com os pais. (SNIPI, 2023).

A Intervenção Precoce na Infância (IPI) pode-se definir como um conjunto de medidas de apoio a nível social, educacional e saúde para crianças entre os 0 e os 6 anos e as famílias com o objetivo de “melhorar as oportunidades de aprendizagem da criança, fortalecer as competências dos cuidadores e promover os recursos das famílias e da comunidade” (SNIPI, 2023).

O Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) atua juntamente com o CDC no sentido de assegurar a Intervenção Precoce na Infância que abrange a faixa etária dos 0 aos 6 anos e que demonstram problemas de desenvolvimento (CDC, 2023).

Os principais objetivos do SNIPI consistem em assegurar às crianças a proteção dos direitos e o desenvolvimento das capacidades, identificar e referenciar todas as crianças que precisam de IPI, intervir em prol das necessidades dos contextos familiares das crianças a fim de prevenir atraso no desenvolvimento, dar apoio às

famílias para facilitar o acesso aos recursos dos sistemas da segurança social, saúde e educação e envolver a comunidade com mecanismos articulados de suporte social (SNIPI, 2023).

O SNIPI tem um papel fundamental no apoio das famílias e crianças no sentido de atingirem os seus próprios objetivos e dar resposta às suas preocupações, prioridades e necessidades, na promoção do desenvolvimento em domínios chave, na melhoria da autonomia e as capacidades da criança, assim como a sua participação e envolvimento nas atividades de vida diária (AVD's) para a sua idade, contribuição para o desenvolvimento da criança, na promoção de atividades de aprendizagem significativas para a criança, na prevenção de problemas futuros e ou incapacidades (SNIPI, 2023).

A equipa do CDC preocupa-se bastante com o contexto familiar e envolvente da criança pelo que os técnicos das equipas realizam reuniões multidisciplinares interna e externamente com as equipas de intervenção precoce com o objetivo de promover a interdisciplinaridade (CDC, 2023).

Algumas crianças realizam tratamento no centro, por norma as de menor idade e com patologias mais recentes ou mais graves. É feito para todos um programa de reabilitação e dada a orientação para locais de tratamento. Sempre que necessário são prescritos produtos de apoio (ortóteses, próteses, andarilhos, cadeiras de roda) (CDC, 2023).

A valência do estágio não é residencial e o centro tem um horário de funcionalmente laboral, das 08:00 horas às 18:00 horas (CDC, 2023).

Descrição da população- alvo

O CDC recebe crianças que abrange a faixa etária dos 0 aos 18 anos de idade que apresentam perturbações do desenvolvimento, deficiência motora, sensorial, ou mental moderada ou profunda, síndromes, PEA, Atrasos Globais do Desenvolvimento e deficiência intelectual (CDC, 2023).

No entanto, o estágio de musicoterapia abrangeu apenas crianças com idade pré-escolar e com suspeita ou diagnóstico de PEA, acompanhadas das suas famílias que participaram também nas sessões de musicoterapia.

Durante o decorrer da intervenção participaram não só os pais das crianças, mas também avós, tios e irmãos que puderam observar a dinâmica e envolver-se no processo terapêutico a fim de transferirem para outros contextos o trabalho desenvolvido em sessão, nomeadamente o familiar.

Foi também possível observar uma multiculturalidade entre as crianças e famílias que foram acompanhadas, tendo maior parte nacionalidade portuguesa, mas também famílias de origens cabo-verdiana, venezuelana, egípcia, brasileira e indiana.

Enquadramento Teórico

Nesta secção será apresentada a revisão da literatura sobre a PEA, que irá abranger a sua definição, os seus critérios de diagnóstico, a definição de musicoterapia, musicoterapia na perturbação do espectro do autismo, musicoterapia centrada na família, modelos e técnicas em musicoterapia e objetivos do estágio.

Perturbação do Espectro do Autismo

O Autismo foi inicialmente definido por Kanner em 1943 como “*autistic disturbances of affective contact*”, ao identificar num grupo de crianças alterações comportamentais onde se evidenciava sobretudo o isolamento social. Foram identificadas características de incapacidade de relacionamento com outros, dificuldades no uso da linguagem, um desejo obsessivo de manter as coisas da mesma forma, ansiedade associada a medos desapropriados com coisas comuns e excitação com certos objetos ou tópicos (Lima, 2012).

Houve também na mesma altura suposições acerca de falta de suporte emocional por parte das mães, sendo que os pais, segundo Kanner, eram frios emocionalmente, sendo essa a causa do isolamento dos filhos (Kanner, 1943).

Em 1944, Hans Asperger definiu uma síndrome semelhante, mas mais ligeira denominada Síndrome de Asperger, caracterizada por um contacto social desadequado com comunicação peculiar, pobreza de expressões faciais e gestos e movimentos estereotipados, inteligência normal ou acima da média (Lima, 2012).

A maior diferença em relação a Kanner era relativamente às competências linguísticas e cognitivas que eram mais elevadas (Lima, 2012).

Posteriormente, Lorna Wing e Judith Gould em 1979 criaram a expressão “espectro do autismo” (Lima, 2012).

Os primeiros critérios de diagnóstico foram definidos em 1980 no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III).

Os critérios atuais do DSM-V, segundo a *American Psychiatric Association* (2013), descrevem a Perturbação do Espectro do Autismo como uma perturbação do neurodesenvolvimento caracterizada por défices persistentes na comunicação social e interação social, em todos os contextos do indivíduo, no presente ou no passado e padrões de comportamentos, interesses ou atividades restritas e repetitivos.

A Perturbação é dividida em três níveis de gravidade, que variam de acordo com o tipo de apoio exigido e as dificuldades de comunicação social e comportamentos restritos e repetitivos. O nível 1 é considerado leve e requer suporte. Ao nível da comunicação social verifica-se dificuldade em iniciar interações e existe um certo desinteresse nas interações sociais. Em relação aos comportamentos repetitivos e restritos verifica-se inflexibilidade de comportamento que interfere com a funcionalidade num ou mais contextos e problemas na organização e planeamento que dificultam a sua independência. O nível 2 é considerado moderado e requer suporte substancial. Quanto à comunicação social já se verificam défices marcados a nível verbal e não verbal e a iniciativa comunicativa apresenta limitações. Relativamente aos comportamentos repetitivos e restritos mantém-se a inflexibilidade de comportamento, dificuldade com a mudança de rotinas e os comportamentos repetitivos e restritos aparecem frequentemente, interferindo com a funcionalidade nos vários contextos. É também perceptível dificuldade na mudança de foco ou ação. Por fim, o nível 3 é designado severo e requer suporte muito substancial. Na comunicação social verificam-se graves comprometimentos a nível verbal e não-verbal que provocam dificuldades acentuadas na funcionalidade, uma grande limitação na interação social e mínimas respostas de iniciativas. No que concernem os

comportamentos repetitivos e restritos mantém-se a inflexibilidade de comportamento, extrema dificuldade com a mudança de rotinas e os comportamentos repetitivos e restritos aparecem frequentemente interferindo com a funcionalidade em todos os contextos. É também perceptível uma acentuada dificuldade na mudança de foco ou ação (APA, 2013).

É possível observar-se características antes dos 12 meses, nomeadamente nas competências pré-verbais, mas maior parte dos sintomas são observáveis por volta dos 24 meses. A criança com PEA pode sofrer regressão no desenvolvimento e tornar-se cada vez menos social e comunicativa. Os primeiros sintomas podem envolver atraso no desenvolvimento da linguagem, acompanhado de desinteresse social ou interações sociais incomuns (p.e. puxar as pessoas pela mão sem qualquer contacto ocular e numa tentativa de prolongamento do seu desejo como ir buscar algo do seu interesse), padrões atípicos de brincadeiras (p.e. carregar brinquedos ou focar-se num pormenor em particular, mas não brincar com eles, ou seja, sem jogo simbólico) e padrões incomuns de comunicação (p.e. conhecer o alfabeto, mas não responder ao próprio nome) (APA, 2013).

Não há ainda uma etiologia específica, mas as alterações fisiopatológicas podem ter por base mutações genéticas, alterações epigenéticas e fatores de risco imunológicos. Estas alterações podem ainda ser agrupadas em morfológicas, funcionais e bioquímicas, interligando-se entre si (Yenkoyan, et al., 2017).

O papel da equipa multidisciplinar é fundamental para a evolução da criança com autismo. Nesta equipa encontram-se educadores/professores, terapeutas da fala, ocupacionais, psicólogos, pediatras de desenvolvimento, família, entre outros. Deve existir uma grande articulação entre todos os membros da equipa em prol de uma

maior estabilidade emocional da criança, como generalizar estratégias para diferentes contextos (Fialho, 2015).

É um espectro por existir uma gradação de gravidade e impacto da sintomatologia em que as principais características são os obstáculos à relação e conexão com o outro enquanto ser humano pleno, assim como a restrição da atividade simbólica.

Os sintomas frequentes são os movimentos motores estereotipados ou repetitivos, ou uso de objetos ou fala repetitiva e constante, dificuldades ao nível da reciprocidade emocional, ou seja, em iniciar e/ou manter uma conversa com outras pessoas, partilhar interesses e interagir de forma social, dificuldades ao nível da comunicação não verbal, e em entender, descodificar e replicar a linguagem não verbal, dificuldades em desenvolver e manter relacionamentos, resistência à mudança e insistência em manter rotinas, ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não-verbal, interesses específicos em diferente intensidade e/ou foco e hiper ou hipossensibilidade (elevada ou baixa reatividade) a estímulos sensoriais (Federação Portuguesa do Autismo, 2023).

É também importante destacar a Teoria da Mente que se encontra relacionada com a capacidade do indivíduo perceber estados mentais, tanto os seus como os outros compreendendo assim os sentimentos externos e desejos que diferenciam dos seus. Quando se verificam dificuldades a este nível, podem-se verificar comprometimentos ao nível da interação e comunicação (Montgomery et al., 2016).

A PEA é um diagnóstico, mas é fundamental que a personalidade e as necessidades da pessoa com autismo sejam observadas individualmente, pela unicidade de cada caso (Federação Portuguesa do Autismo, 2023).

Comorbilidades

Com o diagnóstico de PEA também podem surgir comorbilidades como Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), Perturbação Obsessiva e Compulsiva (POC), Perturbação do Processamento Sensorial (PPS), Perturbação do Desenvolvimento Intelectual (PDI), Epilepsia, Ansiedade, Depressão e sintomas gastrointestinais (Leitner, 2014), (Steensel et al, 2011), (Watanabe et al, 2015), (Mannion et al, 2013) (Besag, 2018).

Musicoterapia

De acordo com Benenzon (1985), a musicoterapia é considerada uma psicoterapia que utiliza o som, a música e os instrumentos corporo-sonoro-musicais para estabelecer uma relação entre musicoterapeuta e paciente ou grupos de pacientes, permitindo através dela melhorar a qualidade de vida, recuperando e reabilitando o paciente para a sociedade.

“É um híbrido transdisciplinar entre música e terapia e outras disciplinas como artes, saúde, medicina, educação, psicologia” (Bruscia, 2016).

Segundo a Federação Mundial de Musicoterapia (1996) citada por APMT (2023),

Musicoterapia é a utilização da música e/ou dos seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) por um musicoterapeuta qualificado, com um cliente ou grupo, num processo de facilitação e promoção da comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas.

A musicoterapia tem como princípio base o princípio de ISO de Benenzon, que se refere à identidade sonora de cada indivíduo, pois todo o indivíduo tem uma

identidade sonora que o distingue e caracteriza. É dinâmico e não estático, portanto vai-se modificando consoante as circunstâncias. Para abrir canais de comunicação entre um paciente e um musicoterapeuta é fundamental reconhecer tanto o ISO do paciente como o ISO do musicoterapeuta. Este princípio estende-se a todos os tipos de comunicação, seja em contexto familiar, escolar ou comunitário (Benenzon, 1985).

Segundo (Trevarthen & Malloch, 2009) a noção de musicalidade comunicativa é a capacidade humana de compartilhar formas e qualidades de expressões no tempo e desse modo despoletar comunicação com outras pessoas.

Os seres humanos demonstram uma preparação biológica relativa à interação social, desde o nascimento através de movimentos e sons. Esta capacidade acompanha as pessoas ao longo da vida, tornando a musicalidade comunicativa o rudimento que possibilita a música, a aprendizagem cultural e todo o ser humano.

Muito antes do uso da palavra, nas primeiras interações entre o bebé e o cuidador, os comportamentos corporais e vocais demonstram conexão e são fundamentais para criar narrativas e que demonstram uma transmissão complexa de intenções de cada ser.

Quando a musicalidade é expressa coletivamente, forma-se um espaço de socialização onde a música se torna um elemento agregador da participação. A sintonia coletiva em processos de expressão musical promove diferentes formas de fazer e aprender música e potencia os níveis sociais, afetivos, emocionais e intelectuais (Alfano, 2009, p. 123).

O grupo é caracterizado por relações de interdependência. A atividade grupal divide-se em dimensão externa relacionada com a sociedade e a interna que tem a ver com o próprio grupo (Martins, 2007).

A Musicoterapia objetiva desenvolver potenciais e/ou restabelecer funções do indivíduo para que se possa alcançar uma melhor integração intra e/ou interpessoal e, conseqüentemente, uma maior qualidade de vida, a partir da prevenção, reabilitação ou tratamento (APMT, 2023)

Musicoterapia na Perturbação do Espectro do Autismo

A musicoterapia pode representar uma oportunidade, não ameaçadora, segura e cativante, de envolvimento com o outro. É criado um espaço relacional onde podem ser trabalhadas: a atenção conjunta; a reciprocidade; a criatividade, a promoção do auto- conceito e da auto-estima (Wigram, Pederson & Bonde, 2002).

A intervenção tem como objetivo desenvolver competências sociais, emocionais, cognitivas, motoras e de comunicação em indivíduos com PEA (Simpson & Keen, 2011).

Há uma sintonia em sessão quando o musicoterapeuta imita a criança, ao reproduzir os sons e ecolalias da criança com autismo e a qualidade de abertura dos canais está diretamente relacionada com esta imitação e reprodução sonora própria da criança e que corresponde à sua identidade sonora (Benenzon, 1985).

Por volta de 1940, os pioneiros de musicoterapia trabalharam com crianças com PEA em hospitais psiquiátricos, instituições ou escolas.

Os musicoterapeutas usavam adaptações de educação musical, grupos de canto, dança folclórica e atividades rítmicas para atingir diversos objetivos (Gerard, 1955; Scheerenberger, 1953 cit. por Hernández, 2011)

As crianças com PEA beneficiam, maioritariamente, de sessões individuais, dado que o foco incide na comunicação individual básica, nas relações e necessidades emocionais (Holck, 2002).

Segundo Gutierrez-Jiménez & Franco (2018), a música inclui o plano não-verbal e promove a expressão das emoções, a nível social, físico e intelectual.

Gattino & Reis (2019) fundamentam que a intervenção terapêutica no autismo apresenta vários objetivos como o desenvolvimento de competências, a promoção da socialização ou melhoria na qualidade de comunicação e autonomia dos utentes.

A partir do momento em que é iniciado um processo de comunicação musical entre a criança e o musicoterapeuta começa também a desenvolver-se a relação terapêutica e as próprias competências musicais e não-musicais da criança. Este desenvolvimento é recursivo ao longo do processo musicoterapêutico com contribuições do terapeuta e criança e a complexidade da produção musical da díade musicoterapeuta-paciente vai aumentando gradualmente (Sampaio, 2002).

As crianças com PEA demonstram sensibilidade e concentração face a estímulos musicais, demonstrando respostas positivas aos mesmos (Sharda, 2018).

Apresentam também uma qualidade relacional em atividades musicais, relevando a música como uma força potencial de interação com outros (Johnson & LaGasse, 2021).

Segundo alguns estudos, é mencionada uma menor ativação na área de Broca, mesmo em crianças com PEA grau ligeiro I. No entanto, as alterações sinápticas não se verificam em certas regiões do hemisfério direito, possibilitando a que a música se torne uma via de estimulação neuronal eficaz das crianças, por promover mecanismos funcionais e compensatórios dado o princípio da neuroplasticidade cerebral (Schwartzberg & Silverman, 2017).

As intervenções musicais devem proporcionar à criança com PEA um ambiente favorável no sentido de melhorarem as competências comunicacionais e de interação social (Eren, 2015).

Musicoterapia Centrada na Família

Quando se recebe uma criança em processo terapêutico é igualmente importante observar-se o contexto familiar a que esta criança está exposta, pois é o primeiro grupo em que está inserida e à qual não se pode negar a sua importância, por ser uma força social que tem influência no comportamento humano e na construção da personalidade.

A literatura evidencia que as famílias com indivíduos com deficiência sofrem um impacto e são sensíveis à mudança de planos.

Podem não se verificar perturbações familiares, mas a ocorrência destes irá depender de vários fatores que variam desde as crenças dos pais até aos recursos da família e é fundamental que exista também preocupação por parte dos profissionais de saúde com os pais (Fiamenghi, & Messa, 2017).

De acordo com Gutiérrez-Jimenez & Franco (2018), os pais compararam outras terapias que os filhos frequentam e a Musicoterapia e ressaltam o seu carácter prazeroso e recreativo. A Musicoterapia promove o desenvolvimento cognitivo e motor e motiva-os tendo por base o brincar a partir da música ou de instrumentos musicais. A interação lúdica com os filhos é facilitada nas sessões e os pais sentem que a Musicoterapia proporciona um ambiente tranquilo para interagirem com os filhos e impulsionarem respostas.

Modelos e Técnicas em Musicoterapia

Existem diversos modelos e técnicas em musicoterapia que estão ligados a diferentes correntes da psicologia (Bruscia, 2000).

Segundo (Morgan, 1984), há uma certa incoerência no funcionamento cognitivo das crianças com autismo, pois há um desafio habitual quanto ao desenvolvimento simbólico, de acordo com o que Piaget denominou “função

simbólica” e que abrangem modos de complexidade desenvolvimental como a imitação diferida, o jogo simbólico, desenho ou representação gráfica, imaginação e as linguagens falada e escrita.

As principais técnicas incidem em dois grandes grupos: ativas e recetivas (Bruscia, 2000).

Segundo Bruscia (2000), as técnicas ativas abrangem o utente e o musicoterapeuta num processo de criação musical. Estas incluem, por exemplo, a improvisação e recriação musical.

A improvisação consiste na execução de diferentes instrumentos por parte do cliente e o musicoterapeuta vai auxiliando o processo, resultando na maioria das vezes em improvisação simultânea entre o utente e o terapeuta (Seabrook, 2019).

A musicoterapia improvisacional abrange três características que divergem comparativamente a improvisações noutros contextos sendo estas a improvisação em musicoterapia que acontece dentro de uma relação terapêutica, a improvisação serve a saúde e bem-estar do utente e as técnicas musicais são utilizadas pelo musicoterapeuta tendo por base princípios terapêuticos (Seabrook, 2019).

Segundo Kim et al. (2009), esta técnica tem vindo a revelar pertinência em contexto de intervenção com crianças com PEA, pois aumenta a comunicação emocional e social, demonstra as vontades da criança e os pensamentos e a liberdade intrínseca a cada uma.

A improvisação usada com crianças com autismo potencia a partilha dos sentimentos, equilibra os sintomas de ansiedade e consequentemente auxilia a criança a sentir prazer ao estar numa relação tendo por base a comunicação não-verbal.

Desta forma, a improvisação permite ao utente uma maior consciência do *self*, permitindo a conexão com as próprias emoções e a percepção da origem das mesmas facilita as alterações ao nível da personalidade (Bruscia, 2000).

Segundo Sampaio (2010), o uso da canção em Musicoterapia apresenta diversas vantagens como um repertório rico e de fácil acesso tanto aos utentes como aos terapeutas. O canto é mais comum do que tocar um instrumento e a interação entre letra e música na canção melhora a expressão, a apreensão e a organização de conteúdos. A canção ao apresentar uma estrutura familiar e previsível pode promover a interação terapêutica, a fim de trazer menor insegurança ao utente (Barcellos, 2005).

As técnicas recetivas caracterizam-se por uma escuta musical ativa (Bruscia, 2000).

A técnica de *Imitation*, reflete a imitação de sons e expressões reproduzidos pelo utente, tendo em conta as notas, o tempo e o ritmo produzidos objetivando a interação e a comunicação, potenciando o aumento do contacto visual e a direção da atenção ao movimento que está a ser reproduzido (Tomlinson et al., 2012). O *Pausing* onde se verifica uma pausa imprevista numa sequência melódica ou rítmica tendo em vista a atenção da criança. O *Turn-Taking* que é uma interação que se baseia numa mistura entre a imitação e a variação musical. O *Expectation* incide na expectativa em relação ao que está a ser tocado, pelo que o musicoterapeuta interrompe a atividade musical para a criança complementar a frase autonomamente (Wigram et al., 2002).

Por fim, o *Mirroring* é uma técnica utilizada pelo musicoterapeuta com o objetivo de espelhar os movimentos do cliente. Desta forma, o musicoterapeuta coloca-se no mesmo plano emocional e cognitivo do cliente, resultando numa relação de empatia. Assim, a criança poderá ver o seu próprio comportamento espelhado no musicoterapeuta (Wigram, 2007).

Nas sessões, a criança é estimulada a fazer trocas de turnos, através de instrumentos musicais ou vocalizações com o objetivo de desenvolver as capacidades comunicativas, a partir da interação que se estabelece na conversação musical (Perry, 2003).

Modelo Nordoff-Robbins

Em 1959 foi criado um modelo de musicoterapia denominado Nordoff-Robbins ou Musicoterapia Criativa, que resultou de uma parceria entre o compositor e pianista Paul Nordoff e o professor de educação especial Clive Robbins.

Este modelo tem como bases teóricas a psicologia humanista e Rudolf Steiner (antroposofia). Defende que todo o ser humano tem uma capacidade inata de responder ao som e à música, alcançando assim a sua “criança musical”.

Neste modelo, o terapeuta executa um padrão musical com ritmo e harmonia, com o objetivo do utente poder vivenciar a música nos níveis vocal e instrumental. No decorrer das sessões o terapeuta estimula constantemente o utente e ao ir introduzindo novos sons pretende despoletar várias emoções (Wigram et al., 2002).

A improvisação realizada melhora a relação emocional da criança, áreas cognitivas e motoras, assim como a qualidade de vida através da aquisição de características musicais (Wheeler, 2015).

A música torna-se um facilitador da comunicação e possibilita a experiência musical natural aos indivíduos com dificuldades de aprendizagem e a nível motor, pois esta revela-se inerente a qualquer ser humano (Kenneth, 2014).

As sessões tinham originalmente um regime de co-terapia, sendo que um dos terapeutas utilizava um instrumento harmónico para criar uma relação através do som e musicar os sons e ações produzidas pelo utente e outro terapeuta guiava o utente com o objetivo da participação musical (Nordoff-Robbins, 1977).

Os objetivos principais desta intervenção assentam na descoberta do “eu musical de acordo com as próprias limitações, ativar o potencial de crescimento e materializar a tendência para a atualização e promover a mudança na própria interação musical (Nordoff-Robbins, 1977).

Este modelo assenta essencialmente na improvisação clínica pelo que o musicoterapeuta improvisa musicalmente para estimular a criança para a criação musical a fim de estar envolvida no contexto e na relação (Nordoff & Robbins, 1977).

É um modelo teórico que tem servido de base durante as intervenções que decorreram durante o estágio.

Neste enquadramento é possível entender-se os marcadores de diagnóstico da PEA e as principais características, as comorbilidades, a definição de musicoterapia e musicoterapia na PEA, musicoterapia centrada na família, os modelos e técnicas que têm servido de base para a intervenção terapêutica e os objetivos gerais.

Desta forma, o trabalho desenvolvido com as crianças do espectro torna-se particularmente desafiante no sentido de traçar os objetivos prioritários a cada uma, sendo que as mesmas partilham características comuns e transversais relativas ao diagnóstico, assim como únicas ao ser individual que são.

Objetivos do Estágio

Durante o decorrer do estágio foi objetivo o desenvolvimento da comunicação e interação social, através da expressão musical e consoante as necessidades que foram sentidas por parte de cada criança em cada uma das sessões.

Na esfera musical as crianças demonstraram as suas vontades a fim de desenvolverem o seu máximo potencial e foram realizadas dinâmicas que envolveram as famílias e as crianças nas sessões.

Também foi fundamental a articulação com toda a equipa médica e as famílias no sentido de perceberem as necessidades existentes.

Durante o decorrer do processo terapêutico, a partir de informações presentes nos processos clínicos de cada criança, assim como articulação com outros profissionais que as acompanhavam e de acordo com as necessidades de cada criança foram traçados os objetivos gerais e transversais de cada criança:

- Promover a interação intra e extrafamiliar
- Promover a comunicação não-verbal
- Promover a comunicação verbal

Para além destes objetivos gerais, foram definidos objetivos terapêuticos para cada criança.

Metodologia

No presente capítulo será descrita a metodologia realizada durante o estágio. A mesma abrange a descrição dos participantes, os procedimentos e técnicas utilizadas, os instrumentos de avaliação para auxiliar na percepção do processo terapêutico desde que foi iniciado até ao seu término, assim como o horário semanal e atividades que também tenham decorrido durante o período de estágio.

Participantes

Durante o decorrer do estágio curricular foram selecionadas 10 crianças, sendo duas do sexo feminino e oito do sexo masculino.

As crianças foram selecionadas para o acompanhamento em musicoterapia tendo por base idades compreendidas entre os 0 e 6 anos e avaliação prévia no teste de avaliação ADOS, realizado pela psicóloga do grupo PEA, referido anteriormente, sendo que a escala quantifica de 1 a 10 em que nível a criança se enquadra (1- Mínimo a sem evidência, 2-4 PEA ligeiro, 5-7 PEA moderado, 8-10 PEA severo). Todas as crianças apresentaram marcadores de diagnóstico como dificuldades ao nível da comunicação não-verbal e verbal, interação social e comportamento. Foi também critério de inclusão a existência de resposta aos estímulos musicais e/ou informações que os pais dessem relativamente à musicalidade das crianças.

O principal objetivo da musicoterapia incidia na estimulação da comunicação não-verbal e verbal, assim como despoletar o interesse na relação com o outro.

Foram realizadas sessões individuais com duração entre 30 a 45 minutos, com as famílias também presentes, entre os meses de outubro de 2023 e julho de 2024.

Instrumentos de Avaliação

Quando é iniciado um processo de intervenção, a avaliação é fundamental para demonstrar as potencialidades e fragilidades de cada caso a fim de traçar objetivos

terapêuticos. Primeiramente, foi necessário recolher dados anamnésicos sobre o historial clínico, a problemática e dados pertinentes da criança, numa entrevista semiestruturada aos pais.

Também foram recolhidas informações clínicas a partir dos processos clínicos de cada criança, nomeadamente das consultas de desenvolvimento e das avaliações dos ADOS realizados pela psicóloga do grupo PEA.

Foram utilizados instrumentos de avaliação como a Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins (Nordoff, Robbins & Marcus, 2007), a “Grelha de Avaliação da Intervenção da Musicoterapia” (Carvalho, E., 2004), inserido no programa da associação de apoio à unidade de primeira infância (AAUPI) e por fim, a história sonoro-musical de cada criança (adaptada de Benenzon, 1985). Os instrumentos anteriormente referidos podem ser consultados abaixo nos Anexos A e B.

Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins

A escala de comunicabilidade musical de Nordoff-Robbins encontra-se organizada em três modos de comunicação diferentes que abrangem o musicoterapeuta e o utente, sendo estas o modo instrumental, o modo vocal e o modo relativo ao movimento corporal. Os modos de atividade são avaliados consoante sete níveis de comunicabilidade.

Questionário Sonoro Musical de Benenzon

A história sonoro-musical, adaptada do questionário sonoro musical de Benenzon, também revela importância no processo, pois recolhe dados sobre as preferências musicais do utente, da sua família, do ambiente sonoro familiar e outros dados que sejam pertinentes de partilhar.

Grelha de Avaliação da Intervenção da Musicoterapia

A grelha de avaliação da intervenção da musicoterapia é realizada a partir da observação das crianças. Divide-se em 13 categorias, sendo estas o contacto

relacional, o contacto com os objetos musicais, a expressão corporal/funcionamento motor, a sensibilidade sonoro-musical, a emissão e expressão vocal, a produção musical instrumental, imitação, reciprocidade, reação e adaptação à mudança, inovação e criatividade, comunicação verbal, comportamento emocional e atividade simbólica. A avaliação é pontuada conforme o item adequado, sendo que NA corresponde a “não há”, EA, “em andamento” e A significa “há”.

Procedimentos

O estágio dividiu-se em sete fases, sendo estas, a fase de observação, de seleção, recolha de dados, avaliação, elaboração do plano terapêutico, intervenção e por fim, reavaliação.

Fases do Estágio

A primeira fase - fase de observação - foi iniciada em outubro e primeiramente existiu uma reunião com a orientadora do estágio de musicoterapia, que foi a coordenadora do grupo PEA, uma das psicólogas clínicas, com o objetivo de definir-se o horário que a estagiária iria fazer durante a intervenção terapêutica. Posteriormente, a estagiária conheceu o centro de desenvolvimento, a respetiva equipa técnica (médicos de desenvolvimento, neuropediatras, terapeutas, auxiliares, secretariado), com o objetivo de se integrar o melhor possível e entender o funcionamento do centro.

A segunda fase foi a de seleção. As crianças avaliadas na consulta de psicologia eram encaminhadas para musicoterapia quando preenchiam requisitos como demonstrarem interesses musicais face a estímulos no momento ou os pais/cuidadores referirem este interesse. Maior parte das crianças eram não verbais e apresentavam a particularidade de se encontrarem muito “retiradas”, face aos estímulos que lhes eram dados. Durante o mês de outubro foram selecionados os casos para musicoterapia e consultados os processos clínicos referentes a cada criança.

Na terceira fase – fase de recolha de dados -, foram iniciados os processos musicoterapêuticos e na primeira sessão foi explicado aos pais como decorreriam as sessões, a duração das mesmas e que estava enquadrada no estágio do mestrado em musicoterapia. Juntamente com os encarregados de educação foram encontrados horários compatíveis entre os mesmos e a estagiária para irem semanalmente ao centro, pois também era objetivo a presença dos pais em todas as sessões, a fim de participarem ativamente com o objetivo de melhorar as relações familiares e compreenderem melhor os seus filhos. Foi entregue aos encarregados de educação uma declaração de autorização para registo de vídeo e áudio, que pode ser consultada no Anexo E, assim como a entrevista semiestruturada, inserida no Anexo C e a história sonoro-musical de cada criança, de acordo com o Anexo D.

A quarta fase foi a fase de avaliação. As avaliações foram realizadas na primeira sessão de musicoterapia, a partir de atividades musicais e através da Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins e a Grelha de Avaliação da Intervenção em Musicoterapia. As observações da estagiária também constaram neste processo de avaliação a fim de complementar a escala e a grelha.

A quinta fase disse respeito à elaboração do plano terapêutico. Após a avaliação realizada, foi elaborado um plano de intervenção adequado a cada criança, onde constavam os objetivos gerais e específicos (Anexo F).

A intervenção foi a sexta fase do estágio. Esta fase foi iniciada quando a avaliação e a elaboração do plano terapêutico foram realizadas. As sessões decorreram semanalmente, com a duração de aproximadamente 45 minutos. Durante o decorrer das sessões, sempre que era necessário, a estagiária explicava aos encarregados de educação que técnicas estavam a ser utilizadas e com que objetivos, determinados comportamentos que as crianças tinham que foram importantes para o

processo e no final de cada sessão era feito um balanço de como tinha corrido.

Posteriormente, a estagiária realizava o registo de sessão individual, que incluía a observação direta do utente, a descrição sumária da sessão, temas centrais, novidades ou mudanças, música produzida, que incluía instrumentos utilizados e o reportório de cada criança, reações pessoais e o que poderia ser interessante numa sessão seguinte. Este registo era realizado tendo por base a gravação da sessão.

Por último, ocorreu a fase de reavaliação, que teve lugar durante o mês de junho, com o objetivo de perceber através das mesmas escalas o progresso terapêutico de cada criança. Foi feito um balanço de toda a intervenção juntamente com os pais e a psicóloga reuniu posteriormente com todos os encarregados de educação para perceber como tinha sido todo o processo terapêutico, tendo por base o feedback também da estagiária e que intervenções futuras poderiam ser benéficas consoante cada criança.

Recursos necessários

As sessões de musicoterapia decorreram numa sala de avaliação onde era realizado o ADOS. Era uma sala que tinha dimensões adequadas e que permitia o movimento livre das crianças e a realização de atividades sem qualquer restrição. Também tinha uma mesa grande e outra mais pequena onde eram dispostos os instrumentos musicais e algumas cadeiras à volta das mesas.

O centro disponibilizava alguns instrumentos de percussão, pelo que foram utilizados um tambor e os restantes foram levados pela estagiária. Foram utilizados instrumentos de percussão como o tambor, anteriormente referido, jambé, maracas de pegas, guizeira, triângulo, ovos, caixa chinesa, pau de chuva, tamborim, pandeireta, sino, *kazoo* e instrumentos harmónicos e melódicos como o *ukulele*, um piano eletrónico e um metalofone.

Também se recorreu a um fantoche pessoal e duas máscaras de animais disponibilizadas pelo CDC, para promover o jogo simbólico.

Os instrumentos eram escolhidos conforme o planeamento de cada sessão, os interesses de cada criança e respetivas necessidades.

As sessões foram gravadas com recurso a um telemóvel.

Modelos, Métodos e Técnicas

As sessões tiveram por base métodos ativos e recetivos. Os ativos abrangeram a recriação de canções e improvisação vocal e instrumental. Por vezes também foi utilizada audição musical tendo em conta o repertório musical da criança.

As técnicas utilizadas foram a imitação, *o pausing, tun-taking, expectation e mirroring*. Também se recorreu à exploração vocal e corporal.

Foram trabalhadas competências pré-verbais como a atenção conjunta, o contacto ocular, a imitação e o uso adequado de gestos e expressões faciais.

Também foram utilizadas técnicas como a ressonância vocal, em que era imitada a produção sonora da criança, na mesma frequência e intensidade e a ressonância vocal com variações, em que era imitada a produção e acrescentava-se nova informação.

O modelo Nordoff-Robbins esteve na base de toda a intervenção.

Seguidamente, encontra-se na tabela 1 a identificação das crianças que participaram no processo musicoterapêutico. No início do estágio foi assinado por todos os familiares um consentimento informado, como consta no Anexo E e a fim de manter a respetiva confidencialidade e identidade foram alterados os nomes dos utentes.

Tabela 1 - Identificação dos participantes

Nome	Idade	Género	Diagnóstico	ADOS-2	Nº de sessões
Nuno	4	Masculino	PEA	Moderado	16
Vânia	3	Feminino	PEA	Moderado a grave	19
Paulo	3	Masculino	PEA	Moderado	15
Miguel	3	Masculino	PEA	Moderado a grave	23
Luís	2	Masculino	PEA	Moderado a grave	17
Salvador	2	Masculino	PEA	Leve	3
Manuel	5	Masculino	PEA	Moderado	21
Margarida	4	Feminino	PEA	Grave	26
Lucas	3	Masculino	PEA	Ligeiro	22
Francisco	3	Masculino	PEA	Grave	15

Agenda Semanal

Durante o decorrer do estágio, o horário manteve-se sempre praticamente igual, pelo que segue na tabela 2 a explicação do mesmo.

Tabela 2 - Agenda Semanal

Terça-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
15:45h- 16:00h	14:45h- 15:00h	08:45h- 09:00h
Preparação do <i>setting</i>	Preparação do <i>setting</i>	Preparação do <i>setting</i>
16:00h- 16:45h	15:00h- 15:45	09:00h- 09:30h
Sessão com o Nuno	Sessão com o Paulo	Sessão com o Salvador
16:45- 17:00h	15:45- 16:00h	09:30h-10h15
Preparação do <i>setting</i>	Preparação do <i>setting</i>	Sessão com o Manuel
17:00- 17:45h	16:00h- 16:45h	10:15h- 10:30h
Sessão com a Vânia	Sessão com o Miguel	Preparação do <i>setting</i>
	16:45- 17:00h	10:30h- 11:15h
	Preparação do <i>setting</i>	Sessão com a Margarida
	17:00h- 17:45h	11:15h- 11:30h
	Sessão com o Luís	Preparação do <i>setting</i>
		11:30-12:15
		Sessão com o Lucas
		12:15- 12:30
		Preparação do <i>setting</i>
		15:00h- 15h45
		Sessão com Francisco

Estudos de Caso

No capítulo que será apresentado irão constar dois estudos de caso, que abrangem a anamnese realizada às famílias no sentido de identificar cada caso, conhecer o historial clínico, a história sonoro-musical, a avaliação inicial, o plano de intervenção e sessão, os resultados e conclusões.

Estudo de Caso 1

Seguidamente, será relatado o primeiro estudo de caso, cuja utente foi a Margarida, acompanhada pela respetiva família.

Identificação do Caso da Margarida

A Margarida é uma criança do sexo feminino, com 4 anos de idade e nacionalidade portuguesa. Vive com os pais, a mãe que é investigadora na área das ciências e o pai que é tubista industrial, também ambos portugueses.

Ao nível dos períodos pré, peri e pós-natal a Margarida é filha única e a gravidez foi planeada e desejada. Verificou-se sempre vigilância médica durante a gravidez, mas a mãe descreveu existência de placenta prévia. Nasceu com 37 semanas e com 2,500 kg de um parto por cesariana.

Quanto ao desenvolvimento da alimentação, a mãe descreveu amamentação exclusiva até aos 15 meses, sem dificuldades, mas neste momento rejeita algumas texturas moles e apresenta preferência por legumes em detrimento de carne ou peixe.

Relativamente ao desenvolvimento psicomotor começou a manter-se sentada por volta dos 9 meses, não gatinhou e a andar por volta dos 18 meses. Ainda não apresenta controlo dos esfínteres.

No que concerne o desenvolvimento linguístico começou a dizer as primeiras palavras por volta dos 18 meses (papa) e aos 24 meses juntou duas palavras.

Em relação à história clínica é acompanhada em Terapia Ocupacional e na Consulta de Desenvolvimento no CDC. Não foram relatados antecedentes familiares como doenças hereditárias, alterações na comunicação/linguagem ou problemas de neurodesenvolvimento. Realizou exames auditivos e não apresenta alterações.

De acordo com a mãe as dificuldades foram detetadas por volta dos 24 meses. Por suspeita de PEA foi encaminhada para o CDC, para consulta de desenvolvimento.

Na 1ª consulta de desenvolvimento a pediatra de desenvolvimento descreveu que a Margarida foi referenciada por suspeita de PEA aos 3 anos, parecendo sobretudo um AGDP (ao nível dos 18-24 meses), com significativo compromisso da linguagem (embora melhoria recente da linguagem expressiva)/comunicação/interação social recíproca e muito difícil de cativar, contacto ocular fugaz, indiferente à resposta/reação, jogo ainda francamente imaturo, tempo de atenção ultra curto (ao nível dos 12-18 meses), compreensão também parecia comprometida, algumas particularidades sensoriais, referenciada à ELI, acompanhada também em Terapia Ocupacional, pelas questões sensoriais observadas.

Na avaliação do ADOS, obteve uma cotação de PEA grave e suspeita de Atraso Global do Desenvolvimento.

Quanto aos hábitos orais e rotinas, ainda apresenta como hábito a exploração oral de alguns objetos, pelo que usa mordedor. Dorme à volta de 10 horas, mas não apresenta um sono de qualidade. Não demonstra perturbações durante o sono, nem alterações após. Ainda não é autónoma a vestir-se/despir-se e calçar-se.

Relativamente ao desenvolvimento social, a Margarida interage mais com os pais, avó, tio e educadoras. A forma de interação com os pais é bastante positiva, pois brinca, procura ajuda e conforto. Se estiver na presença de adultos com quem está familiarizada, apesar de demorar alguns minutos a ganhar confiança depois gosta de

interagir. Com outros adultos não interage muito e com os pares também demonstra pouca interação. No entanto, por vezes abraça-os de forma espontânea. Frequenta a creche e apesar de a adaptação ter sido mais difícil no 1º mês, depois habituou-se às pessoas e ambiente.

Os interesses musicais começaram a notar-se desde cedo quando começou a cantar e a reagir aos instrumentos.

Gosta de folhear livros, ver desenhos animados, brincar com bonecos bebés e dançar e cantar em frente ao espelho.

As principais preocupações/expectativas da família em relação à Margarida têm a ver com a sua futura independência e felicidade e a mãe descreveu-a como mimosa, teimosa, esperta e alegre.

Na primeira sessão realizada a 03/11/23 foi possível observar um interesse por parte da Margarida face aos instrumentos musicais disponíveis no *setting* terapêutico e à exploração da sala. No entanto, demonstrou sempre pouco foco de atenção perante os instrumentos. Nem sempre respondia ao nome, o contacto ocular era fugaz, mas já demonstrava jogo simbólico (pegava na caixa chinesa e fingia que era uma máquina fotográfica). Demonstrou desde a primeira sessão iniciativa comunicativa face ao seu repertório musical, pelo que sugeria algumas músicas durante a sessão, dizendo apenas uma palavra dessa música. Pegava no braço da estagiária ou da mãe com o objetivo de formarmos uma roda, ou sentarmo-nos no chão, nas cadeiras ou formarmos um comboio. Apresentava ecolalia tardia e imediata que ainda permanece.

História Sonoro-Musical

Com o objetivo de se entender o ambiente sonoro musical da Margarida, foi feita a sua história sonoro-musical através de um questionário à mãe.

A mãe referiu que costumava fazer “*humming*” para embalar a Margarida, que gostava muito das músicas dos desenhos animados que via, das músicas do panda, costumavam ouvir rádio em casa (música pop, jazz e fado) e por vezes rejeitava os programas e músicas do *baby tv*. Não tem familiares que tenham experiência musical ou que toquem algum instrumento. Em casa a Margarida gostava do som do aspirador, da batedeira, mas quando era pequena e ligavam máquinas repentinamente, assustava-se.

As suas músicas preferidas eram: “Era uma vez um cavalo, na quinta do tio Manel, o balão do João, o sapo não lava o pé, laranjas e bananas, parabéns, músicas de natal (pinheirinho), atirei o pau ao gato, apita o comboio, um copo com água, os olhos da Marianita, canção do abc, sou o coelhinho, cinco macaquinhos, saia da carolina, cabeça, ombros, joelhos e pés, rosinha, machadinha, malhão, o autocarro, dona aranha, todos os patinhos, sou uma taça, mariana, eu mexo um dedo”.

Avaliação inicial

Na primeira sessão realizou-se também a avaliação da Margarida através da escala de comunicabilidade musical e a grelha de avaliação da intervenção da musicoterapia. Esta escala avalia três domínios, o vocal, o instrumental, e o corporal.

A nível vocal a Margarida demonstrou que as vocalizações eram direcionadas, estavam a ganhar controlo e sendo verbal cantava palavras de canções, correspondendo ao nível 5, relativo à responsividade direcionada. Quanto ao domínio instrumental, ocasionalmente fazia batidas acentuadas de forma correta e mostrava um pouco de responsividade nas dinâmicas, correspondendo ao nível 4 de momentos de responsividade direcionada. Por fim, no domínio dos movimentos corporais enquadrou-se no nível 3 em que foram surgindo movimentos reflexivos que ocorreram no tempo da música, referentes às respostas evocadas.

Em relação à grelha de avaliação da intervenção da musicoterapia e ao nível do contacto relacional a Margarida aderiu e iniciou o contacto, quanto ao contacto com os objetos musicais não manipulou apropriadamente os instrumentos musicais, não apresentou estereotipia, mas interagiu através dos objetos.

Em relação à expressão corporal/funcionamento motor a criança revelou destreza, agilidade e coordenação motora, bateu palmas, mas nem sempre ajustado à pulsação assim como a coordenação da marcha segundo o andamento musical. Não revelou intencionalidade e antecipação nos movimentos, contingência nem maneirismos ou estereotipias.

Relativamente à sensibilidade sonoro-musical a Margarida nem sempre foi capaz de reconhecer a fonte emissora do som e reagir às interrupções, não reconheceu as alterações de timbres e não apresentou hipo ou hipersensibilidade. Quanto às emissões e expressões vocais vocalizou e entoou canções, mas nem sempre se ajustaram ao andamento e pulsação musicais.

Na produção musical instrumental a Margarida foi capaz de bater com as palmas das mãos nos instrumentos de percussão, mas não utilizou de forma adequada as baquetas do xilofone.

Em relação à imitação não foi capaz de repetir frases melódicas. Não demonstrou momentos de reciprocidade, demonstrando dificuldade em juntar-se de forma sincrónica às improvisações musicais da estagiária.

No que concerne a reação e adaptação à mudança a criança não reagiu às interrupções musicais, mas apresentou ideias de músicas novas.

Na comunicação verbal revelou estereotipias verbais (ecolalia tardia e imediata). Não revelou capacidade de expressão afetiva e por fim, na atividade

simbólica já revelou alguma sensibilidade ao ambiente sonoro-musical (através da caixa chinesa que fingia ser uma máquina fotográfica).

De uma forma geral as características sonoro-musicais da Margarida são ritmos rápidos, intensidades fortes, sons agudos e melodias de canções infantis relativas à sua história sonoro-musical.

Plano de Intervenção da Margarida

Tendo por base a observação da estagiária e avaliação realizada foi elaborado o plano terapêutico da Margarida que contemplou os objetivos gerais e específicos consoante as necessidades prioritárias.

Tabela 3 - Plano de Intervenção da Margarida

1º Objetivo Geral: Promover as competências não-verbais e verbais
Objetivos Específicos:
1- Aumentar o contacto ocular
2- Promover o uso de gestos durante a comunicação
3- Adequar a comunicação verbal ao contexto
2º Objetivo Geral: Promover a interação social
Objetivos Específicos
1- Promover a díade mãe e filha
2- Aumentar a atenção conjunta
3- Aumentar o tempo e qualidade de interação nas atividades

Processo Terapêutico da Margarida

A Margarida frequentou 26 sessões que decorreram durante oito meses, tendo iniciado no dia 3 de novembro de 2023 e terminado no dia 4 de julho de 2024. Durante a intervenção houve quatro momentos de interregno, sendo estes uma semana em

dezembro, devido à interrupção letiva no Natal e passagem de ano, em abril uma semana devido às férias da Páscoa e também por ser o mês de sensibilização para as PEA foram realizados os Colóquios do CDC que coincidiram com os dias das sessões de Musicoterapia e coincidiu também com uma greve da função pública.

Início do processo terapêutico- “A descoberta musical”

Na primeira sessão a mãe foi informada sobre a duração dos processos e da importância da família nas sessões pelo que esteve sempre presente, inclusive o pai da Margarida, em duas delas. Foram pais que contribuíram bastante para o sucesso terapêutico, pois demonstraram sempre proatividade na sessão, nomeadamente na participação das atividades solicitadas pela estagiária e assimilaram as estratégias recebidas para realizarem também em casa e que se tornaram fundamentais para a intervenção.

Primeiramente o foco da intervenção incidiu numa 1ª fase que foi o estabelecimento da relação terapêutica, fundamental para uma relação de confiança e segurança e perceber competências não-verbais como o contacto ocular, a interação entre a Margarida, a mãe e com a estagiária e outros comportamentos repetitivos como a existência ou não de estereotípias.

O início das sessões era acompanhado pela mesma canção de acolhimento e o final uma canção de despedida, com o objetivo de promover previsibilidade, rotina e estrutura à Margarida, acompanhado da reprodução do gesto de cumprimento e com a ajuda e reforço da mãe. Posteriormente, a Margarida explorava o *setting* e os instrumentos à sua disposição e a estagiária seguia os seus interesses e musicava os sons e movimentos, respeitando também silêncios que surgissem. Perto de um espelho também estavam duas cadeiras para facilitar o acesso à sua imagem e trabalhar a capacidade de imitação, noção do eu e outro e percepção das diferentes partes do corpo,

mas inicialmente a Margarida não procurava muito esse espaço. Também havia uma mesa grande com cadeiras que os pais costumavam usar e uma mesa mais pequena onde eram dispostos os instrumentos. Verificaram-se vários momentos de tentativas de sintonização através da imitação das vocalizações ou espelhar musicalmente o que a Margarida ia fazendo a nível corporal e instrumental. Como o decorrer das sessões a estagiária refletia através das gravações realizadas quais os momentos mais marcantes a fim de reproduzir novamente na sessão seguinte e ampliar esses momentos marcantes que iam ao encontro dos objetivos terapêuticos. A meio do processo a estagiária começou a propor algumas sugestões nas atividades que eram feitas para potenciar alguma flexibilidade e mudanças nos objetivos.

Durante as sessões o instrumento musical que se destacou foi o *ukulele*, de forma a proporcionar um acompanhamento harmónico às canções e ser adequado em termos dimensionais às crianças a fim de promover também uma exploração do mesmo. Em cima da mesa de menores dimensões dispunham-se os instrumentos de percussão, maracas de pegas, guizeira, triângulo, ovos, caixa chinesa, pau de chuva, tamborim, pandeireta, sino, *ukulele* e em cima das cadeiras pequenas o tambor, o jambé e no chão instrumentos melódicos como um piano eletrónico e um metalofone. Através da disposição dos instrumentos pretendia-se aferir os interesses musicais por parte da Margarida e como interagia com os mesmos, a estagiária e a mãe.

Na primeira sessão, ainda na sala de espera, quando a estagiária foi buscar a Margarida e a mãe, não se verificou qualquer tipo de reação à estagiária continuando a brincar com os brinquedos que estavam na sala. Só depois da mãe reforçar que tinham de ir com a estagiária e agarrou na sua mão é que se levantou e seguiu a mãe.

Na sala de musicoterapia a Margarida mostrou logo bastante curiosidade em explorar a sala, pegou nos instrumentos e levou alguns à mãe como a guizeira que

demonstrou logo especial interesse, percorrendo a sala com a guizeira na mão. Foi notória também a necessidade de exploração oral em relação aos instrumentos, indo ao encontro da procura sensorial devido a alterações do processamento sensorial que a Margarida ainda sentia, estando a ser acompanhada pela Terapia Ocupacional.

Notou-se uma certa dificuldade em manter o foco de atenção nos instrumentos pelos quais se interessava, pois pegava nos diferentes instrumentos, mas mantinha-os pouco tempo consigo alternando para outro. No entanto, já foi notória uma certa intenção comunicativa, pois a estagiária experimentou sugerir algumas canções do seu repertório musical que tinha questionado à mãe e a Margarida demonstrava reação perante os estímulos musicais, sugerindo também outras canções a partir de palavras isoladas (p.e. “cavalinho”). Sempre aceitou o contacto físico e procurava o nosso contacto, ou como prolongamento do seu desejo perante algo ou como necessidade própria de interação, pedindo por vezes colo ao esticar os braços na direção da mãe ou estagiária.

A Margarida era verbal, mas demonstrou desde a primeira sessão ecolalia imediata e tardia relativamente a desenhos animados que costuma assistir. Era capaz de nomear cores, partes do corpo e produzir sons de animais. Demonstrou inicialmente um contacto ocular muito fugaz.

Evolução do processo terapêutico – “O espelho musical”

Ao longo do processo terapêutico a Margarida foi demonstrando maior noção rítmica, pois sempre que a estagiária sugeria uma canção do seu repertório e definia um compasso, maior parte das vezes binário, a Margarida era capaz de estar a tocar algum instrumento e acompanhava no mesmo ritmo, tanto a nível instrumental como corporal. Nestes momentos o contacto ocular também se tornava menos fugaz e era capaz de manter o contacto durante algum tempo e com qualidade de interação.

Durante as canções sugeridas a estagiária usava como técnicas o *pausing* com o intuito de ver continuidade na Margarida o que inicialmente era um desafio, o *mirroring* a nível vocal, instrumental e corporal com o intuito de captar a sua atenção.

Nesta fase da intervenção os objetivos terapêuticos prendiam-se com o aumento do contacto ocular, a atenção conjunta e o uso de gestos durante a comunicação.

A estagiária harmonizava a canção sugerida ou pela própria ou pela Margarida ou mãe através do *ukulele*, mas o tempo de atenção da criança era curto passando para outra canção, demonstrando alguma dificuldade na qualidade e tempo de interação com a mãe e estagiária.

Numa fase posterior os objetivos foram ao encontro da promoção da interação social através da díade mãe e filha, assim como o aumento do tempo e qualidade de interação nas atividades.

É importante também referir que a mãe constatou a dificuldade que os pais tinham em brincar com a filha, pois a tendência era para brincar de forma mais isolada, mesmo que tentassem proporcionar esses momentos e foi algo que com o decorrer da intervenção foi sendo notório em sessão, pois a Margarida começou a procurar o contacto da mãe juntamente com o da estagiária que não existia inicialmente, tendo esse contacto um objetivo de relação e atividade, sendo que era formado um círculo entre as três enquanto cantavam e rodavam de um lado para o outro.

No *setting* a estagiária já dispunha menos instrumentos, optando apenas pelos de maior interesse da Margarida e para promover um maior foco, porque em algumas sessões pode ter-se proporcionado alguma sobrestimulação dificultando a atenção.

Nesta altura da intervenção a Margarida já ia espontaneamente para a frente do espelho e demonstrava uma maior capacidade de imitação e jogo simbólico (pegava no *ukulele*, tocava à frente do espelho e verbalizava “guitarra”). As iniciativas musicais eram cada vez mais, mas a duração das atividades ainda era curta.

Término do processo terapêutico – “A interação musical”

Numa fase seguinte e final o principal objetivo mantinha-se no aumento do tempo e qualidade de interação em sessão e nos últimos meses de intervenção notou-se diferença na permanência de uma música quer fosse sugerida pela Margarida, pela estagiária ou pela mãe, assim como na qualidade de interação do contacto ocular e da atenção conjunta. Na sala de espera a Margarida já evidenciava resposta ao chamamento e dirigia-se à estagiária para a abraçar no início e fim da sessão. A mãe referiu que em casa a Margarida também já demonstrava maior jogo simbólico através de bonecas em que simulava a roda que era feita em sessão e que representava também nas bonecas de mãos dadas entre si, assim como uma maior aceitação na brincadeira entre os pais e a Margarida. Durante todo o processo foram dadas estratégias aos pais nas sessões com o objetivo de serem generalizadas para outros contextos significativos, nomeadamente contexto familiar e educativo.

Resultados

No final da intervenção a Margarida foi reavaliada novamente com a grelha de avaliação da intervenção em musicoterapia e a escala de comunicabilidade de Nordoff-Robbins, dos quais resultaram evoluções significativas em ambas.

Através da escala de Comunicabilidade a nível vocal a Margarida demonstrou melhorias no material vocal melódico tendo por base o seu repertório, assim como liberdade de expressão ao cantar, correspondendo ao nível 6, relativo ao comprometimento pessoal ao canto comunicativo. Quanto ao domínio instrumental, a

batida da criança mostrou um reconhecimento consciente, uma individualidade e variedade que apareceram em resposta ao tom do ritmo, melodia ou harmonia, correspondendo ao nível 5 de momentos de responsividade direcionada sustentada.

Por fim, no domínio dos movimentos corporais enquadra-se no nível 4 em que a Margarida parava de bater nos finais das frases, começava a bater no tempo e na batida. De uma forma geral, melhorou em todos os níveis.

Em relação à reavaliação da grelha de avaliação da intervenção da musicoterapia e ao nível do contacto relacional a Margarida manteve a iniciativa do contacto, quanto ao contacto com os objetos musicais começou a manipular apropriadamente os instrumentos musicais, não apresentou estereotipia e manteve interação através dos objetos. Em relação à expressão corporal/funcionamento motor a criança revelou destreza, agilidade e coordenação motora, bateu palmas e começou a ajustar à pulsação assim como a coordenação da marcha segundo o andamento musical. Começou a revelar intencionalidade e antecipação nos movimentos, mas sem contingência, maneirismos ou estereotipias. Relativamente à sensibilidade sonoro-musical a Margarida foi capaz de reconhecer a fonte emissora do som e reagiu às interrupções, reconheceu as alterações de timbres e não apresentou hipo ou hipersensibilidade. Quanto às emissões e expressões vocais vocalizou e entoou canções que se ajustaram ao andamento e pulsação musicais. Na produção musical instrumental a criança foi capaz de bater com as palmas das mãos nos instrumentos de percussão e utilizou de forma adequada as baquetas do xilofone. Em relação à imitação foi capaz de repetir frases melódicas. Demonstrou momentos de reciprocidade ao juntar-se de forma sincrónica às improvisações musicais da estagiária. No que concerne a reação e adaptação à mudança reagiu às interrupções musicais e já apresentou ideias musicais novas. Na comunicação verbal a Margarida

revelou ainda estereotípias verbais (ecolalia tardia e imediata). Revelou capacidade de expressão afetiva e por fim, na atividade simbólica já revelou também alguma sensibilidade ao ambiente sonoro-musical (através da caixa chinesa que continua a fingir ser uma máquina fotográfica), generalizando também para outros contextos como o familiar.

Discussão

Com base neste estudo de caso, os objetivos traçados e a intervenção realizada podem constatar-se os benefícios da musicoterapia. Vários estudos demonstram a eficácia da musicoterapia no desenvolvimento de comportamentos, interação social e atenção conjunta e comunicação verbal e não-verbal em crianças com PEA (Lagasse, 2014).

O processo terapêutico da Margarida incidiu no desenvolvimento de competências não-verbais, verbais e interação social, tendo por base os seus interesses, que segundo Salomon-Gimmon, M., & Elefant, C. (2018) são uma das principais bases para promover experiências relacionais.

Verificaram-se também diversos momentos de interesse por parte da Margarida em explorar a imitação através do espelho e segundo Raglio et al., (2016), a imitação gestual no contexto de processo musicoterapêutico promove a consciência do corpo, melhora a coordenação motora e a imitação vocal.

A Margarida evidenciava uma grande necessidade de estimulação oral enquanto explorava os instrumentos, usando também um mordedor para auxiliar esta necessidade, mas foi também possível adequar esses momentos e reduzi-los durante as sessões. A literatura também destaca a importância da musicoterapia na integração sensorial em crianças com PEA, que promovem uma maior consciência corporal, espacial, concentração e atenção (Kim et al., 2008; Carpenete et al., 2016).

Conclusão

A Margarida foi encaminhada para musicoterapia por demonstrar um compromisso significativo da linguagem expressiva, com aparente compromisso também da linguagem compreensiva, dificuldade na comunicação/interação social recíproca, sendo muito difícil de cativar, um contacto ocular fugaz e indiferente à resposta, jogo ainda francamente imaturo, tempo de atenção muito curto e algumas particularidades sensoriais. Nas primeiras sessões já demonstrava algumas competências pré-verbais e que ao longo da intervenção foi demonstrando melhorias. A nível verbal ainda mantinha um discurso ecológico com alguma dificuldade em adequar a comunicação aos diferentes contextos.

Tendo por base estas informações clínicas foram traçados objetivos relativos à comunicação não-verbal, nomeadamente aumentar o contacto ocular, atenção conjunta e promoção de uso de gestos durante a comunicação. Ao nível da comunicação verbal, foi objetivo promover a comunicação verbal ao contexto. Também foram objetivos a promoção da interação social, incidindo na díade mãe e filha e aumento do tempo e qualidade de interação nas atividades.

É importante ressaltar a particularidade do comportamento da Margarida que modificava na esfera musical e revelava um contexto do seu interesse, permitindo um maior alcance dos objetivos traçados.

Em suma, nos objetivos estabelecidos no plano de intervenção da Margarida foram notórias as evoluções, apesar de ainda ser necessária a continuidade da intervenção, reforçando a importância da musicoterapia com crianças do espectro.

Estudo de Caso 2

Abaixo será exposto o segundo estudo, referente ao utente Francisco, que também esteve sempre acompanhado pela respetiva família.

Identificação do Caso do Francisco

O Francisco é uma criança do sexo masculino, com 3 anos de idade e nacionalidade portuguesa.

Vive com os pais, a mãe que é enfermeira e o pai que é polícia também ambos portugueses.

Ao nível dos períodos pré, peri e pós-natal o Francisco é filho único e a gravidez foi planeada e desejada. Verificou-se sempre vigilância médica durante a gravidez, mas a mãe descreveu existência de hipotiroidismo gestacional, tomando medicação para o hipotiroidismo. Nasceu com 38 semanas e com 3,480 kg de um parto eutócico induzido.

Quanto ao desenvolvimento da alimentação, a mãe descreveu amamentação exclusiva até aos 3 meses, sem dificuldades e até aos 12/15 meses aceitou todos os alimentos que lhe foram dados, mas depois começou a recusar alguns alimentos. Neste momento rejeita sabores fortes e algumas texturas esponjosas ou rijas, como a melancia e não gosta de frutas sem ser a maçã, a pera, a laranja e a banana.

Relativamente ao desenvolvimento psicomotor começou a sentar-se por volta dos 6/7 meses, gatinho e a andar por volta dos 16 meses. Ainda não apresentava controlo dos esfíncteres.

No que concerne o desenvolvimento linguístico disse “mamã” por volta dos 7 meses, mas só por volta dos 15/16 meses começou a dizer as primeiras palavras como “tatá”- já está e “na qué”- não quero. Ainda não era capaz de juntar duas palavras.

Em relação à história clínica é acompanhado em Imunoalergologia e na Consulta de Desenvolvimento no CDC. Não foram relatados antecedentes familiares como doenças hereditárias, alterações na comunicação/linguagem ou problemas de neurodesenvolvimento. Realizou exames auditivos e não apresentou alterações.

De acordo com a mãe as dificuldades foram detetadas desde muito cedo e a mãe referiu que o Francisco desde pequeno que interagiu de forma diferente tanto com os pais como outras pessoas. Nunca demonstrou muito interesse, nem respondia quando era chamado e começou a notar-se atraso no desenvolvimento da linguagem, agravando aos 24 meses. Por suspeita de PEA pela parte da mãe e médica de família foi encaminhado para o CDC, para consulta de desenvolvimento.

Na 1ª consulta de desenvolvimento a pediatra de desenvolvimento descreveu que o Francisco foi referenciado por suspeita de PEA aos 30 meses, que se encontrava integrado no jardim de infância e já estava referenciado à ELI, com acompanhamento em Ensino Especial uma vez por semana. É também acompanhado em Psicoterapia e Terapia da Fala.

Na avaliação do ADOS, obteve uma cotação de PEA grave.

Quanto aos hábitos orais e rotinas, não apresentava qualquer hábito nocivo.

Dormia à volta de 9/10 horas, mas não apresentava qualidade de sono. Dormia metade da noite na sua cama e depois ia para a dos pais. Tinha pesadelos durante o sono e chorava quando era acordado. Já demonstrava alguma autonomia no vestir/despir e calçar, com ajuda.

Relativamente ao desenvolvimento social, o Francisco interagiu mais com os pais, avó, tios, educadoras e colegas da escola. Gostava de estar ao pé de outras crianças e observava-os, ria-se do que elas faziam e interagiu tentando dar festas. Frequentava a creche desde os 9 meses e apesar de a adaptação ter sido mais difícil, pois chorava no início, depois habituou-se.

Os interesses musicais começaram a notar-se desde cedo quando começou a balbuciar, reagindo sempre aos estímulos musicais que lhe eram dados.

Gostava de atividades/brincadeiras que envolvessem música como brinquedos musicais, programas na televisão com música e instrumentos musicais. No entanto, os pais referiram que por vezes apresentava hiperfoco nas rodas dos carros, deitando-se no chão e ficando muito tempo apenas a andar de um lado para o outro com os carros, caso os pais não o distraiam com outra atividade ou objeto.

As principais preocupações/expectativas da família em relação ao Francisco têm a ver com o desejo de um desenvolvimento global o mais linear possível, que lhe permita ter competências para ter uma vida autónoma e funcional e a mãe descreveu-o como uma criança feliz e cheia de energia.

Na primeira sessão realizada a 16/02/24 foi uma sessão marcante, pois quando a estagiária se dirigiu à sala de espera para ir buscar o Francisco e o pai, o Francisco estava a brincar com os brinquedos que estavam à sua disposição e quando o pai se levantou na direção da estagiária, tentou chamá-lo e levá-lo na sua direção, mas o Francisco começou a chatear-se e a chorar sem demonstrar qualquer vontade em sair da sala de espera. A estagiária percebeu que tinha de arranjar algo que o cativasse e pensou em ir buscar algum instrumento que lhe pudesse interessar. Desta forma, trouxe uma guizeira, para ver se o som o cativava, mas não ligou muito e continuou sem vontade de ir com a estagiária. A estagiária foi buscar o *ukulele* que por ser um instrumento harmónico talvez pudesse cativá-lo e foi de facto o que aconteceu. Quando a estagiária regressou da sala de musicoterapia e experimentou tocar uns acordes e dedilhar nas cordas, o Francisco parou de chorar instantaneamente, focou o seu olhar no *ukulele* e dirigiu-se até ao instrumento, ficando a observá-lo. O pai experimentou agarrar-lhe na mão para começar a andar em direção à sala, juntamente com a estagiária e o Francisco foi tranquilamente.

Assim que chegaram à sala, o interesse do Francisco continuou no *ukulele*, pelo que a estagiária baixou-se ao seu nível e sentou-se perto dele. O Francisco sentou-se também e continuou muito atento ao som que a estagiária ia produzindo, começando também a cantar de forma improvisada algumas melodias que tinha na cabeça. Nesse momento o Francisco olhou para a estagiária e voltou a olhar para o instrumento, aproximando-se cada vez mais. Chegou ao ponto de se encostar ao instrumento e com a mão ia sentindo as vibrações. Posteriormente, ele começou a passar os dedos nas cordas enquanto a estagiária ia cantando algumas canções de repertório infantil com o objetivo de ver se alguma era reconhecida pelo Francisco. Em maior parte das canções o Francisco reagia, denotando de imediato um repertório vasto. A estagiária percebeu claramente que foi um importante momento de conexão entre os dois e que o *ukulele* era um instrumento de grande interesse para o Francisco.

Passado um tempo, o Francisco levantou-se, foi buscar o tambor e experimentou tocar com as baquetas. O pai referiu que o Francisco sabia a música dos parabéns e a estagiária experimentou cantar, sendo que o Francisco prestou atenção e começou a produzir sílabas “pa” “cê” enquanto a melodia ia sendo produzida. A partir daí notou-se uma maior confiança no espaço em que estava, foi explorando a sala e alguns instrumentos que estavam dispostos, nomeadamente, o piano, o *ukulele*, o pau de chuva, o xilofone, o tamborim e deu à estagiária para tocar, demonstrando intenção comunicativa.

Posteriormente, dirigiu-se ao pai e foi para o seu colo. A estagiária aproveitou o momento para se sentar perto deles e interagir em tríade, através da sugestão de canções que ia tocando e cantando, pelo que o pai e o Francisco iam acompanhando.

Naquele momento o Francisco demonstrou um contacto ocular com alguma qualidade. Foi capaz de identificar cores no piano e partes do corpo.

História Sonoro-Musical

No sentido de se entender o ambiente sonoro musical do Francisco, foi feita a sua história sonoro-musical através de um questionário ao pai.

O pai referiu que costumava colocar sons de ruído branco para embalar o Francisco, a canção que mais gostava que lhe cantassem é do João Pestana, que é habitual ouvirem música em casa, gostava muito de músicas como o “Bom dia, sol na fazendinha”, e os pais cantavam-na para começarem a rotina da manhã e o Francisco saber. Não rejeitava músicas e a música que mais ouvia é a “tchutchue, tchutchue”. Gostava muito do som do *ukulele*.

Não tem familiares que tenham experiência musical ou que toquem algum instrumento. Em casa gostavam de ouvir músicas tranquilas, do estilo jazz. O Francisco não gostava do som de um apito que tinham em casa.

As suas músicas preferidas eram: “ Olha o dragão, começar no A, era uma vez um cavalo, na quinta do tio Manel, a galinha patareca, se essa rua fosse minha, naquela linda manhã, voa abelhinha, tchutchue, tchutchue, funk do patinho, 5 patinhos, o dragão, loja do mestre André, a dona Aranha, o balão do João, o sapo não lava o pé, parabéns, sou uma taça, saia da carolina, cabeça, ombros, joelhos e pés, o autocarro, todos os patinhos, sou uma taça, mariana, eu mexo um dedo”.

Avaliação inicial

Na segunda sessão realizou-se a avaliação do Francisco através da escala de comunicabilidade musical e a grelha de avaliação da intervenção da musicoterapia. Esta escala avalia três domínios, o vocal, o instrumental, e o corporal.

A nível vocal o Francisco encontrava-se no nível 6 relativo ao comprometimento pessoal ao canto comunicativo, demonstrou material vocal melódico e estava a descobrir liberdade vocal e confiança. Participou numa troca

vocal, as suas vocalizações consistiam em simples afirmações melódicas, conversa de respostas rápidas que continham melodia, curtos tópicos não verbais, ou canto imitativo livre.

Quanto ao domínio instrumental, no que diz respeito a este domínio o Francisco encontrava-se no nível 2 – respostas evocadas fragmentadas e passageiras. O uso dos instrumentos era descontínuo, imaturo e esporádico. No entanto, as suas execuções musicais e batidas mostravam uma leve influência da música, apesar de se mostrar também impulsiva.

Em termos corporais o Francisco encontrava-se no nível 2- respostas evocadas, fragmentadas e passageiras. Fazia breves movimentos entusiasmados como correr, saltar, mover-se desajeitadamente, movimentava as mãos e/ou a cabeça em resposta a estímulos musicais específicos.

Em relação à grelha de avaliação da intervenção da musicoterapia e ao nível do contacto relacional o Francisco aderiu e aceitou contacto, quanto ao contacto com os objetos musicais não manipulou apropriadamente os instrumentos musicais, apresentou estereotípias, nomeadamente o *flapping* e interage através dos objetos.

Em relação à expressão corporal/funcionamento motor a criança revelou descoordenação motora, bateu palmas, mas nem sempre ajustado à pulsação assim como a coordenação da marcha segundo o andamento musical. Não revelou intencionalidade e antecipação nos movimentos, contingência nem maneirismos.

Relativamente à sensibilidade sonoro-musical a criança foi capaz de reconhecer a fonte emissora do som e reagir às interrupções, reconheceu as alterações de timbres e não apresentou hipo ou hipersensibilidade.

Quanto às emissões e expressões vocais vocalizou e entoou canções, mas nem sempre se ajustaram ao andamento e pulsação musicais.

Na produção musical instrumental foi capaz de bater com as palmas das mãos nos instrumentos de percussão e utilizou de forma adequada as baquetas do xilofone. Em relação à imitação não foi capaz de repetir frases melódicas.

O Francisco demonstrou momentos de reciprocidade, demonstrando facilidade em juntar-se de forma sincrónica às improvisações musicais da estagiária. No que concerne a reação e adaptação à mudança reagiu às interrupções musicais, mas não apresentou ideias musicais novas.

Na comunicação verbal revelou produção através de uma sílaba ou tentou produzir a palavra, mas com alterações nos sons da fala e processos fonológicos.

A criança revelou capacidade de expressão afetiva e por fim, na atividade simbólica já revelou alguma sensibilidade ao ambiente sonoro-musical.

Também foi possível observar alterações a nível do processamento sensorial visual do Francisco, pois observava alguns instrumentos em diferentes perspetivas, enquadrando-se nos padrões comportamentais restritivos e repetitivos. O mesmo acontecia na sala de musicoterapia, em que existia uma linha azul a percorrer as paredes da sala e por vezes o Francisco acompanhava também essa linha até a perfazer na totalidade.

De uma forma geral as características sonoro-musicais do Francisco são ritmos rápidos, intensidades fortes, sons agudos e melodias canções infantis relativas à sua história sonoro-musical.

Plano de Intervenção do Francisco

Tendo por base a observação da estagiária e avaliação realizada foi elaborado o plano terapêutico do Francisco que contemplou os objetivos gerais e específicos consoante as necessidades prioritárias.

Tabela 4 - Plano de Intervenção do Francisco

1º Objetivo Geral: Promover as competências não-verbais e verbais

Objetivos Específicos:

- 1- Promover o uso de gestos durante a comunicação
 - 2- Promover a comunicação verbal ao contexto
-

2º Objetivo Geral: Promover a interação social

Objetivos Específicos

- 1- Aumentar a atenção conjunta
 - 2- Aumentar o tempo e qualidade de interação nas atividades
-

Processo Terapêutico do Francisco

O Francisco frequentou 15 sessões que decorreram durante cinco meses, tendo iniciado no dia 16 de fevereiro de 2024 e terminado no dia 5 de julho de 2024. Durante a intervenção houve três momentos de interregno, sendo estes uma semana em abril devido às férias da Páscoa e também por ser o mês de sensibilização para as PEA foram realizados os Colóquios do CDC que coincidiram com os dias das sessões de Musicoterapia e coincidiu também com uma greve da função pública.

Início do processo terapêutico- “A descoberta musical”

Na primeira sessão o pai e posteriormente a mãe foram informados sobre a duração da intervenção e da importância da família nas sessões pelo que estiveram sempre presentes, apesar de ter sido alternadamente devido ao trabalho por turnos da mãe. Foram pais que contribuíram bastante para o sucesso terapêutico pois demonstraram sempre proatividade na sessão, nomeadamente na participação das atividades solicitadas pela estagiária e assimilaram as estratégias recebidas para realizarem também em casa e que se tornaram fundamentais para a intervenção.

Primeiramente o foco da intervenção incidiu numa 1ª fase que foi o estabelecimento da relação terapêutica, fundamental para uma relação de confiança e segurança e perceber competências não-verbais, competências verbais, a interação entre o Francisco, os pais e com a estagiária e outros comportamentos repetitivos como a existência ou não de estereotípias.

O início das sessões era acompanhado pela mesma canção de acolhimento e o final uma canção de despedida, com o objetivo de promover previsibilidade, rotina e estrutura ao Francisco, acompanhado da reprodução do gesto de cumprimento e com a ajuda e reforço dos pais. Posteriormente, o Francisco explorava o *setting* e os instrumentos à sua disposição e a estagiária seguia os seus interesses e musicava os sons e movimentos, respeitando também silêncios que surgissem. Perto de um espelho também estavam duas cadeiras para facilitar o acesso à sua imagem e trabalhar a capacidade de imitação, noção do eu e outro e percepção das diferentes partes do corpo, e foi logo um espaço que desde cedo interessou o Francisco. As sessões eram realizadas no mesmo espaço para todas as intervenções, onde se mantinha a mesa grande com cadeiras que os pais costumavam usar e uma mesa mais pequena onde eram dispostos os instrumentos. Verificaram-se vários momentos de tentativas de sintonização através da imitação das vocalizações ou espelhar musicalmente o que o Francisco ia fazendo a nível corporal e instrumental. Com o decorrer das sessões a estagiária refletia através das gravações realizadas quais os momentos mais marcantes a fim de reproduzir novamente na sessão seguinte e ampliar esses momentos importantes que iam ao encontro dos objetivos terapêuticos. A meio do processo a estagiária começou a propor algumas sugestões nas atividades que eram feitas para potenciar alguma flexibilidade e mudanças nos objetivos.

Durante as sessões o instrumento musical que se destacou foi o *ukulele*, pelo interesse inicial demonstrado pelo Francisco e de forma a proporcionar um acompanhamento harmónico às canções e ser adequado em termos dimensionais às crianças a fim de promover também uma exploração do mesmo. Em cima da mesa de menores dimensões dispunham-se os instrumentos de percussão maracas de pegas, guizeira, triângulo, ovos, caixa chinesa, pau de chuva, tamborim, pandeireta, sino, *ukulele* e em cima das cadeiras pequenas o tambor, o jambé e no chão instrumentos melódicos como um piano eletrónico e um metalofone. Através da disposição dos instrumentos pretendia-se aferir os interesses musicais por parte do Francisco e como interagia com os mesmos, a estagiária e os pais.

Notou-se uma certa dificuldade em manter o foco de atenção nos instrumentos pelos quais se interessava, pois pegava nos diferentes instrumentos, mas mantinha-os pouco tempo consigo alternando para outro. No entanto, já foi notória uma certa intenção comunicativa, pois a estagiária experimentou sugerir algumas canções do seu repertório musical que tinha questionado aos pais e o Francisco demonstrava reação perante os estímulos musicais. Aceitou sempre o contacto físico e procurava o nosso contacto, ou como prolongamento do seu desejo perante algo ou como necessidade própria de interação, pedindo por vezes colo ao esticar os braços na direção da mãe ou pai.

O Francisco é verbal, mas demonstrou desde a primeira sessão, dificuldade na produção dos sons da fala, produzindo apenas sílabas em relação a determinada palavra ou produzindo a palavra, mas com a existência de processos fonológicos ou dificuldades articatórias.

Durante o decorrer das sessões a mãe referiu que o Francisco conhecia o programa *baby signs* e foi também promovido em sessão para potenciar e auxiliar os gestos durante a comunicação.

O Francisco é capaz de identificar cores, partes do corpo e produzir sons de animais, assim como contagem de números. Demonstrou inicialmente um contacto ocular adequado.

Evolução do processo terapêutico – “O espelho musical”

Ao longo do processo terapêutico o Francisco foi demonstrando maior noção rítmica, pois sempre que a estagiária sugeria uma canção do seu repertório e definia um compasso, maior parte das vezes binário, o Francisco era capaz de estar a tocar algum instrumento e acompanhava no mesmo ritmo, tanto a nível instrumental como corporal. No entanto, ria-se muito quando fazia a melodia com um ritmo muito rápido. Durante as canções sugeridas a estagiária usava como técnicas o *pausing* com o intuito de ver continuidade no Francisco, sendo que este conseguia dar continuidade, o *mirroring* a nível vocal, instrumental e corporal com o intuito de captar a sua atenção e o *turn-taking* que principalmente no piano era muito notório, pois a estagiária percorria as teclas de forma ascendente ou descendente e o Francisco percorria também da mesma forma. Nesta fase da intervenção os objetivos terapêuticos incidiam no uso de gestos durante a comunicação e na promoção da comunicação verbal ao contexto.

A estagiária harmonizava canções do seu repertório ou musicava os seus movimentos através do *ukulele*, mas o tempo de duração da criança na canção era curto passando para outra atividade ou instrumento, demonstrando alguma dificuldade na qualidade e tempo de interação com a mãe e estagiária.

Numa fase posterior os objetivos foram ao encontro da promoção da interação social através do aumento da atenção conjunta e do tempo e qualidade de interação nas atividades.

No *setting* a estagiária já dispunha menos instrumentos, optando apenas pelos de maior interesse do Francisco e para promover um maior foco, porque em algumas sessões pode ter-se proporcionado alguma sobrestimulação dificultando a atenção.

Nesta altura da intervenção o Francisco ainda demonstrava alguma dificuldade em manter uma melodia durante algum tempo, sendo a duração das atividades ainda curta.

Término do processo terapêutico – “A interação musical”

Numa fase seguinte e final o principal objetivo mantinha-se no aumento do tempo e qualidade de interação em sessão e nos últimos meses de intervenção notou-se diferença na permanência de uma canção por parte do Francisco, assim como na adequação de gestos no início e fim de sessão, sendo que o Francisco já fazia esse cumprimento, inclusive abraçava, na atenção conjunta também demonstrou maior qualidade e a comunicação verbal em contexto também foi sendo cada vez mais adequada. Durante todo o processo foram dadas estratégias aos pais nas sessões com objetivo de serem generalizadas para outros contextos, nomeadamente contexto familiar e educativo.

Resultados

Na última sessão realizou-se a avaliação do Francisco através da escala de comunicabilidade musical e a grelha de avaliação da intervenção da musicoterapia. Esta escala como referido anteriormente, avalia três domínios, o vocal, o instrumental, e o corporal.

A nível vocal o Francisco manteve-se no nível 6 relativo ao comprometimento pessoal ao canto comunicativo, demonstrou material vocal melódico e começou a descobrir liberdade vocal e confiança. Participou numa troca vocal, as suas vocalizações consistiam em simples afirmações melódicas, conversa de respostas rápidas que continham melodia, curtos tópicos não verbais, ou canto imitativo livre.

Quanto ao domínio instrumental, no que diz respeito a este domínio o Francisco manteve-se no nível 2 – respostas evocadas fragmentadas e passageiras. O uso dos instrumentos manteve-se descontínuo, imaturo e esporádico. No entanto, as suas execuções musicais e batidas mostraram uma leve influência da música, apesar de se ter mostrado também impulsiva.

Em termos corporais o Francisco alterou para o nível 5- início do movimento inter-responsivo e fez uma forma de movimento diretamente comunicativo responsivamente à música ou às atividades da estagiária baseadas musicalmente, tais como movimentos rítmicos ou dançantes.

Em relação à grelha de avaliação da intervenção da musicoterapia e ao nível do contacto relacional o Francisco continua a aderir e aceitar contacto, quanto ao contacto com os objetos musicais já manipulou apropriadamente os instrumentos musicais, apresentou algumas estereotipias como o *flapping* e interagiu através dos objetos.

Em relação à expressão corporal/funcionamento motor a criança revelou ainda descoordenação motora, bateu palmas, mas nem sempre ajustado à pulsação assim como a coordenação da marcha segundo o andamento musical. Já revelou intencionalidade e antecipação nos movimentos.

Relativamente à sensibilidade sonoro-musical foi capaz de reconhecer a fonte emissora do som e reagir às interrupções, reconheceu as alterações de timbres e não apresentou hipo ou hipersensibilidade.

Quanto às emissões e expressões vocais o Francisco vocalizou e entoou canções, mas nem sempre se ajustaram ao andamento e pulsação musicais. Na produção musical instrumental foi capaz de bater com as palmas das mãos nos instrumentos de percussão e utilizou de forma adequada as baquetas do xilofone. Em relação à imitação já foi capaz de repetir frases melódicas.

A criança demonstrou momentos de reciprocidade, demonstrando facilidade em juntar-se de forma sincrónica às improvisações musicais da estagiária. No que concerne a reação e adaptação à mudança reagiu às interrupções musicais, mas não apresentou ideias musicais novas.

Na comunicação verbal o Francisco manteve a produção através de uma sílaba ou tentou produzir a palavra, mas com alterações nos sons da fala e manteve-se a existência de alguns processos fonológicos.

O Francisco revelou capacidade de expressão afetiva e por fim na atividade simbólica já revelou alguma sensibilidade ao ambiente sonoro-musical.

Discussão

Segundo Padilla (2008), nas primeiras etapas de desenvolvimento, as crianças podem recusar ou ignorar qualquer pessoa, inclusive o terapeuta. Apesar disso, um instrumento pode ser um intermediário entre a criança e o terapeuta, servindo um contacto inicial. O reforço ou mudança do comportamento social das crianças com PEA também se verifica na intervenção em Musicoterapia. Regula também o comportamento sensitivo e motor, que costuma estar alterado nas crianças com PEA. Pode verificar-se a redução do comportamento estereotipado através de música com marcação rítmica, promove a criatividade através da satisfação emocional (Padilla, 2008).

No caso do Francisco pode-se ver isto retratado no sentido em que foi necessário contacto com o instrumento para servir de intermediário com a estagiária e poder-se explorar um novo ambiente que promoveu a aquisição de várias competências.

A musicalidade é inerente ao ser humano, seja qual for o grau e forma, podendo ou não ser desenvolvida e depende de vários fatores, como o meio e as possibilidades que cada um tem (Barcellos, 2004).

Quando as crianças estão envolvidas numa atividade, sendo que o objetivo é ela própria e em que a sua forma de expressar é respeitada e a forma de agir valorizada, desenvolve de forma crescente a sua autoestima (Bruscia, 2000).

Com base neste estudo de caso, os objetivos traçados e a intervenção realizada podem constatar-se os benefícios da musicoterapia, na aquisição de competências pré-verbais, verbais e de interação social.

Conclusão

O Francisco foi encaminhado para pediatria do desenvolvimento pela médica de família por suspeita de PEA e, por conseguinte, para musicoterapia através do grupo PEA. Nas primeiras sessões já demonstrava algumas competências pré-verbais e que ao longo da intervenção foi demonstrando melhorias. A nível verbal ainda se mantêm dificuldades expressivas, nomeadamente na correta produção dos sons da fala, produzindo apenas frases melódicas.

Tendo por base estas informações clínicas foram traçados objetivos relativos à comunicação não-verbal, nomeadamente promover o uso de gestos na comunicação, ao nível da comunicação verbal, foi objetivo adequar a comunicação verbal ao contexto e também foram objetivos a promoção da interação social, incidindo no

aumento da atenção conjunta e aumento do tempo e qualidade de interação nas atividades.

Ressalta-se a particularidade do comportamento do Francisco que modificava na esfera musical e revelava um contexto do seu interesse, permitindo um maior alcance dos objetivos traçados.

Em suma, nos objetivos estabelecidos no plano de intervenção do Francisco foram notórias as evoluções, apesar de ainda ser necessária a continuidade da intervenção, reforçando a importância da musicoterapia com crianças do espectro.

Outras intervenções

De seguida, serão apresentadas de forma sucinta outras intervenções que foram realizadas durante o período de estágio. Será apresentado o caso, o processo de intervenção, os objetivos traçados e os resultados no fim do processo.

Nuno

O Nuno tem 4 anos, vive com os pais e irmãos.

Com base no processo clínico foi descrito pela pediatra de desenvolvimento que apresentava um atraso global do desenvolvimento psicomotor com grave compromisso da comunicação e interação social. Contacto visual evitante, pobre. Só entrava na interação quando se servia o propósito. Demonstrava maior interesse pelos objetos do que pelas pessoas. Deambulava pelo gabinete sem propósito, explorava com pouca qualidade, apresentava jargão sem intenção comunicativa e sem palavras perceptíveis. Não apontava e não usava gestos. Apresentava algumas estereotípias motoras, brincava preferencialmente sozinho, preferindo o adulto aos pares. Integrado na escola e referenciado à ELI. Apresentava seletividade alimentar.

Foi realizado o ADOS onde obteve uma cotação de PEA moderado.

Em observação direta na primeira sessão dia 17.10.23 foram perceptíveis as descrições do processo clínico destacando-se a dificuldade na interação social, o contacto ocular bastante fugaz, produzia apenas vocalizações, verificaram-se várias tentativas de saída da sala e conseguindo por vezes, pois procurava as pinturas que tinham animais que estavam nos corredores do centro, demonstrando uma grande agitação motora.

Explorou alguns instrumentos como o xilofone, as maracas, a guizeira e a pandeireta, mas não esteve muito tempo em cada um, demonstrando um curto tempo de atenção.

Foi realizada a avaliação em musicoterapia e posteriormente realizou-se o plano de intervenção do Nuno, abrangendo objetivos que estavam relacionados com a comunicação pré-verbal, de interação social e verbal.

O processo foi interrompido ao fim de 6 meses, por falta de assiduidade, mas evidenciaram-se melhorias significativas na relação terapêutica que foi estabelecida com a estagiária, assim como outros objetivos traçados. Um dos momentos marcantes foi a produção da estagiária de uma vocalização específica que o Nuno realizava e que captou a sua atenção como ainda não tinha acontecido, pelo que sempre que a estagiária produzia essa vocalização o Nuno mostrava muito atenção e interação. Começou a aceitar o contacto físico procurando-o na estagiária e nesses momentos chegou a manter um contacto ocular com maior qualidade enquanto se via ao espelho e observava a estagiária durante os momentos em que estava ao seu colo. Aceitava brincadeiras de apanhada enquanto a estagiária tocava um instrumento e cantava, provocando riso no Nuno e uma interação de *turn-taking* evidente. Começou a produzir palavras como “não”, “dá”, “mamã” e “papá”. Foram perceptíveis momentos de *mirroring* nos instrumentos, esboçando um sorriso e mantendo contacto ocular. Reduziu a necessidade que demonstrava em sair da sala e demonstrou maior foco de atenção perante as atividades solicitadas pela estagiária.

Vânia

A Vânia é filha única tem 3 anos e vive com os pais.

No processo clínico vinha descrito pela pediatra de desenvolvimento que demonstrava um atraso global do desenvolvimento psicomotor moderado/grave e perturbação da relação e comunicação social recíproca. No início demonstrou uma postura evitante/ansiosa, receosa e cautelosa e chorou perante tentativas de interação. Demonstrava um registo globalmente muito pobre, não procurava o adulto, nem

explorava. A pediatra de desenvolvimento relatou que conseguiu cativá-la através dos livros e da música, esboçando um sorriso e tendo feito contacto ocular. Logo após permitiu alguns momentos de interação/comunicação. Não produziu palavras perceptíveis, não apresentou jargão e escassas vocalizações. A marcha era de base alargada e muito hesitante, sempre com o apoio de uma mão e na posição sentada não fez tentativa de se levantar, nem se deslocou. Frequenta o jardim de infância. Iniciou Terapia Ocupacional e está referenciada à ELI que já reuniu com os pais. Nos últimos meses fez algumas aquisições, demonstrando maior qualidade no olhar e já se vai interessando pelo meio e tenta explorar. Persistem muitas vulnerabilidades.

Foi realizado o ADOS onde obteve uma cotação de PEA grave.

Na primeira sessão dia 19.12.23 foram perceptíveis as descrições do processo clínico destacando-se a dificuldade na interação social, o contacto ocular bastante fugaz, produzia algumas vocalizações, mas estava muito retirada.

Chegou no carrinho, com chupeta e só depois foi para o chão. Ainda pegou em alguns instrumentos (xilofone, tamborim, maracas, guizeira, tambor) dispostos pelo chão da sala, mas não captou a sua atenção atirando alguns novamente para o chão. Demonstrou algumas alterações a nível do processamento sensorial, pois tanto nos instrumentos, como no chão e cadeiras a Vânia arranhava com um dedo e chegou a colocar alguns instrumentos na boca, sendo perceptível necessidade de exploração oral. Apresentou algumas estereotípias como mexer no cabelo, esticar os pés e algum “flapping”.

A estagiária experimentou tocar *ukulele*, cativando de imediato a Vânia e fazendo contacto ocular, que não manteve durante muito tempo. No entanto, demonstrou alguma interação com a estagiária e com a brincadeira “onde está a Vânia”, enquanto cantava e juntamente com cócegas, pelo que esboçava um sorriso.

Um dos momentos marcantes da sessão foi durante a música “A dona Aranha” em que a estagiária fez uma brincadeira que apelava ao jogo simbólico que era uma aranha a subir a parede, a Vânia começou a rir-se e demonstrou pela primeira vez intenção comunicativa, pois pegou na mão da estagiária e levou até à sua barriga.

Explorou alguns instrumentos como o xilofone, as maracas, a guizeira e a pandeireta, mas não esteve muito tempo em cada um, demonstrando um curto tempo de atenção.

Foi realizada a avaliação em musicoterapia e posteriormente realizou-se o plano de intervenção da Vânia, abrangendo objetivos que estavam relacionados com a comunicação pré-verbal e de interação social.

O processo terapêutico teve a duração de 6 meses e evidenciaram-se melhorias significativas na relação terapêutica que foi estabelecida com a estagiária assim como outros objetivos traçados. Começou a aceitar o contacto físico procurando-o na estagiária, no final do processo já cumprimentava através de um sorriso e contacto ocular a estagiária quando a ia buscar à sala de espera, aceitava brincadeiras como cócegas, puxando a mão da estagiária. Numa das sessões a estagiária estava sentada no chão, experimentou sentar a Vânia no seu colo com o piano à frente e a Vânia experimentou tocar com os pés. Foi um momento fantástico, pois a Vânia sorriu muito e manteve algum contacto ocular com a estagiária. Posteriormente fez uma brincadeira de mantê-la no colo e inclinar-se para um lado e outro enquanto cantava e a Vânia também manteve contacto ocular e sorriu bastante.

Ao nível das competências não verbais foi onde a Vânia mais se destacou.

Paulo

O Paulo tem 3 anos, vive com os pais e irmãos.

Com base no processo clínico foi descrito pela pediatra de desenvolvimento que apresentava um atraso global do desenvolvimento com hipotonia orofacial grave, dificuldade na comunicação, relação social e algumas assimetrias. Demonstrou conhecimento de números e letras, mas evidenciou dificuldades sensoriais táteis e alimentares. Integrou jardim de infância, mas a adaptação foi difícil.

Foi realizado o ADOS onde obteve uma cotação de PEA moderado.

Também é acompanhado em Terapia Ocupacional, Terapia da Fala e Psicomotricidade.

Foi encaminhado pelo grupo PEA para o espaço terapêutico, mas como demonstrava muito interesse musical e cantava, fez-se a experiência da sessão de musicoterapia e notou-se bastante diferença.

Em observação direta na primeira sessão dia 25.01.24 foram perceptíveis as descrições do processo clínico destacando-se as alterações sensoriais, sendo que quando era sobrestimulado tapava os ouvidos e demonstrou algumas estereotípicas e movimentos repetitivos como colocar o braço à frente dos olhos, ou girar sobre si próprio. Mas foi das crianças que correspondeu logo ao *pausing* através de canções do seu repertório infantil, ficando desde logo bastante cativado com algum repertório sugerido pela estagiária como “Foi na loja do mestre André”, “Cabeça, ombros, joelhos e pés”, mas a sua preferida foi “Todo o mundo levanta a mão”, demonstrando imensa alegria quando era sugerida. Estabeleceu contacto ocular de qualidade com a mãe, a estagiária e a professora de ensino especial do espaço terapêutico, enquanto sorria bastante.

Explorou alguns instrumentos como o piano, o xilofone, o tambor, as maracas, a guizeira, o tamborim, o pau de chuva, mas não esteve muito tempo em cada um, demonstrando um curto tempo de atenção.

Foi realizada a avaliação em musicoterapia e posteriormente realizou-se o plano de intervenção do Paulo, abrangendo objetivos que estavam relacionados com a comunicação pré-verbal, de interação social e verbal.

O processo terapêutico teve uma duração de 6 meses, mas evidenciaram-se melhorias significativas na relação terapêutica que foi estabelecida com a estagiária, assim como outros objetivos traçados. O Paulo evidenciou desde logo competências relativas ao uso das duas mãos no piano e foi notório o especial interesse pelo instrumento. Fez até uma pequena composição melódica que repetiu nas sessões seguintes que serviu também para potenciar momentos de sintonia entre a estagiária e o Paulo, sendo que entendia perfeitamente quando a estagiária fazia técnicas como o *mirroring* e o *turn-taking*, também com outros instrumentos (ovos, *ukulele*, piano) e o Paulo correspondia no momento.

A nível verbal o Paulo produzia sílabas como “ca” para a palavra cabeça, “mã” para mão, entre outras.

Miguel

O Miguel tem 3 anos, vive com os pais e irmão.

Com base no processo clínico em 2022 foi descrito pela pediatra de desenvolvimento que foi uma criança muito difícil de envolver, com pobre atenção conjunta, contacto ocular fugaz (mas com qualidade quando estabelece), estereotípias motoras, o seu vocabulário tem menos de 10 palavras perceptíveis e pouca intenção comunicativa. Está integrado em JI e desde aí que tem mostrado uma evolução positiva. Foi referenciado à ELI.

Em 2023 foi novamente à consulta de desenvolvimento e a pediatra já achou que demonstrava atenção conjunta, mas sem iniciar, sorriu e olhou à sua volta, foi mais falador, sendo que já produz algumas palavras como “mamã, papá, dá, já tá”.

Foi realizado o ADOS onde obteve uma cotação de PEA moderado a severo.

Foi encaminhado pelo grupo PEA para musicoterapia e está a ser acompanhado também em Terapia Ocupacional e começou há poucas semanas Terapia da Fala.

Em observação direta na primeira sessão dia 19.10.23 foram perceptíveis algumas descrições do processo clínico destacando-se o contacto visual fugaz, pouco foco de atenção perante os instrumentos que explorava, como o xilofone, o *ukulele* e as maracas, que utilizou para tocar no xilofone. Demonstrou também necessidade de exploração oral em alguns instrumentos como o pau de chuva e as baquetas e o gosto por estar debaixo das mesas e cadeiras.

Foi realizada a avaliação em musicoterapia e posteriormente realizou-se o plano de intervenção do Miguel, abrangendo objetivos que estavam relacionados com a comunicação pré-verbal, de interação social e verbal.

O processo terapêutico teve uma duração de 9 meses e evidenciaram-se melhorias significativas na relação terapêutica que foi estabelecida com a estagiária, assim como outros objetivos traçados. O Miguel começou a procurar o contacto físico da estagiária, nomeadamente o seu colo e gostava muito da atividade do avião enquanto a estagiária cantava, verificando-se alguma necessidade de explorar o sistema vestibular. Começou a perceber técnicas como o *mirroring e turn-taking* e demonstrou muito gosto numa atividade de cócegas em que a estagiária ia devagar até ao Miguel enquanto cantava uma música do seu repertório e quando chegava perto dele fazia-lhe cócegas e ele ria-se muito, pedindo o gesto de **mais** do programa *baby signs* que tinha aprendido anteriormente em Terapia Ocupacional e que como era do conhecimento da estagiária, fomentava a produção do gesto. Já cumprimenta no início e fim da sessão, através de um abraço.

Identificava partes do corpo e cores pelo que a estagiária juntamente com os pais cantava uma música que a família tinha inventado para as partes do corpo. No entanto, por vezes ficava muito irritado se vinha com algum objeto fora da sala e o pai retirava pelo que se deitava no chão a chorar, mas a estagiária tentava interagir no chão e resultava.

A nível verbal o Miguel começou a produzir as vogais enquanto pegava no jambé e produzia para dentro do instrumento, passando depois o jambé ao pai ou mãe e estagiária e já tentava articular palavras que a família ou a estagiária estivessem a tentar ensinar, prestando muito atenção à boca e movendo a língua e os lábios em silêncio.

Luís

O Luís tem 2 anos, vive com a avó, mas vai estando com os pais que estão separados.

Com base no processo clínico foi descrito pela pediatra de desenvolvimento que apresenta um Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor e com particularidades mais graves na comunicação, socialização e interação que preocupam. Foi também descrita seletividade alimentar, principalmente comida sólida.

Foi encaminhado pelo grupo PEA e foi realizado o ADOS onde obteve uma cotação de PEA moderado a severo.

Posteriormente, foi encaminhado para musicoterapia por demonstrar muitos interesses musicais e cantar melodias.

Em observação direta na primeira sessão dia 25.01.24 foram perceptíveis algumas descrições do processo clínico destacando-se o tempo extremamente curto de atenção, sendo que pegava nos instrumentos à sua volta e atirava para o chão, sem demonstrar grande interesse e por vezes dirigia-se à porta e demonstrava vontade em

sair da sala, ou mexia nas tomadas da sala, pelo que foi necessário tapar todas para não haver qualquer perigo.

Foi realizada a avaliação em musicoterapia e posteriormente realizou-se o plano de intervenção do Luís, abrangendo objetivos que estavam relacionados com a comunicação pré-verbal, de interação social e verbal.

O processo terapêutico teve uma duração de 5 meses e evidenciaram-se melhorias na relação terapêutica que foi estabelecida com a estagiária, assim como outros objetivos traçados. O Luís começou a evidenciar compreensão em técnicas como *mirroring*, *turn-taking* através das baquetas que tocava na mesa e aguardava que a estagiária fizesse alguns acordes no *ukulele* rindo bastante após esse momento. Era dos poucos momentos que conseguia captar a sua atenção e promover um contacto ocular com qualidade. Também era capaz de corresponder a técnicas como *expectation*, e preenchia os espaços vazios que a estagiária propunha através de diversas canções do seu repertório, gostando especialmente da canção “se essa rua fosse minha”. Quando estava feliz batia palmas e verbalizava *eh*.

Nomeou partes do corpo, cores, contagem de números, letras do abecedário, notas musicais. Continuou com um tempo de atenção bastante curto, pelo que teve de reduzir-se o máximo de estímulos na sala e ainda permaneceu um objetivo a alcançar no sentido de potenciar o máximo de aprendizagens ao Luís.

Salvador

O Salvador tem 2 anos e vive com os pais.

Com base no processo clínico foi descrito pela pediatra de desenvolvimento que foi referenciado por problemas na interação social, atraso de linguagem, contacto ocular reduzido, não responde ao nome de forma consistente, não inicia brincadeiras e quando outras crianças chegam perto não brinca com elas. Não partilha, examina os

objetos de perto e não brinca muito com eles. Tem um interesse especial por blocos e legos. Fica frustrado quando muda de rotinas. Diz mamã, papá, dá. Não cumpre tarefas simples. Quando quer algo, pega na mão dos pais e leva-os ao que quer e por vezes aponta. Diz adeus, em casa fala hindi e inglês e na escola português. Os pais acham que ele ouve bem. Tem demonstrado melhorias desde que começou a ELI, a alimentação é diversificada, não gosta de algumas texturas de fruta, nem de ficar sujo e não apresenta sensibilidade de texturas de roupa e a barulhos.

Foi encaminhado pelo grupo PEA e foi realizado o ADOS onde obteve uma cotação de PEA ligeira.

Posteriormente, foi encaminhado para musicoterapia por demonstrar muitos interesses musicais e cantar melodias.

Em observação direta na primeira sessão dia 03.05.24 o Salvador demonstrou interesse no *ukulele* pegando nele, explorou a sala e prestou bastante atenção. Reagiu bastante através de gestos e vocalizações quando a estagiária cantou algumas canções do seu repertório que tinha questionado ao pai. Fez contacto ocular com bastante qualidade, esboçou um sorriso e ainda foi abraçar a estagiária. Mostrou intenção comunicativa quando queria ou não queria algo, puxando o dedo da estagiária ou afastando. Bateu palmas e sorriu quando estava feliz.

Foi realizada a avaliação em musicoterapia e posteriormente realizou-se o plano de intervenção do Salvador abrangendo objetivos que estavam relacionados com a comunicação pré-verbal, de interação social e verbal, no entanto o processo terapêutico foi muito curto tendo sido de apenas 3 sessões devido à assiduidade, os colóquios do centro de desenvolvimento e as jornadas de musicoterapia que coincidiram com os dias de sessão.

Estabeleceu desde a primeira sessão uma excelente relação terapêutica com a estagiária, começando logo a evidenciar compreensão em técnicas como o *mirroring*, *turn-taking*, *expectation*.

Mesmo assim foi possível observar um grande potencial do Salvador pelo que provavelmente com mais tempo de intervenção ver-se-iam resultados significativos.

Manuel

O Manuel tem 5 anos, vive com os pais, mas passa mais tempo com a mãe porque o pai trabalha no reino unido.

Com base no processo clínico foi descrito pela pediatra de desenvolvimento que apresenta PEA severo, é acompanhado em psicomotricidade, terapia da fala e referenciado à ELI. Apresenta muitas estereotípias, gosta de ir à escola, apesar de se isolar, verbaliza quero e diz *cá* e não quero *no ca*.

Foi encaminhado pelo grupo PEA e foi realizado o ADOS onde obteve uma cotação de PEA moderado.

Posteriormente, foi encaminhado para musicoterapia por demonstrar muitos interesses musicais.

Em observação direta na primeira sessão dia 20.10.23 foram perceptíveis algumas descrições do processo clínico destacando-se o tempo extremamente curto de atenção, sendo que pegava nos instrumentos à sua volta, mas não explorava muito, apresenta como estereotípias ainda marcadas o bater palmas perto dos objetos. Fazia mais contacto ocular com a mãe do que com a estagiária que sempre foi fugaz.

Foi realizada a avaliação em musicoterapia e posteriormente realizou-se o plano de intervenção do Manuel, abrangendo objetivos que estavam relacionados com a comunicação pré-verbal, de interação social e verbal.

O processo terapêutico teve uma duração de 8 meses e evidenciaram poucas melhorias significativas fosse na relação terapêutica com a estagiária, ou outros objetivos traçados. Ainda foram colocados alguns instrumentos para o Manuel explorar, mas posteriormente a estagiária colocou apenas o *ukulele* e o piano, notando alguma diferença. O Manuel teve sempre muita dificuldade quanto ao foco de atenção, chegando mesmo a ter uma sessão em que desregulou e os pais tiveram que sair mais cedo. Demonstrava desta forma, uma desregulação a nível do processamento sensorial que dificultava as suas aprendizagens.

Repetia partes do corpo, cores, cumprimentava e verbalizava a pedido olá e adeus, aceitava o contacto físico e cumprimentava com um abraço, mas a sua comunicação ainda continuava pouco adequada ao contexto e permanecia com um tempo de atenção bastante curto, pelo que teve de reduzir-se o máximo de estímulos na sala e ainda se mantém um objetivo a alcançar no sentido de potenciar o máximo de aprendizagens do Manuel.

Lucas

O Lucas tem 3 anos e vive com os pais e irmã.

Com base no processo clínico foi descrito pela pediatra de desenvolvimento que foi referenciado por apresentar atraso global do desenvolvimento, muita dificuldade na interação com os pares e adultos, intolerância a alguns ruídos, tapa os ouvidos, ficou no chão a “dedilhar” os dedos e a sentir, pouco contacto visual, verbaliza 2/3 palavras, faz gesto de não com a cabeça, dirigiu-se de chucha aos brinquedos e quando é desafiado desiste facilmente. Apresentou alterações ao nível da estimulação sensorial visual e tem apoio com ELI.

Foi encaminhado pelo grupo PEA e foi realizado o ADOS onde obteve uma cotação de PEA ligeira.

Posteriormente, foi encaminhado para musicoterapia por demonstrar muitos interesses musicais e cantar melodias.

Em observação direta na primeira sessão dia 09.11.23 o Lucas demonstrou logo imenso interesse na interação que se estabeleceu com a estagiária através do *ukulele* e com a canção do “olá” para cumprimento inicial, pelo que se riu muito e respondeu. Estabeleceu o contacto ocular facilmente e mostrou-se muito bem-disposto. Mostrou preferência pelo piano e pegou na mão da estagiária para tocar. Verificou-se estereotipia a nível corporal enquanto estava em interação com a estagiária.

Foi realizada a avaliação em musicoterapia e posteriormente realizou-se o plano de intervenção do Lucas abrangendo objetivos que estavam relacionados com a comunicação pré-verbal, de interação social e verbal.

O processo terapêutico teve uma duração de 8 meses e melhorias significativas nos objetivos traçados.

Estabeleceu desde a primeira sessão uma excelente relação terapêutica com a estagiária, começando logo a evidenciar compreensão e a corresponder a técnicas como o *mirroring*, *turn-taking* (ovo, xilofone, ukulele e piano) e *expectation*.

Demonstrou desde cedo um grande repertório de canções infantis, pelo que um dos momentos marcantes do processo foi o Lucas ter conseguido cantar uma canção até ao fim, pois apenas cantava o início e passava para outra canção, tendo sido um dos objetivos aumentar o tempo e qualidade de interação nas atividades.

Outras atividades

A equipa do CDC realizava semanalmente reuniões de equipa, às terças-feiras, onde eram apresentados casos clínicos, ou eram realizadas apresentações por oradores externos. Às quartas-feiras era realizado o espaço terapêutico com a professora de ensino especial do centro e as estagiárias de psicologia e educação com 5 crianças com PEA. Ainda foi possível a estagiária participar numa das sessões do espaço terapêutico. Posteriormente tinham a reunião de equipa PEA para serem discutidos os casos em acompanhamento. Às quintas-feiras era realizado o *Journal Club* que abrangia apresentações de artigos científicos sobre diversos temas e onde a estagiária teve oportunidade de apresentar um artigo cujo título foi “A interação vocal em díades pré-termo na condição da fala vs. Canto materno: O emergir da musicalidade comunicativa neonata” dos autores (Carvalho et al., 2019). Este tema foi selecionado em conjunto com a orientadora por ser um tema que representa o emergir da musicalidade nos seres humanos, mesmo logo após o nascimento e primeiras semanas de vida.

Também foram realizados os Colóquios do CDC, relativos ao mês de abril que promove a sensibilização para as PEA e a estagiária teve oportunidade de assistir.

A estagiária ainda conseguiu assistir a algumas reuniões, mas não na sua totalidade devido a incompatibilidade horária do local de trabalho.

Discussão

Após o término do estágio é possível fazer-se um balanço de todos os processos de intervenção decorridos e as diferentes abordagens utilizadas, sendo que dois dos fatores mais importantes estiveram presentes: a compreensão e respeito das famílias, pois mesmo com diversas dúvidas confiaram sempre no trabalho que estava a ser desenvolvido durante o estágio e pela equipa do CDC, que permitiu uma liberdade e confiança para que o trabalho da estagiária fosse realizado da melhor forma e com as melhores condições possíveis.

As sessões foram sempre realizadas em conjunto com as famílias dada a importância fundamental dos contextos de cada criança e a idade das mesmas. A música auxilia a mobilização das emoções e sentimentos dos membros da família, assim como nutre a relação entre cada um e faz emergir a realidade simbólica daquele contexto familiar. Esta prática tem a particularidade de facilitar que a expressão de cada membro da família surja simultaneamente através da produção sonoro-musical, contrariamente a outras intervenções com foco na expressão verbal, pelo que se verifica apenas uma expressão individual (Valentin, 2016 citado por Garcia et al., 2020).

De acordo com Wigram (2000), os principais objetivos da musicoterapia incidem na estimulação física e psicológica, consciência percetiva, expressão emocional, capacidade cognitiva e comunicativa, comportamento social e as capacidades de cada indivíduo.

Quando a música é utilizada como improvisação criativa pretende atingir respostas musicais que desenvolvam a expressão e comunicação que são inatas ao ser humano, sendo a base da orientação humanística (Wigram, 2000).

Durante a intervenção terapêutica os objetivos centraram-se tanto na individualidade das crianças como nas respetivas famílias, pelo mencionado anteriormente.

De uma forma geral, a musicoterapia destaca-se como uma intervenção com evoluções significativas tanto para as crianças com PEA, assim como a expressão emocional e compreensão das famílias destas crianças.

Conclusão

O estágio curricular inserido no mestrado de Musicoterapia que decorreu entre setembro de 2023 e julho de 2024, foi integrado no Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva do Hospital Garcia da Orta em Almada constituído por uma equipa multidisciplinar, orientado pela psicóloga Dra. Anabela Farias que coordena o grupo PEA.

Foi um período de uma enorme aprendizagem para a estagiária que pode trabalhar com crianças do espectro e com as respetivas famílias. As crianças tinham idades entre os dois e cinco anos, umas eram verbais e outras não-verbais e demonstravam particularidades como um maior isolamento em relação a outras crianças, mas todas tinham em comum um interesse especial em música. Desta forma, foram traçados objetivos que correspondiam às necessidades individuais de cada criança e das famílias, pois também tinham preocupações e expectativas relativamente ao processo terapêutico e que precisavam igualmente de ser acolhidas.

Os objetivos incidiram principalmente em áreas da comunicação não-verbal e verbal e de interação social, incluído sempre as famílias. Estes objetivos foram praticamente atingidos em quase todos os casos de intervenção, tendo demonstrado evoluções bastante significativas. Houve casos mais desafiantes que outros quanto ao cumprimento dos objetivos estipulados nos planos terapêuticos, nomeadamente na comunicação não-verbal e verbal, mas foi possível considerar que transversalmente a interação intra e extrafamiliar melhorou substancialmente, tendo sido considerado um dos objetivos que foi atingido com maior sucesso. Esses resultados foram notórios nas dinâmicas observadas em sessão com as famílias e as crianças, assim como a transferência para outros contextos, nomeadamente o familiar. A verbalização dos pais quanto à dificuldade na interação social com as crianças foi um dado clínico bastante

importante que se tornou fundamental no alcance do sucesso deste objetivo. Desta forma, a observação das mudanças nas dinâmicas familiares ao longo do processo terapêutico foram extraordinariamente satisfatórias.

Em maior parte dos casos acompanhados, nas áreas da comunicação não-verbal como a atenção conjunta e contacto ocular verificaram-se melhorias significativas e a comunicação verbal também teve resultados notórios ao nível da produção de sílabas e palavras com intenção comunicativa.

Foi surpreendente a percepção que a equipa do CDC já tinha acerca da intervenção da musicoterapia e os seus benefícios, devido aos estágios decorridos anteriormente e do excelente trabalho realizado pelas colegas com as crianças e respetivas famílias.

É necessário ressaltar também a disponibilidade demonstrada pela equipa no sentido de articular sobre cada caso, permitindo desta forma melhorar a intervenção terapêutica com base em conhecimento prévio e graças à interdisciplinaridade existente.

Em suma, é importante reforçar a importância da intervenção musicoterapêutica em contexto hospitalar e com crianças do espectro, incluído as famílias em todo o processo.

Reflexão Final

O início deste estágio foi marcado por uma enorme expectativa em relação ao contexto que iria integrar, assim como a população e a problemática adjacente. Isto, porque um dos principais motivos que me fez integrar o mestrado em musicoterapia foi a intervenção prévia que tive enquanto terapeuta da fala com crianças com PEA, sendo uma das minhas áreas favoritas de trabalho e a utilização da música como recurso, verificando os seus efeitos indiscutíveis e imediatos. Já tinha realizado um estágio com perturbações do neurodesenvolvimento no hospital de santa maria, durante a licenciatura em terapia da fala, com crianças com PEA, tendo nascido aí a paixão por esta área, mas seria a primeira vez que iria pôr em prática a teoria musical aprendida durante este mestrado, nas intervenções com crianças com esta patologia. Assim, senti que iria terminar este mestrado com a principal motivação que me levou até ao mesmo.

Foi um privilégio integrar uma equipa de excelência como a do CDC, constituída por profissionais fantásticos, mas que revelaram também uma sensibilidade enorme perante todos os casos.

O estágio foi orientado pela Dra. Anabela Farias, que coordena o grupo PEA, que para além de ser uma profissional de excelência, demonstrou sempre uma enorme paciência e sensibilidade em todas as dúvidas que coloquei, tendo sido fulcral para o enriquecimento de aprendizagens relativas às PEA. Teve um papel fundamental na minha integração no centro e o qual agradeço muito, demonstrando uma gratidão imensa pela oportunidade de integrar uma equipa fantástica como a do CDC e orientada de uma forma exemplar. Aumentei conhecimentos sobre o desenvolvimento das crianças, os diferentes modelos das PEA, comorbilidades, diagnósticos e como

cada criança tem o seu percurso individual e a necessidade e sensibilidade que temos de ter para acolher cada criança e as suas famílias.

Estes meses de intervenção foram muito trabalhosos e cada sessão de musicoterapia tinha dinâmicas e abordagens diferenciadas, para atender às necessidades de cada família e criança. No entanto, sempre que terminava uma sessão instalava-se uma emoção tão gratificante e satisfatória ao ver os resultados a irem surgindo e a diferença que estas crianças já iam demonstrando desde o início até esses momentos do processo tornava-se motivacional para a sua continuidade.

Poder também observar as reações genuínas e incrédulas dos pais perante os comportamentos dos seus filhos nas sessões, pois não observavam em mais nenhum contexto, foi impagável e de uma gratidão indiscriminável, percebendo nestes momentos a importância fundamental dos pais participarem também em todo o processo. Receber o diagnóstico de uma criança com PEA é muito duro, portanto poder aliviar estas famílias foi maravilhoso.

Toda esta experiência possibilitou um crescimento pessoal e profissional que ultrapassaram todas as minhas expectativas, sentindo-me muito grata por todo este percurso.

Com o término deste estágio, perspetivo continuar a trabalhar nesta área tão apaixonante das crianças com PEA, pois é uma área em que a musicoterapia assume um papel fundamental na diferença que faz na vida destas crianças e das respetivas famílias que passam a compreender melhor tudo o que acontece com os seus filhos e adquirem estratégias fulcrais para resultados significativos.

Referências Bibliográficas

- Alfano, C. (2009). Seniors participation in an intergenerational musical learning program. *Tesis doctoral*. McGill University. Montreal: Faculty of Education.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5ª ed.). Washington (D.C.): *American Psychiatric Publishing*.
- Associação Portuguesa de Musicoterapia (2023). Musicoterapia. Consultado a 10 de novembro de 2023. <https://www.apmtmusicoterapia.com/o-que---a-musicoterapia-csgz>
- Barcellos, M. (2004). Musicoterapia: alguns escritos. Rio de Janeiro: Enelivros.
- Barcellos, L. (2005). A previsibilidade da canção popular como “holding” às mães de bebês prematuros. *Congresso da Associação de Pesquisa e Pós-Graduação em Música, XV*. Rio de Janeiro. Escola de Música – UFRJ, 2005. p. 1314-1322.
- Benenzon, R. (1985). Manual de Musicoterapia. Rio de Janeiro: Enelivros
- Bruscia, K. (2000). Definindo Musicoterapia. 2º Ed. Brasil, Rio de Janeiro: Enelivros
- Bruscia, K. (2014). Definindo Musicoterapia. (3ª ed.) Barcelona Publishers
- Besag, F., & Vasey, M. (2020). Seizures and Epilepsy in Autism Spectrum Disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*.
<https://doi.org/10.1016/j.chc.2020.02.002>
- Baker, A., Lane, A., Angley, M., & Young, R. (2008). The relationship between sensory processing patterns and behavioural responsiveness in autistic disorder: A pilot study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. <https://doi.org/10.1007/s10803-007-0459-0>
- Baranek, G., Boyd, B., Poe, M., David, F., & Watson, L. (2007). Hyperresponsive sensory patterns in young children with autism, developmental delay, and typical development. *American Journal of Mental Retardation*. [https://doi.org/10.1352/0895-8017\(2007\)112\[233:HSPIYC\]2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0895-8017(2007)112[233:HSPIYC]2.0.CO;2)
- Carpente, J. A. (2016). Music therapy and autism spectrum disorder: A review of literature. *Nordic Journal of Music Therapy*, 25(1), 34-64

Centro de Desenvolvimento da Criança (2023). Consultado a 11 de dezembro de 2023. <https://www.cdc-hgo.com/>

Carmassi, C., Palagini, L., Caruso, D., Masci, I., Nobili, L., Vita, A., & Dell’Osso, L. (2019). Systematic review of sleep disturbances and circadian sleep desynchronization in autism spectrum disorder: Toward an integrative model of a self-reinforcing loop. *Frontiers in Psychiatry*. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00366>

Eren, B. (2015). The use of music interventions to improve social skills in adolescents with Autism Spectrum Disorder in integrated group music therapy sessions. *Social and Behavioral Sciences*

Eissa, N., Al-Houqani, M., Sadeq, A., Ojha, S. K., Sasse, A., & Sadek, B. (2018). Current enlightenment about etiology and pharmacological treatment of autism spectrum disorder. *Frontiers in Neuroscience*. <https://doi.org/10.3389/fnins.2018.00304>

Federação Portuguesa de Autismo (2023). Características do autismo. Consultado a 11 de dezembro de 2023. <https://www.fpda.pt/autismo-o-que-e>

Fiamenghi, G., & Messa, A. (2007). *Psicologia ciência e profissão*, 2007, 27 (2), 236 - 245. Pais, Filhos e Deficiência: Estudos Sobre as Relações Familiares.

Gattino, G. S. & Reis, C. S. (2019). *Musicoterapia e autismo: campos de comunicação e afeto* (1ª ed.). Florianópolis: Forma e Conteúdo Comunicação Integrada

Garcia, G. L. & Silva, L. R. (2020). Musicoterapia familiar sistémica: as práticas sonoro-musicais no fortalecimento dos vínculos familiares pós-adoção. Consultado em 15 de dezembro de 2023. <https://doi.org/10.38034/nps.v29i68.569>

Gutiérrez Jiménez, S., & Franco, V. (2018). Music Therapy in Early Intervention – A Family Perspective. *Advances in Social Sciences Research Journal*. <https://doi.org/10.14738/assrj.54.4420>

HGO, EPE - Instituição. SNS - Serviço Nacional de Saúde. (2020). Consultado em 15 de dezembro de 2023. <https://www.hgo.min-saude.pt/category/institucional/instituicao/>

Holck, U. (2002). Children with autism and musical activities.

Ilari, B. (2006). Música, comportamento social e relações interpessoais. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 1, p. 191-198. Consultado a 2 de abril de 2024.

<https://www.scielo.br/j/pe/a/PRYHKwPGcJgGmZdX8L6HPwS/?format=pdf&lang=pt>

Joseph, W. (2024) What is Autism? Depression and autism. *Autistica*. Consultado a 2 de abril de 2024. <https://www.autistica.org.uk/what-is-autism/depression-and-autism>

Johnson, E., & LaGasse, A. (2021). Musical Creativity in Autism: Exploring Growth through Collaborative Peer Interaction. *International journal of disability, development and education*. <https://doi.org/10.1080/1034912X.2021.1940883>

Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *The Nervous Child*, 2, 217-250.

Kenneth, A. (2014). Music-Centered Dimensions of Nordoff-Robbins Music Therapy. *Music Therapy Perspectives*.

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

Kim, J., Wigram, T., & Gold, C. (2009). *Emotional, motivational and interpersonal responsiveness of children with autism in improvisational music therapy*. *Autism*. <https://doi.org/10.1177/1362361309105660>

LaGasse, A. B. (2016). Music therapy for individuals with autism spectrum disorder: A systematic review. *Journal of Music Therapy*, 53(1), 26-54.

Leitner, Y. (2014). The co-occurrence of autism and attention deficit hyperactivity disorder in children – what do we know? *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 1-6. <https://10.3389/fnhum.2014.00268>

Lima, C. (2012). *Perturbações do Espectro do Autismo- Manual Prático de Intervenção*. Lidel- edições técnicas, lda

Leekam, S., Nieto, C., Libby, S., Wing, L., & Gould, J. (2007). Describing the sensory abnormalities of children and adults with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0218-7>

- Mannion, A., & Leader, G. (2013). Comorbidity in autism spectrum disorder: A literature review. *Research in Autism Spectrum Disorders*.
<https://doi.org/10.1016/j.rasd.2013.09.006>
- Martins, S. (2007). Psicologia social e processo grupal: a coerência entre fazer, pensar sentir. *Psicologia & Sociedade*, 19, 76-80. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822007000500022>
- Montgomery, C., Allison, C., Lai, M., Cassidy, S., Langdon, P., & Baron-Cohen, S. (2016). Do adults with high functioning autism or Asperger syndrome differ in empathy and emotion recognition? *Journal of Autism and Developmental Disorders*.
<https://doi.org/10.1007/s10803-016-2698-4>
- Morgan, S. (1984). *Early Childhood Autism: Cognitive - Developmental Perspectives. Applications of Cognitive - Developmental Theory*. Orlando, Florida: Academic Press
- Nordoff, P., & Robbins, C. (1977). *Creative music therapy: individualized treatment for the handicapped child*. New York: John Day Company
- Padilha, M. (2008). *A Musicoterapia no tratamento de crianças com espectro do autismo dissertação de mestrado integrado em medicina*. Faculdade de Ciências da Saúde da Beira Interior.
- Perry, M. (2003). Relating improvisational music therapy with severely and multiply disabled children to communication development. *Journal of Music Therapy*.
<https://doi.org/10.1093/jmt/40.3.227>
- Regulamento interno do Hospital Garcia de Orta, EPE- Instituição. SNS – Serviço Nacional de Saúde (2015). Consultado a 2 de abril de 2024. <https://www.hgo.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/18/2020/09/regulamento-interno-assinado-homologado-arslvt.pdf>
- Sampaio, R. (2002). *Novas Perspectivas de Comunicação em Musicoterapia*. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós Graduação em Comunicação e Semiótica. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo.
- 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*.

Sampaio, R. (2018). O Protocolo de Análise Semiótica Musicoterapêutica de Canções e seu uso como instrumento de Avaliação Musicoterapêutica. *Revista Música Hodie, Goiânia, 18 n.2*. <https://revistas.ufg.br/musica/article/view/51763>

Simpson K., & Keen, D. (2011). Music interventions for children with autism: narrative review of the literature. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-1172-y>

Subramanyam, A., Mukherjee, A., Dave, M., Chavda K. (2019). Clinical Practice Guidelines for Autism Spectrum Disorders. *Indian Journal Psychiatry*. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_542_18

Sharda, M., Tuerk, C., Chowdhury, R., Jamey, K., Foster, N., Custo-Blach, M., Tan, M., Nadig, A., & Hyde A. (2018). Music improves social communication and auditory-motor connectivity in children with autism. *Translational psychiatry, 8, 231*. <https://doi.org/10.1038/s41398-018-0287-3>

Steensel, J., Bogels, S., & Perrin, S. (2011). Anxiety Disorders in Children and Adolescents with Autistic Spectrum Disorders: A Meta-Analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*. <https://doi.org/10.1007/s10567-011-0097-0>

Schwartzberg, E., & Silverman, M. J. (2017). Parent perceptions of music therapy in an on-campus clinic for children with Autism Spectrum Disorder. *Musicae Scientiae*. <https://doi.org/10.1177/1029864916644420>

Sousa, C., Araújo, F., Caribé, V., Conceição, P., Silva, L., Soares, S., Amorin, J., Santos, J., Paulo, S., Silva, R., Sousa, U., Soares, A., Sousa, M., Freitas, K., & Sousa, L. The Role of the Neuropsychologist in the rehabilitation of children with Autistic Spectrum Disorder. *Research, Society and Development 10 (8)* <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i8.17047>

Seabrook, D. (2019). Toward a radical practice: A recuperative critique of improvisation in music therapy using intersectional feminist theory. *The Arts in Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2019.04.002>

Tomlinson, T., Derrington, P., & Oldfield, A. (2012). Music therapy in schools, Working with children in all ages in mainstream and special education. *Music Therapy Perspectives*. Jessica Kingsley Publishers, 35 (1), 99-100. <https://doi.org/10.1093/mtp/miv012>

Wigram, T. (2000). A Method of Music Therapy Assessment for the Diagnosis of Autism and Communication Disorders in Children. *Journal Article in Music Therapy Perspectives, 18*. <https://doi.org/10.1093/mtp/18.1.13>

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

Wigram, T. (2007). Music Therapy Assessment: Psychological Assessment Without Words. Psyke & Logos.

Watanabe, T., Kuroda, M., Kuwabara, H., Aoki, Y., Iwashiro, N., Tatsunobu, N., Takao, H., Nippashi, Y., Kawakubo, Y., Kunimatsu, A., Kasai, K. & Yamasue, H. (2015). Clinical and neural effects of six-week administration of oxytocin on core symptoms of autism. *Brain- A Journal of Neurology, 138 (11)*. <https://doi.org/10.1093/brain/awv249>

Wheeler, B. (2015). Music Therapy Handbook. New York: The Guilford Press.

Yenkoyan, K., Grigoryan, A., Frereshetyan, K., & Yepremyan, D. (2017) Advances in understanding the pathophysiology of autism spectrum disorders. *Behavioral Brain Research, 331, 92-101*. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2017.04.038>

ANEXOS

LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Escala de comunicabilidade musical de *Nordoff-Robbins*

Anexo B – Grelha de avaliação da intervenção da musicoterapia

Anexo C – Anamnese

Anexo D - História sonoro-musical

Anexo E - Autorização de registo em vídeo/áudio das
sessões de musicoterapia

Anexo F – Plano Terapêutico em Musicoterapia

Anexo G – Registo de Sessão

ANEXO A

Escala de comunicabilidade musical de Nordoff-Robbins

Tabela 1: Escala de Comunicabilidade Musical

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

ANEXO B

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
1-Contacto Relacional	Adere ao contacto			
	Inicia o contacto			
	Mantém-se referenciado			
2-Contacto com os objetos musicais	Manipula apropriadamente os instrumentos musicais			
	Não apresenta estereotipias			
	Interage através dos objectos			
3-Expressão Corporal / Funcionamento Motor	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			
4-Sensibilidade Sonoro-Musical	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			
5-Emissão e Expressão Vocal	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			
6-Produção Musical Instrumental	Toca ajustando-se à pulsação e ao andamento musicais			
	Bate com as palmas das mãos nos instrumentos de percussão			
	Utiliza adequadamente as baquetas do xilofone			
	Produz harpejos nos instrumentos de Corda			

CATEGORIAS	OBJECTIVOS TERAPÊUTICOS	AVALIAÇÃO		
		NA	EA	A
	Emite sons nos instrumentos de sopro			
7-Imitação	Imita sons vocais com diferentes frequências			
	Repete frases rítmicas			
	Repete frases melódicas			
	Imita gestos sincronizados com curvas melódicas ou padrões rítmicos			
8-Reciprocidade	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			
9-Reacção e Adaptação à Mudança	Reage às interrupções musicais			
	Reage às alterações dos parâmetros musicais			
	Ajusta-se musicalmente às alterações musicais			
10-Inovação e Criatividade	Altera intencionalmente as suas produções musicais			
	Apresenta ideias musicais novas			
11-Comunicação Verbal	Revela compreensão de pedidos e ordens			
	Verbaliza de modo contingente			
	Não revela estereotípias verbais			
	Verbaliza pedidos			
12-Comportamento Emocional	Verbaliza sentimentos			
	Revela capacidade de auto-regulação emocional através da música			
	Reconhece as alterações da tonalidade afectiva da música			
13-Actividade Simbólica	Revela capacidade de expressão afectiva			
	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 C

Entrevista semiestruturada aos pais

Anamnese MT

Nome: _____

Género: F ___ M ___ Data nascimento: _____ Idade: _____

Naturalidade: _____

Local de Nascimento: _____

Nacionalidade: _____

Contexto familiar

Nome do pai: _____

Nacionalidade: _____

Escolaridade: _____

Profissão: _____

Nome da mãe: _____

Nacionalidade: _____

Escolaridade: _____

Profissão: _____

Irmãos: Sim ___ Não ___ Se sim, quantos? _____

Agregado familiar: _____

Língua materna: _____

Desenvolvimento social

Com quem interage mais a criança?

Como interage a criança com os pais?

Adultos com quem está familiarizado?

Outros adultos?

Pares?

Frequenta a creche? Sim ___ Não ___ Sim sim, desde que idade? _____

Como foi a adaptação à escola?

Tem ou teve apoio a nível escolar?

Atividades extracurriculares ou outras terapias?

História da problemática

Quando foram detetadas as dificuldades?

Motivo da Consulta

Quem fez o pedido? _____

Motivo: _____

Período Pré, Peri e Pós-Natal

É o primeiro filho? Sim Não ___

Foi planeada? Sim ___ Não ___ Foi desejada? Sim ___ Não ___

Vigilância médica durante a gravidez? Sim ___ Não ___

Complicações durante a gravidez? _____

Medicação?

Eutócico: _____ Distócico: _____ Instrumentos usados: _____

Ocorrência de problemas durante o parto? Sim ___ Não ___ Se sim, qual? _____

Peso: _____

Necessidade de internamento? Sim ___ Não ___

Incubadora? Sim ___ Não ___ Quanto tempo?

Outros dados? _____

História Clínica

Especialidades médicas em que é acompanhado:

Antecedentes familiares (consanguinidade, doenças hereditárias, alterações na comunicação/linguagem/ fala/deglutição/ voz): _____

Toma medicação regularmente? Sim__ Não__

Qual? _____

Problemas de audição? Sim__ Não__

Já realizou exames auditivos? Sim__ Não__

Se sim quais? _____ Há quanto tempo? _____

Quais os resultados? _____

Desenvolvimento da alimentação

Amamentou: Sim__ Não__ Exclusiva? _____ Desde__ até__

Existiram dificuldades na amamentação natural? (mãe, bebê)

Alterações ou dificuldades na alimentação- anteriores e atuais (introdução das primeiras papas, sólidos, diferentes texturas):

Preferências e/ou restrições alimentares: _____

Desenvolvimento Psicomotor

Com que idade começou a manter-se sentado? _____ Gatinhou? Sim__ Não__

E a andar? _____

Controlo dos esfíncteres _____ (diurno) _____ (noturno)

Desenvolvimento da Linguagem

Com que idade disse as primeiras palavras? _____

Quais? _____

Juntou duas palavras? (p.e bebê dorme)? _____

Hábitos orais e rotinas

Chupeta: Sim__ Não__

Onicofagia: Sim__ Não__ Bruxismo : __Diurno __Noturno

Briquismo: __Diurno __Noturno

Outros (sucção digital, labial ou lingual):

Observações: _____

Sono:

Dorme bem? Sim__ Não__ Quantas horas dorme?

Dorme em que local? _____

Rituais/Rotinas:

Tem perturbações durante o sono (sonhos, pesadelos, outros): Sim__ Não__

Alterações após o sono (má disposição, choro): Sim__ Não__

Se sim, quais: _____

Autonomia: Vestir/Despir: Sim__ Não__

Calçar: Sim__ Não__

Preocupações/Expectativas da família:

Quando notaram interesses musicais:

Interesses/ Atividades lúdicas preferenciais (jogos, brinquedos, desenhos animados atividades e outras brincadeiras):

Como descreve a sua filha?

Observações:

ANEXO D

Questionário sonoro-musical

História Sonora Musical

Data:

Dados pessoais:

Nome :

Idade:

- Teve alguma canção de embalar? ____ Qual? _____
- Qual é a canção que mais gosta que lhe cantem?
- É habitual ouvir música em casa? Em que situações?

- Qual é a música que rejeita?
- Qual é a música que mais ouve?

- Gosta de escutar algum instrumento musical especificamente?
- Porque?

Contexto familiar:

- Têm alguma experiência musical?
- Tocam algum instrumento?

- Quais as músicas preferidas da sua família em reuniões familiares?
- Quais as músicas que não gostam?

Ambiente sonoro em casa:

- Quais os sons que predominam na sua casa?
- Quais os sons que gosta?

- Quais os sons que rejeita?

Dados relevantes que quera partilhar:

Obrigada

Inês Júlio

Estagiária de Musicoterapia

ANEXO E

Autorização de registo em vídeo/áudio das sessões de musicoterapia

Lisboa, ___ de _____ de _____

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

Caro(a) Senhor(a),

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

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

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

Com os melhores cumprimentos,

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

Lisboa, ____ de _____ de _____

Ao Exm^o(^a) Sr^a(^a)

Caro(a) Senhor(a),

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

Assim, vimos por este meio solicitar a sua autorização para que se possam efectuar registos vídeo/audio das sessões de Musicoterapia em que V^a Ex^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 utente ou do seu representante legal. Solicitamos-lhe que preencha e assine esta declaração, que ficará arquivada no seu processo.

Com os melhores cumprimentos,

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

DECLARAÇÃO

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

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

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

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

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

Assinatura

Nome Legível

ANEXO F

Plano Terapêutico em Musicoterapia

Plano Terapêutico em Musicoterapia**Nome do utente:** _____**Idade:** _____**Diagnóstico:** _____**Data de início da intervenção:** _____**Data de fim da intervenção:** _____

Dados clínicos	Objetivo Geral	Objetivo específico

ANEXO G

Registro 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...