



Universidades Lusíada

Teixeira, Sara Carina Fernandes, 1990-

Despertar mudanças no desenvolvimento : a musicoterapia em crianças com perturbação do espectro do autismo

<http://hdl.handle.net/11067/3749>

Metadados

Data de Publicação	2018-02-16
Resumo	<p>A musicoterapia tem surgido cada vez mais como uma intervenção terapêutica indicada para crianças com diversas patologias, incluindo a perturbação do espectro do autismo. O presente relatório descreve o trabalho levado a cabo no âmbito do estágio curricular do curso de mestrado em musicoterapia na Universidade Lusíada. A intervenção musicoterapêutica foi realizada numa escola de ensino básico e pré-escolar com oito crianças com idades compreendidas entre os 4 e os 13 anos, diagnosticadas maiorita...</p> <p>Music therapy has increasingly emerged as a therapeutic intervention indicated for children with various pathologies, including autism spectrum disorder. This report describes a stage of intervention in music therapy at a pre-primary and elementary school with eight children aged between 4 and 13, diagnosed mainly with autism spectrum disorder (ASD), and a minority with a global developmental delay (GDD) and behavioral disorders (BD). Therapeutic interventions were individual and based on impro...</p>
Palavras Chave	Crianças autistas, Musicoterapia para crianças, Escola Básica do Primeiro Ciclo com pré-Escolar da Ladeira (Madeira, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-26T21:43:34Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

**Despertar mudanças no desenvolvimento: a musicoterapia
em crianças com perturbação do espectro do autismo**

Realizado por:

Sara Carina Fernandes Teixeira

Supervisionado por:

Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite

Orientado por:

Dr.^a Isabel Alexandra Ferreira Pinto Vieira

Constituição do Júri:

Presidente:

Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Supervisora:

Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer

Arguente:

Prof. Doutor Massimo Cavalli

Relatório aprovado em:

8 de Fevereiro de 2018

Lisboa

2017



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A D E L I S B O A

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

**Despertar mudanças no desenvolvimento:
a musicoterapia em crianças com perturbação do
espetro do autismo**

Sara Carina Fernandes Teixeira

Lisboa

Setembro 2017



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A D E L I S B O A

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

**Despertar mudanças no desenvolvimento:
a musicoterapia em crianças com perturbação do
espectro do autismo**

Sara Carina Fernandes Teixeira

Lisboa

Setembro 2017

Sara Carina Fernandes Teixeira

Despertar mudanças no desenvolvimento:
a musicoterapia em crianças com perturbação do
espectro do autismo

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

Supervisora de estágio: Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer

Orientadora de estágio: Dr.^a Isabel Alexandra Ferreira Pinto Vieira

Lisboa

Setembro 2017

Ficha Técnica

Autora	Sara Carina Fernandes Teixeira
Supervisora de estágio	Prof. ^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer
Orientadora de estágio	Dr. ^a Isabel Alexandra Ferreira Pinto Vieira
Título	Despertar mudanças no desenvolvimento: a musicoterapia em crianças com perturbação do espectro do autismo
Local	Lisboa
Ano	2017

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

TEIXEIRA, Sara Carina Fernandes, 1990-

Despertar mudanças no desenvolvimento : a musicoterapia em crianças com perturbação do espectro do autismo / Sara Carina Fernandes Teixeira ; supervisionado por Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer ; orientado por Isabel Alexandra Ferreira Pinto Vieira. - Lisboa : [s.n.], 2017. - Relatório de estágio do Mestrado em Musicoterapia, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa.

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

II - VIEIRA, Isabel Alexandra Ferreira Pinto, 1967-

LCSH

1. Crianças autistas
2. Musicoterapia para Crianças
3. Musicoterapia - Prática profissional
4. Escola Básica do Primeiro Ciclo com pré-Escolar da Ladeira (Madeira, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
5. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
6. Teses - Portugal - Lisboa

1. Autistic children
2. Music therapy for children
3. Music therapy - Practice
4. Escola Básica do Primeiro Ciclo com pré-Escolar da Ladeira (Madeira, Portugal) - Study and teaching (Internship)
5. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
6. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. ML3920.T45 2017

Agradecimentos

A realização deste trabalho foi possível graças ao contributo, direto e indireto, de várias pessoas. A todos os que ajudaram para que este trabalho se tornasse realidade apresento o meu maior reconhecimento pela sua valiosa colaboração.

À Professora Doutora Teresa Leite pela sua supervisão, ensinamentos, conselhos e apoio essenciais ao longo do presente estágio.

À Direção da EB1/PE da Ladeira pelo acolhimento e atenção dispensada e pela oportunidade de realizar o projeto de intervenção musicoterapêutica nas suas instalações.

À equipa da UEE da EB1/PE da Ladeira, professoras especializadas e assistentes técnicas de educação especial pelo acolhimento, disponibilidade, acompanhamento e partilha.

À Dr^a Isabel Vieira, pela orientação e compreensão no decorrer do estágio.

Às crianças pela oportunidade de intervir, relacionar e conviver, assim como pelo grande contributo a nível profissional e pessoal.

À minha família, principalmente aos meus pais, irmãos e avó materna pelo apoio, suporte e força ao longo deste percurso. Foram essenciais para me manter em voo nesta grande e importante viagem no mundo da musicoterapia.

Aos amigos do coração pelo companheirismo e apoio, pelos abraços e sorrisos que me deram força para levar esta viagem até o fim.

Às minhas ajudantes e ouvintes essenciais, irmã Liliana e amiga Margarida, pelo apoio ao longo de toda esta viagem.

Aos colegas de mestrado pela partilha musical, amizade e companheirismo.

A todos o meu sincero agradecimento!

ERRATA

Errata referente ao relatório de estágio apresentado ao Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Lusíada de Lisboa para obtenção do grau de Mestre em Musicoterapia, intitulado “Despertar mudanças no desenvolvimento: a musicoterapia em crianças com perturbação do espectro do autismo”, realizado por Sara Carina Fernandes Teixeira.

Página	Linha	Onde se lê	Leia-se
1	2	faculdade de ciências humanas	faculdade de ciências humanas e sociais
57	12	intervenção e no final.	da intervenção.
59	15	e André vão olhando à sua volta.	e André que vão olhando à sua volta.
104	2	e os colegas, ofende- os.	e os colegas não, ofende-os.
104	6	no presente ano teve contacto	no presente que ano teve contacto
105	10	22 sessões	11 sessões

Resumo

A musicoterapia tem surgido cada vez mais como uma intervenção terapêutica indicada para crianças com diversas patologias, incluindo a perturbação do espectro do autismo. O presente relatório descreve o trabalho levado a cabo no âmbito do estágio curricular do curso de mestrado em musicoterapia na Universidade Lusíada. A intervenção musicoterapêutica foi realizada numa escola de ensino básico e pré-escolar com oito crianças com idades compreendidas entre os 4 e os 13 anos, diagnosticadas maioritariamente com perturbação do espectro do autismo (PEA), e minoritariamente com atraso global do desenvolvimento (AGD) e problemas comportamentais (PC).

As intervenções terapêuticas foram individuais e basearam-se nas técnicas da improvisação. O principal objetivo deste estágio foi o de verificar os efeitos da improvisação musicoterapêutica na intervenção com esta população-alvo em contexto escolar, com especial intuito de despertar as crianças para a relação com o outro.

Foi realizada uma análise mais aprofundada de dois casos de crianças com PEA com 5 e 13 anos de idade. Através das avaliações realizadas no início, meio e final da intervenção, verificou-se que a musicoterapia tem efeitos benéficos nesta população, principalmente na área social e comunicacional.

Palavras-chave: contexto escolar, improvisação, musicoterapia, PEA, relação.

Abstract

Music therapy has increasingly emerged as a therapeutic intervention indicated for children with various pathologies, including autism spectrum disorder. This report describes a stage of intervention in music therapy at a pre-primary and elementary school with eight children aged between 4 and 13, diagnosed mainly with autism spectrum disorder (ASD), and a minority with a global developmental delay (GDD) and behavioral disorders (BD).

Therapeutic interventions were individual and based on improvisation techniques. The main objective was to verify the effects of music therapy improvisation in the intervention with this target population in a school context, with special intention to awaken the children to the relationship with the other.

It was conducted a further analysis on two case studies with 5 and 13 year old children with ASD. Through the evaluations completed at the beginning, middle and end of the intervention, it was verified that music therapy has beneficial effects in this population, mainly in the social and communicational area.

Key words: school context, improvisation, music therapy, ASD, relationship.

Lista de figuras

Figura 1 - Sala de musicoterapia. (Ilustração nossa, 2017). 135

Figura 2 - Instrumentos da sala de musicoterapia. (Ilustração nossa, 2017). 135

Lista de tabelas

Tabela 1	46
Tabela 2	56
Tabela 3	58
Tabela 4	65
Tabela 5	67
Tabela 6	75
Tabela 7	81
Tabela 8	83
Tabela 9	91
Tabela 10	149
Tabela 11	149
Tabela 12	150
Tabela 13	150
Tabela 14	151
Tabela 15	151
Tabela 16	152
Tabela 17	152

Lista de abreviaturas

AGD	-	Atraso Global do Desenvolvimento
APA	-	<i>American Psychiatric Association</i>
ATEC	-	<i>Autism Treatment Evaluation Checklist</i>
CEI	-	Currículo Específico Individualizado
CREE	-	Centro de Recursos Educativos Especializados
DATE	-	Divisão de Apoio Técnico Especializado
DGIDC	-	Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular
DSEEASE	-	Direção de Serviços da Educação Especial e do Apoio Sócio-Educativo
DRE	-	Direção Regional de Educação
DSM	-	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
DSATE	-	Direção de Serviços de Apoios Técnicos e Especializados
DSEPEEBS	-	Direção de Serviços de Educação Pré-Escolar e do Ensino Básico e Ensino Secundário
ETI	-	Escola a Tempo Inteiro
NEE	-	Necessidades Educativas Especiais
PC	-	Problemas Comportamentais
PEA	-	Perturbação do Espectro do Autismo
PEI	-	Plano Educativo Individualizado
PHDA	-	Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção
PIAF	-	Plano Individualizado de Apoio à Família
PIIP	-	Plano Individual de Intervenção Precoce
SDQ	-	<i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i>
SRE	-	Secretaria Regional de Educação
TEACCH	-	<i>Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children</i>
UEE	-	Unidade de Ensino Estruturado

Sumário

Agradecimentos	V
Resumo	VII
Abstract.....	IX
Lista de figuras	XI
Lista de tabelas	XIII
Lista de abreviaturas	XV
Sumário.....	XVII
Introdução	1
Caracterização da EB1/PE Ladeira.....	3
Unidades de ensino estruturado	4
Caracterização da população-alvo	7
Enquadramento teórico.....	9
A musicoterapia	9
A improvisação em musicoterapia	12
Técnicas de improvisação em musicoterapia	15
A musicoterapia em contexto escolar.....	17
Perturbação do espectro do autismo	19
Características da PEA	21
Intervenção TEACCH na PEA.....	26
Intervenção musicoterapêutica na PEA.....	27
Outras problemáticas	38
Intervenção musicoterapêutica em crianças com PC	39
Objetivos gerais	43
Metodologia.....	45

Descrição da amostra	45
Procedimentos	47
Reuniões iniciais	47
Observação e recolha de informação	49
Avaliação inicial e plano terapêutico	49
Intervenção terapêutica	50
Materiais utilizados	51
Avaliação final	51
Participação nas rotinas da unidade	52
Técnicas e métodos da musicoterapia	53
Instrumentos de avaliação	54
Agenda semanal	58
Outras atividades	58
Estudo de caso 1	61
Identificação do caso	61
Avaliação inicial	63
Plano terapêutico.....	66
Descrição do progresso terapêutico	67
Resultados finais e conclusão	72
Estudo de caso 2	78
Identificação do caso	78
Avaliação inicial	79
Plano terapêutico.....	82
Descrição do progresso terapêutico	83
Resultados finais e conclusão	88

Outras intervenções terapêuticas	95
Conclusões.....	107
Reflexão final	111
Referências	115
Apêndices	125
Lista de apêndices.....	127
Apêndice A	129
Apêndice B	133
Apêndice C	137
Apêndice D	143
Apêndice E.....	147
Anexos	153
Lista de anexos	155
Anexo A.....	157
Anexo B	163
Anexo C	167

Introdução

O presente relatório de estágio surge no âmbito do estágio curricular do 2º ano do mestrado de musicoterapia da faculdade de ciências humanas da universidade Lusíada de Lisboa, que decorreu no ano letivo de 2016/2017.

O estágio curricular realizou-se na escola básica do 1º ciclo com pré-escolar da Ladeira (EB1/PE Ladeira), no concelho do Funchal, com seis crianças com PEA, uma criança diagnosticada com AGD e uma criança sinalizada com PC. O estágio decorreu de outubro de 2016 a julho de 2017, com uma duração de 520 horas, 400 das quais na instituição.

A escola EB1/PE da Ladeira possui uma unidade de ensino estruturado (UEE). Esta é uma resposta educativa específica com o intuito de melhorar a qualidade de vida dos alunos com PEA, desenvolvendo a sua autonomia e participação na escola, junto dos seus pares, promovendo a sua inclusão na sociedade (DGIDC & DSEEASE, 2008). O ensino estruturado é aplicado pelo modelo TEACCH e constitui o espaço onde os alunos passam a maioria do seu horário escolar e onde fazem diversas atividades.

Com o número de casos diagnosticados com PEA a aumentar e com a procura pela melhor forma de intervenção ou tratamento, diversos estudos têm vindo a ser realizados com o intuito de comprovar a melhor metodologia de intervenção. A musicoterapia surge cada vez mais como uma intervenção terapêutica indicada para crianças com diversas patologias, incluindo a PEA. Cada vez mais, novos estudos são realizados de modo a comprovar a sua eficácia e benefícios em diversas áreas do desenvolvimento como a social, emocional, motora, sensorial e cognitiva e, conseqüentemente, na qualidade de vida dessas crianças (Reschke-Hernández, 2011).

Com o presente relatório pretende-se aprofundar os conhecimentos sobre a musicoterapia, a sua intervenção e benefícios com crianças com PEA, AGD e PC em contexto escolar. Deste modo, este relatório inicia-se com uma breve descrição da instituição onde decorreu o estágio e a população-alvo, seguindo-se o enquadramento teórico com uma revisão da literatura acerca da intervenção musicoterapêutica na população em questão e os objetivos gerais. Segue-se o enquadramento da prática profissional, onde se apresenta a metodologia utilizada, dois estudos de casos de crianças com PEA e uma breve descrição dos restantes casos que usufruíram da intervenção. Por fim, apresenta-se a conclusão com uma reflexão pessoal sobre o processo de estágio e o seu impacto a nível profissional e pessoal.

Caracterização da EB1/PE Ladeira

A EB1/PE Ladeira foi construída de raiz no ano de 2005 e inaugurada em janeiro de 2007 no Caminho da Terra Chã, na freguesia de Santo António na ilha da Madeira. A escola funciona em regime de escola a tempo inteiro (E.T.I.) e, para além das atividades de componente curricular, possui também atividades de complemento curricular, visando uma melhor formação académica e pessoal dos alunos. Possui espaços interiores e exteriores amplos, reunindo muitas das condições necessárias para o bom funcionamento da escola (EB1/PE Ladeira, 2015).

O projeto educativo 2015/2019 da EB1/PE Ladeira tem como missão melhorar a formação cívica da comunidade educativa investindo no “saber ser” e no “saber estar”, tendo como princípios “promover o respeito por si, pelo outro e pelo meio envolvente” e como valores “promover a responsabilidade, a tolerância, o respeito e a solidariedade, evidenciando comportamentos e atitudes essenciais ao seu desenvolvimento e à sua intervenção cívica” (EB1/PE Ladeira, 2015).

A escola está situada numa área residencial que cresceu bastante nos últimos anos, onde coexistem bairros sociais, zonas habitacionais recentes e espaços de comércio e serviços. A população envolvente é heterogénea, nos aspetos sociais, económicos e culturais, coexistindo um meio social económico muito baixo, baixo e médio. Verificam-se situações de desintegração social, nomeadamente toxicodependência, alcoolismo, prostituição e desestruturação familiar. A maioria dos alunos provêm de bairros e zonas circundantes, e demonstram comportamentos desadequados socialmente, muitas vezes pela falta de regras fora da escola (EB1/PE Ladeira, 2015).

No total, a escola abrange 276 alunos distribuídos por três turmas da pré, duas turmas de 1º, 3º e 4º ano e três turmas de 2º ano. Oito desses alunos possuem um diagnóstico de PEA e são acompanhados na UEE (EB1/PE Ladeira, 2015).

O ensino especial e as intervenções terapêuticas são regidas pelos centros de recursos educativos especializados (CREE's) que dispõem de equipas de educação especial e reabilitação e recursos materiais para colaborar com os estabelecimentos de educação e ensino, famílias e unidades de saúde públicas, centros locais de segurança social, câmaras municipais, juntas de freguesia, entre outros, no despiste, observação, avaliação, encaminhamento e intervenção junto de crianças e jovens com necessidades educativas especiais (NEE) (Secretaria Regional de Educação, s.d.).

Unidades de ensino estruturado

O ensino estruturado é aplicado pelo modelo TEACCH que tem como objetivos criar ambientes securizantes com áreas bem definidas e delimitadas; proporcionar um espaço adequado à sensibilidade sensorial de cada aluno; informar de forma clara e objetiva, com apoio a suportes visuais, a sequência das rotinas; promover situações de ensino individualizado direcionadas para o desenvolvimento da comunicação, interação e autonomia (DGIDC & DSEEASE, 2008).

A UEE tem como objetivo central o desenvolvimento de competências de autonomia e a melhoria dos comportamentos das crianças com PEA em casa, na escola e na comunidade favorecendo a sua inclusão no maior número de atividades junto dos colegas da turma a que cada um pertence. Através da criação de situações de ensino estruturado, a escola procura potenciar a motivação destas crianças para explorar e aprender com o objetivo de aumentar os seus tempos de atenção e concentração, de interação social e de comunicação.

A UEE, no presente ano letivo, constitui um recurso para um grupo de oito crianças com idades compreendidas entre os cinco e os onze anos e que apresentam diagnóstico de PEA independentemente do grau de severidade e/ou ainda outras co-morbilidades associadas. Cada aluno pertence a uma turma de referência na qual realiza todas as atividades consideradas essenciais à sua aprendizagem, de acordo com as suas necessidades e competências.

A equipa é constituída por um coordenador, duas educadoras com formação especializada, três assistentes técnicas de educação especial, uma terapeuta da fala, uma terapeuta ocupacional, famílias e restante comunidade educativa.

A metodologia TEACCH tem como base o ensino estruturado que consiste num sistema de organização do espaço, do tempo, dos materiais e das atividades de forma a facilitar os processos de aprendizagem e a autonomia das crianças e a diminuir a ocorrência de problemas de comportamento. Assim, a sala TEACCH está organizada pelas seguintes áreas de aprendizagem: reunião, aprender, trabalhar, brincar, trabalho de grupo e computador.

A área da reunião permite a exploração de objetos, imagens, sons e gestos, o desenvolvimento de competências ao nível das noções espaço-temporais, autonomia, compreensão de ordens e competências comunicativas; a área do aprender é uma área de ensino individualizado, que privilegia o desenvolvimento de novas aprendizagens e desenvolve a atenção e concentração; a área do trabalhar é uma área de trabalho individual e autónomo, em que o gabinete de trabalho permite a redução de estímulos distrativos e a focalização da atenção nos aspetos importantes da tarefa; a área do brincar é um espaço para brincar e aprender a brincar, que promove a escolha de brincadeiras e o desenvolvimento de atividades com os pares e possibilita a imitação de atividades da vida diária; a área do trabalho de grupo é um espaço para a promover a interação social, que estimula a partilha e o trabalho com os pares; e por fim

a área do computador que é um espaço que facilita a atenção e concentração, permite a consolidação de aprendizagens e minimiza dificuldades na escrita.

Ao longo do dia os alunos passam pelas diferentes áreas de aprendizagem seguindo sempre o horário pré-estabelecido de cada aluno, horário este que fornece antecipadamente à criança informação clara e objetiva sobre o que vai acontecer ao longo do dia e em que sequência, o que, por sua vez, proporciona um ambiente seguro, calmo e previsível.

Caracterização da população-alvo

A escola EB1/PE da Ladeira abrange uma população heterogénea, da qual oito crianças do género masculino, com idades compreendidas entre os quatro e os 12 anos, foram abrangidas pelo presente estágio de musicoterapia.

Das crianças abrangidas, seis apresentam um diagnóstico de PEA e estão inseridas na sala de ensino estruturado mas associadas a uma turma de referência, sendo duas da pré, uma do 1º ano e três do 4º ano. Estas crianças apresentam diferentes graus de severidade do seu diagnóstico e, conseqüentemente manifestam diferentes competências nas diversas atividades do seu dia-a-dia e autonomia. Todos estes casos usufruem do acompanhamento semanal de terapia da fala na escola e os pais recebem apoio mensal de psicologia e terapia ocupacional no sentido de fornecer estratégias para atividades da vida diária como escovar os dentes, tomar banho, vestir ou despir-se. Um dos casos recebe ainda acompanhamento de fisioterapia uma vez por semana.

As restantes crianças acompanhadas no estágio frequentam o 1º ano em turmas separadas. Uma delas apresenta um diagnóstico de AGD, tem acompanhamento da educação especial e da psicóloga da escola e encontra-se num processo de reavaliação, pelo que o seu diagnóstico poderá ser atualizado. A outra criança não apresenta nenhum diagnóstico mas foi sinalizada com problemas comportamentais.

Enquadramento teórico

A musicoterapia

A musicoterapia define-se como sendo um processo sistemático de intervenção no qual o terapeuta ajuda o paciente no sentido de melhorar a sua saúde através de experiências musicais e da relação entre ambos que, por sua vez, leva a mudanças no paciente (Bruscia, 1998). Estas experiências musicais incluem cantar ou vocalizar, tocar diversos instrumentos melódicos ou de percussão e ouvir música (Pellitteri, 2012).

Mais recentemente, a Federação Mundial de Musicoterapia (2011), definiu a musicoterapia como sendo o uso profissional da música e dos seus elementos como uma intervenção em contexto médico, educacional e cotidiano com indivíduos, grupos, famílias ou comunidades que procuram otimizar a sua qualidade de vida e melhorar a sua saúde física, social, comunicativa, emocional, intelectual e espiritual e o seu bem-estar. De fato, a música é a ferramenta através da qual ocorre a intervenção (Wigram, Pedersen & Bonde, 2002) e os seus elementos como o som, a melodia, a harmonia e o ritmo, são utilizados como forma de abordar o indivíduo, facilitar e incentivar à comunicação verbal e não-verbal, à aprendizagem e à expressão de modo a alcançar melhoras a nível emocional, físico, mental, cognitivo e social (Corona, Perrota, Flammia & Cozzarelli, 2012). Deste modo, a musicoterapia abrange várias áreas de tratamento e pode ser eficaz no desenvolvimento de diversas áreas do funcionamento das crianças (Pellitteri, 2012).

A música pode ser o motor para promover a autoeficácia e autoestima, competências sociais, pessoais e de grupo necessárias para interagir com os outros (Corona et al., 2012). As suas propriedades são utilizadas de forma intencional de modo a atingir objetivos não-musicais (McFerran, 2009), que são os primeiros a serem trabalhados pelo musicoterapeuta (Wigram, Pedersen & Bonde, 2002).

A musicoterapia utiliza a linguagem musical sonora numa relação a dois ou grupal como um meio dentro de um processo sistemático de intervenção com objetivos preventivos, reabilitadores e terapêuticos (Franco, 2002). De modo geral os objetivos da musicoterapia são fortalecer o potencial da pessoa para responder, iniciar contacto e comunicar; desenvolver a compreensão da criança e contactar com as suas emoções e sentimentos; melhorar a sua qualidade de vida através de experiências de partilha, de dar e receber; melhorar a sua consciência das situações, o sentimento de identidade e a capacidade para concentrar-se; e desenvolver competências sociais (Bruscia, 1987).

Na intervenção com crianças, os objetivos são sempre ajustados a cada uma delas individualmente, dando atenção à sua personalidade única. A musicoterapia foca-se nas necessidades e potencialidades de cada indivíduo, permitindo que cada um se expresse e que seja visto, ouvido e valorizado através de algo que o próprio cria do seu interior (Wigram, Pedersen & Bonde, 2002). Na intervenção, todas as experiências musicais são o veículo para abrir novos canais de comunicação e o musicoterapeuta procura estimular e valorizar qualquer forma de comunicação expressiva (Corona et al., 2012).

Os musicoterapeutas podem adotar uma postura vigilante para atender às preocupações e necessidades do paciente (Bunt & Hoskyns, 2009), e também enfatizar os comportamentos positivos da criança que podem surgir no fazer música (Pellitteri, 2012), reforçando os seus pontos fortes e procurando melhorar a autoestima e autoconfiança das crianças (Twyford & Rickson, 2013).

O processo da musicoterapia envolve três fases que são a avaliação inicial, a intervenção e a avaliação. Na primeira fase, o terapeuta observa o paciente em várias experiências musicais de modo a compreendê-lo enquanto pessoa e identificar os problemas, necessidades, preocupações e recursos que leva para a terapia. Na segunda fase, o terapeuta

envolve o paciente em diversas experiências musicais, aplicando métodos e técnicas específicas de modo a induzir mudanças no paciente e na sua saúde. Na última fase do processo terapêutico, o terapeuta determina se o paciente ou a sua condição se alterou como resultados da musicoterapia (Bruscia, 1998).

O musicoterapeuta deve criar uma base para suportar o desenvolvimento de cada criança (Wigram, Pedersen & Bonde, 2002). Através de várias atividades de partilha musical como o tocar instrumentos, escrever canções e cantar, e o movimento vai-se estabelecendo uma relação entre o terapeuta e a criança ou grupo (McFerran, 2009; Pellitteri, 2012). Assim, pode-se afirmar que existe uma relação tríade em todas as sessões entre a criança, a música e o terapeuta (não só entre a criança e o terapeuta mas também com a música) (Bunt & Hoskyns, 2009). Esta relação entre ambos é primordial a todo o processo de avaliação, tratamento e reavaliação (McFerran, 2009).

A musicoterapia procura melhorar a qualidade de vida através do processo de prevenção, educação, tratamento ou reabilitação numa variedade de problemáticas como perturbação da linguagem e da comunicação, dificuldades de aprendizagem específicas, hiperatividade, perturbação de atenção e concentração, perturbações do desenvolvimento, défices sensoriais, e em todos os casos de deficiência, diversas doenças e síndromes em crianças, adultos e idosos (Corona et al., 2012). Nestas problemáticas incluem-se a PEA, AGD e crianças sem diagnóstico que apresentam problemas de comportamento, de comunicação, de atenção ou sociais. Os contextos de intervenção podem ser variados, incluindo escolas e a educação especial (Wigram, Pedersen & Bonde, 2002).

A intervenção musicoterapêutica pode incluir a improvisação, a música pré-composta ou experiências de produção de música ativa que promovam competências como a comunicação, a interação social, e as capacidades motoras e cognitivas (LaGasse, 2017). De

facto, a musicoterapia abrange diversos modelos, nomeadamente, a improvisação livre ou estruturada, o canto e a vocalização, a escuta musical (gravada ou ao vivo) (Geretsegger, Elefant, Mössler & Gold, 2014), a musicoterapia relacional (Gattino, Riesgo, Longo, Leite & Faccini, 2011) e a musicoterapia comportamental (Kern, Rivera, Chandler & Humpal, 2013). No presente relatório será dada especial atenção à improvisação por ser um dos métodos mais abordados na PEA.

A improvisação em musicoterapia

A improvisação musical tem vindo a ser utilizada como o pilar de vários modelos de musicoterapia e com um largo espectro de populações. Alguns desses modelos são a musicoterapia criativa de Nordoff-Robbins, a improvisação livre de Juliette Alvin e a musicoterapia analítica de Mary Priestley (Bruscia, 1988).

Segundo Nordoff & Robbins (1977) todo o ser humano tem a capacidade inata para responder à música que pode ser utilizada para o desenvolvimento pessoal. Através da musicoterapia criativa, a criatividade inata do indivíduo é utilizada para superar dificuldades emocionais, físicas e cognitivas. Essencial neste modelo de musicoterapia é o conceito “músico-criança” que se refere à musicalidade individual inerente a cada criança e à sua capacidade inata de responder à experiência musical (Nordoff & Robbins, 1977).

A universalidade do “músico-criança” sugere que a música é para todos os indivíduos independentemente das suas dificuldades ou patologias. Através do “músico-criança”, ou seja, através do material sonoro fornecido pelo paciente e das experiências musicais promove-se o desenvolvimento pessoal do mesmo. A disponibilidade da criança para as experiências no contexto terapêutico leva ao desenvolvimento de capacidades recetivas, cognitivas e expressivas (Robbins & Robbins, 1991).

Na musicoterapia criativa o paciente assume um papel ativo no fazer música em conjunto com o musicoterapeuta, possuindo uma variedade de instrumentos à sua escolha. (Nordoff & Robbins, 1977). Segundo este modelo as sessões são realizadas por um musicoterapeuta e um coterapeuta, em que um toca num instrumento harmónico, por exemplo no piano, e o outro facilita o processo com o paciente, incentivando-o a tocar instrumentos musicais ou a utilizar a voz (Wigram, Pedersen & Bonde, 2002).

Juliette Alvin desenvolveu a terapia de improvisação livre na qual os pacientes e terapeutas podem improvisar livremente sem regras musicais e restrições, e podem realizar qualquer atividade musical, utilizando instrumentos de diversas formas e sons vocais. O paciente é livre de estabelecer a pulsação, padrão rítmico, escala, melodia e harmonia. Segundo Alvin, a primeira relação terapêutica do paciente acontece com o instrumento musical como representação de um objeto seguro intermediário. Depois, ao longo do processo vai-se desenvolvendo uma relação direta com o terapeuta. Deste modo, o instrumento do terapeuta é o primeiro meio de comunicação e interação com o paciente (Wigram, Pedersen & Bonde, 2002).

Alvin, normalmente no início da sessão, improvisava no seu violoncelo algo que complementava de forma empática a forma de ser do paciente, tendo em conta a sua postura corporal, a expressão facial, a atitude naquele dia específico e o conhecimento prévio da sua personalidade e características. Assim, Alvin tocava algo que refletia a sua interpretação musical do modo de estar do paciente na sessão, pretendendo suportar o seu estado emocional de forma empática (Wigram, Pedersen & Bonde, 2002; Wigram, 2005). Neste modelo, todo o trabalho terapêutico do paciente centra-se no ouvir e fazer música (Wigram, Pedersen & Bonde, 2002).

A musicoterapia analítica de Mary Priestly é uma abordagem analítica para a musicoterapia ativa em que o musicoterapeuta e o paciente improvisam juntos e, através de técnicas da psicanálise, tentam compreender o que fizeram ou o que aconteceu na sua mente no momento da improvisação (Eschen, 2002).

A intervenção centra-se no desenvolvimento pessoal ou funcional do paciente que se expressa através da improvisação (Wigram, Pedersen & Bonde, 2002), sendo a partir desta que se permite explorar o interior da vida do cliente, bem como promover o seu crescimento e autoconhecimento (Eschen, 2002). Na improvisação pretende-se que o paciente consiga manifestar as suas emoções, sonhos, fantasias, experiências físicas, memórias ou situações através da música (Wigram & Pedersen, 2002).

As sessões podem ser realizadas por um musicoterapeuta, aquando individuais, ou por dois musicoterapeutas, aquando de grupo. Normalmente em cada sessão surge um tema que será trabalhado e servirá de inspiração para a improvisação musical. Deste modo, o tema é trabalhado de forma não-verbal e o musicoterapeuta pode apresentar um papel de suporte ou de criativo. Após a improvisação é importante que haja um momento de reflexão de forma a permitir ao paciente uma consciencialização do que sucedeu na improvisação musical. (Wigram, Pedersen & Bonde, 2002).

Outros autores, como Wigram, seguem também a improvisação no seu trabalho terapêutico. Wigram segue uma abordagem holística, em que o objetivo geral da musicoterapia é o de estabelecer uma relação ampla e contida com o paciente como ser humano e posteriormente focar-se nos sintomas específicos, trabalhando através de sons. O desenvolvimento do processo terapêutico tem como base os momentos do aqui-e-agora de cada sessão, nos quais o espaço sonoro é utilizado de modo a desenvolver a relação terapêutica. O processo dinâmico dentro do relacionamento prevê uma fase de imitação, seguida de uma fase

de diálogo e uma fase de suporte do som na qual o terapeuta tenta desenvolver e consciencializar o material sonoro do paciente (Franco, 2002). De facto, a improvisação surge como ferramenta em diversos métodos e técnicas musicais que são aplicados com o paciente na musicoterapia (Wigram, 2005).

Técnicas de improvisação em musicoterapia

A musicoterapia utiliza várias técnicas, tendo em conta as diferentes dificuldades na área de expressão relacionadas a uma determinada patologia. Essas técnicas podem ter como objetivo lançar, fundir e amplificar a capacidade de expressão e de comunicação (Franco, 2002). Visto que na intervenção é utilizada uma sequência de técnicas, deve haver, por parte do terapeuta, uma resposta adaptativa e flexível à forma como o paciente começa a fazer música (Wigram, 2005).

Algumas técnicas estão mais relacionadas com a linguagem corporal e expressão do paciente, como exemplo o *espelhar*, *imitar* e *corresponder* (Wigram, Pedersen & Bonde, 2002; Wigram, 2005). Segundo a técnica *espelhar*, o terapeuta, ao mesmo tempo que o paciente, faz o mesmo que este, expressa musicalmente e através da linguagem corporal, de modo a que o paciente se reveja a si próprio no comportamento do terapeuta. A técnica *imitar* ou copiar é definida por Bruscia como sendo o repetir ou produzir a resposta do paciente depois de a resposta ter sido concluída (Wigram, 2005). Esta imitação pode ser por vocalizações ou por ritmos, por exemplo tocando num tambor e, muitas vezes, resulta numa resposta positiva por parte do paciente (Wigram, Pedersen & Bonde, 2002). Estas são técnicas empáticas em que o terapeuta se encontra com o paciente no seu nível de desenvolvimento e tenta alcançar sincronia com o mesmo (Wigram, 2005).

A técnica *corresponder* refere-se à improvisação de música que é compatível, corresponde e se encaixa no estilo do paciente tocar, mantendo o mesmo tempo, dinâmica, textura, qualidade, complexidade e outros elementos musicais. Esta é também uma técnica empática em que a música produzida pelo terapeuta em resposta ao paciente confirma e valida o seu tocar e a sua expressão emocional (Wigram, 2005).

Outras técnicas estão mais relacionadas com o estado emocional do paciente como são exemplo a improvisação empática e de reflexão, aplicada primeiramente por Juliette Alvin, anteriormente descrita (Wigram, Pedersen & Bonde, 2002; Wigram, 2005).

A musicoterapia tem o potencial de fornecer um ambiente de contenção e de suporte importante para o paciente (Wigram, Pedersen & Bonde, 2002). Outras técnicas da improvisação são precisamente o *securizar*, *suportar* e *conter*, que por sua vez, são úteis quando aplicadas com pacientes que possuem uma forma de tocar e de ser muito aleatória e flutuante. Por exemplo se o paciente parece desconectado da música ou a música não tem estabilidade, direção ou intencionalidade. Assim, o terapeuta procura criar uma música estável e contentora que possa agir como uma âncora para a música do paciente (Wigram, 2005).

Por fim, a técnica *dialogar* que se refere ao processo no qual o terapeuta e o paciente comunicam através da sua forma de tocar. Existem duas formas de dialogar, o diálogo *turn-taking* no qual o terapeuta e o paciente fazem música em conjunto e, de diversas formas, musicais ou gestuais, podendo encaminhar um ao outro a sua vez de tocar (Wigram, Pedersen & Bonde, 2002; Wigram, 2005). Neste caso, é necessário que cada um deles faça uma pausa no que está a tocar e dê espaço ao outro. A outra forma é o diálogo contínuo *flutuante* em que o terapeuta e o paciente fazem música numa troca de diálogo musical contínuo. Neste, o terapeuta e o paciente tocam mais ou menos continuamente e simultaneamente, as suas ideias e dinâmicas são ouvidas e respondidas, sem pausas no processo musical (Wigram, 2005).

No diálogo, Bruscia sugere ainda duas técnicas, nomeadamente a *interjecting* que é o esperar por um espaço na música do paciente e preencher esse espaço; e o *fazer espaços*, ou seja, deixar espaços na nossa própria improvisação para que o paciente introduza algo seu (Bruscia, 1987). Surge ainda a *modelagem* que acontece quando o terapeuta toca e demonstra algo de forma a encorajar o paciente a imitar, combinar ou ampliar algumas ideias musicais (Wigram, 2005).

A musicoterapia em contexto escolar

Atualmente nota-se um aumento da intervenção terapêutica de diversas áreas no ambiente educativo de modo a promover a saúde física, mental e espiritual em crianças com NEE (Petrura-Maria, 2015). Uma dessas áreas é a musicoterapia que, por sua vez, desempenha um papel fundamental no desenvolvimento de algumas aprendizagens, na autorregulação emocional (Pellitteri, 2012; Petrura-Maria, 2015), na comunicação e nas respostas sociais, físicas, intelectuais e emocionais das crianças com NEE (Twyford & Rickson, 2013).

As escolas que acompanham crianças com PEA cada vez mais possuem sessões de musicoterapia para estas crianças (Accordino, Comer & Heller, 2007). O fato de as sessões de musicoterapia ocorrerem na escola tem a vantagem de se realizar num ambiente que é familiar ao aluno. A musicoterapia pode ser utilizada como um apoio na escola e na educação especial, visto que através dela é possível reforçar a motivação da criança para a ação, ajudar na sua estabilidade emocional e apoiar e prevenir a criança mental e emocionalmente para impedir que sinais se tornem sintomas (Fragkouli, 2013).

A musicoterapia como área de intervenção na educação especial é abrangente, sendo que o musicoterapeuta pode contribuir para programas de educação especial, tanto pelo apoio direto a crianças, como pela intervenção indireta junto dos professores ou auxiliares que

acompanham as crianças, de forma a informá-los sobre o uso da música (Pellitteri, 2012). De fato, tem-se verificado um interesse por parte de alguns educadores e auxiliares educativos em utilizar a música no seu trabalho, o que tem levado a pedidos de apoio interventivo a musicoterapeutas em escolas. Deste modo, os musicoterapeutas assumem um importante papel de ajuda aos educadores e auxiliares de ação educativa para utilizarem a música de forma eficaz com o fim de alcançarem melhorias na aprendizagem dos alunos; e também ajudá-los a compreender as diferentes formas como os alunos podem responder à música (Twyford & Rickson, 2013).

Alguns autores afirmam que existe uma colaboração entre o musicoterapeuta e os profissionais envolvidos no ambiente escolar das crianças com necessidades especiais, incluindo a PEA. Por sua vez, esta colaboração faz com que os profissionais fiquem mais sensibilizados para a utilização da música no contexto escolar e permite um maior acesso à música como um recurso de saúde (McFerran, Thompson & Bolger, 2016).

Na educação especial, as crianças apresentam uma variedade de dificuldades de aprendizagem, problemas comportamentais e sociais e algumas perturbações diagnosticadas. O musicoterapeuta toma estes problemas como o seu foco primário para a intervenção, e a função da música é atuar como um meio para conhecer as necessidades do paciente (Wigram, Pedersen & Bonde, 2002).

Os musicoterapeutas possuem também competências para gerar condições atrativas para os alunos com NEE interagirem com os outros (McFerran, Thompson & Bolger, 2016). De facto, a musicoterapia tem vindo a ser associada a melhorias e progressos de crianças com diversas dificuldades ou diagnósticos no contexto escolar, como por exemplo crianças com perturbação de hiperatividade e défice de atenção PHDA que melhoraram a capacidade de estar em grupo com respeito ao outro (Rickson, 2006), ou crianças que aumentam a sua participação

nas atividades que envolvem a interação entre pares (Twyford & Rickson, 2013). Numa escola com crianças com PEA, os profissionais e alunos reconheceram que a música foi importante para o desenvolvimento do relacionamento entre colegas. Um dos professores afirmou que mesmo os alunos não-verbais conseguiam comunicar através da música, e os funcionários referiram que haviam interações criativas, calorosas e expressivas (McFerran, Thompson & Bolger, 2016).

Perturbação do espectro do autismo

A PEA é uma perturbação do desenvolvimento neurológico caracterizada por diferentes graus de limitações ao nível da comunicação e da interação social e por comportamentos atípicos e repetitivos, com um início antes dos três anos de idade (Laplana et al., 2014; Schaefer & Mendelsohn, 2013). A manifestação destas dificuldades é muito variável de indivíduo para indivíduo e pode alterar-se com o desenvolvimento de outras competências (Faras, Ateeqi & Tidmarsh, 2010). A diferença entre cada indivíduo diagnosticado com PEA depende do nível de desenvolvimento e da idade cronológica, e é precisamente devido a esta variância que se denomina como sendo um espectro (APA, 2013).

Os sintomas da PEA devem estar presentes no período inicial do desenvolvimento da criança, sendo normalmente visíveis entre os 12 e 24 meses de idade e podem incluir o atraso no desenvolvimento da linguagem, padrões de comunicação incomuns, falta de interesse social, interação social atípica e padrões de jogo estranhos. Estes sintomas causam um comprometimento clinicamente significativo em áreas importantes do funcionamento, como por exemplo a área social e ocupacional. Ao longo da vida esses sintomas poderão alterar-se, pois vão havendo ganhos no desenvolvimento incluindo a aquisição de aprendizagens. Em

alguns casos, os sintomas podem ser mais subtis, e pode não surgir nenhum diagnóstico até à infância tardia ou início da adolescência (APA, 2013).

De acordo com o DSM-V (APA, 2013) a prevalência da PEA é de quatro vezes mais no género masculino do que no feminino. Existe um conjunto de critérios de diagnóstico para a PEA inseridos em dois principais aspetos que são as dificuldades persistentes na comunicação e interação social em diversos contextos e os padrões de comportamento, interesses ou atividades restritos ou repetitivos.

A PEA pode ser caracterizada em três níveis de severidade: o nível 1, denominado “requer apoio”, refere-se àquele em que os indivíduos apresentam pequenas dificuldades; o nível 2, “requer um apoio substancial”, representa aquele em que os indivíduos diagnosticados apresentam dificuldades moderadas na comunicação social e nos comportamentos e interesses repetitivos; por último, o nível 3, “requer um apoio muito substancial”, onde se enquadram os indivíduos que apresentam dificuldades severas nas suas capacidades de comunicação social e a nível dos comportamentos e interesses (APA, 2013).

O diagnóstico de PEA é mais fiável e válido quando baseado em múltiplas fontes de informação tais como observações clínicas, história do cuidador e, quando possível, autorrelato (APA, 2013). No entanto, importa referir que os médicos desempenham um papel crucial na identificação precoce de crianças com PEA, visto que são o primeiro ponto de contacto e o ponto de partida para o encaminhamento para centros apropriados para posterior avaliação, aconselhamento e intervenção (Faras, Ateeqi & Tidmassh, 2010). Após um primeiro diagnóstico é fundamental fazer uma avaliação das competências da criança em áreas como a socialização, linguagem, cognição, autonomia e motricidade, de modo a ser definido o seu nível de funcionalidade (Lima, 2012). Estas áreas constituem as características da PEA que serão descritas posteriormente.

Características da PEA

Comunicação e interação social. As dificuldades na comunicação social, verbal ou não-verbal, podem ser manifestadas de diversas formas conforme a idade, o nível intelectual, a capacidade linguística, a história e o apoio de cada indivíduo (APA, 2013). De fato, os níveis de compreensão e uso da linguagem na comunicação diferem entre os indivíduos com PEA (Llaneza, DeLuke, Batista, Crawley, Christodulu, & Frye, 2010) enquanto alguns indivíduos poderão adquirir linguagem verbal, mesmo que com algum atraso, outros poderão nunca adquirir a fala ou poderão não ter compreensão da mesma (APA, 2013).

As competências sociais são de grande importância para o funcionamento diário de qualquer indivíduo, nomeadamente a nível dos relacionamentos e da educação. Deste modo, a incapacidade nestas competências pode ter implicações para toda a vida dos indivíduos com PEA (LaGasse, 2014). Nas crianças pequenas a ausência ou pouca capacidade de iniciar uma interação social com os outros e a capacidade de compartilhar emoções é mais evidente (APA, 2013), sendo que as mesmas necessitam de ajuda para organizar as suas experiências e regular os seus sentimentos para que consigam desenvolver ou melhorar a sua capacidade para iniciar relacionamentos (Fragkouli, 2013).

Aspetos fundamentais para a comunicação e socialização como a capacidade de compreender os pensamentos, necessidades e sentimentos dos outros, e a capacidade de colocar-se no lugar do outro e respeitar o ponto de vista de outras pessoas encontra-se afetada nesta população, o que, por sua vez, leva a que as crianças com PEA não compreendam as ações de outras pessoas (Llaneza et al., 2010; Raglio, Traficante & Oasi, 2011).

Nestas crianças também se podem verificar dificuldades no jogo social e imaginativo e, posteriormente, uma insistência em brincar sempre com as mesmas regras, demonstrando uma inflexibilidade. Muitas vezes, estas dificuldades advêm do pouco interesse social

característico destas crianças, o que leva à rejeição dos outros ou a abordagens inadequadas que pareçam agressivas ou disruptivas (APA, 2013).

Outro aspeto de notar é a falta do gesto apontar, mostrar ou trazer objetos para compartilhar o interesse com os outros, ou seja, da capacidade de atenção compartilhada (APA, 2013; Raglio, Traficante & Oasi, 2011). Para além da dificuldade em adquirir gestos funcionais, também apresentam dificuldade em seguir o gesto de outras pessoas (APA, 2013).

Comportamentos, interesses ou atividades restritos ou repetitivos. O ambiente em que a criança com PEA se insere pode influenciar a manifestação dos comportamentos repetitivos ou sensoriais. Por exemplo, num contexto social ou numa situação que seja familiar à criança, as características do ambiente onde a criança se encontra ou as atividades em que ela está envolvida podem despoletar esses comportamentos repetitivos ou estereotipados que envolvem uma ação com determinados objetos (por exemplo alinhar brinquedos), ou uma combinação de ações (por exemplo girar um objeto e bater as mãos) (Kirby, Boyd, Williams, Faldowski & Baranek, 2017).

Os comportamentos restritos e estereotipados podem ser mais evidentes entre os três e os cinco anos de idade. Alguns exemplos como preocupações com partes de objetos, interesses sensoriais e movimentos motores estereotipados nestas idades podem estar associados a um menor desenvolvimento das competências cognitivas e a sintomas de PEA mais severos durante a idade escolar (Troyb et al., 2016). Também Kirby et al. (2017) referem que esses comportamentos podem ter um impacto negativo na aprendizagem, na socialização e na qualidade de vida das crianças com PEA.

Os comportamentos sensoriais destas crianças podem ser hiper-responsivos, quando se dá uma reação excessiva ao ambiente sensorial (McCormick, Hepburn, Young & Rogers,

2016), com reações negativas ou evitamento do *input* sensorial (Kirby et al., 2017); hiporresponsivos, quando existem poucas reações ou reações atrasadas ao *input* sensorial; ou comportamentos de procura por experiências sensoriais, ou seja, quando há um interesse incomum ou interação excessiva com aspetos sensoriais no ambiente (McCormick et al., 2016; Kirby et al., 2017). Estes comportamentos podem envolver estímulos vestibulares, visuais, tácteis e auditivos separadamente ou combinados entre dois ou mais (Kirby et al., 2017).

As crianças com PEA apresentam problemas de integração e sensibilidade auditiva, sendo que por vezes, na presença de alguns sons ou ruídos elas tapam os ouvidos, têm crises, ou aumentam atividades autoestimulativas. Alguns estímulos sensoriais, sejam auditivos ou tácteis, podem ser tidos como dolorosos para estas crianças (Corona et al., 2012). De fato, algumas crianças com PEA são mais sensíveis a estímulos sensoriais e como resposta a estes, apresentam comportamentos ou reações negativas por exemplo aos sons do dia-a-dia ou luzes, o que leva à rejeição de algumas atividades da vida diárias como escovar o cabelo, os dentes, cortar as unhas, entre outras (Kirby et al., 2017). Por outro lado, algumas procuram experiências sensoriais e como tal, manifestam movimentos motores globais como saltar ou jogar-se para o chão, e interesses incomuns em aspetos sensoriais do ambiente como fixação visual ou táctil por um objeto, esfregar objetos no rosto ou corpo ou colocar objetos na boca. Algumas crianças podem manifestar comportamentos multissensoriais, ou seja, que envolvam duas ou mais situações de *input* sensorial por exemplo motor e visual. Estes comportamentos parecem ocorrer com mais frequência em momentos de jogo livre (Kirby et al., 2017).

Outras características. Para além das principais características apresentadas anteriormente, os indivíduos com PEA podem apresentar outras características, como défices motores e sensoriais que se manifestam por descoordenação motora, marcha atípica ou andar

em ponta dos pés (APA, 2013; LaGasse & Hardy, 2013), dificuldades de equilíbrio, de postura, de planeamento e execução motora (LaGasse & Hardy, 2013). A capacidade de imitação tem sido também identificada como deficitária na PEA, tal como uma disfunção nos neurónios espelho que pode levar a dificuldades motoras (LaGasse & Hardy, 2013). E ainda comportamentos disruptivos, desafiadores ou de autolesão como bater a cabeça ou morder-se que também são manifestados por algumas crianças com PEA (APA, 2013).

Os indivíduos com PEA possuem uma organização neural diferente que leva a uma sobrecarga de informações sensoriais e a dificuldades de regulação motora que, por sua vez, pode afetar o funcionamento diário, incluindo as competências sociais e de comunicação (Robledo, Donnellan & Strandt-Conroy, 2012), o que leva a um grande impacto na sua capacidade de se relacionar e de participar nas interações sociais (Donnellan, Hill & Leary, 2013).

De notar que alguns comportamentos destas crianças podem não ser intencionais mas sim uma representação das dificuldades delas em organizar e regular as sensações e movimentos ou, outros comportamentos podem ser um sinal subtil de intenção de relacionar-se. Os comportamentos incomuns podem ser vistos como volitivos ou sem significado, como uma forma comunicativa que demonstra a falha a nível da interação e evidência de capacidades cognitivas deficitárias, ou como uma combinação destes (Donnellan, Hill & Leary, 2013).

A PEA e a música. No âmbito musical, já há alguns anos, a musicoterapeuta Juliette Alvin afirmava que uma característica comum a todos os seus pacientes com PEA era a capacidade que tinham para responder à música (Alvin, 1991). Portanto, desde muito cedo foi-se percebendo que as crianças com PEA demonstravam interesse pela música (Dimitriadis & Smeijsters, 2011; Reschke-Hernández, 2011) e pelos seus elementos, como o ritmo, a

dinâmica, a harmonia e o timbre. De facto, estes indivíduos parecem comunicar mais facilmente através de qualquer tipo de som (Dimitriadis & Smeijsters, 2011) e, são os elementos da música, juntamente com as técnicas terapêuticas adequadas, que servem como canais de comunicação e contribuem para a relação terapêutica (Dimitriadis & Smeijsters, 2011; Fragkouli, 2013).

Outros autores referem que as crianças com PEA apresentam um entendimento musical aprimorado e por esta razão acham as atividades musicais agradáveis. Para além disso, estas crianças parecem ter melhor capacidade de perceção do tom e de memória comparativamente a crianças com desenvolvimento típico (Heaton, 2003). A música pode ter um impacto no desenvolvimento socio-emocional, comunicativo e motor em crianças com PEA. As intervenções baseadas na música podem ser eficazes no tratamento destas crianças porque ao mesmo tempo que se aproveita os pontos fortes em termos musicais desta população, as suas dificuldades vão sendo trabalhadas e melhoradas, como por exemplo o desempenho motor, a atenção, a comunicação verbal e não-verbal e os comportamentos (Srinivasan & Bhat, 2013).

Atualmente sabe-se que existem diferenças neurológicas em indivíduos com PEA, nomeadamente escassez ou excesso da conectividade entre as áreas do cérebro (LaGasse & Hardy, 2013) e anomalias em diversas estruturas cerebrais que por sua vez são responsáveis por diversas tarefas que implicam capacidades motoras e de linguagem, memória, perceção somatosensorial, regulação emocional e controlo de comportamentos (Silver & Rapin, 2012). Sabe-se também que múltiplas áreas cerebrais, incluindo o sistema motor, perceptivo, socio-emocional e de linguagem, são estimuladas durante as experiências musicais devido à sua natureza multimodal (Srinivasan & Bhat, 2013).

Intervenção TEACCH na PEA

O modelo TEACCH caracteriza-se pelo uso do ensino estruturado de modo a facilitar a aquisição dos objetivos de aprendizagem para cada indivíduo. O ensino estruturado requer que o ambiente e as atividades estejam organizadas de forma a otimizar a aprendizagem e evitar a frustração dos indivíduos (Virues-Ortega, Julio & Pastor-Barriuso, 2013). Para tal, este tipo de ensino segue um conjunto de princípios e estratégias que promovem uma organização interna permitindo facilitar os processos de aprendizagem e de autonomia dos indivíduos com PEA, diminuindo a ocorrência de problemas de comportamento. A base do ensino estruturado é a estruturação externa do espaço, tempo, materiais e atividades, de forma a fornecer informação clara e objetiva das rotinas, manter um ambiente calmo e previsível, atender à sensibilidade do aluno aos estímulos sensoriais, propor tarefas diárias que o aluno é capaz de realizar e promover a sua autonomia (DGIDC & DSEEASE, 2008).

O modelo TEACCH centra-se em entender a PEA e a maneira como os indivíduos com este diagnóstico pensam, aprendem e experimentam o mundo (Mulas, Ros-Cervera, Millá, Etchepareborda, Abad & Meneses, 2010). Deste modo, o modelo foca-se nas áreas fortes frequentemente encontradas nos indivíduos com PEA, nomeadamente no processamento visual, na memorização de rotinas funcionais e nos interesses especiais, podendo ser adaptado às necessidades individuais e aos diferentes níveis de funcionamento de cada indivíduo (DGIDC & DSEEASE, 2008).

Na UEE, este modelo rege-se por três fatores essenciais, nomeadamente a organização do espaço físico de forma coerente com as necessidades da criança, como por exemplo minimizar possíveis distrações; a utilização de atividades de forma previsível, como por exemplo o uso de esquemas visuais das rotinas diárias; e a organização dos materiais e tarefas de modo a promover a independência dos indivíduos quanto às orientações e instruções, como

por exemplo usar materiais visuais se o estudante for mais capaz de beneficiar com eles do que sem eles (Virues-Ortega, Julio & Pastor-Barriuso, 2013). A adaptação do ambiente físico e a utilização de estruturas visuais para organizar o espaço e as atividades (Mulas et al., 2010; Virues-Ortega, Julio & Pastor-Barriuso, 2013) podem ter um impacto favorável no desempenho do indivíduo em tarefas de percepção e atividades que requerem a coordenação visual e motora (Virues-Ortega, Julio & Pastor-Barriuso, 2013).

Intervenção musicoterapêutica na PEA

A PEA foi uma das primeiras e mais importantes áreas de aplicação da musicoterapia (Gold, 2011). Atualmente, com o aparecimento de novos periódicos direcionados para a musicoterapia e com a criação de associações de musicoterapeutas e da federação mundial de musicoterapeutas, novos e mais estudos têm vindo a ser realizados e publicados acerca da intervenção musicoterapêutica na PEA (Reschke-Hernández, 2011).

A PEA requer uma intervenção terapêutica que deve ser iniciada o mais cedo possível (Geretsegger et al., 2014). Sendo uma das principais características da PEA as dificuldades na comunicação social, através da música e essencialmente dos momentos de fazer música com o musicoterapeuta na sessão (Gold, 2011), são desenvolvidos aspetos comunicativos da musicoterapia e as competências de comunicação verbais e não-verbais (Kim, Wigram & Gold, 2009). Esta intervenção deve ocorrer a longo prazo e depende do progresso ao longo do tempo (Geretsegger, et al., 2014).

Um dos objetivos da musicoterapia é permitir ao indivíduo a oportunidade de experienciar algo diferente e integrar possíveis mudanças na sua vida diária (Dimitriadis & Smeijsters, 2011). As diferentes intervenções musicoterapêuticas focam-se em envolver as

crianças na interação musical, permitindo-lhe fazer as suas escolhas e desenvolver oportunidades de iniciar o contacto com o outro (Kim, 2006; Thompson, 2012).

A abordagem do musicoterapeuta deverá ser semi-diretiva ou aberta e, para trabalhar com esta população, este deverá tolerar alguns aspetos que poderão acontecer na sessão, nomeadamente, o silêncio, situações improdutivas, atividades repetitivas, mais ou menos envolvimento emocional, modos de expressão bizarros e por último, ecolalias (Franco, 2002). Para além disso, os musicoterapeutas que intervêm com esta população devem considerar muitos fatores como a idade dos pacientes, o nível de PEA e os comportamentos que apresentam. Devem também ter em consideração o tipo de música que utilizam, pois o estilo ou a complexidade da música pode afetar as respostas do paciente (LaGasse, 2017).

O musicoterapeuta recorre à musicalidade comunicativa intrínseca de cada indivíduo como forma de estimulação da comunicação e de facilitação da fala para aqueles que têm uma linguagem verbal deficitária (Dimitriadis & Smeijsters, 2011). Deste modo, o musicoterapeuta tem de partir do nível de desenvolvimento em que a criança se encontra e a partir daí iniciar a sua relação com a mesma (Fragkouli, 2013), seguindo as competências individuais de cada criança, os seus interesses e as suas motivações. Assim, o mesmo consegue sincronizar-se com as crianças musicalmente e emocionalmente e, deste modo, experienciar momentos de comunicação entre ambos (Kim, 2006; Thompson, 2012).

Nesta população, o musicoterapeuta deve começar por tentar entrar no *círculo fechado* da criança e, ao fazê-lo, criar, através de uma estrutura musical primitiva e quase desestruturada, um sentimento de gratificação para a expectativa de algo e um sentimento de admiração por eventos inesperados. Deve também estabelecer um relacionamento com estas crianças principalmente através de padrões rítmicos ou melódicos simples, sons concretos

(sons produzidos por objetos, sons biológicos, sons da natureza), sons fluidos (água), ou sons produzidos por objetos que podem ser facilmente manipulados (Franco, 2002).

Através da interação musical, isto é, da linguagem não-verbal que ocorre na musicoterapia, os indivíduos com esta patologia podem interagir e comunicar sem palavras, desenvolvendo assim as suas competências de comunicação e a capacidade de interação social (Alvin, 1991). De facto, diversos comportamentos comunicativos estão implícitos na produção musical em musicoterapia, tais como, o contacto ocular, a atenção conjunta e o jogo à vez (Geretsegger *et al.*, 2014). A interação musical permite também que os indivíduos com PEA se envolvam mais a nível emocional orientado para a relação com o outro (Alvin, 1991). Através da exploração musical, a musicoterapia pode conduzir a mudanças nos sentimentos que influenciam o comportamento e o estado emocional dos indivíduos com esta patologia (Dimitriadis & Smeijsters, 2011). Para além disso, na partilha musical a criança experimenta emoções que a motivam a procurar a repetição, a fim de encontrar a oportunidade de sentir algo semelhante de novo (Fragkouli, 2013).

Em suma, as áreas pertinentes da PEA que podem ser trabalhadas na musicoterapia são a reciprocidade emocional, o contacto ocular, outros aspetos mímicos ou posturais, o desaparecimento parcial ou total de rituais estereotipados, o aumento do significado emocional no relacionamento, o desenvolvimento da socialização, a possível melhoria da linguagem falada, possível redução de ecolalia e, por fim, o desenvolvimento da consciência do jogo simbólico (Franco, 2002). Destas áreas, as mais frequentemente intervencionadas têm sido as competências comunicacionais, sociais e emocionais, e com menor frequência a autorregulação, o processamento sensorial e a capacidade de manter a atenção (Kern *et al.*, 2013). Todas estas vão de encontro aos sete objetivos gerais da aplicação da musicoterapia na PEA definidos por Reschke-Hernández (2011) que são o desenvolvimento social, emocional,

comunicacional, comportamental, motor, das atividades diárias e das capacidades pré-acadêmicas.

Em crianças com PEA as técnicas de musicoterapia utilizadas com maior frequência são, por ordem decrescente, o canto e vocalização, o tocar instrumentos, o movimento e dança, a musicoterapia de improvisação livre e temática, e a escrita e composição de canções. Com pouca frequência são também utilizadas atividades baseadas no ritmo, jogos de música orientados para uma tarefa e instruções musicais (Kern *et al.*, 2013).

A musicoterapia de improvisação em crianças com PEA é uma abordagem centrada na criança na qual o musicoterapeuta utiliza a produção musical ativa e espontânea e a relação que se vai desenvolvendo através da música. Nesta abordagem, o terapeuta segue o foco de atenção da criança, o seu comportamento e os seus interesses de modo a facilitar o desenvolvimento nas competências sociais da criança e a promover o desenvolvimento noutras áreas como a atenção, a noção do eu ou a autoeficácia (Kim, 2006; Kim, Wigram & Gold, 2009). A improvisação musical é utilizada em crianças com PEA como forma de proporcionar uma experiência diferente, na qual o terapeuta ajuda estas crianças a encontrarem uma forma de lidar com situações pouco previsíveis, o que por si só é um desafio nesta problemática (Kim, Wigram & Gold, 2009).

As técnicas musicais de improvisação que devem ser utilizadas nesta população são o *ouvir e suportar*, o *espelhar e imitar*, e o *improvisar e dialogar* (Franco, 2002). Através da improvisação, o musicoterapeuta ajuda a criança com PEA a desenvolver a autoexpressão espontânea, a comunicação emocional, a interação social (Kim, Wigram & Gold, 2008), ou seja, intervém nas competências de comunicação verbais e não-verbais (Kim, Wigram & Gold, 2009).

Alvin também utilizou uma abordagem direcionada para a criança e desenvolveu a comunicação com as crianças com PEA através do som de vários instrumentos ou vocalizações, da imitação do ritmo, da improvisação e do movimento (Reschke-Hernández, 2011). O trabalho com o corpo e movimentos de balanço no tempo ou ritmo da música na sessão são importantes pois permitem à criança acalmar-se e limitar os movimentos estereotipados (Fragkouli, 2013). A imitação dos comportamentos destas crianças, principalmente em idade pré-escolar, pode ser uma estratégia de intervenção para diminuir comportamentos repetitivos e estereotipados e para aumentar o envolvimento e aproximação da criança com o adulto, incluindo o aumento do toque no adulto e a partilha de brinquedos em brincadeiras juntos (Field et al., 2014).

A imitação de toda a parte instrumental ou vocal produzida pelo paciente quanto à intensidade, tonalidade, timbre e ritmo, e produzir variações, como dividir a frase musical ritmicamente, fazendo variações melódicas, harmonias em diferentes tonalidades, e voltando para a tonalidade original, pode ser uma estratégia para trabalhar as estereotipias motoras ou atitudes estereotipadas características da PEA, estando estas relacionadas com os principais elementos da música, especialmente com o ritmo. Assim, o uso da voz pode ser eficaz pois através dela pode-se abrir um canal para padrões rítmicos e melódicos que facilitam a comunicação sonora em situações em que o corpo do terapeuta está envolvido numa relação de fusão e simbiose com a criança (Franco, 2002).

A musicoterapia para crianças com PEA deve ocorrer em cooperação com outros indivíduos envolvidos no tratamento das crianças e deve ter uma estrutura estabelecida e alguma previsibilidade, seguindo uma abordagem flexível mas simultaneamente sistemática. A estrutura do ritmo, da melodia, da harmonia e da dinâmica musical pode ser aplicada de forma eficaz nesta população, motivando-a para o envolvimento na terapia (Geretsegger *et al.*, 2014).

Alguns autores desenvolveram um conjunto de diretrizes para intervir em crianças com PEA onde definiram os princípios únicos e os princípios essenciais na improvisação musicoterapêutica com vista a desenvolver as competências da comunicação e da interação social que serão explicados posteriormente (Geretsegger, Holck, Carpenente, Elefant, Kim & Gold, 2015).

Princípios da improvisação musicoterapêutica para crianças com PEA. Geretsegger et al. (2015) definiram um conjunto de princípios únicos e essenciais e um conjunto de princípios essenciais (mas não únicos) da improvisação musicoterapêutica para crianças com PEA, que serão descritos de seguida.

Os princípios únicos e essenciais da improvisação musicoterapêutica abrangem facilitar a sintonização musical e emocional, em que o terapeuta, ao tocar ou cantar música adaptada ao comportamento ou expressão emocional da criança, cria momentos de sintonização musical que podem desenvolver uma sintonização afetiva e emocional. Neste princípio as técnicas de improvisação podem envolver imitação, espelhar, variação, elaboração, regulação, suporte, resposta ou contextualização. Em termos musicais, isso pode envolver o corresponder, sustentar ou complementar de características "musicais" do comportamento da criança, criando assim uma integração de perceções sensoriais e momentos de sincronização.

Outro princípio é o de criar um fluxo de interação, no qual o terapeuta, ao aceitar o comportamento e as iniciativas da criança como tendo um significado e sendo uma forma comunicativa, recorre a técnicas de suporte (por exemplo, complementar as expressões da criança) para que a criança compreenda, participe e inicie a interação. Para incentivar o envolvimento nas interações musicais, o terapeuta recorre aos elementos musicais, e a pistas verbais, visuais ou físicas, como gestos antecipatórios ou expressões faciais. O terapeuta

também pode modelar ou sugerir atividades, ou introduzir novos instrumentos musicais para a criança de modo a envolvê-la ou mantê-la envolvida. Sempre que introduzir novos materiais, o terapeuta deve seguir o foco de atenção e de interesse da criança e prestar especial atenção às próprias iniciativas e ideias da mesma.

As técnicas de improvisação neste princípio incluem fornecer uma base rítmica ao comportamento musical da criança; moldar a música tocada, usando, por exemplo, contornos melódicos ou mudanças dinâmicas improvisadas nos temas musicais; ou estruturar, uma forma de usar os elementos musicais ou estilos para estruturar as interações musicais.

O último princípio é o de focalizar na história conjunta da interação musical. Neste, é dada especial atenção às características específicas da história conjunta da interação musical que se desenvolve ao longo do tempo entre o terapeuta e a criança de modo a facilitar um sentimento de segurança e previsibilidade e a capacidade de flexibilidade e lidar com a mudança. O terapeuta apresenta-se como um parceiro de interação divertido e confiável que transforma as expressões da criança em formas ou padrões musicais reconhecíveis, que podem ser repetidos e variados conforme necessário para promover a interação. Deste modo podem surgir momentos significativos de interação.

As técnicas de improvisação para esta história conjunta de interação musical entre a criança e o terapeuta incluem a construção de um repertório conjunto de temas de interação, de variações e de tocar com expectativas musicais.

Por sua vez, os princípios essenciais mas não únicos da improvisação musicoterapêutica incluem o construir e preservar uma relação terapêutica positiva, que tem como propósito motivar a criança a frequentar a terapia e capacitá-la para o relacionamento de modo a facilitar os resultados positivos da terapia. É nesta relação terapêutica que as experiências musicais e emocionais podem ser compartilhadas, desenvolvidas e construídas. A atitude geral do

terapeuta é apresentar-se com interesse, respeito e confiança, criando uma atmosfera de apoio com a intenção de ajudar a criança a sentir-se bem-vinda e valorizada.

Outro princípio é fornecer um ambiente seguro, ou seja, a intervenção terapêutica deve ser realizada num ambiente seguro que mantenha a ansiedade da criança baixa e que a ajude a ter um sentimento de segurança. Algumas estratégias podem ser seguidas de modo a transmitir segurança e previsibilidade como por exemplo, fornecer consistência na terapia (por exemplo, mantendo a mesma sala de terapia e equipamentos); responder ao comportamento da criança de maneiras consistentes, usar a estrutura da música para transmitir segurança, comentar interrupções, explicar eventos inesperados e preparar a criança para fins ou qualquer quebra dentro do processo terapêutico, por exemplo, usando músicas de adeus ou rituais musicais para ajudar a criança a gerir as transições. Algumas destas estratégias podem ser necessárias mais no início da terapia do que numa fase posterior, em que o sentimento de segurança e confiança já está estabelecido.

Acompanhar e seguir o que a criança faz é o princípio que refere a abordagem geral como sendo o seguir o foco da atenção, comportamentos e interesses da criança e incorporar esses interesses e motivações em sequências de interação significativas. Na improvisação, o terapeuta vai de encontro à expressão musical e emocional manifestada pela criança, de modo a facilitar a motivação intrínseca desta para se envolver na interação social. Mesmo seguindo a liderança da criança, o terapeuta pode também desafiar algumas brincadeiras à criança, por exemplo, alterar a música para evocar uma resposta. Ao fazê-lo, o terapeuta fornece oportunidades adequadas para que a criança responda de diferentes maneiras e faça a interação recíproca.

O terapeuta deve prestar muita atenção para adaptar as suas ações comunicativas ao nível atual da competência de interação da criança. Por exemplo, se uma criança gosta muito

de números, o terapeuta pode compor uma "música de números"; permitindo que a criança controle certos aspetos da interação.

Outro princípio é o de definir objetivos de tratamento e avaliar o progresso, que aborda a importância de avaliar as competências e necessidades específicas de cada criança inicialmente e no decorrer da terapia de modo a atender às suas necessidades individuais. Ao escolher objetivos de desenvolvimento individualizados para cada fase da intervenção, o terapeuta orienta o processo terapêutico, permitindo que a criança gradualmente expanda as suas capacidades em áreas específicas do desenvolvimento e também é capaz de avaliar o progresso e os resultados da intervenção terapêutica.

Ao avaliar as competências e necessidades da criança, podem ser obtidos objetivos individuais e as estratégias e técnicas de intervenção relacionadas podem ser adaptadas à necessidade avaliada numa área específica.

Por último, facilitar o prazer ou a diversão, isto é, incorporar os interesses da criança e conhecer as suas preferências e iniciativas com uma atitude de afeto positivo, aceitação e carinho facilita oportunidades de alegria mútua. Por sua vez, isto permite à criança experienciar a partilha de afetos bem como experienciar as interações como prazerosas, gratificantes e intrinsecamente motivadoras. As estratégias úteis para facilitar a diversão incluem incorporar os interesses da criança e criar uma atmosfera agradável e divertida ou lúdica dentro de sessões terapêuticas que permitam um efeito positivo compartilhado na interação musical.

Efeitos da musicoterapia em crianças com PEA. Ao longo dos anos os musicoterapeutas experimentaram diversas técnicas em diversas áreas do desenvolvimento em crianças com PEA (Accordino, Comer & Heller, 2007; Reschke-Hernández, 2011). A maioria dos musicoterapeutas focaram a sua intervenção nas capacidades de comunicação,

especificamente na comunicação expressiva e competências sociais. Posteriormente, começaram a trabalhar mais a nível das competências motoras, do comportamento e da cognição, e mais tardiamente, surgiu o interesse pela área emocional e psicológica, pela capacidade musical e pela sensibilidade sensorial (Reschke-Hernández, 2011).

Diversas das necessidades dos indivíduos com PEA podem ser melhoradas como o comportamento de envolvimento com o musicoterapeuta, comportamentos repetitivos, compreensão das emoções, envolvimento emocional e as competências sociais incluindo a atenção conjunta, rotinas de saudação social e competências de comunicação (LaGasse, 2014). A musicoterapia pode também melhorar o humor, a perceção sensorial, o comportamento e, pela promoção do desenvolvimento do cérebro nas crianças com PEA, facilita o desenvolvimento de múltiplas capacidades como a atenção, a memória, a imaginação, o pensamento abstrato e a linguagem (Shi, Lin & Xie, 2016). De fato, a capacidade da música para recrutar várias áreas do cérebro simultaneamente pode ajudar a resolver algumas das dificuldades de integração multimodal na PEA. Ou seja, visto que a música provoca ativações em áreas neurais que são responsáveis pelas dificuldades características da PEA, como a linguagem, competências sociais incluindo a atenção partilhada, afeto e empatia, o fazer música pode induzir uma variedade de mudanças na estrutura cerebral e sua conectividade nos indivíduos com PEA (Srinivasan & Bhat, 2013).

Através de técnicas de intervenção específicas é possível alcançar efeitos a nível emocional (Fragkouli, 2013), no desenvolvimento das competências comunicativas verbais e não-verbais, na interação social e no jogar em crianças com PEA (Geretsegger *et al.*, 2014; James *et. al*, 2015). A técnica de improvisação facilita o processo espontâneo de aprendizagem social e fornece motivação social nestas crianças (Kim, Gold e Wigram, 2008).

A musicoterapia criativa de Nordoff e Robbins (1977) pode melhorar o estado de alerta no indivíduo com PEA, reduzindo o seu excesso de atividade e permitindo uma melhor coordenação motora, podendo também ajudar na regulação de emoções e atenuar a expressão corporal, reduzindo a ansiedade e o stresse (Dimitriadis & Smeijsters, 2011).

A musicoterapia com foco nas qualidades relacionais da música, nas interações e nos interesses e motivações dos indivíduos pode ser eficaz no desenvolvimento de competências básicas de comunicação social como manter o contacto ocular ou iniciar uma interação (Geretsegger *et. al*, 2014).

Diversos estudos comprovam os resultados positivos da musicoterapia na PEA, a maioria focados nas competências sociais (Geretsegger *et al.*, 2014; James *et. al*, 2015; LaGasse, 2014; Reschke-Hernández, 2011; Shi, Lin & Xie, 2016), outros na diminuição de comportamentos indesejados (James *et. al*, 2015).

Por sua vez, Kim, Gold e Wigram (2008) investigaram o papel da musicoterapia num pequeno grupo de crianças relativamente a comportamentos de atenção conjunta que se define como sendo uma interação que envolve a criança, o terapeuta e os objetos. As competências de atenção conjunta são muito importantes no desenvolvimento da criança pois sem elas a comunicação, a interação social ou a linguagem poderão ser afetadas no seu desenvolvimento. Os autores supracitados utilizaram a técnica de improvisação em crianças em idade pré-escolar diagnosticadas com PEA em comparação com sessões em que elas brincavam com brinquedos, e verificaram que a improvisação em musicoterapia teve uma maior eficácia na facilitação de comportamentos de atenção conjunta e nas competências de comunicação social não-verbal. Os autores observaram ao longo das sessões de improvisação o aumento do contacto ocular e com maior durabilidade, e também no *turn-taking*. Também LaGasse (2014) verificou os resultados positivos da aplicação da musicoterapia num grupo de crianças com PEA a nível

dos seus comportamentos sociais como o contacto ocular com os outros e a atenção conjunta com os pares.

Num estudo, em que foi utilizado o canto e a improvisação, os autores confirmaram uma melhoria na qualidade das interações sociais das crianças com PEA mais especificamente nas competências de responder aos outros, de imitação, de partilha, de brincar com os outros e de comportamentos comunicativos em contextos sociais (Thompson, McFerran & Gold, 2013).

Em suma, e apesar da maioria dos estudos se focarem na intervenção musicoterapêutica a nível das competências sociais e comunicacionais, verifica-se que esta intervenção apresenta benefícios em diversas áreas do desenvolvimento das crianças, que acabam por ser trabalhadas em conjunto na sessão e estão relacionadas entre si.

Outras problemáticas

No DSM-V o atraso global do desenvolvimento encontra-se enquadrado nas perturbações do desenvolvimento intelectual e é diagnosticado em crianças com menos de cinco anos de idade, quando não conseguem alcançar os marcos do desenvolvimento esperados em várias áreas do funcionamento intelectual e quando ainda não têm idade para serem avaliadas com escalas estandardizadas. As crianças diagnosticadas com AGD devem ser reavaliadas após algum tempo (APA, 2013).

Os problemas comportamentais estão relacionados com os problemas de externalização que são caracterizados por comportamentos agressivos, de oposição e impulsividade marcada (Alvarenga & Piccinini, 2007). Muitas vezes a PHDA sobrepõe-se com os problemas de externalização como a perturbação de oposição e a perturbação do comportamento. Esta caracteriza-se por dificuldades em controlar impulsos que envolvem problemas de autocontrolo de emoções e comportamento, manifestando comportamentos que violam os direitos dos outros

(por exemplo agressão e destruição de propriedade) e/ou colocam o indivíduo em conflito significativo com as normas sociais ou as figuras de autoridade (APA, 2013).

Intervenção musicoterapêutica em crianças com PC

Os alunos com problemas comportamentais e emocionais apresentam défices a nível afetivo, pelo que precisam de instrução, suporte, orientação, estrutura e motivação para se expressarem. Através da musicoterapia a capacidade de autoexpressão e a autoestima nestes alunos podem ser desenvolvidas (Sausser & Waller, 2006).

Sausser & Waller (2006) sugerem um programa de musicoterapia para esta população que deve centrar-se em desenvolver a autoestima através de experiências musicais bem-sucedidas, desenvolver e melhorar capacidades do processamento auditivo, estimular a atenção para a tarefa, melhorar as capacidades da fala e linguagem, melhorar as capacidades motoras globais e finas, promover conceitos académicos, desenvolver competências sociais apropriadas, expandir as atividades de lazer e incentivar a autoexpressão.

Os primeiros estudos nesta área abordam com maior frequência a musicoterapia comportamental na qual a música é utilizada como um reforço positivo para resultados positivos. No entanto, nos últimos anos, tem vindo a ser mais investigada seguindo uma abordagem psicodinâmica e humanística (McFerran, 2009).

A literatura acerca do estudo da musicoterapia em indivíduos com problemas emocionais e comportamentais e com défice de atenção tem vindo a crescer (McFerran, 2009). De modo geral, os musicoterapeutas que intervêm com esta população pretendem trabalhar principalmente os objetivos comportamentais, mas têm também em atenção aspetos psicossociais e cognitivos (Jackson, 2003). Ultimamente, os autores têm-se centrado no impacto positivo que a música pode ter em vários aspetos, nomeadamente nos sintomas de

desatenção na PHDA (Carrer, 2015); na capacidade destes indivíduos manterem a sua atenção, por exemplo em tarefas académicas (Chew, 2010; Maloy & Peterson, 2014); no uso da música para aumentar a autoestima e como estratégia para novas aprendizagens (Ouellet & Poliquin, 2012); e também nas necessidades emocionais e qualidade de vida dos indivíduos (McFerran, 2009).

Visto que muitos alunos com PC apresentam períodos curtos de atenção, as sessões devem ser estruturadas e o musicoterapeuta deve dar instruções e reforço positivo. As atividades devem também ser curtas com uma duração de aproximadamente três a cinco minutos. Algumas técnicas que podem ser utilizadas são a análise de letras, a escrita de músicas, a improvisação instrumental, o canto, o movimento e jogos musicais (Sausser & Waller, 2006).

Efeitos da musicoterapia em crianças com PC. Com o bom planeamento de atividades e sessões, a musicoterapia é um meio terapêutico benéfico para muitos estudantes com problemas comportamentais (Sausser & Waller, 2006).

Num estudo em que foi comparada a abordagem comportamental com a improvisação não foram registadas diferenças significativas entre os dois métodos de intervenção, no entanto a improvisação pareceu ser eficaz no estado emocional dos alunos e na redução de ansiedade. Nesta intervenção em grupo houve um aumento da interação entre os pares e o aumento da confiança (Rickson, 2006).

Nos grupos de musicoterapia ativos em que os alunos participam de forma prática estimulam a autoexpressão e podem ajudar a canalizar frustrações de forma positiva e criativa. A espontaneidade musical e a improvisação instrumental promovem a autoconfiança e oferecem oportunidades para interações sociais positivas. Também as atividades com tambores

melhoram a coordenação oculo-manual, as capacidades motoras globais, as funções vestibulares e o bem-estar geral. Para além disso, a musicoterapia é um suporte de comportamento positivo que pode ser utilizado para promover os pontos fortes de cada aluno (Sausser & Waller, 2006).

A musicoterapia, seguindo uma base comportamental, em sessões individuais ou em pequenos grupos proporciona uma oportunidade para as crianças ou adolescentes expressarem-se e controlarem-se nos comportamentos (McFerran, 2009).

Num outro estudo, sobre a aplicação de um programa de musicoterapia orientada para a educação com crianças com problemas emocionais e comportamentais, também se obtiveram resultados positivos da intervenção pois estas crianças alcançaram melhorias nas competências sociais e nos problemas comportamentais (Chong & Kim, 2010).

Em suma, sendo a musicoterapia uma área sobre a qual já foram realizados diversos estudos que comprovam os benefícios da intervenção musicoterapêutica tanto em crianças com PEA como com PC, sabe-se que esta intervenção é benéfica nestas populações em vários níveis, nomeadamente, social, emocional, comunicacional, comportamental e motor.

A confirmação de que a música ativa determinadas áreas corticais que, por sua vez, são responsáveis pelos diversos domínios do desenvolvimento humano que se podem encontrar alterados nestas perturbações, serviu de suporte para a intervenção realizada ao longo do estágio.

Tendo em conta a revisão de literatura realizada, a intervenção centrou-se na improvisação para as crianças com PEA, e numa abordagem estruturada com alguns momentos de improvisação para as crianças com PC. Deste modo, procedeu-se à definição dos objetivos de estágio para estas populações-alvo.

Objetivos gerais

Com base na revisão de literatura realizada anteriormente, foram traçados os objetivos gerais do presente estágio. Deste modo, os objetivos são introduzir a intervenção musicoterapêutica em contexto escolar na ilha da Madeira; promover a sensibilização da equipa da UEE e famílias para a importância da intervenção musicoterapêutica; proporcionar às crianças com PEA e PC um ambiente seguro e lúdico de modo a encorajá-las para o envolvimento e interação sonoro-musical; despertar mudanças no desenvolvimento das crianças, nomeadamente a nível da autoexpressão de sentimentos através do corpo, da voz ou do instrumento, e do relacionamento e interação com os outros; verificar os efeitos da improvisação musicoterapêutica na intervenção com crianças diagnosticadas com PEA em contexto escolar; e verificar os efeitos da musicoterapia estruturada em crianças com PC em contexto escolar.

Metodologia

Descrição da amostra

No âmbito do estágio de musicoterapia foram acompanhadas um total de oito crianças do género masculino com idades compreendidas entre os quatro e os 13 anos. Destas crianças, seis apresentam um diagnóstico de PEA e estão inseridas na UEE associadas a uma turma de referência, sendo duas da pré, uma do 1º ano e três do 4º ano. Cinco destas crianças passam a maioria do seu tempo na UEE nas diversas áreas referidas anteriormente, de acordo com o horário pré-estabelecido para cada uma. No tempo em que não estão nesta sala, frequentam as aulas com a sua turma de referência como educação física, expressão plástica e expressão musical, necessitando sempre do acompanhamento de um adulto.

Na maioria das atividades realizadas no interior da escola, as crianças necessitam do apoio de um adulto da UEE, com exceção de duas delas que são autónomas para ir à casa de banho e uma para frequentar a aula de educação física. As duas crianças da pré passam uma parte da manhã com a sua turma mas, visto que uma delas apresenta comportamentos agressivos e faz birras com alguma frequência, tem-se mantido na UEE durante todo o dia. Por fim, a criança que frequenta o 1º ano acompanha a sua turma em todas as atividades com o apoio de uma assistente técnica de educação especial da UEE, passando pouco tempo com os colegas desta sala.

As restantes crianças acompanhadas no estágio frequentam o 1º ano em turmas separadas. Uma delas, no início do estágio apresentava um diagnóstico de AGD, mas foi reavaliada, pelo que o seu diagnóstico atual é de PHDA. A outra criança não apresenta nenhum diagnóstico mas foi sinalizada com PC.

Na tabela seguinte apresentam-se todos os casos abrangidos na intervenção musicoterapêutica. De modo a proteger a identidade dos casos acompanhados, serão utilizados nomes fictícios.

Tabela 1

Identificação dos casos

Nome	Idade	Ano escolaridade	Diagnóstico
André	10 Anos	4º Ano	PEA – Perturbação desintegrativa da 2ª infância
Carlos	5 Anos	Pré	Perturbação da relação e comunicação
Dinarte	7 Anos	1º Ano	AGD
Diogo	7 Anos	1º Ano	PEA
Filipe	7 Anos	1º Ano	Sem diagnóstico
João	13 Anos	4º Ano	PEA
Rui	8 Anos	1º Ano	PEA
Tiago	10 Anos	4º Ano	PEA

Procedimentos

O estágio de musicoterapia decorreu de outubro de 2016 a julho de 2017, sendo que a intervenção decorreu de dezembro a junho para seis dos casos e de dezembro a julho com dois casos que permaneceram na escola após o término das aulas. Ao longo desse período ocorreram várias fases de estágio, nomeadamente, a fase de reuniões com a escola e com os pais; a fase de observação dos casos e de recolha de informação acerca dos mesmos; a fase da avaliação inicial e de elaboração do plano terapêutico; a fase de intervenção; e por último a fase da avaliação final. Seguidamente serão descritas todas as fases.

Reuniões iniciais

Após os contactos iniciais necessários de modo a demonstrar o interesse em realizar o presente estágio na escola EB1/PE da Ladeira foi agendada uma reunião na qual estiveram presentes a diretora da escola, as duas professoras especializadas da UEE, a psicóloga da escola, e alguns elementos da Direção Regional de Educação (DRE) nomeadamente a diretora dos Serviços de Educação Pré-Escolar e do Ensino Básico e Ensino Secundário (DSEPEEBS), a diretora da Divisão de Apoio Técnico Especializado (DATE), o diretor de Serviços de Apoios Técnicos e Especializados (DSATE) e a diretora do Centro de Recursos Educativos Especializados (CREE) do Funchal.

Nesta reunião foi feita uma abordagem global sobre a musicoterapia e os seus benefícios de modo geral e, posteriormente, foram debatidos alguns assuntos nomeadamente a disponibilidade de um espaço para a intervenção, o material disponibilizado pela escola, o melhor horário para a intervenção, o número e quais casos que poderiam beneficiar da intervenção.

O encaminhamento dos casos para a intervenção foi feito essencialmente pela diretora da escola mas com a opinião das professoras especializadas da UEE. Desde início foi demonstrado interesse em realizar o estágio com as crianças com PEA, o que foi desde logo aprovado. O único fator de exclusão foi o de não abranger na intervenção musicoterapêutica os casos que já eram acompanhados pela estagiária na sua atividade profissional de psicomotricista. Deste modo, de todos os casos da UEE, dois não puderam usufruir da intervenção musicoterapêutica. Para além desta patologia, foi também questionado se haveriam outros casos fora da UEE que beneficiariam da intervenção, pelo que foram escolhidas duas crianças indicadas pela diretora da escola como tendo PC.

Nesta primeira reunião ficou estabelecido que seria também realizada uma reunião com os encarregados de educação dos casos escolhidos de modo a apresentar o projeto de intervenção musicoterapêutica, cujo powerpoint encontra-se no Apêndice A. Assim, foi preparada uma apresentação com abordagem à definição, objetivos e benefícios da musicoterapia; a estrutura e duração das sessões; e alguns exemplos em vídeo de casos que beneficiaram com esta intervenção. Neste primeiro encontro com os encarregados de educação foi explicada a necessidade de filmar as sessões e entregue a declaração de modo a autorizarem (Anexo A). Os encarregados de educação presentes na reunião foram os pais do Tiago, a mãe do Diogo, a mãe do Rui, o pai do Carlos, a bisavó do André, a mãe do Dinarte e a mãe do João. Visto que a mãe do Filipe não esteve na reunião, a declaração foi-lhe entregue pela diretora da escola. Para além dos encarregados de educação estiveram também presentes as professoras especializadas da UEE e a diretora da escola.

Observação e recolha de informação

O início do estágio foi dedicado à consulta dos processos dos casos a serem acompanhados na intervenção e à observação das crianças em diversos contextos nomeadamente na UEE, no refeitório e no recreio. O intuito dessas observações foi essencialmente o de começar a conhecer os casos que iriam frequentar as sessões de musicoterapia, perceber os seus traços gerais e comportamentos nos contextos referidos. Na UEE a observação abrangeu as diferentes áreas de trabalho como o brincar, o trabalho de grupo, o trabalho individual e a reunião, onde foi possível captar algumas capacidades das crianças em áreas como a social, cognitiva, comportamental, autonomia, linguagem e comunicação.

A recolha de informação acerca dos casos foi realizada através da consulta do plano individual de intervenção precoce (PIIP) no caso do Carlos, do plano educativo individual (PEI) nos restantes casos da UEE e por entrevista com a professora de cada turma dos casos sinalizados com PC. Para além disso, foi também recolhida informação através de pequenos relatos das professoras ou das técnicas de educação especial em diversos momentos na UEE.

Avaliação inicial e plano terapêutico

As primeiras duas sessões foram de avaliação nas quais tentou-se manter uma atitude neutra de modo a que a criança se manifestasse musicalmente. Os aspetos base destas sessões foram dar tempo e espaço à criança, deixá-la explorar o espaço e os instrumentos, permiti-la tocar e segui-la. Se a criança apresentasse uma atitude mais passiva e não manifestasse iniciativa, esta teria de partir da estagiária que poderia propor algo musicalmente de modo a desencadear respostas.

A observação das primeiras sessões serviu também como recolha informação em diversos domínios do desenvolvimento, nomeadamente, social, comunicacional, motor,

cognitivo, musical ou comportamental. Domínios estes que constam na grelha de observação que será descrita posteriormente. Para além da grelha de observação, foi também preenchido num momento inicial um formulário para os casos com PEA e um questionário para os casos com PC.

Nas observações foi tido em conta o que a criança fazia por iniciativa própria ou o que fazia como resposta a algo. Após a avaliação inicial, procedeu-se ao preenchimento do plano terapêutico para cada um dos casos, onde constam os objetivos de intervenção.

Intervenção terapêutica

Após os diversos momentos de observação e avaliação inicial, deu-se início à intervenção musicoterapêutica no mês de dezembro. A intervenção iniciou-se com os casos da UEE e posteriormente, no mês de janeiro, com os casos sinalizados com PC.

As sessões foram semanais com uma duração entre 30 a 45 minutos, dependendo das capacidades de cada criança. De modo a definir o tempo de sessão foi dada especial atenção ao comportamento, atitude ou resposta que cada criança manifestava ao longo da mesma. Com as crianças diagnosticadas com PEA as sessões foram individuais, enquanto com as crianças com PC as sessões foram de grupo, no entanto, aproximadamente a meio da intervenção, devido aos comportamentos desadequados na sessão destas crianças, foram separadas e começaram a ter acompanhamento individual.

As primeiras sessões foram essencialmente para a criança conhecer o espaço e a estagiária, procurando estabelecer-se alguma relação com a mesma para posteriormente focar-se mais nos objetivos de musicoterapia, pois sem qualquer relação terapêutica, dificilmente os objetivos seriam trabalhados e concretizados. Para estabelecer esta relação terapêutica, a estagiária optou por ter uma atitude empática, disponível para o que surgisse na sessão, respeitando o espaço da criança, sem fazer alterações nem influenciar a mesma.

Progressivamente a estagiária passou para uma atitude facilitadora e começou a sugerir ideias ou pequenas alterações. Tendo em conta que as crianças com PEA têm uma partitura musical na sua estereotipia, a estagiária poderia transformar as estereotipias em algo com significado musical de modo a abrir um canal de comunicação com a criança.

As primeiras sessões foram de âmbito mais livres, mas posteriormente seguiu-se uma estrutura que consistia em três momentos, um momento inicial em que se cantava a música do bom dia ou boa tarde, um momento intermédio em que se realizava a improvisação e promovia-se a interação, e um momento final em que se cantava a música do arrumar e do adeus, para que a criança percebesse que, quando surgia essa canção era sinónimo de arrumar a sala (se possível com a criança) e de sair da sala de musicoterapia para voltar para a UEE.

Materiais utilizados

Na intervenção musicoterapêutica foram utilizados os seguintes instrumentos uma guitarra, um tambor, um xilofone, um par de maracas, duas pandeiretas, um par de clavas, guizos, um triângulo, um chocalho e um conjunto de sinos melódicos (Apêndice B). Na sala continham uma mesa, três cadeiras, um colchão, uma carpete e três almofadas. Por fim, foi também utilizada uma câmara de modo a filmar todas sessões.

Avaliação final

A avaliação final ocorreu no mês de junho e julho conforme o fim da intervenção para cada caso. Novamente os encarregados de educação, a professora e a estagiária preencheram o formulário de avaliação; e a estagiária preencheu a grelha de observação.

Participação nas rotinas da unidade

No decorrer do estágio foi possível participar em algumas atividades do dia-a-dia como acompanhar e supervisionar o lanche e o recreio da manhã, e presenciar os dois primeiros momentos da manhã na UEE que eram o brincar e a reunião.

De manhã, logo que as crianças chegavam à UEE iam ao seu horário, que se encontra afixado num quadro na parede, e tiravam o primeiro cartão com o símbolo do brincar. Na área do brincar existem alguns brinquedos com os quais cada criança podia brincar. Esta é uma área que promove a escolha de brincadeiras e o desenvolvimento de atividades com os pares. Após alguns minutos nesta área, cada criança voltava a ir ao seu horário. Se a criança tivesse alguma aula com a turma dirigia-se para a mesma acompanhada por uma técnica de educação especial da UEE, caso não tivesse, dirigia-se para a área da reunião. Esta é uma área que permite a exploração de objetos, imagens, sons e gestos, bem como o desenvolvimento de competências a nível das noções espaço-temporais, autonomia, compreensão de ordens e competências comunicativas. Normalmente iniciava-se com uma música do bom dia e dos dias da semana, seguindo-se a marcação da data.

No decorrer da reunião a professora ia fazendo questões às crianças de modo a promover a sua motivação. Na maioria das vezes o André e o João respondiam corretamente, sendo os dois casos mais participativos na reunião.

Outros momentos foram também assistidos, embora não diariamente. A área do trabalho de grupo, onde as crianças faziam atividades em conjunto, sendo este um espaço para a promoção da interação social, estimulação da partilha e do trabalho com os pares. A área do trabalhar onde cada criança trabalhava individual e autonomamente, sendo uma área que permite a redução de estímulos distrativos e a focalização da atenção nos aspetos importantes

da tarefa. Por fim, a área do computador onde por vezes as crianças viam vídeo de desenhos animados normalmente antes do almoço.

Houve também uma participação em momentos de dança na UEE aquando épocas festivas, por exemplo no carnaval e nos santos populares. Momentos em que todos participavam e interagiam entre si.

Técnicas e métodos da musicoterapia

As sessões de musicoterapia tiveram como base a improvisação com as crianças com PEA. Com as restantes crianças a intervenção foi mais diretiva e estruturada, com atividades pré-estabelecidas mas permitindo também momentos de improvisação e de liberdade de expressão pela música ou movimento.

Nas crianças com PEA foram tidos como base para a intervenção os princípios únicos e essenciais e os princípios essenciais (mas não únicos) da improvisação musicoterapêutica explicados anteriormente (Geretsegger et al., 2015). Estes princípios abrangem técnicas em comum com as referidas por Bruscia e Wigram, nomeadamente as técnicas empáticas em que o terapeuta se encontra com a criança no seu nível e tenta alcançar sincronia com o mesmo através do *espelhar, imitar e corresponder*. As técnicas como *securizar, suportar e conter* de modo a criar uma música estável e contentora para a criança. E ainda a técnica *dialogar* na qual o terapeuta e a criança comunicam através da sua forma de tocar, podendo ser continuamente, com alternância de vez (Wigram, 2005), preenchendo espaços do paciente ou oposto, ou deixando espaços para o paciente preencher (Bruscia, 1987).

Outras estratégias podem também ser utilizadas para criar fluxos de interação como fornecer uma base rítmica para o comportamento musical da criança, moldar a música tocada

ou estruturar. Poderá também ser construído um repertório conjunto de temas de interação da estagiária e criança.

A atitude a ter nas sessões deverá ser de interesse, respeito e confiança, criando uma atmosfera de apoio com a intenção de ajudar a criança a se sentir bem-vinda e valorizada. A estagiária deverá prestar atenção para adaptar as suas ações comunicativas ao nível atual da competência de interação da criança, incorporar os interesses desta e conhecer as suas preferências e iniciativas. Assim, deverá seguir o seu foco da atenção, comportamentos e interesses e incorporar esses interesses e motivações em sequências de interação significativas. A estagiária deverá ir de encontro à expressão musical e emocional manifestada pela criança, de modo a facilitar a motivação intrínseca desta para se envolver na interação social (Geretsegger et al., 2015).

Instrumentos de avaliação

Para avaliação dos casos foram utilizados alguns instrumentos de modo a aferir possíveis evoluções nas áreas do desenvolvimento das crianças entre o início e o final da intervenção musicoterapêutica. Nos casos diagnosticados com PEA foram utilizados um formulário e uma grelha de observação. Nos casos sinalizados com PC foram utilizados um questionário para pais e professores e uma grelha de observação. Em comum a todos os casos foi ainda utilizado um questionário breve.

Autism Treatment Evaluation Checklist (ATEC). Nas crianças com PEA foi utilizado o Formulário para Avaliação de Tratamentos do Autismo (*Autism Treatment Evaluation Checklist – ATEC*) elaborado por Bernard Rimland e Stephen Edelson no Instituto de Pesquisa de Autismo dos Estados Unidos da América de modo a colmatar a necessidade de um

instrumento que avaliasse as mudanças das crianças com PEA ao longo de algum tratamento (Anexo B). Este formulário pode ser preenchido por pais, professores ou cuidadores e é constituído por quatro subescalas, nomeadamente: I. Fala/linguagem/comunicação (14 itens), II. Socialização (20 itens), III. Perceção sensorial/cognitiva (18 itens), e IV. Saúde/aspetos físicos/comportamento (25 itens) (Edelson, 2016).

O ATEC foi desenvolvido em 1999 para ajudar os pesquisadores a avaliar a eficácia de vários tratamentos para crianças e adultos com PEA e para ajudar os pais a determinar se os seus filhos beneficiam de um tratamento específico e como estes progridem ao longo do tempo, mesmo sem a introdução de um novo tratamento.

A pontuação do ATEC é obtida através do seu preenchimento *online*, sendo fornecida uma pontuação para cada subescala e uma pontuação total que pode variar de 0 a 180, sendo que uma pontuação menor equivale a menos problemas nas áreas de desenvolvimento. Deste modo, se a pontuação diminuir ao longo do tempo significa que houve melhorias.

Os autores testaram a confiabilidade do ATEC através dos 1358 formulários preenchidos inicialmente, nos quais avaliaram a consistência interna e obtiveram resultados de grande confiabilidade.

O objetivo do ATEC é medir a mudança num indivíduo que passou por um processo terapêutico, isto é, a diferença entre as pontuações iniciais e as pontuações posteriores. As pontuações de cada subescala e a pontuação total podem ser traduzidas para determinar o percentil de severidade do indivíduo em comparação com as distribuições das pontuações fornecidas pelo *Autism Research Institute*. De modo a ter dados normativos que permitam a comparação de um indivíduo com outros, os autores apresentam uma tabela com as distribuições de pontuação, sendo que quanto mais baixas as pontuações, melhor, como apresentado na tabela 2.

No desenvolvimento deste estágio, o ATEC foi preenchido pelo encarregado de educação de cada criança, pela professora especializada da UEE e pela estagiária de musicoterapia. De modo a facilitar a compreensão dos resultados em tabela recorreu-se a um sistema de cores em que o verde corresponde a um percentil ligeiro, o amarelo a um percentil moderado e o laranja corresponde a um percentil severo. Deste modo torna-se mais fácil compreender o nível de severidade de cada subescala e da amplitude total de cada caso.

Tabela 2

Distribuição das pontuações do ATEC

Percentil	Subescala I Fala/ linguagem/ comunicação	Subescala II Socialização	Subescala III Percepção sensorial/ cognitiva	Subescala IV Saúde/ aspetos físicos/ comportamento	Amplitude total
Ligeiro	Amplitude 0 – 28	Amplitude 0 – 40	Amplitude 0 – 36	Amplitude 0 – 75	0 – 180
0-9	0-2	0-4	0-5	0-8	0-30
10-19	3-5	5-7	6-8	9-12	31-41
20-29	6-7	8-10	9-11	13-15	42-50
30-39	8-10	11	12-13	16-18	51-57
40-49	11-12	12-13	14-15	19-21	58-64
50-59	13-15	14-15	16-17	22-24	65-71
60-69	16-19	16-18	18-19	25-28	72-79
70-79	20-21	19-21	20-21	29-32	80-89
80-89	22-24	22-25	22-25	33-39	90-103
90-99	25-28	26-40	26-36	40-75	104-179
Severo					

Grelha de observação. A grelha de elaboração foi elaborada pela estagiária, tendo como base alguns itens da escala *Individualized Music Therapy Assessment Profile* (IMTAP) (Baxter et al., 2007) e criando novos itens que foram considerados relevantes tendo em conta as áreas deficitárias características das crianças com PEA (Apêndice C). A grelha foi preenchida pela estagiária de musicoterapia em três momentos, um inicial (dezembro), um intermédio (março) e um final (junho/julho), através da observação das crianças nas sessões e pelas gravações das mesmas. A grelha é constituída por sete domínios, nomeadamente social, comunicação recetiva e expressiva, sensorial, motricidade, cognitivo, musicalidade e outros comportamentos.

Com as crianças com PC foi também elaborada uma grelha de observação com mais enfoque nos aspetos relacionados com o comportamento, atenção, participação e musicalidade das crianças. Esta grelha foi preenchida em dois momentos de avaliação, no início e no final intervenção e no final.

Questionário de Capacidades e de Dificuldades. Com as crianças com PC foi utilizado o Questionário de Capacidades e de Dificuldades, a versão para pais e para professores (*Strengths and Difficulties Questionnaire – SDQ*, Goodman, 1998; Versão portuguesa de Fleitlich, Loureiro, Fonseca, & Gaspar, 2014). O SDQ contém cinco escalas, das quais quatro representam comportamentos problemáticos onde se incluem os sintomas emocionais, problemas de conduta, hiperatividade e problemas de relacionamento com os outros; e uma escala que avalia o comportamento pró-social (Anexo C). Este questionário foi preenchido pelo encarregado de educação dos casos com AGD e PC e pela professora de cada um.

Questionário sobre música. Todos os encarregados de educação de todos os casos acompanhados preencheram um pequeno questionário de modo a fazer um levantamento

sonoro-musical de cada um (Apêndice D). O intuito foi de obter informação sobre o interesse de cada criança à música, de modo a perceber como reage à música, que género musical parece gostar mais e se tem alguma música ou artista preferido.

Agenda semanal

O horário das sessões foi estabelecido tendo em conta o horário académico de cada caso, de modo a que não coincidisse com aulas que frequentavam ou com outras terapias. De seguida apresenta-se a tabela com o horário de todos os momentos do estágio.

Tabela 3

Agenda semanal

Horário	2ª Feira	4ª Feira
8h30 – 9h00	UEE	UEE
9h00 – 9h30	UEE	André
9h30 – 10h15	João	Tiago
10h30 – 11h00	Intervalo	Intervalo
11h00 – 11h45	Rui	Carlos
11h45 – 13h00	UEE	UEE
13h00 – 14h00		Almoço
14h00 – 14h45		Diogo
15h00 – 15h30		Dinarte
15h30 – 16h00		Filipe

Outras atividades

No decorrer do estágio foram realizados, pela estagiária, dois momentos de música em grupo na UEE. Nesta experiência musical de grupo, todas as crianças da UEE participaram com a ajuda da docente e das auxiliares de ação educativa. O desafio deste momento prendeu-

se com o saber esperar pela sua vez de tocar na guitarra com a ajuda da estagiária. Todas as crianças demonstraram um comportamento adequado e motivação para tocar com a estagiária.

Fora do contexto da UEE e do contexto escolar, a estagiária acompanhou as crianças em alguns momentos, nomeadamente uma ida ao cabeleiro, ao parque e à papelaria. Estas foram atividades que permitiram observar o comportamento das crianças noutros contextos.

Na saída ao cabeleireiro foram o João, o André e o Tiago. Esta seria uma nova experiência pois seria a primeira vez que o João ia cortar o cabelo com máquina. Na vez anterior que tinha ido cortar o cabelo tinha chorado. A professora explicou o que ele ia fazer e, no cabeleireiro, a cabeleireira explicou também o que ia fazer. O João reagiu muito bem mantendo-se sentado, sem verbalizar mas com alguma tensão corporal. O Tiago e o André conseguiram ficar sentados à espera do João com um comportamento adequado. As três crianças que foram apresentaram alguma autonomia em andar na rua, algo que é treinado pelas professoras e assistentes da sala TEACH. Todos eles sabem que devem andar no canto da estrada e em fila. O João anda dirigindo sempre o seu olhar para baixo, ao contrário do Tiago e André vão olhando à sua volta.

A ida à papelaria permitiu observar a capacidade de as crianças fazerem um pedido e o seu respetivo pagamento. Neste caso, foi o André que verbalizou o que queria e pagou com ajuda da professora. Todos manifestaram conhecer o percurso desde a escola até à papelaria, tendo sido o João responsável por indicá-lo aos colegas.

No passeio ao parque percebeu-se que o Carlos necessita da mão do adulto para andar na rua, caso contrário começa a correr o afasta-se do grupo. No parque manifestou muitas estereotípias motoras nos momentos de brincadeira. De modo geral todos exploraram pelo menos uma das possíveis brincadeiras existentes.

Foi possível participar numa atividade de expressão plástica conjunta com a turma de 4º ano à qual pertencem o João, André e Tiago. Esta atividade envolvia fazer um desenho em papel cenário no chão e pintá-lo com pinceis e esponjas. Tanto o João, como o André ou o Tiago não demonstraram iniciativa para participar na atividade. Foi interessante observar como os colegas motivam os colegas da UEE a participarem na atividade, chamando-os ou mesmo segurando nas suas mãos para contribuírem para o desenho.

Foi também possível participar num ensaio de yoga para a festa da escola. Neste participaram o André, João e Diogo. Durante o ensaio o João manifestou-se ansioso tendo saído da sala a chorar, aparentemente pela dificuldade e desconforto em realizar determinados movimentos. Verificou-se que o André não consegue fazer toda a sequência de movimentos mas mantém-se no seu lugar. Por sua vez o Diogo desorienta-se na sua vez de realizar os movimentos mas consegue imitá-los muito bem olhando para a professora.

Estas atividades foram fundamentais para observar o comportamento das crianças em diferentes contextos, a sua autonomia e a relação com os colegas das turmas. Tanto na atividade de expressão plástica como do yoga verificou-se a cumplicidade e interajuda que existe entre os colegas para com aos alunos da UEE. Devido a essa interajuda, a participação destes alunos é melhor e maior nas atividades em contexto escolar.

Conclusões

Com o estágio realizado na EB1/PE da Ladeira com crianças diagnosticadas com PEA, AGD e PC, verificou-se que os objetivos gerais traçados inicialmente foram alcançados. A introdução da intervenção musicoterapêutica em contexto escolar foi bem aceite por todas as pessoas envolvidas neste processo, tendo-se verificado como uma mais-valia para as crianças e para a sensibilização da comunidade escolar e famílias das crianças envolvidas para a importância da intervenção musicoterapêutica.

Apesar de Accordino, Comer & Heller (2007) afirmarem que as escolas que acompanham crianças com PEA possuem cada vez mais sessões de musicoterapia para esta população, esta ainda não é uma realidade na maioria das escolas. Atualmente as crianças com NEE usufruem de um acompanhamento terapêutico em diversas áreas de intervenção, contudo a musicoterapia ainda está a ganhar terreno nesse âmbito.

Os restantes objetivos, mais direcionados para as crianças, foram igualmente alcançados. Ou seja, conseguiu-se proporcionar às crianças com PEA e PC um ambiente seguro e lúdico de modo a encorajá-las para o envolvimento e interação sonoro-musical; despertar mudanças no desenvolvimento das crianças, nomeadamente a nível da autoexpressão de sentimentos através do corpo, da voz ou do instrumento, e do relacionamento e interação com os outros; verificar os efeitos da improvisação musicoterapêutica na intervenção com crianças diagnosticadas com PEA em contexto escolar.

No final do estágio, foi possível confirmar os efeitos da improvisação principalmente nas crianças com PEA. Os efeitos diversificaram-se entre os diferentes casos devido às suas características específicas e ao grau de severidade do diagnóstico. Apesar desses efeitos diversificados, encontrou-se um denominador comum a todos que foi a interação social e a

atenção na sessão. De fato, diversos estudos abordam o efeito positivo desta intervenção na relação e na atenção (Geretsegger *et al.*, 2014; James *et. al.*, 2015; Kim, Wigram & Gold, 2008).

De modo geral, todos os casos, a partir da construção da relação terapêutica, vista como algo primordial a todo o processo de avaliação, tratamento e reavaliação (McFerran, 2009), demonstraram melhorias nas competências sociais como direcionar o olhar para o outro, aceitar a interação da estagiária, desenvolver a reciprocidade na relação e até mesmo a iniciativa para interagir. Sabendo que as dificuldades na relação estão na base da PEA, foi de grande importância confirmar estes resultados positivos corroborados por vários estudos realizados anteriormente (Geretsegger *et. al.*, 2014; Kim, 2006; Thompson, 2012).

Os resultados obtidos nas diversas áreas do desenvolvimento vão de encontro a alguns aspetos considerados como pertinentes na intervenção musicoterapêutica nesta população apontadas por Franco (2002) nomeadamente, o contacto ocular, o desaparecimento parcial de rituais estereotipados, o aumento do significado emocional no relacionamento e o desenvolvimento da socialização. Por sua vez, estes vão de encontro às áreas cruciais intervencionadas nesta população, nomeadamente o desenvolvimento social, emocional, comunicacional, comportamental e motor (Reschke-Hernández, 2011).

A partir do momento em que as crianças permitiram se conectar com a estagiária e se estabeleceu uma relação terapêutica, todas as restantes áreas deficitárias foram também intervencionadas, no entanto, importa referir que nem todos os casos evoluíram e alcançaram todos os seus objetivos específicos. Considera-se que, para tal, o período de intervenção teria de ser mais longo, pois sete meses de intervenção, com algumas interrupções letivas ou outros eventos que surgiram no horário das sessões, não foram suficientes para alcançar com sucesso todos os objetivos específicos de alguns casos e, portanto, insuficiente para surtir resultados

positivos em mais do que uma área do desenvolvimento. De fato, a intervenção musicoterapêutica na PEA deve ocorrer a longo prazo (Geretsegger, et al., 2014).

Considerou-se que os princípios únicos e os princípios essenciais na improvisação musicoterapêutica desenvolvidos com vista a desenvolver as competências da comunicação e da interação social por Geretsegger et al. (2015), juntamente com as técnicas de improvisação em musicoterapia abordadas por alguns autores (Bruscia, 1987; Wigram, 2005; Wigram, Pedersen & Bonde, 2002) foram utilizados com sucesso ao longo da intervenção.

O ideal seria transferir os resultados positivos obtidos para outros contextos, ou seja para fora da sala de musicoterapia. No entanto, e mais uma vez, considera-se que seria necessário um período de intervenção mais alargado. Assim, seria de grande importância que as crianças continuassem a usufruir deste acompanhamento terapêutico de modo a manter os objetivos alcançados e no sentido de alcançar mais e novos objetivos.

Os resultados inconsistentes do formulário preenchido pelos encarregados de educação, professora e estagiária levantaram questões sobre o comportamento das crianças em cada contexto. Questiona-se se serão assim tão distintos por exemplo entre o contexto casa e escola como o verificado em alguns casos. Deste modo, pensou-se que seria interessante realizar um estudo sobre a perceção que os pais têm das dificuldades dos filhos e a forma como estes aceitam o diagnóstico dos mesmos, para compreender melhor esta diferença. Também a utilização de outros instrumentos de avaliação poderiam auxiliar neste entendimento.

Nas crianças com PC não foi possível tirar conclusões acerca da intervenção, devido ao número inferior de sessões que se realizaram e à instabilidade de assiduidade das crianças. A intervenção terapêutica deverá ser contínua de modo a que haja um fio condutor entre cada sessão que ajudará as crianças e alcançarem sucessos.

O fato do estágio ter-se realizado em contexto escolar foi positivo e facilitador no início da intervenção pois o contacto com as professoras dos alunos e técnicas de educação especializadas da UEE, que passam o dia com as crianças e conhecem bem os seus comportamentos, permitiu conhecer as características gerais de cada caso.

Em suma, o estágio foi uma mais-valia principalmente para todas as crianças que usufruíram da intervenção e conseguiram obter evoluções positivas no seu desenvolvimento e para dar a conhecer o trabalho realizado nesta área cada vez mais abordada e que está em fase de crescimento e reconhecimento profissional que é a musicoterapia.

Reflexão final

O presente estágio começou da melhor forma possível, um círculo de energia positiva, otimismo, motivação e confiança para o que se iria iniciar na EB1/PE da Ladeira, no Funchal. A escola recebeu-me de braços abertos, os representantes dos diversos serviços da direção regional da educação igualmente e com grandes expectativas em relação a este novo projeto que seria a intervenção musicoterapêutica em crianças com PEA e PC em contexto escolar. A partir desse momento fui juntando as peças necessárias para iniciar a minha intervenção e construir o meu puzzle da musicoterapia. As duas primeiras peças essenciais foram um espaço e o material.

Inicialmente houve dificuldade em conseguirmos um espaço adequado disponível. Com falta de hipóteses acabei por aceitar a “casa das máquinas”, uma sala inacabada, com pouca luz natural, com máquinas fixas inutilizáveis e diversos tubos onde passava água. O primeiro desafio foi o de transformar este espaço frio e cinzento num espaço mais acolhedor, alegre e motivador para as crianças. Um colchão, umas almofadas coloridas, um grande tapete, uma mesa com cadeiras e finalmente os instrumentos musicais. A sala não ficou em tão boas condições como teria imaginado mas foi o possível no momento e, após momentos de insegurança iniciais por parte das crianças por ser um espaço desconhecido, passou-se para momentos prazerosos e de diversão naquele que era o espaço de “estar com a Sara” e que começou a despoletar vontade nas crianças em lá ir.

Aos poucos o puzzle foi-se montando. Com tudo preparado, já com conhecimento das oito peças fundamentais e após observação das mesmas em diversos contextos deu-se o encaixe da grande peça: a intervenção direta e individual de musicoterapia com as crianças. Ao longo do tempo algumas peças do puzzle foram sendo substituídas. A insegurança, receio,

dúvidas iniciais deram lugar à confiança, certeza e afirmação do que era feito dentro daquelas quatro paredes. A rigidez inicial na expressão musical deu lugar à confiança e experiência que me fizeram evoluir no sentido musical.

Ao longo do percurso novas peças foram aparecendo, novas aprendizagens e experiências, crescimento pessoal e profissional. Cada caso com as suas especificidades fez-me desenvolver a capacidade de adaptação e a flexibilidade de sessão para sessão. Ao início foi desafiante e estimulante, com o decorrer da intervenção, tornou-se espontâneo. Já Wigram (2005) dizia que o terapeuta deve ter uma resposta flexível e adaptativa à forma como o paciente começa a fazer música. A melhor forma de desenvolver essa resposta foi passar pelas mais diversificadas situações que ocorreram na sala de musicoterapia. Também a capacidade de tolerância, referida por (Franco, 2002), foi-se desenvolvendo perante situações que ocorreram ao longo deste percurso. Para lidar com momentos como repetições exaustivas, silêncios ou ausências iniciais foi fundamental saber tolerar alguns comportamentos das crianças.

Para além do contexto terapêutico, a estagiária pôde acompanhar as crianças da UEE noutros contextos, o que foi enriquecedor. Alguns dos contextos observados e acompanhados foram a UEE, o refeitório, apresentações sobre diversos temas (baleias, lançamento de livros), o recreio, o andar na rua a pé para ir comprar material escolar ou ir ao cabeleireiro, o passeio no parque, o ensaio para a festa da escola da coreografia do Yoga e o presenciar uma aula de Yoga dos casos da UEE juntamente com uma turma. Foi interessante observar como toda a comunidade escolar, desde docentes, técnicos e principalmente alunos têm sensibilidade para estes casos que, por vezes, comportam-se de forma própria devido à sua patologia. De modo geral, os alunos da escola, principalmente os da turma de referência de cada caso, preocupam-se em ajudar e procuram interagir com os alunos da UEE.

Em suma, ao longo destes nove meses de estágio fui construindo o meu puzzle da musicoterapia, foi um caminho contínuo de aprendizagem e de novas experiências, dúvidas e crescimento pessoal e profissional. Foi um puzzle que fui montando peça a peça, com a colaboração de todas as pessoas envolvidas desde os profissionais às crianças e sempre respeitando o ritmo de cada uma delas. Chegando ao final desta viagem vejo o meu puzzle montado mas com espaço para muito mais peças que possam surgir no futuro.

Em 2014, no âmbito de outro relatório de estágio também nas PEA's, dizia “continuarei a percorrer este caminho à descoberta do que é ainda desconhecido e à procura de novos ganhos a nível pessoal e profissional e novas formas de poder trabalhar e estimular esta população que tanto precisa de apoio para seguir em frente”. Hoje, posso afirmar que alcancei novos ganhos a nível pessoal e profissional e, essencialmente, que descobri uma nova forma de trabalhar e estimular as crianças diagnosticadas com PEA: a musicoterapia. Continuarei este caminho de descoberta e de mãos abertas a novas peças que poderão ir completando o meu puzzle da musicoterapia.

Referências

- Accordino, R., Comer, R., & Heller, W. (2007). Searching for music's potential: a critical examination of research on music therapy with individuals with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 1 (1), 101-115. doi:10.1016/j.rasd.2006.08.002
- Alvarenga, P., & Piccinini, C. (2007). O impacto do temperamento infantil, da responsividade e das práticas educativas maternas nos problemas de externalização e competência social da criança. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20 (2), 314-323
- Alvin, J. (1991). *Music therapy for the autistic child*. Oxford: Oxford University Press
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. United States of America: American Psychiatric Publishing
- Bruscia, K. (1987). *Improvisational models of music therapy*. Springfield: Charles C. Thomas Publishers
- Bruscia, K. (1988). A survey of treatment procedures in improvisational music therapy. *psychology of music*, 16(1), 10-24. doi: 10.1177/0305735688161002
- Bruscia, K. (1998). *Defining music therapy*. Gilsum: Barcelona Publishers.
- Bunt, L., & Hoskyns, S. (2009). *The handbook of music therapy*. London: Routledge.
- Carrer, L. (2015). Music and sound elements in time estimation and production of children with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Frontiers in Psychiatry*, 6 (127). doi:10.3389/fpsy.2015.00127
- Chew, C. (2010). Using EEG recordings to examine the relationships between sustained attention and types of background music in individuals with ADHD. *Proceedings of Measuring Behavior*. Retirado de: <http://measuringbehavior.org/>

- Chong, H., & Kim, S. (2010). Education-oriented music therapy as an after-school program for students with emotional and behavioral problems. *The Arts in Psychotherapy*, 37, 190-196. doi:10.1016/j.aip.2010.03.004.
- Corona, F., Perrotta, F., Flammia, A., & Cozzarelli, C. (2012). Music therapy a special mediator for the school integration. *Journal of Education*, 2(1), 36-40.
- Dimitriadis, T., & Smeijsters, H. (2011). Autistic spectrum disorder and music therapy: theory underpinning practice. *Nordic Journal of Music Therapy*, 20 (2), 108-122. doi: 10.1080/08098131.2010.487647.
- Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular & Direcção de Serviços da Educação Especial e do Apoio Sócio-Educativo (2008). *Unidades de ensino estruturado para alunos com perturbações do espectro do autismo - Normas orientadoras*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Donnellan, A., Hill, D., & Leary, M. (2013). Rethinking autism: implications of sensory and movement differences for understanding and support. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 6(124). doi: 10.3389/fnint.2012.00124.
- EB1/PE Ladeira (2015). Projeto educativo 2015-2019 “Regras para a cidadania: uma construção a caminho do futuro”.
- Edelson, S. (2016). *Autism Treatment Evaluation Checklist (ATEC)*. Autism Research Institute. Retirado de: https://www.autism.com/ind_atec
- Eschen, J. (2002). Analytical Music Therapy – Introduction. Em J. Eschen (Ed), *Analytical Music Therapy*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Faras, H., Atequi, N., & Tidmarsh, L. (2010). Autism spectrum disorders. *Annals of Saudi Medicine*, 30(4), 295-300. doi: 10.4103/0256-4947.65261

- Federação Mundial de Musicoterapia (2011). What is music therapy? Retirado de: http://www.wfmt.info/WFMT/Info_Cards_files/ENGLISH%20-%20NEW%20What%20is%20music%20therapy.pdf
- Field, T., Hernandez-Reif, M., Diego, M., Corbin, J., Stutzman, M., Orozco, A., Grace, A., Kang, M., Neophytou, L., Russo, K., Allender, S., Dominguez, G., & McGoldrick, K. (2014). Imitation can reduce repetitive behaviors and increase play behaviors in children with autism spectrum disorder. *Psychology*, 5(12), 1463-1467. doi: 10.4236/psych.2014.512157
- Fleitlich, B., Loureiro, M., Fonseca, A., & Gaspar, F. (2014). *Questionário do SDQ, versão traduzida e adaptada para a população portuguesa*. Retirado de: [http://www.sdqinfo.com/py/sdqinfo/b3.py?language=Portugueseqz\(Portugal\)](http://www.sdqinfo.com/py/sdqinfo/b3.py?language=Portugueseqz(Portugal))
- Fragkouli, A. (2013). Music therapy in special education: assessment of the quality of relationship. *Approaches: Music Therapy & Special Education, Special Issue* 5(2), 152-165.
- Franco, G. (2002). Music and Autism Vocal Improvisation as Containment of Stereotypies. Em T. Wigram & J. Backer (Eds), *Clinical Applications of Music Therapy in Developmental Disability, Pediatrics and Neurology*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Gattino, G., Riesgo, R., Longo, D., Leite, J., & Faccini, L. (2011). Effects of relational music therapy on communication of children with autism: a randomized controlled study. *Nordic Journal of Music Therapy*, 20(2), 142–154. doi: 10.1080/08098131.2011.566933

- Geretsegger, M., Elefant, C., Mossler, K., & Gold, C. (2014). Music therapy for people with autism spectrum disorder (Review). *Cochrane Database Systematic Reviews*, 17(6). doi: 10.1002/14651858.CD004381.pub3.
- Geretsegger, M., Holck, U., Carpenle, J., Elefant, C., Kim, J., & Gold, C. (2015). Common characteristics of improvisational approaches in music therapy for children with autism spectrum disorder: developing treatment guidelines. *Journal of Music Therapy*, 52(2), 258-281. doi: 10.1093/jmt/thv005
- Gold, C. (2011). Editorial Special section: music therapy for people with autistic spectrum disorder. *Nordic Journal of Music Therapy*. 20(2), 105-107. doi: 10.1080/08098131.2011.569164
- Heaton, P. (2003). Pitch memory, labelling and disembedding in autism. *Journal of Child Psychology Psychiatry*, 44(4), 543–551. doi: 10.1111/1469-7610.00143
- Jackson, A. (2003). A survey of music therapy methods and their role in the treatment of early elementary school children with ADHD. *Journal of Music Therapy*, 40(4), 302-318.
- James, R., Sigafos, J., Green, V., Lancioni, G., O'Reilly, M., Lang, R., Davis, T., Carnett, A., Achmadi, D., Gevarter, C., & Marschik, P. (2015). Music therapy for individuals with autism spectrum disorder: a systematic review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2(1), 39–54. doi: 10.1007/s40489-014-0035-4.
- Kern, P., Rivera, N., Chandler, A., & Humpal, M. (2013). Music therapy services for individuals with autism spectrum disorder: a survey of clinical practices and training needs. *Journal of Music Therapy*, 50(4), 274-303.
- Kim, J. (2006). *The Effects of Improvisational Music Therapy on Joint Attention Behaviors in Children with Autistic Spectrum Disorder*. Tese de doutoramento em filosofia, Aalborg University. Retirado de: http://vbn.aau.dk/files/66948224/jinah_kim.pdf

- Kim, J., Wigram, T., & Gold, C. (2008). The effects of improvisational music therapy on joint attention behaviors in autistic children: a randomized controlled study. *Journal of Autism Developmental Disorders*, 38(9), 1758-1766. doi: 10.1007/s10803-008-0566-6.
- Kim, J., Wigram, T., & Gold, C. (2009). Emotional, motivational and interpersonal responsiveness of children with autism in improvisational music therapy. *Autism*, 13(4), 389-409. doi: 10.1177/1362361309105660.
- Kirby, A., Boyd, B., Williams, K., Faldowski, R., & Baranek, G. (2017). Sensory and repetitive behaviors among children with autism spectrum disorder at home. *Autism*, 21(2), 142-154. doi: 10.1177/1362361316632710
- LaGasse, B. (2014). Effects of a music therapy group intervention on enhancing social skills in children with autism. *Journal of Music Therapy*, 51 (3), 250-275. doi: 10.1093/jmt/thu012.
- LaGasse, B. (2017). Social outcomes in children with autism spectrum disorder: a review of music therapy outcomes. *Patient Related Outcome Measures*, 2017(8), 23-32. doi: <https://doi.org/10.2147/PROM.S106267>.
- LaGasse, A., & Hardy, M. (2013). Considering rhythm for sensorimotor regulation in children with autism spectrum. *Music Therapy Perspective*, 31(1), 67-77.
- Llaneza, D. C., DeLuke, S. V., Batista, M., Crawley, J. N., Christodulu, K. V. & Frye, C. A. (2010). Communication, interventions, and scientific advances in autism: a commentary. *Physiology and Behavior*, 100(3), 268-276. doi: 10.1016/j.physbeh.2010.01.003
- Laplana, M., Royo, J., Aluja, A., López, R., Heine-Sunyer, D., & Fibla, J. (2014). Absence of substantial copy number differences in a pair of monozygotic twins discordant for

- features of autism spectrum disorder. *Case Reports in Genetics*, 2014, doi: 10.1155/2014/516529.
- Lima, C. (2012). *Perturbações do Espectro do Autismo: Manual Prático de Intervenção*. Lisboa: Lidel.
- Maloy, M., & Peterson, R. (2014). Meta-analysis of the effectiveness of music interventions for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychomusicology: Music, Mind, and Brain*, 24(4), 328–339. doi: 10.1037/pmu0000083
- McCormick, C., Hepburn, S., Young, G., & Rogers, S. (2016). Sensory symptoms in children with autism spectrum disorder, other developmental disorders and typical development: A longitudinal study. *Autism*, 20(5), 572–579. doi: 10.1177/1362361315599755.
- McFerran, K. (2009). Quenching a desire for power: the role of music therapy for adolescents with ADHD. *Australasian Journal of Special Education*, 33 (1), 72-83. doi: 10.1375/ajse.33.1.72
- McFerran, K., Thompson, G., & Bolger, L. (2016). The impact of fostering relationships through music within a special school classroom for students with autism spectrum disorder: an action research study. *Educational Action Research*, 24(2), 241-259. doi: 10.1080/09650792.2015.1058171.
- Mulas, F., Ros-Cervera, G., Millá, M., Etchepareborda, M., Abad, L., & Meneses, M. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Revista de Neurología*, 50(3), 77-84.
- Nordoff, P. & Robbins, C. (1977). *Creative music therapy: individualized treatment for the handicapped child*. New York: The John Day Company.

- Ouellet, S., & Poliquin, N. (2012). Music therapy as support in the development of a child with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Canadian Journal of Music Therapy*, 18(1), 79-91.
- Petruta-Maria, C. (2015). The role of art and music therapy techniques in the educational system of children with special problems. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 187, 277-282. doi: 10.1016/j.sbspro.2015.03.052.
- Pellitteri, J. (2012). The consultant's corner: "music therapy in the special education setting". *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 11(3-4), 379-391. doi: 10.1080/10474412.2000.9669421.
- Raglio, A., Traficante, D., & Oasi, O. (2011). Autism and music therapy. Intersubjective approach and music therapy assessment. *Nordic Journal of Music Therapy*. 20(2). 123-141. doi: 10.1080/08098130903377399
- Reschke-Hernández, A. (2011). History of music therapy treatment interventions for children with autism. *Journal of Music Therapy*, 48(2), 169-207.
- Rickson, D. (2006). Instructional and improvisational models of music therapy with adolescents who have attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a comparison of the effects on motor impulsivity. *Journal of Music Therapy*, 43(1), 39-62. doi: 10.1093/jmt/43.1.39
- Robbins, C. & Robbins, C. (1991). Self-communications in creative music therapy. Em K. Bruscia (Eds), *Case studies in music therapy*. Gilsum: Barcelona Publishers.
- Robledo, J., Donnellan, A., & Strandt-Conroy, K. (2012). An exploration of sensory and movement differences from the perspective of individuals with autism. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 6 (107). doi: 10.3389/fnint.2012.00107

- Sausser, S., & Waller, R. (2006). A model for music therapy with students with emotional and behavioral disorders. *The Arts in Psychotherapy*, 33(1), 1-10. doi:10.1016/j.aip.2005.05.003
- Schaefer, G., & Mendelsohn, N. (2013). Clinical genetics evaluation in identifying the etiology of autism spectrum disorders: 2013 guideline revisions. *Genetics in Medicine*, 15(5), 399–407. doi:10.1038/gim.2013.32.
- Secretaria Regional de Educação (s.d.). Centros de Recursos Educativos Especializado. Retirado de: http://www02.madeira-edu.pt/dre/educacao_especial/apoio_psicopedagogico/Centros_Apoio_Psicopedagogico.aspx
- Shi, Z., Lin, G., & Xie, Q. (2016). Effects of music therapy on mood, language, behavior, and social skills in children with autism: a meta-analysis. *Chinese Nursing Research*, 3(3), 137-141. doi: 10.1016/j.cnre.2016.06.018
- Silver, W., & Rapin, I. (2012). Neurobiological basis of autism. *Pediatric Clinics of North America*, 59(1), 45-61. doi: 10.1016/j.pcl.2011.10.010
- Srinivasan, S., & Bhat, A. (2013). A review of “music and movement” therapies for children with autism: embodied interventions for multisystem development. *Frontiers in integrative neuroscience*, 7(22). doi: 10.3389/fnint.2013.00022
- Thompson, G. (2012). *Making a Connection: Randomised Controlled Trial of Family Centred Music Therapy for Young Children with Autism Spectrum Disorder*. Tese de doutoramento em filosofia, Melbourne University. Retirado de: https://minerva-access.unimelb.edu.au/bitstream/handle/11343/37719/288638_Grace%20Thompson_PhD%20thesis.pdf?sequence=1

- Thompson, G., McFerran, K. & Gold, C. (2013). Family-centred music therapy to promote social engagement in young children with severe autism spectrum disorder: a randomized controlled study. *Child: care, health and development*, 40(6), 840-852. doi:10.1111/cch.12121.
- Troyb, E., Knoch, K., Herlihy, L., Stevens, M., Chen, C., Barton, M., Treadwell, K., & Fein, D. (2016). Restricted and repetitive behaviors as predictors of outcome in autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(4), 1282–1296. doi: 10.1007/s10803-015-2668-2.
- Twyford, K., & Rickson, D. (2013). In their element! Student responses to the work of a music therapist in music therapy school consultation. *Music Therapy Perspectives*, 31(2), 127-136. doi: 10.1093/mtp/31.2.127.
- Virues-Ortega, J., Julio, F. & Pastor-Barriuso, R. (2013). The TEACCH program for children and adults with autism: a meta-analysis of intervention studies. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 940–953. doi:/10.1016/j.cpr.2013.07.005.
- Wigram, T. (2005). *Improvisation: Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. London: Jessica Kingsley.
- Wigram, T., Pedersen, I., & Bonde, L. (2002). *A Comprehensive Guide to Music Therapy: Theory, Clinical Practice, Research, and Training*. London: Jessica Kingsley.

Apêndices

Lista de apêndices

- Apêndice A** - Apresentação de início de estágio aos encarregados de educação
- Apêndice B** - Sala de musicoterapia
- Apêndice C** - Grelha de observação
- Apêndice D** - Questionário sobre música
- Apêndice E** - Resultados do ATEC das outras intervenções clínicas

Apêndice A

Apresentação de início de estágio aos encarregados de educação

Apêndice B

Sala de musicoterapia

Figura 1 - Sala de musicoterapia. (Ilustração nossa, 2017).



Figura 2 - Instrumentos da sala de musicoterapia. (Ilustração nossa, 2017).



Apêndice C
Grelha de observação

Grelha de observação de sessão de musicoterapia

Nome da criança: _____

Data de nascimento: _____ Data da observação: _____

Grelha de observação preenchida por: _____

Cada item deve ser assinalado usando a seguinte escala de classificação:

N – Nunca, não se aplica.

A – Algumas vezes, aplica-se em certa medida.

M – Muitas vezes, aplica-se certamente.

Domínios de observação				
Social		N	A	M
Aceita a aproximação da terapeuta				
Interage com a terapeuta				
Isola-se em alguns momentos da sessão				
Inicia interação social				
Mantém contacto visual				
Direciona o olhar	Para o instrumento			
	Para um objeto			
	Para a face da terapeuta			
	Para a terapeuta			
	Para alguma parte da sala			
Aceita o contacto físico				
Reage à voz do adulto				
Coopera nas atividades com a terapeuta				
Cumprimenta à chegada e à saída da sala				
Fica motivado quando é elogiado				
<i>Permanece na sala durante toda a sessão</i>				
Comunicação recetiva e expressiva				
Segue instruções verbais simples (uma ação)				
Vocaliza em resposta	À fala da terapeuta			
	Ao canto da terapeuta			
	Ao som dos instrumentos			
	Noutro momento. Qual _____			
Tenta comunicar com a terapeuta				
Conduz ou move a terapeuta como meio de comunicação				
Gesticula (aponta etc)				
Comunica necessidades e desejo				
Comunica ideias e preferências				
Vocaliza num volume apropriado				
Verbaliza de forma inteligível				

Verbaliza num volume apropriado			
Verbaliza para completar frase de uma canção conhecida			
Responde a perguntas			
Participa numa conversação simples			
Jarg�o ou linguagem idiossincrática			
Apresenta ecol�lia diferida			
Apresenta ecol�lia imediata			
Sensorial			
Tolera estímulos visuais			
Tolera estímulos auditivos			
Tolera diversas texturas			
Revela interesse gustativo			
Revela interesse olfativo			
Motricidade			
Exibe uma marcha regular			
Segura um instrumento	Com uma mão		
	Com duas mãos		
Toca algum instrumento	Com um dedo		
	Com uma mão		
	Com as duas mãos, alternando-as		
Cognitivo			
Mant�m a atenção	Na atividade		
	Na terapeuta		
	No instrumento		
	Outro ou na sala?		
Demonstra entendimento de regras simples			
Recorda o nome da terapeuta			
Solicita atividades e canções anteriormente apresentadas			
Canta letras de músicas corretamente			
Musicalidade			
Explora os instrumentos			
Reage ao som dos instrumentos (olha ou movimenta-se)			
Reage � imitação dos seus sons			
Apresenta iniciativa	Em escolher um instrumento		
	Em tocar um instrumento		
	Em cantar/vocalizar		
	Em movimentar-se		
Acompanha a terapeuta	A tocar		
	A cantar		
	A movimentar-se		
Toca instrumentos	Espontaneamente		
	Quando apresentado		
Oscila ou balança em resposta � música			
Move-se ritmicamente em resposta � música			
Canta no tom com a terapeuta			
Canta e toca simultaneamente			
Demonstra consciência de mudanç�as de ritmo			

Demonstra consciência de mudanças de intensidade			
Imita musicalmente (padrão rítmico simples)			
Reproduz um padrão rítmico autonomamente			
Bate palmas			
Apresenta noção de ritmo			
Reciprocidade no diálogo musical			
Demonstra interesse nas atividades			
Expressa-se através dos sons e/ou instrumentos			
Expressa-se corporalmente			
Expressa preferência por um instrumento			
Expressa preferência por uma atividade			
Outros Comportamentos			
Manifesta comportamentos de autoagressão			
Manifesta comportamentos de heteroagressão			
Manifesta comportamentos de birra/disrupção			
Manifesta comportamentos de autoestimulação sexual			
Manifesta gestos estereotipados, movimentos e maneirismos motores.			

Observações ou comentários adicionais:

Caro encarregado de educação,

Venho por este meio solicitar o preenchimento do formulário anexado a este documento para efeitos da avaliação de algumas áreas do desenvolvimento do seu educando no âmbito do estágio do Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa no ano corrente. As informações recolhidas serão mantidas em confidencialidade entre o técnico estagiário e o grupo de supervisão.

Peço também que responda ao pequeno questionário que se encontra de seguida.

O seu educando gosta de ouvir música? Se sim, em que momentos?

Como é que ele reage à música?

Que género musical parece que ele gosta mais?

O seu educando tem alguma música e/ou artista preferido? Se sim, qual/quais?

Alguma vez ele tocou algum instrumento musical? Se sim, qual?

Agradeço desde já a sua colaboração,

O(a) Encarregado(a) de Educação,

Apêndice E

Resultados do ATEC das outras intervenções clínicas

Tabela 10

Avaliação inicial do Rui

Preenchido		Subescala	Subescala	Subescala	Subescala	Amplitude
por:		I	II	III	IV	total
Mãe	Pontuação	17	18	20	35	90
	Percentil	60-69	60-69	70-79	80-89	80-89
Professora	Pontuação	16	16	16	29	77
	Percentil	60-69	60-69	50-59	70-79	60-69
Estagiária	Pontuação	23	27	21	27	98
	Percentil	80-89	90-99	70-79	60-69	80-89

Tabela 11

Avaliação final do Rui

Preenchido		Subescala	Subescala	Subescala	Subescala	Amplitude
por:		I	II	III	IV	total
Mãe	Pontuação	17	18	20	39	94
	Percentil	60-69	60-69	70-79	80-89	80-89
Professora	Pontuação	13	13	15	34	75
	Percentil	50-59	40-49	40-49	80-89	60-69
Estagiária	Pontuação	21	14	15	24	74
	Percentil	70-79	50-59	40-49	50-59	60-69

Tabela 12

Avaliação inicial do André

Preenchido		Subescala	Subescala	Subescala	Subescala	Amplitude
por:		I	II	III	IV	total
Mãe	Pontuação	9	8	17	30	64
	Percentil	30-39	20-29	50-59	70-79	40-49
Professora	Pontuação	9	8	15	34	66
	Percentil	30-39	20-29	40-49	80-89	50-59
Estagiária	Pontuação	10	11	17	13	51
	Percentil	30-39	30-39	50-59	20-29	30-39

Tabela 13

Avaliação final do André

Preenchido		Subescala	Subescala	Subescala	Subescala	Amplitude
por:		I	II	III	IV	total
Mãe	Pontuação	8	11	16	24	59
	Percentil	30-39	30-39	50-59	50-59	40-49
Professora	Pontuação	7	3	10	24	44
	Percentil	20-29	0-9	20-29	50-59	20-29
Estagiária	Pontuação	9	10	14	16	49
	Percentil	30-39	20-29	40-49	30-39	20-29

Tabela 14

Avaliação inicial do Tiago

Preenchido		Subescala	Subescala	Subescala	Subescala	Amplitude
por:		I	II	III	IV	total
Mãe	Pontuação	18	4	8	1	31
	Percentil	60-69	0-9	10-19	0-9	10-19
Professora	Pontuação	22	17	19	7	65
	Percentil	80-89	60-69	60-69	0-9	50-59
Estagiária	Pontuação	26	27	24	16	93
	Percentil	90-99	90-99	80-89	30-39	80-89

Tabela 15

Avaliação final do Tiago

Preenchido		Subescala	Subescala	Subescala	Subescala	Amplitude
por:		I	II	III	IV	total
Mãe	Pontuação	--	--	--	--	--
	Percentil	--	--	--	--	--
Professora	Pontuação	21	15	19	8	63
	Percentil	70-79	50-59	60-69	0-9	40-49
Estagiária	Pontuação	24	18	20	12	74
	Percentil	80-89	60-69	70-79	10-19	60-69

Tabela 16

Avaliação inicial do Diogo

Preenchido por:		Subescala I	Subescala II	Subescala III	Subescala IV	Amplitude total
Mãe	Pontuação	9	17	19	47	92
	Percentil	30-39	60-69	60-69	90-99	80-89
Professora	Pontuação	2	7	14	6	29
	Percentil	0-9	10-19	40-49	0-9	0-9
Estagiária	Pontuação	7	12	17	28	64
	Percentil	20-29	40-49	50-59	60-69	40-49

Tabela 17

Avaliação final do Diogo

Preenchido por:		Subescala I	Subescala II	Subescala III	Subescala IV	Amplitude total
Mãe	Pontuação	7	15	16	41	79
	Percentil	20-29	50-59	50-59	90-99	60-69
Professora	Pontuação	1	6	8	15	30
	Percentil	0-9	10-19	10-19	20-29	0-9
Estagiária	Pontuação	5	10	12	22	49
	Percentil	10-19	20-29	30-39	50-59	20-29

Lista de anexos

- Anexo A** - Declaração para filmar as sessões de musicoterapia
- Anexo B** - Formulário para Avaliação do Tratamento do Autismo - ATEC
- Anexo C** - Questionário de Capacidades e de Dificuldades versão para pais e para professores - SDQ

Anexo A

Declaração para filmar as sessões de musicoterapia

Merceana, ___ de _____ de _____

Caro(a) Senhor(a),

A instituição onde a utente _____, sob guardião legal de V^a Ex^a, recebe serviços de Musicoterapia é uma instituição de acolhimento para um estagiário do curso de Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa durante o ano lectivo de 2010-2011, cujo trabalho é supervisionado por profissionais com formação especializada na área da Musicoterapia, e a orientação deste trabalho será realizada nas instalações da dita Universidade. No âmbito destas atividades, é extremamente importante a gravação áudio e vídeo das sessões, para que o trabalho do estagiário possa ser devidamente supervisionado pelos docentes da Universidade, dado que não seria praticável que todos os supervisores acompanhassem em direto nesta instituição o trabalho do estagiário.

Assim, vimos por este meio solicitar a sua autorização para que se possam efetuar registos vídeo/áudio das sessões em que o(a) _____ participa, registos estes que serão utilizados única e exclusivamente para efeitos de supervisão e formação dos técnicos e que serão mantidos na mais absoluta confidencialidade entre o utente, o técnico e o grupo de supervisão.

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

Com os melhores cumprimentos,

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

DECLARAÇÃO

Eu, _____, guardião legal do(a) _____ (riscar se for o próprio), declaro para os devidos efeitos que autorizo a que sejam feitos registos em gravação vídeo/áudio das sessões de intervenção em Musicoterapia, exclusivamente para efeitos de supervisão do trabalho realizado.

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

Merceana, ____ de _____ de _____

O Próprio ou o Guardião Legal

Assinatura

Nome Legível

Anexo B

Formulário para Avaliação do Tratamento do Autismo - ATEC

Formulário para Avaliação do Tratamentos do Autismo

(Autism Treatment Evaluation Checklist – ATEC)

Bernard Rimland, Ph.D. e Stephen M. Edelson, Ph.D.

Nome da criança: _____

Data de nascimento: _____ Idade: _____

Formulário preenchido por: _____

Grau de parentesco: _____

Por favor, coloque um X no espaço correspondente à letra que indica a sua resposta.

I. Fala/Linguagem/Comunicação:

[N] Não verdadeiro, [P] Pouco Verdadeiro, [V] Verdadeiro

	N	P	V
1. Sabe o próprio nome			
2. Responde ao “não” ou “pare”			
3. Pode obedecer certas ordens			
4. Consegue usar uma palavra de cada vez (não, água, comida etc)			
5. Consegue usar duas palavras juntas (não quero etc)			
6. Consegue usar três palavras juntas (quero mais leite etc)			
7. Sabe 10 ou mais palavras			
8. Consegue usar frases com quatro ou mais palavras			
9. Explica o que quer			
10. Faz perguntas com sentido			
11. A sua linguagem costuma ser relevante/com sentido			
12. Usa várias frases sucessivas com frequência			
13. Mantém uma conversa razoavelmente boa			
14. Tem capacidade normal de comunicação para a sua idade			

II. Socialização:

[N] Não descritivo, [P] Pouco descritivo, [M] Muito descritivo

	N	P	M
1. Parece estar fechado em si mesmo - não é possível interagir com ele/ela			
2. Ignora outras pessoas			
3. Mostra pouca ou nenhuma atenção quando falamos com ele			
4. Não é cooperativo e é resistente			
5. Não tem contato ocular			
6. Prefere que o deixem sozinho			
7. Não demonstra afeto			
8. Não cumprimenta os pais			
9. Evita o contato com outras pessoas			
10. Não imita			
11. Não gosta que lhe abracem ou acariciem			
12. Não compartilha/mostra coisas aos outros			
13. Não se despede fazendo tchau			
14. Desagradável/desobediente			
15. Birras			
16. Não tem amigos/colegas			
17. Raramente sorri			
18. Insensível aos sentimentos dos outros			
19. Indiferente em relação aos outros gostarem de si			
20. Fica indiferente quando os pais vão embora, se distanciam			

III. Percepção sensorial /cognitiva:

[N] Não descritivo [P] Pouco descritivo [M] Muito descritivo

	N	P	M
1. Responde ao próprio nome			
2. Reconhece/Reage quando é elogiado			
3. Olha para as pessoas e animais			
4. Olha para imagens e para a T.V.			
5. Desenha, pinta, faz objetos de arte			
6. Brinca com os brinquedos de forma correta			
7. Tem uma expressão facial apropriada			
8. Compreende as histórias da T.V.			
9. Compreende explicações			
10. Está consciente do ambiente que lhe rodeia			
11. Tem consciência do perigo			
12. Mostra imaginação			
13. Inicia atividades			
14. Veste-se sozinho			
15. Curioso, interessado			
16. Aventura-se, explora			
17. Sintonizado, não parece estar “nas nuvens”			
18. Olha para onde os outros olham			

IV. Saúde / Aspectos físicos / Comportamento:

[N] Não é um problema; [PP] Problema Pequeno, [PM] Problema Moderado; [PG] Problema Grave

	N	PP	PM	PG
1. Enureses (urina na cama)				
2. Urina nas calças ou fralda				
3. Defeca nas calças ou fralda				
4. Diarreia				
5. Prisão de ventre				
6. Problemas para dormir				
7. Come muito/muito pouco				
8. Dieta extremamente limitada, não aceita qualquer comida				
9. Hiperativo				
10. Letárgico (apático)				
11. Bate-se a si mesmo				
12. Bate nos outros				
13. Destrutivo				
14. Sensível a sons				
15. Ansioso/medroso				
16. Triste/chora				
17. Convulsões				
18. Fala/linguagem obsessiva				
19. Rotinas rígidas				
20. Grita				
21. Exige que as coisas sejam sempre feitas da mesma forma				
22. Fica agitado com frequência				
23. Não é sensível a dor				
24. Obcecado com certos objetos/temas				
25. Faz gestos, movimentos repetitivos				

Obrigada pela sua colaboração!

