



Universidades Lusíada

Vicente, Soraia Henriques, 1990-

Até onde a música levar : musicoterapia em crianças com perturbação do neurodesenvolvimento

<http://hdl.handle.net/11067/4458>

Metadados

Data de Publicação	2018
Resumo	<p>O presente relatório de estágio tem como propósito determinar o impacto de uma intervenção em musicoterapia com uma população de crianças com perturbações do neurodesenvolvimento, pretendendo documentar e compreender os benefícios da utilização da música enquanto ferramenta terapêutica. Para tal, foi selecionada uma amostra de quinze crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 18 anos com vários diagnósticos, englobando patologias de etiologia desconhecida, metabólicas e genéticas que afet...</p> <p>The purpose of this placement report is to determine the impact of music therapy intervention on a group of children with neurodevelopmental disorders while aiming to document and understand the benefits of using music as a therapeutic tool. For this purpose, a group of fifteen children between 6 and 18 years of age was selected, with diagnoses encompassing pathologies of unknown etiology as well as metabolic and genetic diseases that affect the central nervous system, thus undermining the senso...</p>
Palavras Chave	Musicoterapia, Crianças com deficiência - Assistência em instituições - Portugal - Fátima, Musicoterapia - Prática profissional, Centro de Reabilitação e Integração de Fátima (Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-19T19:22:49Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

Até onde a música levar: musicoterapia em crianças com perturbação do neurodesenvolvimento

Realizado por:

Soraia Henriques Vicente

Supervisionado por:

Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite

Orientado por:

Dr.^a Maria do Carmo Fialho Costa

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.^a Doutora Maria da Graça Duarte da Sila Santos

Relatório aprovado em:

28 de Fevereiro de 2019

Lisboa

2018



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

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

Até onde a música levar:
musicoterapia em crianças com perturbação do
neurodesenvolvimento

Soraia Henriques Vicente

Lisboa

setembro 2018



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

**Até onde a música levar:
musicoterapia em crianças com perturbação do
neurodesenvolvimento**

Soraia Henriques Vicente

Lisboa

setembro 2018

Soraia Henriques Vicente

Até onde a música levar:
musicoterapia em crianças com perturbação do
neurodesenvolvimento

Relatório de estágio apresentado ao Instituto de Psicologia e Ciências da Educação 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 Maria do Carmo Fialho Costa

Lisboa

setembro 2018

Ficha Técnica

Autora	Soraia Henriques Vicente
Supervisora de estágio	Prof. ^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer
Orientadora de estágio	Dr. ^a Maria do Carmo Fialho Costa
Título	Até onde a música levar: musicoterapia em crianças com perturbação do neurodesenvolvimento
Local	Lisboa
Ano	2018

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

VICENTE, Soraia Henriques, 1990-

Até onde a música levar : musicoterapia em crianças com perturbação do neurodesenvolvimento / Soraia Henriques Vicente ; supervisionado por Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer ; orientado por Maria do Carmo Fialho Costa. - Lisboa : [s.n.], 2018. - 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 - COSTA, Maria do Carmo Fialho Costa, 1955-

LCSH

1. Musicoterapia
2. Crianças deficientes - Assistência em instituições - Portugal - Fátima
3. Musicoterapia - Prática profissional
4. Centro de Reabilitação e Integração de Fátima (Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
5. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
6. Teses - Portugal - Lisboa

1. Music therapy

2. Children with disabilities - Institutional care - Portugal - Fátima
3. Music therapy - Practice
4. Centro de Reabilitação e Integração de Fátima (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.V53 2018



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

**Até onde a música levar: musicoterapia em crianças
com perturbações do neurodesenvolvimento**

Soraia Henriques Vicente

Lisboa

julho 2018



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

**Até onde a música levar: musicoterapia em crianças com
perturbações do neurodesenvolvimento**

Soraia Henriques Vicente

Lisboa

julho 2018

Soraia Henriques Vicente

Até onde a música levar: musicoterapia em crianças com perturbações do neurodesenvolvimento

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 Maria do Carmo Fialho Costa

Lisboa

julho 2018

Ficha Técnica

Autora Soraia Henriques Vicente
Supervisora de estágio Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer
Orientadora de estágio Dr.^a Maria do Carmo Fialho Costa
Título Até onde a música levar!: musicoterapia em crianças com perturbação do neurodesenvolvimento e multideficiência
Local Lisboa
Ano 2018

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

VICENTE, Soraia Henriques, 1990-

Até onde a música levar! : musicoterapia em crianças com perturbação do neurodesenvolvimento e multideficiência / Soraia Henriques Vicente ; supervisionado por Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer ; orientado por Maria do Carmo Fialho Costa. - Lisboa : [s.n.], 2018. - 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 - COSTA, Maria do Carmo Fialho Costa, 1955-

LCSH

1. Musicoterapia
2. Crianças deficientes - Assistência em instituições - Portugal - Fátima
3. Musicoterapia - Prática profissional
4. Centro de Reabilitação e Integração de Fátima (Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
5. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
6. Teses - Portugal - Lisboa

LCSH

1. Music therapy
2. Children with disabilities - Institutional care - Portugal - Fátima
3. Music therapy - Practice
4. Centro de Reabilitação e Integração de Fátima (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.V53 2018

Agradecimentos

A frequência de um mestrado é um longo percurso marcado por vários desafios e incertezas, e que só se torna passível de ser trilhado com o apoio de várias pessoas a quem pretendo dedicar este trabalho:

Aos meus pais e irmão, pelo apoio incondicional, pela fantástica educação que me proporcionaram e, sobretudo, por me fazerem testemunha de um amor sem reservas.

Ao meu marido, Diogo Santos, cujo companheirismo ao longo destes dois anos foi essencial para uma estabilidade emocional. Agradeço a sua compreensão, paciência, generosidade e quietude nos momentos mais difíceis.

À Francisca Seixas pela sua amizade e por se ter tornado numa das mais agradáveis surpresas deste mestrado.

A todo o corpo docente que nos acompanhou ao longo destes dois anos, em especial à Professora Doutora Teresa Leite pelas valiosas contribuições para este trabalho, pela partilha da sua imensa sabedoria, e por acreditar nos seus alunos desde o primeiro momento.

Ao Centro de Reabilitação e Integração de Fátima que sempre se mostrou recetivo à realização deste estágio dentro das suas portas.

Aos utentes que acompanhei no Centro de Reabilitação e Integração de Fátima, e suas famílias, por me terem proporcionado incríveis momentos de aprendizagem.

"A música dá alma ao universo, asas à mente, voo à imaginação, e vida a tudo."

Platão

Resumo

Até onde a música levar: musicoterapia em crianças com perturbações do neurodesenvolvimento

Soraia Henriques Vicente

O presente relatório de estágio tem como propósito determinar o impacto de uma intervenção em musicoterapia com uma população de crianças com perturbações do neurodesenvolvimento, pretendendo documentar e compreender os benefícios da utilização da música enquanto ferramenta terapêutica. Para tal, foi selecionada uma amostra de quinze crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 18 anos com vários diagnósticos, englobando patologias de etiologia desconhecida, metabólicas e genéticas que afetam o sistema nervoso central, causando compromisso ao nível da sensorialidade, motricidade e cognição. As crianças beneficiaram de sessões de musicoterapia com frequência semanal utilizando-se uma metodologia de intervenção individual e/ou em grupo. Foi utilizada uma metodologia de investigação de natureza qualitativa, com a apresentação de dois estudos de caso. Os resultados obtidos, por intermédio de diferentes métodos de recolha de dados – observação participante, análise documental e instrumentos de avaliação qualitativa – sugerem que a intervenção musicoterapêutica foi eficaz na estimulação de competências comunicativas, emocionais e relacionais. Pode concluir-se que a musicoterapia constitui uma opção terapêutica viável na intervenção com uma população de crianças com perturbações do neurodesenvolvimento.

Palavras-chave: Perturbação do Neurodesenvolvimento, Multideficiência, Musicoterapia, Crianças.

Abstract

As far as music will take us: music therapy in children with neurodevelopmental disorders

Soraia Henriques Vicente

The purpose of this placement report is to determine the impact of music therapy intervention on a group of children with neurodevelopmental disorders while aiming to document and understand the benefits of using music as a therapeutic tool. For this purpose, a group of fifteen children between 6 and 18 years of age was selected, with diagnoses encompassing pathologies of unknown etiology as well as metabolic and genetic diseases that affect the central nervous system, thus undermining the sensorial, motor and cognition levels. The children were engaged in weekly music therapy sessions using individual and/or group intervention methodology. A research methodology of qualitative nature was applied, with the presentation of two case studies. The results obtained through different methods of data collection such as participant observation, documentary analysis and qualitative evaluation instruments, suggest that the intervention of music therapy was effective in stimulating communicative, emotional and relational skills. It's possible to conclude that music therapy is a viable therapeutic option in children with neurodevelopmental disorders.

Keywords: Neurodevelopmental Disorders, Multiple Handicap, Music Therapy, Children.

Lista de tabelas

Tabela 1 - <i>Descrição dos clientes acompanhados individualmente (n=8)</i>	46
Tabela 2 - <i>Descrição dos clientes do grupo A (n=4)</i>	46
Tabela 3 - <i>Descrição dos clientes do grupo B (n=5)</i>	47
Tabela 4 - <i>Agenda semanal</i>	56
Tabela 5 - <i>Plano terapêutico do Pedro</i>	61
Tabela 6 - <i>Plano terapêutico do Isac</i>	75

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

- APA - American Psychological Association
- CAO - Centro de Atividades Ocupacionais
- CEI - Currículo Específico Individual
- CCT - Convenção Contratual do Trabalho
- CHS - Cuidados Holísticos de Saúde
- CRIF - Centro de Reabilitação e Integração de Fátima
- DAP:SPED - Draw A Person – Screening Procedure for Emotional Disturbance
- DGERT - Direção Geral de Emprego e das Relações do Trabalho
- DSM-V - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
- ECPV - Escala de Comunicação Pré-Verbal
- ELI - Equipa Local de Intervenção
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- PDI - Perturbação do Desenvolvimento Intelectual
- PEA - Perturbação do Espectro do Autismo
- POPH - Programa Operacional para o Potencial Humano
- QI - Quociente de Inteligência
- SNC - Sistema Nervoso Central
- TEACCH - Treatment and Education of Autistic and Related Communication
Handicapped Children

Índice

Agradecimentos	V
Resumo	IX
Abstract	XI
Lista de tabelas.....	XIII
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos.....	XV
Índice.....	XVII
Introdução	1
A instituição	3
População-alvo.....	7
Enquadramento teórico	9
Perturbações do neurodesenvolvimento.....	9
Perturbação do desenvolvimento intelectual	10
Perturbação do espectro do autismo	13
Multideficiência	16
Desafios psicossociais na deficiência.....	16
Aspectos metodológicos da intervenção musicoterapêutica na deficiência.....	19
Musicoterapia criativa – modelo Nordoff-Robbins.....	19
O <i>setting</i> terapêutico em musicoterapia.....	22
Técnicas de intervenção.....	23
Improvisação	25
Avaliação musicoterapêutica na deficiência	26
Intervenção em musicoterapia na deficiência	28
Intervenção no domínio sensorial.....	29
Intervenção no domínio comunicativo	30
Intervenção no domínio linguístico	34
Intervenção no domínio sócio emocional.....	35
Intervenção no domínio motor	38
Contributos da inclusão da família e da escola na intervenção terapêutica	39
Objetivos do estágio.....	43
Metodologia	45
Participantes	45
Instrumentos de avaliação	47

Observação participante	48
Escala de comunicação pré-verbal (ECPV).....	48
Procedimentos	50
Fase de integração e observação.....	50
Fase de avaliação pré-intervenção	52
Fase de intervenção	52
Fase de avaliação pós-intervenção	54
Atividades, técnicas e materiais em musicoterapia.....	54
Agenda semanal	55
Outros projetos	56
Estudos de caso	57
Estudo de caso I - Pedro.....	57
Descrição do caso	57
Avaliação inicial	58
Plano terapêutico	60
Processo terapêutico	61
Resultados finais e discussão.....	68
Conclusão	70
Estudo de caso II – Isac.....	71
Descrição do caso	71
Avaliação inicial	72
Plano terapêutico	74
Processo terapêutico	75
Resultados finais e discussão.....	79
Conclusão	81
Outras intervenções clínicas	83
B.C.....	83
D.B.	84
D.M.	85
I.G.....	86
T.F.	87
G.F.....	88
Grupo A.....	89
Grupo B.....	90

Discussão e conclusão.....	91
Reflexão pessoal	95
Referências.....	97
Apêndices.....	103
Lista de Apêndices.....	105
Apêndice A.....	107
Apêndice B.....	123
Apêndice C.....	139
Apêndice D.....	143
Anexos	147
Lista de Anexos.....	149
Anexo A	151

Introdução

O presente documento pretende fundamentar e refletir sobre o trabalho levado a cabo no âmbito do estágio curricular do segundo ano, do Mestrado em Musicoterapia, da Universidade Lusíada de Lisboa. Neste estágio foi realizada uma intervenção musicoterapêutica com uma população-alvo incluída no grupo das patologias do neurodesenvolvimento e multideficiência, pretendendo documentar e compreender os benefícios da utilização da música enquanto ferramenta terapêutica junto de pessoas portadoras de deficiência.

Do ponto de vista estrutural este trabalho inicia-se com uma breve descrição da instituição onde foi realizado o estágio e da sua população-alvo, de onde foi selecionada a amostra clínica da referida intervenção. Seguidamente, apresenta-se o enquadramento teórico, onde é realizada uma contextualização acerca das perturbações do neurodesenvolvimento e multideficiência, clarificando a sua natureza e os procedimentos necessários a uma avaliação e intervenção musicoterapêutica com este tipo de população. Partindo deste enquadramento teórico foram definidos objetivos para o estágio no contexto da instituição de acolhimento. Na secção da metodologia, são descritas mais detalhadamente as características dos sujeitos intervencionados, os procedimentos gerais do estágio, as técnicas de musicoterapia predominantemente utilizadas e os instrumentos de avaliação e de recolha de dados que suportaram a avaliação do progresso terapêutico dos sujeitos.

Este documento inclui ainda dois estudos de caso, onde é descrita a intervenção e a progressão terapêutica dos utentes, no sentido de verificar as ideias propostas pela literatura e constatar as vicissitudes do processo terapêutico onde a música ocupa o lugar central da intervenção. Para além dos estudos de caso serão descritas outras intervenções clínicas realizadas durante o estágio. Serão depois tecidas conclusões sobre o trabalho realizado, os

resultados obtidos e a sua contextualização no campo de conhecimento já instituído na musicoterapia. Importa salientar que nesta secção o estágio é avaliado em relação aos objetivos previamente definidos.

Finalmente o relatório termina com uma reflexão final que integra uma visão do trabalho desenvolvido na instituição com indicação de sugestões futuras e das implicações práticas.

A instituição

O Centro de Reabilitação e Integração de Fátima (CRIF) é uma instituição de utilidade pública sem fins lucrativos. Surgiu no ano de 1976 pela necessidade sentida, por algumas famílias, de uma resposta adequada no acompanhamento e integração social de crianças e jovens com incapacidade intelectual. Neste sentido, e de forma a suprir as necessidades inerentes a esta população, o CRIF tem vindo a desenvolver e a alargar as suas respostas na área da deficiência, prestando apoio diário em regime de semi-internato a clientes provenientes de diversos concelhos.

Atualmente, em termos funcionais, o CRIF está organizado em três valências, sendo elas a formação profissional, a área sócio educativa e o Centro de Atividades Ocupacionais (CAO). A valência de formação profissional é certificada pela Direção Geral de Emprego e das Relações do Trabalho (DGERT) e financiada pelo Programa Operacional para o Potencial Humano (POPH). Constitui uma resposta vocacionada para a qualificação profissional e inserção laboral de pessoas com deficiência e/ou incapacidades com idade igual ou superior a 16 anos. O CAO é uma modalidade de ação social exercida pelo sistema de segurança social que visa a valorização pessoal e a integração social de pessoas com deficiência grave, com idade superior a 16 anos, permitindo-lhes o desenvolvimento possível das suas capacidades como seres ativos, criativos e criadores, sem vinculação a exigências de rendimento profissional ou enquadramento normativo de natureza jurídico-laboral. Tendo sempre como fundamento a promoção do bem-estar e a dignificação dos clientes, as atividades do CAO dividem-se em atividades socialmente úteis (e.g. lavagem de viaturas), e atividades meramente ocupacionais (e.g. tapetes de arraiolos ou enfiamentos). A área sócio educativa é tutelada pelo Ministério da Educação e administrada com base na Convenção Contratual do Trabalho para o ensino particular e cooperativo (CCT). Esta valência apoia crianças e jovens

com idades compreendidas entre os 6 e os 18 anos que tenham limitações permanentes ao nível da atividade diária e da participação social, num ou em vários domínios, decorrentes de alterações funcionais e estruturais (CRIF, 2015).

Na tentativa de uniformizar a população-alvo do presente estágio curricular, optou-se por intervir exclusivamente com a população da valência sócio educativa. Esta encontra-se organizada de acordo com o nível etário dos alunos, com o seu desenvolvimento global e nível cognitivo, e de acordo com os seus interesses e necessidades específicas. Deste modo, as crianças encontram-se distribuídas por três salas diferentes, nas quais são acompanhadas por uma educadora de infância/professora e por uma auxiliar pedagógica do ensino especial. Em contexto de sala de aula os alunos participam nas atividades planeadas no projeto educativo e no plano anual de atividades, sendo estas de cariz sociocultural, lúdico e pedagógico. Além disso, as crianças beneficiam ainda de apoio nas valências de fisioterapia, psicologia, terapia da fala, terapia ocupacional, hipoterapia, psicomotricidade e/ou educação física, consoante os objetivos terapêuticos definidos em reunião de equipa multidisciplinar nos seus planos terapêuticos ou planos individuais.

O CRIF tem como missão a promoção da qualidade de vida da pessoa com deficiência e/ou doença mental, prestando serviços nas áreas da educação, formação, qualificação e reabilitação, visando a integração nos diferentes domínios da sua vida. Os valores pelos quais a instituição se rege são a solidariedade, determinante para a igualdade de direitos e oportunidades; o respeito, através da aceitação da individualidade inerente à condição humana e valorização das suas potencialidades; a responsabilidade, assumindo os direitos e deveres institucionais como linha orientadora de conduta; a ética, traduzida por um conjunto de regras e princípios de conduta individual e coletiva assumida por toda a organização; e

exigência, pautada pelo rigor e persistência na melhoria contínua de todos os serviços (CRIF, 2015).

A equipa, num total de 46 pessoas, é constituída por dois administrativos, uma psicóloga, três técnicas superiores de serviço social, duas terapeutas da fala, duas fisioterapeutas, uma psicomotricista, uma terapeuta ocupacional, um professor de educação física, dezasseis monitores de atividades ocupacionais de reabilitação, duas educadoras de infância, duas professoras de 1º ciclo do ensino básico, três auxiliares pedagógicas de ensino especial, uma formadora, dois motoristas, um capataz, uma encarregada de setor, duas cozinheiras, uma ajudante de cozinha e duas empregadas de limpeza.

O CRIF compromete-se a assegurar a satisfação das necessidades e expectativas dos clientes e respetivas famílias; a garantir um clima organizacional positivo, promovendo condições laborais adequadas e suficientes, aliadas a uma gestão e liderança responsáveis; a desenvolver sinergias com a comunidade; e a persistir na melhoria contínua dos serviços, baseada numa atitude informada e proactiva (CRIF, 2015).

População-alvo

A valência sócio educativa é atualmente constituída por 16 crianças e jovens com idades compreendidas entre os 6 e os 18 anos e com limitações permanentes ao nível da atividade e participação, num ou em vários domínios, decorrentes de alterações funcionais e estruturais. As crianças desta valência são referenciadas e encaminhadas para o CRIF a partir das equipas de apoios educativos dos agrupamentos de escolas e de estabelecimentos de ensino privado. Esta referenciação é feita através do Ministério da Educação ao abrigo do Decreto-Lei 3/2008 em conjugação com a portaria nº 1102/97, de 3 de novembro e da lei nº 21/2008 de 12 de maio (CRIF, 2015).

A valência conta com uma população bastante heterogénea, com diferentes níveis de funcionalidade, na medida em que inclui crianças bastante autónomas, crianças com alguma autonomia e crianças completamente dependentes. A panóplia de diagnósticos também é vasta e engloba patologias de etiologia desconhecida, metabólicas e genéticas que afetam o sistema nervoso central e causam comprometimento ao nível da sensorialidade, motricidade e cognição.

A grande maioria dos utentes da valência sócio educativa reside com as famílias nas localidades de Fátima, Ourém, Alcanena, Minde, Mira D'Aire, Batalha ou Santa Catarina da Serra, frequentando o CRIF em regime de semi-internato. No geral, encontram-se integrados em núcleos familiares com baixos níveis de escolaridade e de nível socioeconómico médio-baixo, ou mesmo baixo. Atualmente, três dos utentes desta valência encontram-se institucionalizados por histórico de abusos e/ou maus tratos.

A instituição pretende dar uma resposta adequada à singularidade destas crianças e jovens, respondendo às suas necessidades, sejam elas físicas, emocionais, relacionais, ou

cognitivas, potencializando as suas capacidades e competências, visando a sua autonomia pessoal e social, e promovendo a sua qualidade de vida (CRIF, 2015).

Enquadramento teórico

O presente capítulo comporta uma revisão bibliográfica na qual serão expostas as principais características de uma população com perturbação do neurodesenvolvimento e multideficiência, visto tratar-se da população-alvo do presente estágio. Pretende-se ainda expor o estado de arte da aplicação clínica da musicoterapia junto desta população.

Perturbações do neurodesenvolvimento

As perturbações do neurodesenvolvimento são um grupo de patologias que têm o seu início no período de desenvolvimento, convencionalmente definido entre o período de gestação e os 18 anos. Estas poderão, eventualmente, ter causa identificável no eixo biológico (e.g. perturbação do desenvolvimento intelectual causada por trissomia 21), englobando uma vasta panóplia de patologias de etiologia desconhecida, metabólicas, traumáticas ou genéticas. Geralmente manifestam-se por alterações no desenvolvimento com prejuízos no funcionamento pessoal, social, académico ou profissional, sendo que estas alterações apresentam um carácter bastante heterogéneo, variando desde limitações específicas na aprendizagem, até situações mais complexas como o prejuízo nas funções intelectuais ou sociais (APA, 2015).

As perturbações do neurodesenvolvimento mantêm-se ao longo do tempo sendo, no entanto, caracterizadas por uma evolução dinâmica com aproximação ou distanciamento das etapas de desenvolvimento à idade cronológica. Além disso, é frequente a comorbilidade, ou seja, a presença de dois ou mais diagnósticos na mesma criança (Marta, 2014). Por este motivo, torna-se fulcral o diagnóstico precoce para que se estabeleça um plano de intervenção adequado a cada criança, considerando o seu perfil funcional.

Perturbação do desenvolvimento intelectual

Incluindo-se nas perturbações do neurodesenvolvimento, a Perturbação do Desenvolvimento Intelectual (PDI) é considerada a mais difícil de diagnosticar e a que determina uma intervenção mais complexificada (Palha, Andrade, Cotrim, Martins & Fritz, 2016).

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-V) (APA, 2015), para que se possa formular o diagnóstico de PDI terão de ser reunidos os seguintes critérios: início da perturbação durante o período de desenvolvimento, défice nas funções intelectuais, tais como o raciocínio, a resolução de problemas, o planeamento, o pensamento abstrato, o julgamento ou as aprendizagens académicas; regista-se também um défice no funcionamento ou comportamento adaptativo, restringindo a participação e o desempenho do sujeito em um ou mais aspetos das atividades da vida diária, como a comunicação, a participação social, o funcionamento escolar ou laboral, ou a independência pessoal. Importa ainda salientar que estes défices no funcionamento adaptativo devem estar diretamente relacionados com as alterações intelectuais verificadas para que o referido diagnóstico seja garantido.

Na génese dos défices nas funções intelectuais, encontram-se condições muito heterogéneas, sendo as mais comuns de origem orgânica, podendo ocorrer durante o período pré-natal (e.g. alterações genéticas ou malformações cerebrais), no período perinatal (e.g. infeções ou traumatismos), ou no período pós-natal (e.g. lesões cerebrais traumáticas ou doenças metabólicas) (Palha *et al.*, 2016; Pereira, Martins, Lima, Baptista & Sousa, 2017). No entanto, a PDI também poderá estar associada a fatores do domínio psicossocial, tais como a privação grave de interação humana, contacto social ou atividade linguística. A linguagem ou a aprendizagem da leitura e escrita consideram-se funções

neurodesenvolvimentais filogeneticamente mais recentes na espécie humana e, como tal, intrinsecamente dependentes de mediadores, ao contrário do que acontece com as funções filogeneticamente mais ancestrais, como a motricidade grossa, que dependem consideravelmente menos de mediadores. Deste modo, num quadro de grande privação psicossocial, as funções mais dependentes da mediação serão as mais afetadas. A privação psicossocial, mais do que uma causa isolada da PDI é, muitas das vezes, uma agravante da situação orgânica pré-existente, assistindo-se a uma combinação de fatores orgânicos e psicossociais (Palha *et al.*, 2016).

A existência de diferentes condições etiológicas leva a que a PDI possa manifestar-se de formas muito diversificadas, dando origem a um largo espectro de funcionamentos, isto é, de capacidades, de limitações e de necessidades de apoio dos indivíduos (Palha *et al.*, 2016). Como tal, e de acordo com o DSM-V (APA, 2015), para a classificação desta perturbação deverá ser especificado qual o nível de gravidade do défice intelectual, que determina a classificação da dita perturbação como ligeira, moderada, grave ou profunda. Importa salientar que a classificação dos níveis de gravidade deixou de ser baseada no valor do Quociente de Inteligência (QI), sendo atualmente definida de acordo com o funcionamento ou comportamento adaptativo (perfil de funcionalidade) que irá determinar o nível de apoios necessário.

Geralmente, crianças com formas mais graves de PDI são referenciadas mais cedo. Nestas crianças, o domínio da linguagem, que constitui um bom preditor do futuro desempenho cognitivo de uma criança sem problemas de audição, encontra-se significativamente afetado. Deste modo, um atraso de desenvolvimento da linguagem associado a limitações evidentes noutras áreas do neurodesenvolvimento é fortemente sugestivo de um défice nas funções intelectuais. Pelo contrário, os atrasos no

desenvolvimento da motricidade grossa, não estão fortemente correlacionados com o desenvolvimento cognitivo. Nos casos de défice ligeiro nas funções intelectuais, a formulação de um diagnóstico poderá ser muito tardia ou mesmo inexistente (Palha *et al.*, 2016).

Atualmente a prevalência da PDI é elevada, afetando aproximadamente 1% da população, com predomínio no género masculino, na proporção 1,6:1 (APA, 2015). Com vista a uma melhor caracterização da realidade nacional, foi levado a cabo, em 2016, um estudo retrospectivo e descritivo cujo objetivo se prendia com a caracterização de uma amostra de utentes com PDI e que se encontravam a ser seguidos num centro de neurodesenvolvimento. Neste estudo, que contou com a participação de 140 crianças, 62,9% eram do sexo masculino, existindo concordância com o que se encontra descrito no DSM-V em relação à maior prevalência desta perturbação no género masculino. De acordo com os resultados obtidos, a referenciação para o centro de neurodesenvolvimento foi sobretudo realizada pelo médico de família (16,4%), pelo neuropediatra (12,9%), pelo neonatologista (10,7%), e pela escola ou por iniciativa dos pais (8,6%). A média de idade de frequência da primeira consulta no centro situou-se nos 3 anos e, segundo os autores, poderá estar relacionada com a repercussão desta perturbação na área da linguagem, sendo este, muitas vezes, o primeiro sinal de alerta. Esta hipótese é corroborada ao considerar a análise dos motivos de referenciação para o centro de neurodesenvolvimento, onde o atraso de desenvolvimento da linguagem figura como o segundo principal motivo de referenciação (Pereira *et al.*, 2017).

O desenvolvimento intelectual é influenciado pelo meio familiar e cultural. Deste modo, a PDI parece ser mais prevalente em famílias com baixos rendimentos, com funcionamento cognitivo e níveis educacionais mais baixos, e residentes em zonas rurais ou

em países empobrecidos (Palha *et al.*, 2016). No estudo de Pereira *et al.* (2017), a presença de histórico familiar de perturbação do neurodesenvolvimento esteve presente em 30,7% da amostra, 7,1% dos quais com diagnóstico de PDI.

Relativamente à história pessoal, foram mais prevalentes os antecedentes de prematuridade (21,4%), de doença genética (18,6%) e de doença neuro metabólica (11,4%). Importa ainda destacar a elevada prevalência de comorbilidade encontrada na amostra (68,6%).

À data deste estudo, a maioria das crianças (94,3%) encontrava-se integrada em escolas do ensino regular, sendo que 81,4% estavam abrangidas pelo Decreto-Lei 3/2008, decreto este que visa garantir a equidade educativa, promovendo a igualdade de oportunidades e proporcionando a estas crianças aprendizagens num meio inclusivo. Uma minoria das crianças (5,7%) frequentava escolas de ensino especial (Pereira *et al.*, 2017).

Perturbação do espectro do autismo

A Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) trata-se de uma perturbação do neurodesenvolvimento que tem recebido muita atenção por parte da comunidade profissional e científica (Kern, Rivera, Chandler & Humpal, 2013).

Devido à falta de conhecimento e propostas explicativas acerca da sua origem, o diagnóstico desta perturbação continua a ser baseado nos critérios descritivos do síndrome que têm vindo a ser reformulados no DSM-V (APA, 2015). De acordo com este, para que se possa atribuir o diagnóstico de PEA terão de se verificar défices persistentes na comunicação e na interação social que sejam transversais a vários contextos do funcionamento da criança. Nestes, estão incluídos o défice na reciprocidade sócio emocional, o défice nos comportamentos comunicativos não-verbais utilizados para a interação social, e o défice no desenvolvimento, manutenção e compreensão de relacionamentos. Geralmente observam-se

ainda padrões de comportamento restritos ou repetitivos, nomeadamente a realização de movimentos motores estereotipados, a utilização repetitiva de objetos, interesses restritos e fixos, bem como a híper ou hiporresponsividade a estímulos sensoriais.

Tal como na PDI, o início dos sintomas observados na PEA manifestam-se durante o período de desenvolvimento, mas neste caso mais notoriamente a partir dos 2 anos e meio a 3 anos, idade em que é esperado o desenvolvimento social e da relação. Este conjunto de alterações causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento do indivíduo. Sendo esta perturbação caracterizada por um largo espectro de funcionamentos, poderão ser estabelecidos diferentes níveis de gravidade, definidos com base nas incapacidades na comunicação social e nos padrões de comportamento restritos e repetitivos observados (APA, 2015).

Ainda não existe uma etiologia convencionalmente definida para a PEA, embora tenham já sido realizados vários estudos neste sentido e formalizadas várias teorias explicativas. Atualmente é já bastante aceite na comunidade científica a existência de uma origem multifatorial e heterogénea, interpretada como uma combinação de fatores genéticos responsáveis pela suscetibilidade para esta perturbação, ocorrendo sobre esta a ação de fatores ambientais que poderão ser favoráveis ou desfavoráveis. Neste sentido, muitos autores sugerem que a PEA resulta de uma combinação entre fatores genéticos e ambientais. Outros autores defendem ainda a existência de uma componente hereditária, ou de uma disfunção orgânica cerebral subjacente (Fundação AMA, 2015). Importa salientar que, de acordo com o DSM-V (APA, 2015), a PEA não poderá ser totalmente explicada pela incapacidade intelectual (PDI) ou pelo atraso global de desenvolvimento, mas estes dois diagnósticos podem coocorrer, devendo a comunicação social estar significativamente abaixo do esperado para o nível global de desenvolvimento do indivíduo.

Em Portugal, estima-se que a prevalência da PEA seja de 1 caso em cada 1000, considerando uma população de crianças em idade escolar. Diferentes autores de estudos parecem concordar que se tem verificado um aumento dos casos de PEA nos últimos anos, aumento este que se poderá dever a um melhor conhecimento desta perturbação entre pais, profissionais de saúde e população em geral, levando a uma avaliação e diagnóstico mais precoce; a uma maior clareza na definição de critérios de diagnóstico desta perturbação; e à criação de mais e melhores instrumentos de diagnóstico. Esta é, no entanto, uma questão controversa dado que não existe um suporte epidemiológico que confirme a veracidade destes dados (Fundação AMA, 2015).

Pode concluir-se que a PEA se traduz num modo muito específico de pensamento e de funcionamento que interfere no curso de desenvolvimento dos indivíduos. Estes vão manifestando dificuldades cada vez mais acrescidas no seu desenvolvimento global. Além dos padrões de comportamento atípicos e dos acentuados défices observados na comunicação e na interação social, a PEA caracteriza-se sobretudo pelo evitamento do contacto humano e pela ausência de conhecimento relacional ou de competências empáticas, com consequentes dificuldades acrescidas ao nível da cognição social. Crianças com diagnóstico de PEA apresentam ainda dificuldades de sequencialização, de generalização, de atenção e concentração, de abstração e simbolismo, ou seja, de mentalização no plano simbólico ou abstrato, de motivação e de imaginação. Tratam-se de indivíduos que necessitam de previsibilidade e de abordagens estruturadas que os auxiliem a antecipar o que pode acontecer, diminuindo deste modo a ansiedade e angústia que experimentam em resposta à mudança ou perante acontecimentos que não conseguem prever.

Geralmente observa-se ainda a presença de interesses que são restritos a uma atividade ou objeto em particular, ou competências especiais, como a capacidade de

memorização visual, a hiperlexia, ou o gosto, aptidão e sensibilidade para a música (Ministério da Educação, 2008b).

Multideficiência

Ao analisar a literatura disponível acerca desta temática, pode-se verificar que o conceito de “multideficiência” não é totalmente consensual. Contudo, parece ser transversal a todas as definições o pressuposto da existência de uma combinação de acentuadas limitações nos domínios cognitivo, motor e/ou sensorial que colocam em grave risco o acesso ao desenvolvimento e à aprendizagem. Neste conceito em particular não se inclui o termo de surdo cegueira congénita.

Trata-se de um grupo bastante heterogéneo e que evidencia um quadro de intervenção complexo, com necessidades de aprendizagem únicas ou com necessidade de apoio permanente na realização das atividades de vida diária como a alimentação, a higiene, o vestir ou o despir. Além das marcadas dificuldades no que diz respeito ao domínio da autonomia pessoal, é frequente manifestarem-se acentuadas limitações em algumas das funções mentais, ou ao nível da comunicação e da linguagem, com dificuldades na compreensão e na produção de mensagens orais, na interação verbal com os pares e na conversação. A estas especificidades somam-se ainda as limitações nas funções motoras (e.g. deslocação, movimentação de objetos ou motricidade fina), podendo apresentar também limitações ao nível da sensorialidade, nomeadamente nas funções visuais e/ou auditivas (Ministério da Educação, 2008).

Desafios psicossociais na deficiência

Na década de 70, Bronfenbrenner (1977) formulou a sua teoria de desenvolvimento humano segundo a qual a pessoa em desenvolvimento não deve ser considerada dentro de um ambiente restrito e estático sem a devida consideração das múltiplas influências a que os

sujeitos estão expostos nos contextos em que se encontram inseridos. Atualmente consideram-se já as relações bidirecionais no que diz respeito à pessoa e ao ambiente em que ela atua. Deste modo, não faria sentido considerar os desafios com que se confronta a pessoa com deficiência, sem refletir no impacto em toda uma rede de suporte a esta população, nomeadamente na família/cuidadores e no contexto educacional.

Embora se reconheça que nos últimos anos têm sido feitos esforços no sentido de contrariar a tendência, o Relatório Mundial sobre a Deficiência (2011) afirma que a pessoa com incapacidade continua a não ter acesso igualitário à assistência médica, à educação ou a oportunidades de emprego, sofrendo exclusão das atividades quotidianas e estando sujeita a violações da sua dignidade, por exemplo, devido ao preconceito. As atitudes discriminatórias e comportamentos negativos produzem um efeito adverso em crianças e adultos com deficiência, gerando consequências nefastas que se desenvolvem em cadeia, tais como baixa autoestima e autoconceito, menores oportunidades de participação, dificuldade na tomada de decisões sobre a sua vida ou isolamento social. Esta questão é, cada vez mais, considerada como uma questão de direitos humanos uma vez que a deficiência é de carácter complexo, dinâmico, multidimensional e, até mesmo, questionável (OMS, 2011).

As dificuldades ao nível das atividades e participação somam-se e carecem de respostas diferenciadas, considerando não só as suas dificuldades como, por exemplo, a existência de um desenvolvimento comunicativo geralmente inferior ao esperado para a faixa etária e que cria influência na quantidade e qualidade de interações estabelecidas com o meio envolvente, levando a um reduzido número de pares; mas considerando também as suas potencialidades.

No domínio educacional, a criança com incapacidade deverá beneficiar de apoio intensivo, quer na realização das atividades diárias, no caso de compromisso ao nível da sua

autonomia, quer na aprendizagem; de interação com pares comunicativos que sejam responsivos e que as aceitem como participantes ativos; de oportunidades de acesso a mais experiências significativas e à vivência de situações idênticas em diferentes contextos de modo a facilitar a generalização de competências; e de oportunidades de interação com pessoas significativas, pois são as experiências em contexto e as interações que estabelecem com pessoas que irão permitir o desenvolvimento das suas capacidades (Ministério da Educação, 2008).

No caso das crianças com PEA, o ensino estruturado é um dos aspetos pedagógicos amplamente utilizados em escolas de ensino regular. Este traduz-se num conjunto de princípios e estratégias que, com base na estruturação externa do espaço, tempo, atividades e materiais, promovem uma organização interna que facilita os processos de aprendizagem e de autonomia, reduzindo problemas de comportamento. Através do ensino estruturado torna-se possível fornecer uma informação clara e objetiva das rotinas, manter um ambiente claro e previsível, propor tarefas que o aluno seja capaz de realizar e promover a sua autonomia.

Um dos modelos de ensino estruturado mais convencionais trata-se do modelo TEACCH, desenvolvido por Eric Schopler na década de 70 e que surgiu na sequência de um projeto de investigação que se destinava a ensinar aos pais de crianças com PEA técnicas comportamentais e métodos de educação especial que correspondessem às necessidades dos seus filhos (Ministério da Educação, 2008b).

O papel da família e dos cuidadores é preponderante na problemática da deficiência, sendo que este se trata de um vetor ao qual nem sempre é dada a devida importância. Profissionais e escolas que trabalham diretamente com crianças com incapacidade devem ter presente que as suas famílias e cuidadores enfrentam dificuldades acrescidas, não só porque a incapacidade geralmente apresenta um carácter permanente, como também devido à rede

deficitária de apoios ao cuidador e à pessoa com deficiência, levando a um grande desgaste físico e emocional (OMS, 2011).

Equipas técnicas deverão reunir esforços no sentido de envolver a família nos momentos de avaliação e no planeamento da intervenção junto das crianças com incapacidade. Deverão ainda conhecer aprofundadamente quais as suas preocupações relativamente ao futuro, criar espaços de comunicação para as famílias poderem expressar essas mesmas preocupações, e informar as mesmas acerca dos progressos, dificuldades ou alterações ao plano terapêutico inicialmente definido de forma conjunta (Ministério da Educação, 2008b).

Aspetos metodológicos da intervenção musicoterapêutica na deficiência

Atualmente já se encontra muito bem documentada a evidência de que a musicoterapia é um meio apropriado e efetivo para a intervenção com este tipo de população, sendo que as primeiras evidências existentes remontam aos trabalhos desenvolvidos pelos pioneiros Juliette Alvin, Paul Nordoff ou Clive Robbins (Darnley-Smith & Patey, 2003; Wigram, Pedersen & Bonde, 2002).

Como em qualquer outra abordagem terapêutica, a intervenção em musicoterapia com este tipo de população assenta em determinados princípios metodológicos que regem toda a intervenção, e que serão descritos em pormenor neste capítulo.

Musicoterapia criativa – modelo Nordoff-Robbins

Paul Nordoff e Clive Robbins começaram a colaborar em 1959 quando tiveram a oportunidade de se conhecer na escola onde Clive Robbins trabalhava enquanto professor de educação especial. A escola na qual começaram a colaborar seguia os princípios do filósofo antroposófico Rudolf Steiner que defendia a relevância do desenvolvimento da criança através da música e da arte. Como tal, aquando do desenvolvimento do seu método de

“musicoterapia criativa”, Nordoff e Robbins foram fortemente influenciados pelas ideias deste filósofo e pelo movimento antroposófico da psicologia humanista (Darnley-Smith & Patey, 2003; Wigram et al., 2002).

A psicologia humanista propõe que existe, em toda a pessoa, uma motivação humana fundamental em direção ao crescimento e ao desenvolvimento da autonomia, autodeterminação e das suas potencialidades. Carl Rogers, pai da psicologia humanista, apelidou esta tendência de auto atualização. Apesar desta tendência ao crescimento ser inata a todos os organismos, ela carece de estimulação para que ocorra uma mudança terapêutica significativa no paciente. Rogers defendia a relação terapêutica como o principal agente de mudança sendo que o paciente estará disponível para começar a confiar em si mesmo, e começará a experienciar um movimento de grande desenvolvimento pessoal e de saúde psicológica, se o terapeuta lhe providenciar uma relação particular caracterizada pela congruência, olhar incondicionalmente positivo e compreensão empática (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2004).

Com efeito, a relação terapêutica é descrita por vários autores como sendo o denominador comum e principal agente de mudança numa intervenção em musicoterapia (Darnley-Smith & Patey, 2003; DeBedout & Worden, 2006; Duffy & Fuller, 2000; Wigram et al., 2002). Esta relação – estruturada, securizante e mobilizadora de afetos –, serve-se da música enquanto ferramenta de base que constitui uma linguagem em si mesma, tornando possível o estabelecimento de contacto com o outro, já que a música, por si só, não constitui uma intervenção terapêutica, e pode até ser nociva para a pessoa em determinadas circunstâncias. Os efeitos terapêuticos da música resultam de uma aplicação metodologicamente sistematizada da mesma e de um ajuste do som e da música às

características de funcionamento do utente, bem como às suas necessidades no contexto da patologia que se apresenta (Ruud, 1990).

Com o propósito de avaliar a contribuição específica da componente musical por si só, os autores Duffy e Fuller (2000) levaram a cabo um estudo que contou com a participação de 32 crianças com incapacidade intelectual moderada, e no qual foram comparadas duas condições de intervenção ao nível das competências sociais, uma de carácter musical, com música gravada, e outra de carácter não musical. Os autores concluíram que a música, por si só, não constitui um elemento importante no processo terapêutico, cabendo esse papel à relação terapêutica. Um outro estudo foi conduzido por Aldridge, Gustorff e Neugebauer (1995) com o objetivo de determinar o impacto da intervenção musicoterapêutica em crianças com atraso global do desenvolvimento. Este estudo contou com a participação de 12 crianças com diagnóstico de atraso global de desenvolvimento, tendo-se chegado à conclusão de que a intervenção em musicoterapia potenciou o desenvolvimento das crianças incluídas no grupo experimental uma vez que estas atingiram importantes metas desenvolvimentais quando comparadas com um grupo de controlo. Mais tarde, quando o grupo de controlo beneficiou de intervenção em musicoterapia, rapidamente alcançou os objetivos desenvolvimentais anteriormente atingidos pelo grupo experimental. Os autores atribuíram a mudança gerada ao nível do desenvolvimento ao forte impacto do “estar em estreita relação terapêutica” no tocar de música improvisada.

Algumas das intervenções em musicoterapia, designadamente aquelas com uma população com múltiplas incapacidades, são baseadas nos padrões de interação entre a mãe e o bebé (teoria desenvolvimental), pois a música é composta pelos mesmos elementos que formam a base comunicativa entre pais e filhos. Deste modo, a relação terapêutica pode envolver fortes elementos da interação, seja ela vocal ou gestual, típicas deste estágio precoce

do desenvolvimento, que permitem a construção de relações intencionais, recíprocas e criativas (Watson, 2007; Wigram et al., 2002).

Com base nestas premissas, Paul Nordoff e Clive Robbins viriam a desenvolver o método de “musicoterapia criativa” no qual são proporcionadas à pessoa diferentes experienciais musicais, de carácter único e individual, com o objetivo de facilitar o desenvolvimento do seu potencial criativo e de aspetos relacionais, acreditando que a música poderá ser utilizada enquanto facilitadora da comunicação, estimulando a expressão de diferentes emoções e sentimentos. Neste âmbito, surge um conceito de grande importância, sobretudo para o trabalho com uma população com incapacidades em vários domínios, o conceito do músico-criança. Segundo este conceito, cada ser humano tem uma responsividade inata à música, independentemente do seu grau de incapacidade, e possui em si mesmo o potencial de desenvolvimento musical que por sua vez despoleta movimentos intrínsecos de desenvolvimento e crescimento pessoais noutras áreas. Mais do que isso, existe, em cada um de nós, uma musicalidade individual que tem o poder de facilitar a autoexpressão e a comunicação, podendo levar a experiências de auto atualização (Darnley-Smith & Patey, 2003; Wigram et al., 2002).

Em contexto terapêutico, esta busca pelo músico-criança começa com o encontro ou contacto sonoro, com a total aceitação da criança e da sua produção musical, e com o respeito pelos seus sentimentos, permitindo a sua escolha, numa abordagem não diretiva e que promova a sua autonomia, tendo o terapeuta o papel de facilitar esta experiência (Wigram et al., 2002).

O *setting* terapêutico em musicoterapia

O *setting* terapêutico assume um importante papel numa intervenção em musicoterapia na medida em que engloba vários fatores que facilitam o processo terapêutico.

Este pressupõe a existência de um espaço físico envolvente que deverá ser privado, confortável, acolhedor, seguro e com instrumentos musicais de boa qualidade, preferencialmente expostos da mesma forma em todas as sessões. Também o terapeuta assume um papel preponderante, devendo mostrar-se envolvido e ativo no contacto sonoro e com uma postura consistente, estável e confiante que inclui a confidencialidade, atenção dirigida e a aceitação incondicional e não crítica do paciente.

Ao terapeuta cabe ainda a tarefa de preparar todo o espaço pensando nas possibilidades de resposta que poderá dar ao paciente. No *setting*, os instrumentos, o corpo, o som e a música consideram-se formas de expressão, sem esquecer o silêncio que possui tanto potencial quanto os elementos sonoros, estando repleto de subjetividade.

Sempre que ocorrerem mudanças no *setting* terapêutico, estas deverão ser previamente comunicadas ao paciente. Poderão ainda ser negociadas outras regras ou limites relacionados com a utilização dos instrumentos, relacionadas com o próprio terapeuta, ou relacionadas com os restantes elementos do grupo, no caso de uma intervenção em grupo, garantindo assim um ambiente o mais seguro possível.

Deste modo será possível o desenvolvimento de uma aliança terapêutica, caracterizada por uma relação de confiança entre terapeuta e paciente, e ainda a descoberta criativa do mundo interior do paciente (Kirkland, 2013; Watson, 2007).

Recomenda-se que as sessões tenham sempre a mesma frequência e duração, e que sejam realizadas na mesma altura do dia, para que possam ser internalizadas e antecipadas pelo paciente, mesmo que estes não tenham adquirida a noção de “tempo” (Watson, 2007).

Técnicas de intervenção

Existem técnicas que são transversais à intervenção musicoterapêutica com crianças com perturbação do neurodesenvolvimento ou multideficiência. Quando o quadro de

funcionamento da pessoa com incapacidade sugere graves perturbações da comunicação, os musicoterapeutas utilizam técnicas estruturadas para evocar resposta. Estas técnicas, descritas por Wigram *et al.* (2002), são similares no seu carácter e função aos padrões de interação encontrados entre pais e filhos.

A técnica de imitação, por exemplo, pressupõe a imitação da expressão da criança, seja das suas vocalizações ou da sua batida num tambor, e geralmente resulta numa resposta positiva por parte da mesma. Também na PEA, existem evidências que comprovam que, na presença de comportamentos de imitação, os indivíduos respondem com interesse aumentado (Watson, 2007). Na técnica de troca de turnos existe alternância na interação podendo, ou não, existir troca de papéis enquanto iniciante e imitador. Esta troca papéis trata-se de um elemento particularmente importante no processo comunicativo.

Outra das técnicas frequentemente utilizadas com indivíduos com perturbação da comunicação é a pausa inesperada no meio de uma frase melódica, sendo que esta pausa terá um efeito ainda maior no caso de a criança associar o movimento à música. Ao mesmo tempo, o terapeuta poderá tornar clara a sua intenção à criança através do gesto ou da expressão facial olhando, por exemplo, com surpresa.

A utilização de técnicas estruturadas para evocar resposta, particularmente a técnica de expectativa, pressupõe que a criança reconheça o elemento surpresa, ou seja, a criança já desenvolveu um sentido de estrutura musical que corresponde à sua expectativa. A maioria das crianças responde espontaneamente a surpresas musicais simples, como quebras repentinas na música, no entanto outras surpresas musicais mais complexas irão requerer mais experiência à criança.

A técnica de espelhar é passível de ser confundida com o “imitar”, no entanto Wigram (2004) sugere que o espelhar vai além do comportamento musical traduzindo-se, não só por

fazer exatamente o que o paciente faz musicalmente, mas também em termos expressivos e de linguagem corporal, para que este possa rever o seu comportamento no comportamento do terapeuta.

Improvisação

Uma das atividades amplamente utilizadas com uma população com várias incapacidades diz respeito à improvisação (Edgerton, 1994; Kim, Wigram & Gold, 2008; Kim, Wigram & Gold, 2009; Wigram *et al.*, 2002).

Wigram (2004) refere que a improvisação clínica se trata da utilização da improvisação musical num ambiente seguro de forma a conhecer as necessidades do paciente. De facto, a criação de música improvisada deixa transparecer a individualidade patente em cada pessoa, sendo profundamente influenciada pelo seu meio cultural ou pelas suas experiências e preferências musicais. Deste modo, a improvisação, seja ela vocal ou instrumental, poderá ser vista como um meio de comunicação com uma forte componente de expressividade na medida em que as composições musicais resultantes da improvisação se relacionam com as preferências sonoras, rítmicas, melódicas, e/ou tímbricas dos utentes.

No trabalho com uma população com múltiplas incapacidades, a música improvisada poderá ser vista como uma ponte entre o mundo interno e externo da criança, desenvolvida como uma linguagem comum ou diálogo musical entre si e o terapeuta. As improvisações poderão ser feitas com a voz, o corpo ou os instrumentos, e podem ser livres ou podem ser criadas com base em algumas regras (Wigram *et al.*, 2002). Watson (2007), baseando-se na sua experiência profissional com uma população com diagnóstico de PEA, refere que a improvisação clínica é particularmente eficaz quando combinada com atividades baseadas em movimento, devendo a música improvisada refletir os movimentos físicos do cliente, as inflexões musicais ou o seu timbre, de modo a permitir a aceitação e compreensão da criança.

A improvisação clínica exige, por vezes, a necessidade de estabelecer alguma estrutura e previsibilidade à música. Esta estrutura varia de paciente para paciente e, inclusive, de uma situação para outra, podendo também variar de acordo com o estágio do processo terapêutico. O estruturar da improvisação permite a contenção e segurança necessárias a uma atividade que se pode revelar desafiadora e insegura para alguns pacientes (Wigram, 2004).

A partir da utilização desta atividade, pretende-se que a criança desenvolva a uma sensação de comunicação e de contacto com os outros, levando-a a vivenciar experiências musicais positivas em ambiente seguro e controlado.

Avaliação musicoterapêutica na deficiência

A música não consiste apenas num instrumento de intervenção, podendo ser também utilizada para auxiliar na avaliação da pessoa com perturbação do neurodesenvolvimento ou multideficiência. É inegável que a música constitui um valioso instrumento de diagnóstico, ajudando a avaliar o nível de desenvolvimento dos clientes ou a procurar uma compreensão mais aprofundada da sua funcionalidade através da análise das suas respostas musicais (Boxill, 1985; Ruud, 1990).

A duração da avaliação é variável, no entanto, as *guidelines* para a avaliação de pessoas com dificuldades de aprendizagem recomendam a utilização de 4 a 8 sessões, o que reflete o tempo que algumas pessoas podem levar a ajustar-se a um novo *setting*.

A avaliação permite ao cliente e ao terapeuta a oportunidade de antecipar a forma como a sessão de musicoterapia poderá ser utilizada, devendo o terapeuta “questionar” e “explorar” continuamente, levando-o a refletir se poderá ser possível o desenvolvimento de uma aliança terapêutica, se a musicoterapia constituirá a abordagem mais correta com aquele

utente e naquele tempo e espaço, e se será mais benéfica uma metodologia de trabalho individual ou de grupo (Watson, 2007).

A avaliação em musicoterapia envolve a avaliação de comportamentos musicais e não musicais e a informação pode ser recolhida de várias formas, entre elas a observação direta do indivíduo, da sua espontaneidade, relação com o som e iniciativa criativa, a recolha da sua história desenvolvimental, a consulta de relatórios de outros membros da equipa, ou a recolha de informações junto da família. Segundo Boxill (1985) não existe um modelo estanque de avaliação em musicoterapia, sendo este um ponto de alguma controvérsia entre musicoterapeutas, pois enquanto alguns defendem que a avaliação formal e estandardizada providencia maior credibilidade no processo de avaliação, outros defendem que, num processo individualizado, como no caso da intervenção em musicoterapia, se torna impossível estandardizar uma avaliação.

Ao musicoterapeuta é possível a utilização de diferentes meios, como o movimento, a recriação musical ou a improvisação vocal e instrumental, permitindo identificar potencialidades e limitações da pessoa na comunicação verbal e não-verbal, na sua capacidade de atenção, na motivação, no comportamento, na perceção sensório-motora, na coordenação psicomotora, no controlo motor fino e grosso, ou na memória a curto e a longo prazo (Davis, Gfeller & Thaut, 1999). Portanto, a interpretação do comportamento e dinâmicas sonoras e musicais do paciente poderá fornecer ao profissional elementos de avaliação cognitiva, linguística, comunicativa, psicomotora e sócio emocional, constituindo um instrumento de avaliação complementar a outros já existentes e largamente utilizados por outros profissionais de saúde. Isto revela que os elementos médicos de avaliação podem ser traduzidos em conceitos aplicáveis à musicoterapia, sendo que, também é possível traduzir o que acontece na musicoterapia em termos médicos, demonstrando a sua aplicabilidade nesta

prática (Aldridge, 1996). Deste modo, será possível uma melhor comunicação entre disciplinas e, conseqüentemente, uma maior eficácia no trabalho em equipa transdisciplinar.

Findado o processo de avaliação, cabe ao musicoterapeuta desenvolver um plano terapêutico adequado que responda às necessidades que foram observadas no paciente durante a sua avaliação. O sucesso da intervenção terapêutica está intimamente relacionado com a qualidade de uma avaliação holística do paciente (Boxill, 1985).

Intervenção em musicoterapia na deficiência

Depois de identificadas as maiores necessidades do paciente e as suas potencialidades através de uma avaliação holística, é formulado um plano terapêutico individualizado (Boxill, 1985). Deste modo, também a intervenção com este tipo de população, seja ela de que carácter for, deve levar em conta uma visão global do paciente, tomando em consideração os mais diversos aspetos que dizem respeito ao conjunto de fatores que interferem na sua vida, como o ambiente familiar ou educacional em que se encontra integrado, ou a sua acessibilidade a uma rede de suporte e de cuidados.

A intervenção com uma população com incapacidade tomará como principais objetivos a diminuição das limitações dos sujeitos nas diferentes áreas do funcionamento adaptativo, sobretudo através do recurso às suas potencialidades, a capacitação da pessoa através da diminuição das barreiras ambientais à sua atividade e participação, o apoio às famílias, orientando-as para a resolução de problemas, e a promoção da inclusão na sociedade (Palha *et al.*, 2016).

Sempre que possível, a definição dos objetivos do plano terapêutico deverá ser realizada em equipa multidisciplinar com o envolvimento de diferentes profissionais (psicólogo, terapeuta da fala, fisioterapeuta, etc.). Deste modo, os procedimentos de intervenção deverão ser, cada vez mais, multimodais, ecléticos, flexíveis, fundamentados na

prática baseada na evidência, e orientados pelos princípios anteriormente descritos e que incluem a prática centrada na família, nos pontos fortes dos indivíduos, a sua implementação em ambientes naturais, e o alcance de metas funcionais e direcionadas para o envolvimento ativo dos indivíduos na sociedade (NAC, 2015).

A intervenção com uma população com perturbação do neurodesenvolvimento e multideficiência poderá compreender âmbitos de ação muito diversificados atendendo às repercussões visíveis em vários domínios, entre eles, sensorial, comunicativo, linguístico, sócio emocional ou motor. A musicoterapia permite a atuação em cada uma destas vertentes, com efeitos terapêuticos já documentados na literatura, que resultam da aplicação metodológica e sistematizada da música e do som à individualidade do utente.

Intervenção no domínio sensorial

Este é um dos objetivos interventivos mais comumente direcionados para pacientes muito dependentes, pouco responsivos, ou até mesmo não-verbais, com graves limitações em interagir com o mundo que os rodeia. Segundo Davis *et al.* (1999), as técnicas de treino sensorial recorrem a atividades simples e estruturadas para estimular o sistema sensorial (visão, audição, tato e, menos frequentemente, o olfato e o paladar), pretendendo-se estimular o contacto entre o paciente e o meio que o rodeia, tentando promover, deste modo, a sua ativação e o seu estado de alerta. Estes autores sugerem que o treino sensorial pode ser dividido em dois níveis, sendo o primeiro deles destinado a pacientes com baixo nível de ativação e de funcionamento e, portanto, mais dependentes. Este tipo de pacientes são caracterizados por um tempo de atenção extremamente curto, por défices de motricidade fina e grossa, e por competências de comunicação minimalistas, sendo frequentemente necessário aceitar respostas simples, quer verbais, como não-verbais. Com estes pacientes os objetivos centram-se no desenvolvimento de consciência corporal, de competências de motricidade fina

e grossa, e na interação social. Como tal, as atividades de treino sensorial devem ser curtas, concretas, altamente estruturadas e de nível básico, de modo que requeiram poucas respostas verbais, não-verbais ou motoras por parte do paciente. São exemplo disso o “ouvir música” e ainda atividades de mobilidade passiva, nas quais é o terapeuta quem manipula partes do corpo do paciente de modo a poder desenvolver a sua função.

Nalguns casos, o paciente pode progredir para o segundo nível de treino sensorial em que a música é utilizada para reforçar ainda mais a consciência corporal, através de atividades de esquema corporal combinadas com música, o tempo de atenção, a memória e a função motora. Este segundo nível irá requerer mais interação social e o paciente é encorajado a participar mais ativamente nas atividades que lhe são proporcionadas. Ainda assim, as atividades são de carácter simples, repetitivo, permitindo a previsibilidade, e altamente estruturadas.

Intervenção no domínio comunicativo

Segundo Sim-Sim (1998), entende-se por “comunicação” todo o processo ativo de troca de informação que envolva a codificação (produção), a transmissão e a descodificação (compreensão) de uma mensagem entre dois, ou mais, intervenientes. Atualmente não existem dúvidas de que esta constitui uma das áreas mais comprometidas em indivíduos com diagnóstico de perturbação do neurodesenvolvimento e multideficiência e que conta já com uma vasta literatura que nos proporciona um conhecimento aprofundado da intervenção em musicoterapia neste âmbito (Brown, 1994; Duffy & Fuller, 2000; Edgerton, 1994; Finnigan & Starr, 2010; Kalas, 2012; Kim *et al.*, 2008; LaGasse, 2014; Lee & McFerran, 2012).

A “comunicação” trata-se de um conceito complexo que engloba um conjunto de competências que são requeridas para que o ato comunicativo seja concretizado com sucesso. O processo de comunicação implica a existência de trocas de turnos, de emissão de

mensagens, a atenção partilhada ou atenção conjunta, a reciprocidade e contingência da forma e conteúdo das interações, o contato ocular, a tolerância e investimento na produção sonora e as expressões vocais ou verbais que também emergem no “fazer música”.

Curiosamente, podem associar-se a estes conceitos os primeiros padrões de comunicação encontrados na interação entre mãe e bebé para o desenvolvimento de uma comunicação pré-verbal com sentido. Deste modo, pode concluir-se que a relação musical recria uma experiência partilhada de interação no “aqui e agora”, permitindo o acesso a componentes diversificadas da comunicação pré-verbal, sendo que cabe ao terapeuta a utilização de elementos ou atividades musicais, tais como a improvisação estruturada, que criem previsibilidade e nas quais será requerida uma participação ativa do paciente, num esquema de diálogo musical, com dinâmicas de pergunta e resposta, encorajando assim a utilização destes elementos de comunicação que precedem o estágio verbal (Watson, 2007; Wigram *et al.*, 2002).

A atenção conjunta é definida pelo estado interativo de envolvimento conjunto que engloba a criança, o seu interlocutor e um objeto ou acontecimento de interesse mútuo (Kim *et al.*, 2008). Neste momento são já existentes evidências do contributo da intervenção musicoterapêutica no desenvolvimento desta competência, permitindo um maior entendimento do seu carácter (Kalas, 2012; Kim *et al.*, 2008; LaGasse, 2014). Kim *et al.* (2008), num estudo realizado com crianças pré-escolares com diagnóstico de PEA, procederam à comparação entre uma intervenção musical de improvisação e uma intervenção não musical, através do “brincar”, pretendendo-se explorar a atenção conjunta em ambas. Foram registadas diferenças significativas entre ambas as condições, sendo que a intervenção musicoterapêutica foi responsável por um aumento mais acentuado das pontuações de atenção conjunta. Também LaGasse (2014), contando com a participação de 27 crianças com

diagnóstico de PEA, se propôs a comparar os efeitos de duas intervenções, musical e não musical, na estimulação de competências sociais. No entanto, enquanto os participantes do estudo de Kim *et al.* (2008) beneficiaram de intervenções individualizadas, no estudo de LaGasse (2014) foram levadas a cabo intervenções de grupo. A análise decorrente da observação comportamental, e da consequente codificação dos comportamentos-alvo, revela uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos para a atenção conjunta com os pares, com a intervenção musicoterapêutica novamente a evidenciar melhores resultados.

Uma outra competência fundamental para que o processo de comunicação ocorra com sucesso diz respeito às trocas de turnos, existindo já evidências de importantes ganhos nesta competência através da utilização da música e das suas propriedades (Brown, 1994; Kim *et al.*, 2008). Brown (1994) relata, na sua investigação, o caso de uma criança de 12 anos com diagnóstico de PEA que, após vários meses a beneficiar de uma intervenção em musicoterapia, foi capaz de estender uma ocorrência esporádica de um comportamento sem natureza interacional, a sequências intencionais de turnos comunicativos que aumentaram consideravelmente ao longo do tempo. Também no estudo de Kim *et al.* (2008), anteriormente descrito, foi reportada uma maior duração no processo de trocas de turnos comunicativos após um período de intervenção em musicoterapia.

Sendo o contacto ocular outro dos vetores de grande importância no processo comunicativo, com o propósito de determinar o impacto da intervenção em musicoterapia nesta competência em crianças com diagnóstico de PEA, foi levado a cabo o estudo de caso de Finnigan e Starr (2010) e os estudos quantitativos de Kim *et al.* (2008) e de LaGasse (2014), todos eles comparando os efeitos de uma intervenção musical com os efeitos de uma intervenção não musical. Os resultados obtidos pelos diferentes autores revelam-se congruentes. Finnigan e Starr (2010) observaram maiores ocorrências de contacto ocular

durante as sessões de intervenção com música, e Kim *et al.* (2008) e LaGasse (2014) observaram igualmente uma maior duração do contacto ocular na intervenção musicoterapêutica, observando-se um efeito significativo do mesmo.

No que diz respeito à competência de imitação, também foi possível observar, no estudo de caso de Finnigan e Starr (2010), a presença de percentagens mais baixas de comportamentos de imitação na condição não musical do que na condição musical. Por sua vez, Duffy e Fuller (2000), num estudo que contou com a participação de 32 crianças com incapacidade intelectual moderada, propuseram-se a investigar a eficácia da musicoterapia no desenvolvimento de competências sociais. Como tal, procederam à comparação entre um programa musical e um programa não musical para a estimulação de competências sociais, pretendendo estimular-se a iniciação, a troca de turnos, a vocalização, a imitação e o contacto ocular. Os resultados obtidos indicaram que, embora não tivessem sido registadas diferenças estatisticamente significativas entre as duas intervenções, no que diz respeito à competência de “imitação”, a condição musical apresentou uma tendência mais eficaz, comparativamente à condição não musical.

Por sua vez, e no que se refere à intencionalidade comunicativa, Edgerton (1994) concluiu que, após 10 sessões de música improvisada centrada na abordagem Nordoff Robins (1977), foi possível observar diferenças significativas nesta competência, com pontuações mais acentuadas no momento pós-intervenção, em comparação ao momento pré-intervenção. Lee e McFerran (2012), num estudo que contou com a participação de 5 adultos não-verbais com incapacidades múltiplas e profundas, demonstraram que estes indivíduos estão aptos para poder realizar escolhas intencionais, e que tal é possível através do desenvolvimento de competências de comunicação, tais como o contacto ocular, a expressão facial, a vocalização e o movimento corporal. Deste modo, pode-se concluir que, ao melhorar todas estas

competências comunicativas, contribuir-se-á para uma melhoria da qualidade da intencionalidade comunicativa. O trabalho a este nível revela-se fulcral para este tipo de população uma vez que a expressão de preferências e o “fazer escolhas” são considerados direitos básicos humanos que, muitas vezes, poderão ser desafiantes para pessoas com incapacidades profundas, uma vez que não conseguem recorrer a ferramentas comunicativas convencionais como a utilização da “palavra”.

Conclui-se que a intervenção em musicoterapia pode revelar-se uma abordagem de grande eficácia no desenvolvimento de competências essenciais ao processo de comunicação em crianças e adultos com dificuldades marcadas neste domínio.

Intervenção no domínio linguístico

De entre todas as formas de comunicação disponíveis (gesto, escrita, expressão facial, expressão corporal, entre outros), a comunicação verbal é, sem dúvida, a mais complexa e elaborada de que dispomos, sendo que é o sistema linguístico que a serve.

Embora em menor número que na área da comunicação, alguns estudos também têm vindo a debruçar-se sobre o impacto da intervenção em musicoterapia no desenvolvimento linguístico de crianças com perturbações do neurodesenvolvimento e multideficiência (Lim, 2010). As atividades poderão ser muito variáveis, indo desde a utilização de música isoladamente até à sua associação com objetos, miniaturas de objetos, imagens, fantoches, histórias, entre outros. Existem, no entanto, aspetos transversais a qualquer uma das atividades utilizadas. Estas deverão seguir a iniciativa criativa da criança, e deverão ser sempre estruturadas de acordo com a sua identidade sonoro-musical e de acordo com o objetivo linguístico que se pretende estimular. A estrutura e o carácter repetitivo das atividades são fulcrais na medida em que criam previsibilidade, sendo que os indivíduos

poderão ser capazes de antecipar os passos seguintes de cada ciclo das dinâmicas desenvolvidas.

Lim (2010), no seu estudo, propôs-se a examinar o efeito da música como parte integrante do treino de linguagem em crianças com PEA. Para tal, distribuiu aleatoriamente 50 crianças em idade pré-escolar com diagnóstico de PEA por três condições de treino: musical, verbal ou “sem treino”. Na condição de treino musical utilizou seis canções compostas por si contendo 36 palavras-alvo e obedecendo a uma estrutura simples com um número limitado de conceitos. Todas as canções foram compostas com recurso a padrões musicais simples e repetitivos de modo a permitir a previsibilidade e antecipação por parte dos participantes.

Os resultados revelaram que tanto a condição de treino musical, como a condição de treino verbal, tiveram um efeito significativo na produção de fala, comparando-se os momentos pré-teste e o pós-teste, contrariamente à condição “sem treino”. No entanto, no estudo em questão, ao comparar-se ambas as condições de treino (musical e verbal), não foram verificadas diferenças significativas na produção verbal das crianças. Nesse mesmo estudo, foi ainda encontrada uma interessante correlação entre a condição de treino e o grau de severidade do diagnóstico de PEA na criança, sendo que os participantes com PEA severo apresentaram maiores mudanças na produção verbal na condição de treino com música do que na condição de treino com fala e, contrariamente, os participantes com PEA leve a moderado apresentaram maiores mudanças na produção verbal em resposta a ambas as condições de treino.

Intervenção no domínio sócio emocional

Como já foi referido anteriormente, uma grande parte da população com perturbação do neurodesenvolvimento ou multideficiência apresenta défice no funcionamento ou

comportamento adaptativo, limitando e restringindo a participação e o desempenho dos sujeitos em um ou mais aspetos das atividades da vida diária, nomeadamente na sua participação social. Deste modo, poderão ser experienciadas dificuldades no seu funcionamento social, o que contribuirá para uma deterioração do seu bem-estar sócio emocional.

De acordo com o que foi anteriormente descrito, as dificuldades desenvolvimentais incluem não só incapacidades no domínio da comunicação, mas também na compreensão de normas sociais e de padrões de comportamento. Desta forma, e muitas vezes na ausência de um meio de expressão apropriado, os sentimentos destes indivíduos traduzem-se em gestos que muitas vezes são simplesmente rotulados como “desafiadores”, e interpretados como parte integrante da sua conduta (Watson, 2007).

O contributo de uma intervenção em musicoterapia neste domínio é inequívoco se se considerar que a música oferece um meio de expressão não-verbal através do qual se pode esperar uma comunicação mais inconsciente e intuitiva, facilitando a autoexpressão e a interação com o meio envolvente, com implicações diretas na autoestima dos indivíduos que dela beneficiam. Este facto também remete para a premissa de que a “incapacidade” pode surgir, não apenas derivado do *status* biológico ou psicológico do indivíduo, mas também devido à ausência de possibilidades de crescimento e de autorrealização (Ruud, 1990).

A música tem sido descrita como uma linguagem em si mesma, com inflexões, sutilezas e fortes componentes emocionais. Em contexto terapêutico, é permitido ao paciente desenvolver um mundo de sons idiossincráticos que o levam a refletir e a lidar com o seu processo de mudança, cabendo ao terapeuta a tarefa de providenciar esse ambiente musical ótimo que permita o processo de desenvolvimento do indivíduo e a sua autoexpressão. A escolha de uma música ou o simples tocar de um instrumento musical

poderá facilitar a emergência de uma diversidade de emoções que vão desde a alegria até à fúria ou à frustração. Em caso de necessidade, as palavras funcionarão como um meio de tradução do conteúdo do processo criativo para o meio verbal, funcionando como uma ponte entre os dois meios (Watson, 2007; Wigram *et al.*, 2002).

Além de facilitadora do processo de autoexpressão, a música contribui para o desenvolvimento do envolvimento social dos indivíduos. Seja entre utentes, no caso de uma metodologia de intervenção em grupo, ou entre o utente e o terapeuta, o “fazer música” é uma forma interessante e segura que permite colocar em prática várias normas do comportamento social e pragmático do nosso quotidiano, revelando-se uma ferramenta interventiva de grande potencial terapêutico numa população com alterações comportamentais.

Também o desenvolvimento da capacidade de os indivíduos representarem um papel ativo na interação musical contribui, mais tarde, para a transferência destas capacidades para outros contextos da vida diária, levando a um desenvolvimento da sua capacidade de iniciativa, da sua espontaneidade, da sua independência, da sua confiança, da sua criatividade e, conseqüentemente, da sua autoestima, quebrando muitas das barreiras da incapacidade. Para que tal seja possível, o terapeuta deverá ser facilitador do processo de participação na interação musical, criando sucessivas oportunidades de envolvimento nas dinâmicas, aproveitando o potencial criativo do paciente, e estruturando as atividades para que estas se tornem previsíveis e passíveis de poderem ser antecipadas (Wigram *et al.*, 2002).

Os autores Kim *et al.* (2009) procuraram determinar os efeitos da improvisação em musicoterapia na responsividade emocional, motivacional e interpessoal de crianças com PEA, comparando com uma abordagem não musical. Neste estudo foram encontrados efeitos significativos para os comportamentos de prazer, para o sincronismo emocional e para a

iniciação do envolvimento pela criança, tendo sido a intervenção em musicoterapia a mais eficaz na promoção destes comportamentos.

É possível, deste modo, concluir que a música permite a expressão emocional do utente, levando ao desenvolvimento da sua autoestima e que, ao potenciar a motivação e a autodeterminação nesta população se assiste, muitas vezes à transferência dessa motivação para o desenvolvimento de competências de autoajuda e de competências sociais. Por estes motivos, a intervenção no domínio sócio emocional deverá constituir um dos objetivos primordiais no trabalho terapêutico com este tipo de população.

Intervenção no domínio motor

O trabalho realizado com uma população com perturbação do neurodesenvolvimento e multideficiência é de habilitação motora, inversamente ao que acontece com vítimas de AVC e traumatismos cranianos, em que os pacientes perdem as capacidades previamente adquiridas e necessitam de reabilitação motora. Relativamente a este domínio, o principal objetivo tem sido comprovar que a música, usada de forma terapêutica, pode melhorar significativamente a força muscular da criança e, conseqüentemente, a sua mobilidade. Geralmente, assiste-se à utilização de técnicas de musicoterapia neurológica ou à combinação de exercícios de treino amplamente utilizados na promoção do desenvolvimento motor da criança em associação com o estímulo musical, sendo que este último poderá ver as suas componentes manipuladas (e.g. tempo, ritmo, intensidade, entre outros) de acordo com a individualidade dos pacientes. Deste modo, o treino da marcha, o aumento da força muscular, a rapidez dos movimentos e o aumento da capacidade pulmonar têm sido os principais objetivos das investigações encetadas por diversos autores neste domínio (Klaphajone, Thaikruea, Boontrakulpoontawee, Vivatwongwana, Kanongnuch, & Tantong, 2013; Kwak,

2007; Peng, Lu, Wang, Chen, Liao, Lin, & Tang, 2011; Wang, Peng, Chen, Lu, Liao, Tang, & Shieh, 2013).

Contributos da inclusão da família e da escola na intervenção terapêutica

Hoje em dia é indiscutível o contributo que a família representa no processo desenvolvimental de crianças com múltiplas incapacidades, sendo já frequente em muitos programas de intervenção precoce a metodologia da terapia centrada na família. No entanto, durante muito tempo, o papel dos cuidadores e/ou dos pais no desenvolvimento dos seus filhos foi negligenciado por falta de sensibilidade, não só dos investigadores, como também dos clínicos e dos próprios pais (Siller & Sigman, 2002). Presentemente, também a terapia centrada na família aplicada à intervenção musicoterapêutica se revela uma mais-valia, não só com o potencial de promover a participação destas crianças em rotinas diárias, como também de potenciar o seu envolvimento social (Thompson, McFerran & Gold, 2014; Vaiouli, 2014). Thompson *et al.* (2014), pretendendo determinar o impacto da musicoterapia centrada na família nas capacidades de envolvimento social de crianças com PEA severo, conduziram um estudo com 23 crianças em idade pré-escolar com diagnóstico de PEA, distribuindo-as aleatoriamente em dois grupos, um que beneficiaria de musicoterapia centrada na família concomitantemente com o habitual programa de intervenção precoce, e outro que beneficiaria apenas do programa de intervenção precoce. Foram registadas diferenças significativas na condição de musicoterapia centrada na família, na medida em que os pais das crianças reconheceram melhorias mais acentuadas nas interações sociais das suas crianças em casa e na comunidade. Foi ainda observado um efeito significativo no nível de desenvolvimento interpessoal das crianças nas sessões de musicoterapia centrada na família. As conclusões obtidas por estes autores vão ao encontro do que é descrito no estudo de caso de Vaiouli (2014), no qual se pretendia determinar se a intervenção de improvisação em

musicoterapia centrada na família, em contexto natural, promovia capacidades de envolvimento conjunto numa criança de 31 meses com diagnóstico de PEA. A autora concluiu que a intervenção de improvisação em musicoterapia centrada na família criou condições propícias ao envolvimento e à responsividade interpessoal, uma vez que a criança apresentou uma melhoria significativa na focalização dos rostos, e no início e resposta à atenção conjunta.

Através das conclusões obtidas no seu estudo, Siller e Sigman (2002) conseguiram ainda estabelecer uma relação preditiva entre a extensão do envolvimento do cuidador com a criança e o ganho futuro das crianças em termos das suas capacidades comunicativas.

Outros autores, como Kern e Aldridge (2006) defendem ainda que, não só se revela necessário o envolvimento e a inclusão da família no processo terapêutico, como também se torna imprescindível olhar para o contexto escolar como parte do *setting* terapêutico, particularmente em programas direcionados à primeira infância, aplicando-se uma abordagem terapêutica integrada. No seu estudo, conduzido com 4 crianças com PEA e respetivos pares e professores, procedeu-se à colocação de um centro de música na caixa de areia do recreio, pretendendo-se determinar o efeito de uma intervenção individualizada em musicoterapia levada a cabo por professores (após formação ministrada por musicoterapeutas) na interação de crianças com diagnóstico de PEA com os seus pares. Os resultados revelam que, embora o equipamento musical em si não tenha gerado os resultados desejados nas interações das crianças com PEA com os seus pares, a atração ao centro de música, a proximidade com os pares e a oportunidade para participar em atividades musicais conjuntas facilitou o envolvimento e a motivação das crianças com PEA para interagir com os pares no recreio. Num outro estudo, desenvolvido com duas crianças pré-escolares com PEA, Kern, Wolery e Aldridge (2007) propuseram-se a determinar os efeitos de músicas do “Bom dia” compostas

individualizadamente, e implementadas por professores em contexto escolar, na performance durante a rotina do “cumprimentar”. Os autores concluíram que a implementação de músicas individualizadas em contexto escolar facilitou a aquisição da rotina do “cumprimentar” em crianças com PEA. Deste modo, partindo dos resultados obtidos nestes estudos, conclui-se que as intervenções individualizadas baseadas em princípios de intervenção em musicoterapia podem ser implementadas com sucesso por professores em contexto escolar.

Objetivos do estágio

Com base na revisão de literatura, e assumindo como ponto de focagem a intervenção musicoterapêutica com uma população de crianças com perturbação do neurodesenvolvimento e multideficiência, foram estabelecidos os seguintes objetivos para o estágio descrito no presente documento:

- Sensibilizar a equipa técnica/terapêutica para os benefícios de uma intervenção em musicoterapia junto da pessoa com incapacidade;
- Acrescentar a intervenção em musicoterapia a um projeto de intervenção multidisciplinar com pessoas com incapacidade já existente na instituição;
- Desenvolver as competências de comunicação verbais e pré-verbais dos sujeitos através da utilização da música;
- Contribuir para o desenvolvimento dos sujeitos no domínio relacional através da experiência musical partilhada;
- Contribuir para o alargamento dos meios de expressão emocional;
- Contribuir para a estimulação de competências motoras dos sujeitos através da utilização da música;

Metodologia

Neste capítulo proceder-se-á à descrição da abordagem metodológica adotada ao longo deste estágio. Para tal, considera-se pertinente a descrição da amostra com a qual se interveio, a descrição dos instrumentos utilizados nos momentos de pré e pós-intervenção de forma a monitorizar o progresso terapêutico dos clientes, a descrição dos procedimentos adotados nas diferentes fases do estágio, e também as atividades e materiais aos quais se recorreu.

Participantes

Na tentativa de uniformizar a população-alvo do presente estágio curricular, optou-se por intervir exclusivamente com a população da valência sócio educativa, constituída por dezasseis crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 18 anos. Embora esta valência incluía dezasseis crianças, ao longo do estágio, apenas quinze beneficiaram de intervenção em musicoterapia (n=15) devido à ausência prolongada de uma das crianças que se encontrava a receber tratamentos no CHS – Centro de Estimulação Intensiva.

Dos quinze clientes incluídos na amostra, oito beneficiaram de sessões individuais, com frequência semanal e duração aproximada de 30 minutos. Foram ainda constituídos dois grupos, um grupo A, com quatro elementos funcionalmente mais autónomos, e um grupo B, com cinco elementos funcionalmente mais dependentes. Ambos os grupos beneficiaram de sessões com frequência semanal e duração aproximada de 45 minutos. Dos sujeitos que constituíam o grupo A, dois receberam ainda sessões individuais com frequência semanal e duração de 30 minutos.

Apresentam-se, em seguida, três tabelas com informações específicas acerca dos clientes que beneficiaram de sessões com uma metodologia individual (tabela 1), dos clientes incluídos no grupo A (tabela 2) e dos clientes incluídos no grupo B (tabela 3). As

informações dizem respeito ao seu nome, sendo utilizadas apenas iniciais por questões de confidencialidade, sexo, idade, data de admissão na instituição, diagnóstico e ainda o número total de sessões frequentadas.

Tabela 1 - *Descrição dos clientes acompanhados individualmente (n=8)*

Nome	Sexo	Idade	Data Admissão	Diagnóstico	Sessões
D.M.	Feminino	15A;9M	Setembro 2013	P. desenvolvimento intelectual	20
I.G.	Feminino	16A;7M	Setembro 2013	P. desenvolvimento intelectual	21
Isac	Masculino	8A;8M	Setembro 2016	Paralisia cerebral espástica	24
G.F.	Masculino	14A;3M	Setembro 2010	Perturbação espectro autismo	24
D.B.	Masculino	14A;9M	Setembro 2012	Perturbação espectro autismo	24
B.C.	Feminino	14A;9M	Setembro 2015	Síndrome de imunodeficiência	19
T.F.	Masculino	10A;9M	Setembro 2014	P. desenvolvimento intelectual	21
Pedro	Masculino	8A;7M	Setembro 2017	Perturbação espectro autismo	26

Tabela 2 - *Descrição dos clientes do grupo A (n=4)*

Nome	Sexo	Idade	Data Admissão	Diagnóstico	Sessões
D.M.	Feminino	15A;9M	Setembro 2013	P. desenvolvimento intelectual	21
I.G.	Feminino	16A;7M	Setembro 2013	P. desenvolvimento intelectual	23
T.G.	Masculino	17A;8M	Setembro 2012	Distrofia miotónica de Steinert	21
D.P.	Feminino	17A;1M	Setembro 2013	P. desenvolvimento intelectual	22

Tabela 3 - Descrição dos clientes do grupo B (n=5)

Nome	Sexo	Idade	Data Admissão	Diagnóstico	Sessões
T.C.	Feminino	16A;7M	Setembro 2013	Paralisia cerebral espástica	26
B.C.	Feminino	12A;11M	Setembro 2016	Síndrome de Down	26
N.M.	Feminino	13A;11M	Setembro 2015	Agnosia corpo caloso	27
A.C.	Feminino	15A;3M	Setembro 2017	Paralisia cerebral espástica	16
I.F.	Feminino	11A;2M	Setembro 2016	Gangliosidose GM1	26

Considerando os dados demográficos disponíveis nas tabelas pode concluir-se que a média de idades do total da amostra se situa nos 13,3 anos. A média de idades do grupo A é de 16,3 e a média de idades do grupo B é de 13,4. Relativamente ao género, 40% da amostra é do sexo masculino e 60% é do sexo feminino. No que diz respeito aos diagnósticos 27% da amostra apresenta o diagnóstico de PDI (n=4), 20% o diagnóstico de PEA (n=3), 20% o diagnóstico de paralisia cerebral (n=3), 7% o diagnóstico de síndrome da imunodeficiência (n=1), 7% o diagnóstico de distrofia miotónica de Steinert (n=1), 7% o diagnóstico de síndrome de Down (n=1), 7% o diagnóstico de malformação do Sistema Nervoso Central (SNC), nomeadamente com a agnosia do corpo caloso (n=1), e 7% o diagnóstico de gangliosidose GM1 (n=1).

Como se pode inferir pela longa lista de diagnósticos, esta intervenção ficou marcada pela diversidade de problemáticas e características dos indivíduos, e pela marcada influência das patologias nos seus perfis de desenvolvimento.

Instrumentos de avaliação

De acordo com o que foi referido anteriormente, ao longo do presente estágio foram realizados dois momentos distintos de avaliação, um no momento pré-intervenção e outro no momento pós-intervenção. Para a avaliação foram utilizados métodos de avaliação formal e

informal que incluíram a observação participante e o recurso a instrumentos de avaliação de carácter qualitativo.

Observação participante

Segundo Fortin (1999), a observação deverá ser utilizada quando o objetivo de estudo requer a recolha de dados que dificilmente poderiam ser obtidos de outra forma para além da observação, ou quando se crê que os sujeitos em estudo poderiam modificar as suas respostas ou os seus comportamentos através da utilização de uma abordagem mais estruturada. Além disso, a observação participante permite o conhecimento do fenómeno em estudo a partir do seu interior, permitindo também o envolvimento do investigador nas situações. De forma a tirar o proveito máximo da observação concretizada pela estagiária, foi essencial o registo sistemático dos principais acontecimentos que foram decorrendo ao longo das sessões. Estes registos foram, mais tarde, numa fase final do estágio, analisados e interpretados à luz dos objetivos que se pretendiam avaliar, e cruzados com os dados obtidos através de uma avaliação formal, nos casos em que esta foi levada a cabo. Importa ainda salientar que esta recolha de dados foi realizada em contexto de sessão, no espaço reservado às sessões de musicoterapia, ou em contexto de sala de aula, dado que estes constituíam os meios onde a observação seria realizada de forma mais natural, evitando o enviesamento dos resultados e a influência de outras variáveis estranhas (Fortin, 1999).

Escala de comunicação pré-verbal (ECPV)

Além da observação, transversal a todo o estágio, recorreu-se à utilização da Escala de Comunicação Pré-Verbal (ECPV), da autoria de Chris Kiernan e Barbara Reid (1987). Esta escala, constituída por 195 itens, destina-se a avaliar as capacidades de comunicação não-verbal existentes em crianças, jovens ou adultos que se encontrem numa fase de comunicação pré-verbal (apêndices A e B).

A ECPV encontra-se dividida em dois grandes grupos, sendo eles os comportamentos pré-comunicativos e a comunicação intencional (formal e informal). Na linha divisória entre estes dois grandes grupos encontram-se as áreas de imitação motora e de imitação vocal, dado que estas tanto podem ser consideradas comunicativas como não comunicativas. Os comportamentos pré-comunicativos e a comunicação intencional encontram-se subdivididas em 27 grupos mais específicos, sendo cada um deles constituído por 2 a 14 itens. Nos comportamentos pré-comunicativos encontram-se as áreas “necessidades e preferências”, “ver e olhar e uso de suportes visuais”, “controlo de mãos e braços”, “interação social sem comunicação”, “ouvir e escutar”, “desenvolvimento dos sons e controlo da musculatura da fala”, “uso consistente do ruído”, “expressão das emoções/não comunicativas” e “música e canto”. Por sua vez, nos comportamentos de comunicação intencional informal encontram-se as áreas “dar”, “comunicação através de imagens, objetos, movimento global do corpo, gestos, manipulação, apontar, olhar e uso comunicativo dos sons” e “expressão da emoção comunicativa e manipulação da emoção”. Finalmente, nos comportamentos de comunicação intencional formal encontram-se as áreas “compreensão da comunicação não vocal, vocalizações, fala e emoções” e “uso da comunicação através de símbolos, gestos ou fala”.

Aos itens observados no contexto de aplicação são feitas cotações qualitativas (sim ou não) ou cotações numéricas (3/3, 2/3 ou 1/3), de acordo com a frequência de ocorrência de um determinado comportamento avaliado. Aos itens relacionados com o quotidiano do aluno, ou seja, que apenas são passíveis de ser observados ao longo do tempo são novamente utilizadas cotações qualitativas (frequentemente, raramente ou nunca). Existe ainda a possibilidade de serem acrescentados comentários ao longo da escala.

Uma das vantagens da utilização da ECPV é que a forma como se encontra estruturada, contemplando diferentes áreas de comportamentos, auxilia na formulação de um

plano de intervenção onde são estabelecidos objetivos gerais e específicos de acordo com as necessidades evidenciadas na escala e de forma a aproveitar, enquanto recursos, as áreas fortes evidentes na escala. O próprio instrumento contempla uma folha de planeamento do programa que pode ser utilizada como auxílio para a definição de um plano terapêutico.

Procedimentos

O estágio teve início a 22 de setembro de 2017 e terminou a 15 de junho de 2018, tendo decorrido em diferentes fases, nomeadamente na fase de integração e de observação, na fase de avaliação pré-intervenção, na fase de intervenção e na fase de avaliação pós-intervenção.

Fase de integração e observação

Esta primeira fase teve a duração aproximada de um mês. No decorrer da mesma a estagiária foi integrada em todo o funcionamento da instituição, com a apresentação das diferentes valências do CRIF, nomeadamente da valência sócio educativa, do CAO e da formação profissional, e com a leitura do código ético e deontológico da instituição.

Ainda no decorrer das duas primeiras semanas de estágio, a estagiária teve de optar por uma das três valências integrantes da instituição, neste caso a valência sócio educativa, com a qual viria a intervir. Esta opção foi tomada considerando vários fatores, entre eles o facto do número de elementos da valência sócio educativa ser consideravelmente inferior ao das restantes valências, facilitando o processo de encaminhamento e de seleção dos clientes que iriam beneficiar de acompanhamento em musicoterapia, e o facto de a estagiária já possuir de antemão alguma experiência profissional com uma população infantojuvenil. Nesta fase foi ainda levada a cabo a preparação do *setting* terapêutico durante a qual também foi feito o levantamento dos materiais/instrumentos disponíveis na instituição para serem utilizados nas sessões de musicoterapia.

O primeiro mês de estágio culminou com duas semanas de observação direta dos clientes da valência sócio educativa em contexto de sala de aula, por se considerar que este seria um dos seus contextos naturais, de frequência habitual, permitindo uma maior familiaridade e, portanto, ideal para se realizar uma observação direta do tipo informal. Procedeu-se ainda à consulta dos seus processos clínicos, nos quais foi possível aceder a todos os dados demográficos que permitiram a caracterização da amostra, e ainda aos planos individuais onde se encontravam expostos os objetivos gerais e específicos delineados por toda a equipa envolvida na intervenção, em reunião multidisciplinar. A consulta dos planos individuais dos clientes foi extremamente importante para a estagiária na medida em que, mais tarde, permitiu adequar os objetivos gerais e específicos de intervenção terapêutica com cada cliente aos que já tinham sido anteriormente definidos pela restante equipa, permitindo que a intervenção fosse eclética e multimodal, mas com um foco interventivo comum.

Findada a fase de observação, procedeu-se à organização e estruturação da agenda semanal de trabalho, algo que ofereceu algumas dificuldades à aluna estagiária, obrigando a várias reformulações do horário. As dificuldades prenderam-se não só com a complexidade de criação de critérios para a definição da duração das sessões ou da utilização de uma metodologia individual ou de grupo, mas também com o facto das crianças e jovens que frequentam a instituição beneficiarem de várias atividades e terapias (fisioterapia, terapia ocupacional, psicomotricidade, terapia da fala, hipoterapia, dança, teatro ou educação física) que já se encontravam distribuídas pelos seus horários, dificultando a existência de um horário útil e compatível para a intervenção em musicoterapia. O horário acabou por ser definido com o acompanhamento em sessão individual das crianças que, em termos de funcionalidade, são completamente dependentes, criando-se um grupo com as crianças que,

de acordo com o seu nível de funcionalidade, têm alguma autonomia (grupo B), e outro grupo com as crianças e jovens que funcionalmente são bastante autónomas (grupo A).

Por fim, foi realizada a apresentação, junto de toda a equipa integrante do CRIF, de uma pequena ação de formação subordinada ao tema “Introdução à Musicoterapia” por se considerar que os conhecimentos da instituição neste âmbito eram escassos.

Fase de avaliação pré-intervenção

Seguiu-se a fase de avaliação realizada num momento pré-intervenção que decorreu sensivelmente entre os meses de novembro e dezembro de 2017, com a duração média de 4 a 6 sessões, o que vai ao encontro do que é descrito na literatura por Watson (2007) que defende que a avaliação de pessoas com dificuldades de aprendizagem requer a utilização de 4 a 8 sessões, refletindo o tempo que alguns clientes podem levar a ajustar-se a um novo *setting*. Durante esta fase procedeu-se à avaliação formal e informal dos clientes. Esta avaliação incluiu não só a observação participante, como também o recurso a instrumentos de avaliação de carácter qualitativo que se encontram descritos em pormenor no subcapítulo “Instrumentos de Avaliação”.

Fase de intervenção

Esta consistiu na mais longa fase do estágio, tendo decorrido sensivelmente desde meados do mês de dezembro até maio de 2018. Durante este tempo foram levadas a cabo sessões que eram previamente planeadas pela estagiária, obedecendo a um formato semiestruturado, no qual se encontrava definida uma estrutura de base, idêntica em todas as sessões, existindo no entanto espaço para a adaptabilidade à individualidade de cada um dos clientes. Cada uma das sessões de musicoterapia era iniciada por uma canção de boas vindas, cantada e acompanhada pela guitarra acústica, sofrendo adaptações de acordo com o dia da semana ou de acordo com o nome da criança. A parte que se seguia contemplava a maior

parte das atividades levadas a cabo no decorrer da sessão, utilizando-se sobretudo a improvisação musical, a recriação musical ou os jogos sonoros associados a dinâmicas corporais. O término da sessão era geralmente marcado com uma canção de despedida. Pavlicevic e Wood (2005) defendem que as crianças necessitam de uma estrutura clara para se relacionarem, sendo que, nos casos em que esta estrutura não é clara, não existe foco da sua atenção. Estas autoras propõe um modelo de intervenção com o início, meio e fim das sessões bem definidos, seguindo qualquer iniciativa da criança, dando-lhe desde modo a experiência de controlo, mas mantendo ao mesmo tempo um ambiente seguro com fronteiras bem definidas.

Todas as sessões foram gravadas em vídeo, com a autorização prévia dos encarregados de educação dos clientes (anexo A) e dos próprios clientes, nos casos em que lhes foi possível dar esse consentimento. Deste modo, ficou facilitado o processo de recolha e posterior análise dos dados, atendendo ao facto de que o registo de dados não deve consistir um elemento distrator para os sujeitos em estudo (Fortin, 1999).

À medida que se aproximava o final do estágio, todas as crianças e jovens, independentemente do seu grau de funcionalidade e independentemente do seu nível de compreensão, foram sendo gradualmente preparados para o fim das sessões. No caso das crianças e jovens funcionalmente mais autónomas e com bom nível de compreensão, esta preparação foi sendo realizada verbalmente, em diálogo. No caso das crianças e jovens funcionalmente mais dependentes e com compromissos graves a moderados ao nível da compreensão, esta preparação foi levada a cabo através de um painel com pistas visuais à semelhança do que é descrito no estudo de White (2015). Neste caso foram utilizadas fotografias da estagiária dispostas no painel, sendo que a cada uma das últimas cinco sessões,

uma das fotografias era retirada em conjunto com a criança ou jovem, até não restar nenhuma (apêndice C).

Fase de avaliação pós-intervenção

No decorrer das duas últimas semanas de estágio na instituição, a estagiária procedeu à reavaliação dos clientes, desta vez numa fase pós-intervenção, utilizando-se os mesmos instrumentos relativos ao momento pré-intervenção, permitindo a avaliação do progresso terapêutico dos clientes.

Atividades, técnicas e materiais em musicoterapia

Ao longo das sessões de musicoterapia as crianças foram incentivadas a desempenhar um papel ativo no processo de criação musical, cabendo à aluna estagiária a utilização de atividades e técnicas que permitissem que crianças e jovens mais incapacitados tomassem parte no processo, tornando-se eles próprios participantes bem-sucedidos. Através desta interação, procurou-se suportar e potenciar as competências expressivas e criativas dos clientes e ainda a sua capacidade de estar em relação com os outros.

Uma das atividades amplamente utilizada em contexto de sessão diz respeito à improvisação, tendo-se procurado incentivar a exploração dos instrumentos musicais e das suas sonoridades por parte da criança. Geralmente, as iniciativas e investidas sonoro-musicais da criança eram acompanhadas pela estagiária harmonicamente através da guitarra acústica, e melodicamente através da voz (com ou sem o recurso à palavra). Nesta fase é extremamente relevante a total aceitação da criança e da sua produção musical, seja ela constituída por movimentos idiossincráticos, no caso das estereotipias motoras, vocalizações, recurso a palavras, ou outros movimentos corporais. É ainda frequente que caiba ao terapeuta a tarefa de iniciar a improvisação musical. Sempre que se verificou esta necessidade por parte da

estagiária, a mesma foi encarada como um convite à interação, visando o trabalho ao nível das competências de interação e de iniciativa comunicativa das crianças e jovens.

Recorreu-se ainda à utilização de outras atividades conhecidas da musicoterapia como os jogos sonoros, sobretudo associados a dinâmicas corporais, a recriação musical, a construção de canções, o tocar de instrumentos ou a escuta musical. Neste estágio foi privilegiada a utilização de atividades musicoterapêuticas ativas, tendo-se recorrido pontualmente a atividades musicoterapêuticas passivas, como o caso da escuta musical. Verificou-se ainda a necessidade de utilizar técnicas de musicoterapia como o espelhar, a imitação, a pausa ou espera estruturada, ou a expectativa.

Para o bom funcionamento do estágio em musicoterapia foi ainda fundamental a existência de vários recursos materiais, entre eles a utilização de um espaço com mantas e almofadas, a utilização de uma câmara de vídeo e ainda a utilização de vários instrumentos musicais, alguns deles adquiridos pela estagiária, e outros cedidos pela instituição. De entre os instrumentos musicais pôde-se contar com uma guitarra acústica, um ukulele, um xilofone, dois djambés, uma kalimba, dois kazoos, um *ocean drum*, um zaphir[®] blue moon – winter chimes, uma harmónica, um tamborim, uma pandeireta, uma pulseira de chocalhos, três pares de clavas, dois reco-recos, dois pares de castanholas, cinco ovinhos, um triângulo, uma caixa chinesa, uma flauta de bisel e uma guizeira.

Agenda semanal

A estagiária frequentou a instituição no horário entre as 9h e as 13h das terças-feiras, quartas-feiras e sextas-feiras de cada semana, perfazendo um total de 10 sessões semanais. Cada uma das sessões encontrava-se espaçada da seguinte por um intervalo de 15 minutos durante o qual eram efetuados os registos de sessão e a preparação do *setting* para a sessão

seguinte. A tabela que se segue ilustra o horário semanal das sessões de musicoterapia levadas a cabo durante o presente estudo:

Tabela 4 - Agenda semanal

Horas	Terça-feira	Quarta-feira	Sexta-feira
9h15 – 9h45	B.C.	D.M.	I.G.
10h00 – 10h30	D.B.	--	M.V.
10h45 – 11h15	R.F.	T.F.	G.F.
11h30 – 12h15	Grupo 2	Visita ao CAO	Visita ao CAO
12h15 – 13h00	Grupo 1	Visita ao CAO	Visita ao CAO

Outros projetos

Desde o início do estágio a estagiária mostrou-se disponível para colaborar noutros projetos que se revelassem pertinentes para a instituição e nos quais a sua participação se mostrasse uma mais-valia. Como tal, ao longo do estágio, em conjunto com a valência de psicomotricidade, e de forma a potenciar a utilização da ludoteca da instituição, foram dinamizados contos infantis originais, dramatizados e com uma componente de expressão musical. Foi ainda solicitado à aluna estagiária que integrasse a animação para o dia mundial da criança, no qual foi apresentado um teatro musical subordinado ao tema da diferença e da aceitação da pessoa com deficiência e intitulado “Diferenças precisam-se!”.

Findado o estágio curricular, a 6 de julho de 2018, a estagiária dinamizou uma ação de formação direcionada aos encarregados de educação das crianças que frequentaram a intervenção em musicoterapia pretendendo dar conhecimento do trabalho realizado na instituição ao longo do ano letivo.

Estudos de caso

Segue-se a exposição de dois casos clínicos nos quais será apresentado, em pormenor, o processo de avaliação e de intervenção musicoterapêutica, e onde é realizada uma reflexão acerca dos principais progressos, interpretados à luz do enquadramento teórico. Considerando que a metodologia científica do presente relatório se trata do estudo de caso, importa referir que se torna impossível a generalização dos seus resultados à população. De facto, a utilização de uma amostra por conveniência, como no caso deste estudo em particular, cria este tipo de constrangimentos no que diz respeito à representatividade do estudo (Fortin, 1999).

Estudo de caso I - Pedro

Descrição do caso

O Pedro (nome fictício), de 8 anos e 7 meses, é o mais novo de uma fratria de dois irmãos. Vive com o irmão, a mãe e o pai, de 15, 38 e 43 anos, respetivamente. Trata-se de uma família socioeconomicamente equilibrada que se revela empenhada no desenvolvimento e bem-estar da criança, assegurando os seus cuidados de saúde, alimentação, segurança e higiene.

O menino é fruto de uma gravidez desejada, devidamente acompanhada, e que decorreu sem quaisquer complicações. Nasceu à 42^a semana de gestação e o parto foi eutócico. Foi diagnosticado com PEA aos 2 anos e 10 meses. Os pais aperceberam-se das primeiras alterações por volta dos 8 meses de idade, pois o menino só olhava para as suas mãos, não revelando interesse em interagir com os pais ou com o irmão mais velho.

O Pedro frequenta o CRIF desde os 7 anos em regime de semi-internato, encontrando-se integrado num grupo composto por quatro alunos sob a orientação de uma professora de ensino especial e de uma auxiliar de ação pedagógica. Além do Currículo Específico

Individual (CEI), o menino é acompanhado por técnicos especializados na instituição, nomeadamente pela fisioterapeuta, psicomotricista, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala, professora de educação física e pela estagiária de musicoterapia. Anteriormente frequentou o jardim-de-infância desde os 3 anos, tendo beneficiado de adiamento escolar. Até então foi apoiado pela ELI nas valências de terapia ocupacional e terapia da fala. Frequentou ainda musicoterapia entre os 4 e os 7 anos, em apoio particular, em sessões individuais, com frequência semanal e com a duração de 30 minutos.

O Pedro foi encaminhado para a valência de musicoterapia por vontade dos pais que deixaram de poder assegurar o acompanhamento particular em musicoterapia e que tiveram conhecimento da realização do estágio curricular de musicoterapia no CRIF.

Avaliação inicial

A avaliação decorreu ao longo do mês de outubro e foi realizada através da observação clínica, da consulta do processo do Pedro, de descrições de outros técnicos, e através do preenchimento de alguns dos parâmetros da ECPV de Kiernan e Reid (1987).

No que diz respeito ao domínio comunicativo e linguístico, e segundo relatório da valência de terapia da fala, verifica-se que o Pedro apresenta uma perturbação da comunicação, comunicando essencialmente através de competências comunicativas pré-verbais. Apresenta grandes dificuldades ao nível da competência de atenção conjunta, algo que também é dificultado pelo seu curto tempo de atenção/concentração. Não revela grande interesse no estabelecimento e manutenção do contacto ocular com os seus pares. É frequente o recurso ao gesto, sobretudo com uma função instrumental e reguladora, pretendendo a obtenção de algo do meio que seja do seu interesse. A este respeito, na ECPV revelou adquiridos os itens “utilização de gestos simples para expressar necessidades”, o “acenar em gesto de adeus quando outra pessoa vai sair ou quando ele se vai embora” e o “acenar em

adeus para mostrar que quer que outra pessoa se vá embora”. Apesar de se tratar de uma criança não-verbal, utiliza funcionalmente 3 a 4 palavras, nomeadamente “ua” (“rua”), “oá” (“olá”), “chau” (“adeus”) e “na” (“não”) de modo a expressar os seus desejos e necessidades. O Pedro apresenta uma compreensão verbal superior à sua expressão verbal oral, compreendendo várias ordens simples contextualizadas que demonstra ter percebido, mudando ou adequando o seu comportamento. Sempre que quer mostrar o seu desagrado fá-lo sobretudo com recurso ao grito e ao choro, entoando por vezes pequenos excertos de melodias como o caso da melodia dos “parabéns”. Os seus períodos de maior frustração coincidem com alturas em que existe muito barulho e confusão, como a existência de ruídos fortes (transportes pesados, campainhas, entre outros). Gosta de frequentar ambientes calmos.

Tentou-se, anteriormente, implementar um sistema de comunicação alternativo, com recurso a símbolos Widjit. Verificou-se que o Pedro possui uma boa representação simbólica, reconhecendo e identificando convenientemente os símbolos, no entanto não atribui intencionalidade e funcionalidade comunicativa com os mesmos, não os utilizando quando pretende comunicar uma necessidade sua.

Apresenta vários padrões motores atípicos, como andar em equino, movimentar-se em padrões circulares, ou entrar frequentemente em padrão de extensão; estereotípias vocais que consistem em vocalizações sem uso funcional; e ainda, estereotípias motoras, como o brincar com as suas mãos e com os seus dedos, ou a necessidade permanente de trazer consigo folhas de plantas, como se se tratasse de um elemento securizante. No que diz respeito ao controlo de esfíncteres, não usa fralda, mas não sinaliza consistentemente a sua necessidade em ir à casa de banho, sendo frequente precisar de mudar de roupa ao longo do dia.

Relativamente ao seu relacionamento com os pares trata-se de uma criança que, em pequeno grupo, se aproxima dos seus pares, mas que não se envolve e que não revela

interesse em interagir com os mesmos, a não ser que pretenda obter algo que deseja do meio que o rodeia, atribuindo portanto uma função instrumental aos seus pares, e não relacional. A este respeito, aquando do preenchimento inicial da ECPV apresentou uma baixa cotação nas categorias “interação social sem comunicação”, “imitação motora” e “imitação vocal”.

O Pedro revela, em todos os contextos que frequenta, um interesse muito particular pela música, trauteando pequenos excertos de melodias com alguma frequência. Este é um dos motivos que leva os pais a considerarem que a música poderá constituir uma ferramenta de vasto potencial terapêutico com o Pedro e que motivou o seu encaminhamento para a valência de musicoterapia.

Plano terapêutico

Considerando as informações recolhidas durante o processo de avaliação, foi possível ter conhecimento do conjunto das necessidades e potencialidades do Pedro, levando ao estabelecimento de um plano terapêutico. As dificuldades mais acentuadas do Pedro diziam respeito aos domínios comunicativo e relacional. Como tal, definiu-se enquanto objetivo geral a estimulação de competências comunicativas pré-verbais, nomeadamente com o desenvolvimento da atenção conjunta, da troca de turnos comunicativos e da produção verbal oral em contexto de sessão. Foi ainda proposta a promoção do interesse relacional com os seus pares, procurando desenvolver o interesse pelas ações dos pares em contexto de sessão e estimulando, a partir daí, comportamentos de imitação não-verbal e vocal. Outra das preocupações manifestadas em reunião de equipa multidisciplinar dizia respeito à presença de padrões motores atípicos no Pedro. Como tal, ficou definido no plano terapêutico enquanto objetivo geral a minimização de padrões motores atípicos em contexto de sessão musicoterapêutica, nomeadamente a reeducação do padrão de marcha em equino e a redução do padrão de movimentos circulares e do padrão de extensão.

Tabela 5 - Plano terapêutico do Pedro.

Problemas identificados	Objetivos	Sub-objetivos
1) Dificuldades no domínio comunicativo;	Estimulação de competências comunicativas pré-verbais;	<p>a. Desenvolver a capacidade de atenção conjunta em contexto de sessão;</p> <p>b. Promover trocas de turnos comunicativos em contexto de sessão;</p> <p>c. Estimular a produção verbal oral em contexto de sessão.</p>
2) Ausência de interesse pelas relações com os seus pares;	Promover o interesse relacional com os seus pares;	<p>a. Desenvolver interesse pelas ações dos pares em contexto de sessão;</p> <p>b. Promover comportamentos de imitação não-verbal em contexto de sessão;</p> <p>c. Promover comportamentos de imitação vocal em contexto de sessão.</p>
3) Presença de padrões motores atípicos;	Minimizar os padrões motores atípicos;	<p>a. Reeducar o padrão de marcha em equino em contexto de sessão;</p> <p>b. Reduzir o padrão de movimentos circulares em contexto de sessão;</p> <p>c. Reduzir o padrão de extensão em contexto de sessão.</p>

Processo terapêutico

O Pedro frequentou 26 sessões individuais de musicoterapia. Pode afirmar-se que o processo terapêutico decorreu em diferentes fases, geralmente assinaladas por mudanças na atitude e no comportamento do Pedro. Apesar da existência de diferentes fases, foi possível reconhecer um *continuum* entre as sessões, tratando-se de algo que não foi imposto, sugerido ou provocado pela estagiária, mas que aconteceu de uma forma natural, muitas vezes por iniciativa do Pedro que, de semana para semana, trazia consigo conteúdo da sessão anterior para a sessão seguinte (e.g. excertos melódicos utilizados em sessões anteriores ou

exploração do instrumento da sessão anterior), como se pretendesse dar continuidade a algo que tinha começado a ser previamente construído.

No decorrer do processo terapêutico recorreu-se sobretudo à improvisação musical tentando explorar as iniciativas e investidas sonoro-musicais do Pedro.

Numa fase inicial, que decorreu entre as primeiras 3 a 4 sessões, o Pedro foi-se movimentando pela sala sempre junto das paredes, descrevendo círculos no espaço disponível durante todo o tempo de sessão, não revelando particular interesse em explorar os instrumentos dispostos no centro da sala ou pelos convites à interação musical que iam sendo realizados pela estagiária. Poderá atribuir-se este comportamento ao tempo necessário para a adaptação ao *setting*, como se se tratasse de um reconhecimento do espaço nos seus limites físicos e funcionais, à semelhança do que é descrito por Watson (2007). Enquanto o Pedro adotava este padrão de movimento, a estagiária foi espelhando de forma rítmica o seu padrão de marcha na guitarra.

No decorrer da sessão número 3, e numa destas ocasiões, enquanto a estagiária tocava na guitarra uma música que havia sido descrita como fazendo parte da sua identidade sonoro-musical - “Sou uma taça” – Panda e os Caricas –, o Pedro começou a marcar o ritmo da música com os seus pés com bastante definição, levando a crer que a sua ação foi intencional e que havia aceitado o convite à interação por parte da estagiária. Segundo Wigram *et al.* (2002), uma das funções primárias da musicoterapia com crianças com perturbações do neurodesenvolvimento diz respeito à utilização terapêutica da música como forma de encorajar o contacto e a interação. A longo prazo, esta dinâmica foi também aproveitada para reeducar o seu padrão de marcha em equino, tentando evitar deste modo o encurtamento do tendão de Aquiles. Para marcar o ritmo, o Pedro teria de colocar toda a planta do pé no chão sendo que, de cada vez que voltava a colocar o pé em equino, a guitarra deixava de tocar.

Foi ainda no final da sessão número 3 que o Pedro parou de se movimentar junto às paredes da sala e começou a construir uma torre de almofadas no centro da sala, tendo permitido pela primeira vez a participação e o envolvimento da estagiária numa atividade que o próprio havia tido a iniciativa de começar. Para a estagiária foi significativo o facto de ter feito a construção com almofadas no centro da sala, no espaço que a mesma costumava ocupar, parecendo tratar-se de um convite à interação.

A partir da sessão número 4 o Pedro permitiu-se a explorar, pela primeira vez, um instrumento em conjunto com a estagiária, neste caso o *ocean drum*. O Pedro mostrou-se fascinado pelos movimentos das esferas que a estagiária ia acompanhando com vocalizações, no sentido de estimular as suas produções verbais. Pavlicevic e Wood (2005) privilegiam a utilização de determinados instrumentos, não só devido à sua qualidade sonora, mas também devido ao seu efeito visual, e Watson (2007) defende que os tambores do mar poderão ser muito motivadores para crianças com autismo, captando a sua atenção, e constituindo um ponto de partida útil na sessão de musicoterapia.

Embora se permitisse à exploração conjunta do instrumento, nesta fase o Pedro ainda não o conseguia fazer durante muito tempo, acabando por puxar o *ocean drum* que ambos partilhavam entre as mãos para si, excluindo a estagiária da tarefa, e começando novamente uma exploração individual do mesmo. Nesses momentos, nos quais o Pedro parecia não suportar ainda tal nível de proximidade, ao ponto de partilhar o mesmo instrumento, a estagiária limitava-se a espelhar a sua sonoridade num outro instrumento, respeitando o seu espaço. Ao explorar o instrumento individualmente o Pedro ia, no entanto, dando continuidade às vocalizações que a estagiária havia feito com ele anteriormente, sempre que as esferas rolavam pelo *ocean drum*, revelando, pela primeira vez em sessão de musicoterapia, um comportamento de imitação vocal. Watson (2007) defende que o

desenvolvimento de competências como a imitação constituem um dos objetivos terapêuticos de maior importância com crianças com PEA.

Nas quatro sessões seguintes, logo que chegava à sala, era o Pedro quem tinha a iniciativa de pegar no *ocean drum*, manifestando o seu desejo de dar continuidade ao que havia sido explorado nas sessões anteriores. Numa destas sessões, enquanto movimentava as esferas do *ocean drum* acompanhadas de vocalizações em conjunto com a estagiária, o Pedro vocalizou “uh uh, eh eh”. A estagiária reconheceu a semelhança destas vocalizações com o refrão da música “Dialeto de Ternura” da banda Da Weasel e, como tal, resolveu tocar a melodia do refrão desta música no xilofone. O Pedro reagiu de imediato, tendo-se deslocado para junto da estagiária e imitado novamente o que ela estava a fazer, chegando mesmo, inclusive, a tocar as notas Mi e Ré no xilofone como ela havia tocado anteriormente.

Aproveitando o interesse do Pedro no *ocean drum*, este foi amplamente utilizado para trabalhar o estabelecimento do contacto visual, colocando o mesmo ao nível dos olhos, entre o Pedro e a estagiária, permitindo assim o aumento da frequência de ocorrência deste comportamento. Watson (2007) é uma das autoras que defende a utilidade da partilha de um mesmo instrumento de modo a promover a atenção e interação, dando oportunidade de estimular o contacto ocular direto, assim como a imitação ou diálogos de turnos com o instrumento ou com a voz.

Muitas vezes, no decorrer das sessões, o Pedro também se permitia a explorar a sonoridade do xilofone. Por vezes, enquanto tocava utilizando as suas próprias mãos, sem querer, o Pedro fazia saltar algumas das peças do xilofone. Não conseguindo lidar com a frustração de ver as peças do xilofone sem estarem perfeitamente dispostas, começava a gritar, com a intencionalidade de comunicar o seu desagrado, e com a funcionalidade de solicitar ajuda para recolocar as peças corretamente. Ao longo do tempo, e à medida que a

estagiária foi modelando o seu comportamento, o mesmo foi-se modificando, inicialmente para a utilização do gesto de pegar na mão da estagiária para a colocar sobre as peças do xilofone caídas no chão e, mais tarde, na sessão número 10, com a utilização da palavra “aua” (“ajuda”), o que demonstra não só intencionalidade, como também funcionalidade comunicativa (função linguística de ordens) expressa através da comunicação verbal oral. Tentando potenciar esta competência, a estagiária foi, muitas vezes, propositadamente, aumentando a frequência de ocorrência destes episódios, sendo a própria a tirar as peças do xilofone e a colocá-las no bolso, ou experimentando outras dinâmicas nas quais o Pedro pudesse sentir necessidade de solicitar a sua atenção ou ajuda (e.g. esconder os ovinhos no seu carapuço). Numa dessas ocasiões o Pedro vocalizou “ah í”, esticando a mão para a estagiária, parecendo tratar-se da ordem “dá aí!”. Este comportamento revela novamente a utilização da comunicação verbal oral com uma função linguística de ordem.

No xilofone, era ainda frequente observar que o Pedro realizava várias vezes um padrão melódico preferencial, caracterizado por duas notas Ré e três notas Dó. A estagiária começou por espelhar esta sua iniciativa criativa também no xilofone, no entanto, uma oitava acima, dizendo ao mesmo tempo “papa papapa”, na tentativa de potenciar a sua produção verbal oral e comportamentos de imitação vocal. O Pedro começou a “pegar a sua vez” contingentemente voltando a tocar o mesmo padrão melódico após a estagiária e acompanhando-o com a mesma produção verbal “papa papapa”. Com esta dinâmica procurou-se desenvolver a sua capacidade de “pegar a vez”, de “ceder a vez”, tentando prolongar as sequências de turnos de interação comunicativa, tendo-se chegado a sequências de 9/10 turnos comunicativos contingentes numa fase final da intervenção.

Ao longo das sessões, mas particularmente a partir da sessão número 14, foi evidente para a estagiária a estreita relação que o Pedro apresentava entre expressão musical e

expressão corporal. Watson (2007) também refere que a música é efetiva com pessoas com PEA, particularmente quando combinada com atividades baseadas em movimento, devendo a música improvisada refletir os movimentos físicos do cliente, as inflexões musicais ou o seu timbre de modo a permitir a aceitação e compreensão da criança. A partir daí a intervenção foi tomando um novo rumo, apoiando-se não só em dinâmicas de improvisação, mas também em jogos sonoros de carácter rítmico, associados a dinâmicas corporais. Começaram por ser realizados jogos de ritmo com os ovinhos, associando o bater dos pés e das mãos. O Pedro foi seguindo a iniciativa da estagiária permitindo-se a participar nestes jogos rítmicos corporais e imitando-a nos gestos que fazia. Importa, no entanto, salientar que o Pedro não se limitava apenas a imitar os gestos ou os padrões rítmicos, procurando introduzir algum conteúdo, produto da sua criatividade, designadamente um novo padrão rítmico, ou um novo movimento, como o bater das mãos na barriga ou nas pernas. Mais tarde, a estagiária começou a introduzir nestes jogos rítmicos vocalizações, na sua maioria vocalizações que partiam do Pedro e que eram incorporadas no momento, na atividade em curso, permitindo uma construção de algo progressivamente mais complexo, mas na qual o Pedro reconhecesse um carácter compatível com a sua identidade sonoro-musical. As vocalizações evoluíram depois para palavras-chave que iam legendando as ações corporais realizadas durante as dinâmicas. O Pedro começou, espontaneamente, a imitar a produção dessas palavras-chave enquanto realizava os jogos de ritmo corporais (e.g. “mupúá” (muito alto) ou “mubá” (em baixo)). Sempre que, nesta dinâmica, a estagiária suspendia propositadamente os movimentos corporais associados aos jogos de ritmo, adotando a técnica de *freeze* ou pausa estruturada, era o Pedro quem solicitava a sua continuidade, vindo ter com a estagiária, pegando-lhe nas mãos e manipulando-as.

Numa fase final da intervenção os jogos rítmicos com movimentos corporais passaram a envolver pequenas melodias cantadas (e.g. “Marcha Pedro, marcha pela sala, oh marcha Pedro, marcha pela sala!”). O Pedro, além de dar continuidade aos movimentos utilizados, ia cantando excertos das melodias, sem letra, sobretudo se a estagiária parasse de cantar, preenchendo ele o período de silêncio. Este comportamento poderá interpretar-se, não só como um pedido com a intencionalidade e funcionalidade de dar continuidade à atividade realizada, como também como uma forma de deixar claro que “pegou a sua vez” contingentemente na dinâmica conjunta. A partir das três últimas sessões, o Pedro começou ainda a ter a iniciativa de ir buscar alguns instrumentos do tipo Orff para incluir nos jogos rítmicos que se iam realizando, chegando mesmo a decidir que instrumento a estagiária deveria pegar, e a forma como esta deveria movimentar as mãos e os braços, manipulando-os. A estagiária considerou este comportamento muito significativo na medida em que revelou a capacidade de iniciativa e o potencial criativo do Pedro.

No decorrer da última sessão de intervenção, o Pedro começou, a dada altura, a trautear um excerto de uma melodia que nunca havia tocado anteriormente em contexto de sessão. A estagiária reconheceu que se tratava da melodia da música “Havana”, de Camila Cabello e foi trauteando a melodia da música. O Pedro mostrou-se bastante interessado em dar continuidade à mesma, cantando pequenos excertos, sem letra, seguidamente aos que a estagiária acrescentava, criando-se um diálogo musical, com interações de pergunta e resposta.

Importa ainda salientar que, apesar do percurso de grande crescimento individual do Pedro em contexto de sessão musicoterapêutica, e apesar da sua responsividade ao estímulo musical e predisposição para a imitação vocal e gestual, existiram sessões nas quais o Pedro se mostrou pouco responsivo e predisposto ao envolvimento em dinâmicas conjuntas,

limitando-se a vaguear pela sala enquanto gritava ou enquanto choramingava. A sua resposta ao longo da intervenção foi um pouco variável e inconsistente. Geralmente, nestas alturas, a estagiária procurava saber junto da professora de educação especial se teria acontecido algum episódio externo à sessão de musicoterapia que pudesse justificar estes comportamentos. Chegou-se à conclusão, fruto da observação do comportamento do Pedro noutros contextos, que geralmente este tipo de comportamento se devia a alterações na sua rotina que não foram possíveis de antecipar.

Resultados finais e discussão

Os resultados que aqui se encontram descritos resultam da observação clínica e do preenchimento de alguns dos parâmetros da ECPV de Kiernan e Reid (1987). Os mesmos serão expostos de acordo com o plano terapêutico estabelecido para o Pedro (ver tabela 5) e discutidos com base na revisão de literatura realizada.

Uma das dificuldades do Pedro dizia respeito à sua competência de atenção conjunta, ou seja, ao estado interativo de envolvimento conjunto que engloba a criança, o seu interlocutor e um objeto ou acontecimento de interesse mútuo (Kim *et al.*, 2008). Ao longo da intervenção registaram-se evoluções a este nível, com o aumento do seu interesse pela experiência partilhada, inicialmente de carácter não musical (e.g. construção da torre de almofadas) e, mais tarde, de carácter musical (e.g. interesse pela exploração dos instrumentos musicais). Além disso, assistiu-se a um prolongar do seu tempo de atenção conjunta ao longo das sessões de intervenção. Se, numa fase inicial do processo de intervenção, o Pedro conseguia tolerar a exploração de um instrumento musical em conjunto com a estagiária durante muito pouco tempo, nas últimas sessões envolveu-se em jogos rítmicos associados a dinâmicas corporais que ocuparam todo o tempo de sessão, verificando-se inclusive a necessidade por parte da estagiária em estender o tempo de sessão de 25/30 minutos para

40/45 minutos. Para tal, foi essencial o recurso à improvisação, com a exploração das investidas sonoro-musicais do Pedro e da sua iniciativa criativa, como forma de encorajar o contacto e a interação. Por outro lado, e de acordo com o que defendem as autoras Pavlicevic e Wood (2005) e Watson (2007), também a partilha de instrumentos constituiu um bom ponto de partida para o envolvimento conjunto, sobretudo com o recurso a instrumentos com efeitos visuais, não menosprezando a sua qualidade sonora, o que permitiu o desenvolvimento da atenção e da interação.

No que diz respeito às trocas de turnos comunicativos, assistiu-se, ao longo da intervenção, a um grande progresso, não só na capacidade de “pegar a vez” e de “ceder a vez”, como também no prolongar das sequências de trocas de turnos comunicativos, com um aumento progressivo das mesmas. O trabalho neste âmbito só foi possível através do desenvolvimento prévio da atenção conjunta do Pedro, permitindo o seu envolvimento em interações progressivamente mais complexas, com uma participação crescente da sua parte, e também com o reconhecimento do papel do seu par no estado de interação.

Assistiu-se ainda à estimulação da produção verbal do Pedro, não só com o aumento da utilização de vocalizações, mas também através da sua utilização intencional, no sentido em que o Pedro passou a utilizar algumas vocalizações com um sentido comunicativo; e funcional, considerando que estas eram utilizadas com um propósito definido (e.g. pedidos de ajuda, cumprimentos ou pedidos de objetos). Estas produções verbais foram surgindo depois de cimentada a relação terapêutica e com o aumento do interesse do Pedro pela imitação de comportamentos vocais, permitindo a modelação de comportamentos comunicativos que já utilizava consistentemente, como o recurso ao gesto, para a sua combinação com a utilização da palavra.

Com efeito, as competências de imitação foram aquelas em que o Pedro registou evoluções mais significativas, com um aumento da frequência de comportamentos de imitação não-verbal (e.g. gestos, ações ou sequências rítmicas) e vocal (e.g. imitação vocal de excertos de melodias, imitação de vocalizações ou imitação de palavras). Estes resultados são confirmados pelas evoluções registadas em alguns itens das subcategorias “interação social sem comunicação”, “imitação motora” e “imitação vocal” da ECPV de Kiernan e Reid (1987) e são produto do estar em estreita relação terapêutica durante a improvisação musical, levando ao reconhecimento e à aceitação da sugestão que é introduzida pelo interlocutor.

Finalmente, no que concerne à minimização dos padrões motores atípicos do Pedro, assistiu-se não só a uma diminuição do padrão de marcha em equino, como também à diminuição do padrão de movimentos circulares. Contudo, tal só foi possível através do seu envolvimento nas várias atividades concretizadas em contexto de sessão e, como tal, a frequência de ocorrência destes comportamentos não se alterou noutros contextos externos à sessão. Verificou-se que na ausência de envolvimento do Pedro numa atividade ou tarefa que exigisse o seu foco, este tipo de comportamentos eram observados com maior frequência. Não se assistiu a uma diminuição do padrão de extensão em contexto de sessão, continuando a ser frequente a adoção deste padrão, sobretudo quando ficava entusiasmado ou excitado com algo.

Conclusão

Tendo em atenção os resultados obtidos, e considerando o que é descrito na literatura, pode concluir-se que a intervenção em musicoterapia com o Pedro foi eficaz na estimulação de competências comunicativas, designadamente na estimulação de competências de atenção conjunta, de trocas de turnos comunicativos e na estimulação da produção verbal intencional e funcional; e ainda na estimulação de competências relacionais, com um aumento do seu

interesse nas atividades desenvolvidas pelos seus pares e com um aumento dos comportamentos de imitação não-verbal e vocal, indo ao encontro do que é descrito na literatura por diversos autores (Brown, 1994; Duffy e Fuller, 2000; Edgerton, 1994; Finigan e Starr, 2010; Kalas, 2012; Kim *et al.*, 2008; LaGasse, 2014; Lee e McFerran, 2012 e Watson, 2007).

Estudo de caso II – Isac

Descrição do caso

O Isac (nome fictício), de 8 anos e 8 meses, é o mais novo de uma fratria de três irmãos. Pertencem ainda ao seu agregado familiar a mãe e o pai, de 45 e 47 anos, respetivamente. Trata-se de uma família instável do ponto de vista sócioeconómico, com ambos os pais em situação atual de desemprego, e que nem sempre assegura ao Isac os cuidados básicos de saúde, segurança e higiene.

O menino é fruto de uma gravidez desejada, devidamente acompanhada e que decorreu sem qualquer tipo de complicações até ao período perinatal. O Isac nasceu à 39^a semana de gestação, tendo sido reanimado três vezes devido a asfixia grave e síndrome de aspiração meconial, com necessidade de ventilação mecânica. O parto foi distócico, por cesariana, devido a bradicardia fetal. Logo após o nascimento ficou cerca de um mês internado num hospital, em Lisboa. Encontra-se diagnosticado com paralisia cerebral, do tipo tetraparésia espástica.

Frequenta o CRIF desde os 7 anos em regime de semi-internato, encontrando-se integrado num grupo composto por quatro alunos sob a orientação de uma professora de ensino especial e de uma auxiliar de ação pedagógica. Além do Currículo Específico Individual (CEI), o menino é acompanhado por técnicos especializados na instituição, nomeadamente pela fisioterapeuta, psicomotricista, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala e

pela estagiária de musicoterapia. Anteriormente frequentou o jardim-de-infância, entre os 3 e os 7 anos, tendo beneficiado de adiamento escolar. Antes dos 3 anos esteve ao cuidado da mãe, sendo acompanhado em casa pela equipa de intervenção precoce.

Foi realizado o encaminhamento para a valência de musicoterapia sob o aconselhamento da sua professora de ensino especial que, ao longo do tempo, tem vindo a constatar a responsividade do menino ao estímulo musical.

Avaliação inicial

A avaliação inicial, que decorreu ao longo do mês de outubro, foi realizada através da observação clínica, da consulta do processo do Isac, de descrições de outros técnicos e através do preenchimento de alguns dos parâmetros da ECPV de Kiernan e Reid (1987).

No que diz respeito ao domínio motor, e uma vez que apresenta o diagnóstico de paralisia cerebral, forma tetraparésia espástica, com predomínio distal, verifica-se que o seu tónus muscular apresenta grande espasticidade. Segundo o relatório da valência de fisioterapia, observam-se limitações nas amplitudes articulares ativas e passivas, levando a alterações na estrutura músculo-esquelética, com maior comprometimento a nível distal, ou seja, a nível dos membros superiores e inferiores. O Isac não apresenta controlo de cabeça e de tronco e não efetua horizontalidade do olhar, realizando uma ligeira rotação direita da cabeça devido à sua condição de hemianopsia esquerda, ou seja, de negligência do campo visual esquerdo. Além disso, a sua cabeça encontra-se frequentemente em padrão de extensão, causando alterações ao nível das estruturas músculo-esqueléticas do pescoço e consequente agravamento do seu padrão respiratório, com maior propensão para infeções. Estas alterações posturais não são facilitadas pela cadeira de rodas que possui atualmente. Neste momento já foi realizado o pedido, e inclusive o pagamento da nova cadeira de rodas, aguardando-se a sua chegada. Com a mudança para a nova cadeira espera-se melhorar a

posição de tronco e de cabeça de modo a facilitar um melhor padrão respiratório e a horizontalidade do seu olhar.

No que diz respeito ao domínio comunicativo e linguístico, e segundo o relatório da valência de terapia da fala, verifica-se que o Isac apresenta uma perturbação da comunicação, interagindo essencialmente ao nível pré verbal. Trata-se de uma criança que dirige o olhar em direção aos estímulos e que reage aos mesmos sobretudo através do riso, de vocalizações ou do choro. É bastante reativo a mudanças prosódicas na frase e à fala em *maternalês*, assim como a movimentos e ações corporais dos seus interlocutores. Quando está excitado, apresenta algum movimento ao nível dos membros inferiores, tratando-se de um ato reflexo. Apresenta um tempo de atenção/concentração extremamente curto que, em parte, poderá ser justificado pela sua baixa tolerância ao esforço.

No que se refere ao relacionamento com os pares, não revela interesse em interagir com os mesmos. O mesmo não acontece com o adulto, uma vez que é frequente adotar comportamentos de chamada de atenção quando se encontra próximo dos mesmos, nomeadamente através de vocalizações, através do riso ou através do choro.

Relativamente à autonomia, verifica-se que o Isac se trata de uma criança completamente dependente nas atividades da vida diária, incluindo a higiene, o vestuário ou a alimentação. Alimenta-se por sonda gástrica e segue o plano alimentar recomendado pelo nutricionista.

Devido à sua condição global, com acentuadas dificuldades em vários domínios, trata-se de uma criança com limitações na participação em várias experiências que se revelariam significativas para a aquisição e manutenção das suas competências.

Plano terapêutico

Considerando as informações recolhidas durante o processo de avaliação, foi possível ter conhecimento do conjunto de necessidades e de potencialidades do Isac, levando ao estabelecimento de um plano terapêutico. As dificuldades mais acentuadas do Isac diziam respeito aos domínios comunicativo e relacional, com repercussões diretas no domínio emocional. Como tal, achou-se pertinente definir enquanto objetivos gerais, não só a promoção da intencionalidade e funcionalidade comunicativa da sua expressividade não-verbal, como também promover o seu envolvimento, participação e manipulação em experiências significativas, de modo a criar um impacto positivo na sua autoestima e no seu autoconceito. Outra das preocupações manifestadas em reunião de equipa multidisciplinar, designadamente por parte da fisioterapeuta e terapeuta ocupacional dizia respeito à presença de alterações nas estruturas músculo esqueléticas da cabeça e pescoço. Deste modo, pretendendo evitar o agravamento das mesmas procurou-se, em contexto de sessão, promover a capacidade de seguir os estímulos musicais com o olhar, promover a horizontalidade do mesmo, e ainda a rotação esquerda de cabeça através da apresentação de estímulos musicais preferencialmente no hemicampo esquerdo.

Tabela 6 - Plano terapêutico do Isac

Problemas identificados	Objetivos	Sub-objetivos
1) Fraca intencionalidade e funcionalidade comunicativa dos comportamentos não-verbais;	Promover a intencionalidade e funcionalidade comunicativa da expressividade não-verbal;	<p>a. Fomentar a expressividade não-verbal em contexto de sessão;</p> <p>b. Fomentar a intencionalidade dos comportamentos não-verbais em contexto de sessão;</p> <p>c. Fomentar a funcionalidade dos comportamentos não-verbais em contexto de sessão.</p>
2) Baixo nível de participação em experiências significativas;	Promover a participação em experiências significativas;	<p>a. Proporcionar meios que permitam o envolvimento ativo nas tarefas em contexto de sessão;</p> <p>b. Proporcionar meios que permitam a participação ativa nas tarefas em contexto de sessão;</p> <p>c. Proporcionar meios que permitam a manipulação das tarefas em contexto de sessão.</p>
3) Alterações nas estruturas músculo-esqueléticas da cabeça e pescoço;	Evitar o agravamento das alterações nas estruturas músculo-esqueléticas da cabeça e pescoço;	<p>a. Promover a capacidade de seguir estímulos musicais com o olhar em contexto de sessão;</p> <p>b. Promover a horizontalidade do olhar em contexto de sessão;</p> <p>c. Promover a rotação esquerda de cabeça em contexto de sessão.</p>

Processo terapêutico

O Isac frequentou 24 sessões individuais de musicoterapia. As sessões, com frequência semanal, tinham a duração aproximada de 30 minutos, tendo-se verificado, por vezes, a necessidade de encurtar ligeiramente o tempo de duração da sessão devido à

condição global do Isac, com baixa tolerância ao esforço, e devido ao seu curto tempo de atenção/concentração. Ao longo do processo terapêutico foram sobretudo concretizadas atividades estruturadas e de carácter repetitivo que permitissem a previsibilidade e a sua capacidade de antecipação, facilitando a sua participação na tarefa e favorecendo, deste modo, a continuidade da mesma (Watson, 2007). A intervenção decorreu em diferentes fases que aqui se encontram descritas em pormenor. Importa salientar que, ao longo das sessões, a resposta do Isac foi muito variável, com sessões em que reagia bastante ao estímulo musical, nomeadamente através de movimentos, através da expressão facial e através de vocalizações, e com sessões em que se mostrava muito pouco responsivo.

Nas duas primeiras sessões, assim que o Isac chegou ao *setting* juntamente com a estagiária, a sua reação consistiu no choro, acompanhado de vocalizações agudas e prolongadas que transmitiam aflição e desconforto. Apesar de a estagiária ter frequentado nas duas semanas anteriores a sala do Isac, estabelecendo alguma relação com ele, atribuiu-se esta reação ao facto do menino estar presente num novo contexto, que até então lhe era totalmente desconhecido, o que lhe causou algum incómodo e insegurança. É importante reforçar que se trata de uma criança que, devido à sua condição, não frequenta um grande número de atividades fora do seu contexto habitual de sala de aula, estando familiarizado apenas com o espaço do recreio, com o refeitório e com os locais onde decorrem as suas terapias. Neste caso, optou-se por solicitar a intervenção da sua professora de ensino especial (a sua figura de referência na instituição) que, de imediato, se deslocou até ao *setting*, tranquilizando-o, e tendo permanecido ao seu lado durante algum tempo da sessão.

Assim que o Isac começou a estabelecer uma relação de confiança com a estagiária, começou a expressar-se na presença do estímulo musical, sobretudo através do riso. Na sessão número 4, numa das vezes em que a estagiária tocava “O sapo não lava o pé”, uma das

músicas descritas pela sua professora de ensino especial como pertencendo à sua identidade sonoro-musical, o Isac começou a entrar em padrão de extensão, algo que acontece frequentemente quando está excitado, tendo depois apresentado movimentos ao nível dos seus membros inferiores. Deste modo, na sessão seguinte, a estagiária colocou uma pulseira de chocalhos no seu membro inferior esquerdo para aproveitar qualquer movimento para a produção de som. O Isac necessitou de algumas sessões de intervenção até conseguir compreender esta relação causa – efeito em que, sempre que movimentava os seus membros inferiores, estava a conseguir tocar um instrumento, podendo expressar-se através deste meio. Perante os movimentos que realizava com sucesso, conseguindo produzir som, a estagiária ia dando feedback positivo, encorajando a continuidade e a frequência de ocorrência dos mesmos.

Nas sessões seguintes, assim que o Isac entrava no *setting* e reconhecia o espaço, ou quando observava a estagiária a pegar na guitarra para tocar, conseguia criar alguma antecipação do que iria acontecer, uma vez que era frequente vê-lo reagir de imediato, apresentando movimento do tronco e dos membros inferiores e sorrindo, expressando deste modo o seu contentamento e satisfação. Nas atividades musicais, que consistiam sobretudo na recriação musical ou em improvisações musicais, o Isac foi participando progressivamente de forma mais ativa, não só devido ao carácter estruturado e repetitivo das atividades, como também devido ao desenvolvimento da sua intencionalidade comunicativa e, conseqüentemente da sua capacidade de iniciativa comunicativa. Inicialmente, começou por apresentar alguns movimentos dos membros inferiores enquanto a estagiária tocava na guitarra ou enquanto cantava à capela, fazendo-se acompanhar de mímicas às quais o Isac era bastante responsivo. Mais tarde, foi possível começar a cantar as músicas deixando espaços em branco propositadamente para o Isac preencher dando-lhe, ao mesmo tempo, na música,

indicações verbais muito simples e claras, acompanhadas de gestos, para o efeito. Nesta fase, a resposta do Isac era, primeiramente, muito inconsistente e lentificada, tendo conseguido ficar mais consistente e contingente ao longo do tempo, com a repetição deste tipo de dinâmica. Na sessão número 10, depois de se ter acabado de cantar o pequeno refrão da música “Caranguejo não é peixe!”, a estagiária pousou a guitarra no chão e o Isac começou a movimentar vigorosamente os membros inferiores, ouvindo-se de forma muito clara o som dos chocalhos. Para a estagiária foi claro que se tratava de um ato comunicativo não só intencional, mas com uma funcionalidade implícita de solicitar a continuidade da tarefa, neste caso em concreto, a repetição da música. Quando a estagiária devolveu verbalmente “queres mais?”, apontando para a guitarra, o Isac sorriu. Ao longo das sessões, e até à fase final de intervenção, foi-se assistindo à transformação de um movimento ao nível dos membros inferiores que inicialmente consistia num ato reflexo, em movimentos realizados com uma intencionalidade e propósito bem definidos. Para tal, foi imprescindível a interpretação da intencionalidade e da funcionalidade deste comportamento por parte do interlocutor e, posteriormente, o assegurar de respostas contingentes assistindo-se, deste modo, à expansão do ato comunicativo para o desenvolvimento de uma troca de turnos comunicativos. Este processo é semelhante aos padrões de comunicação encontrados na interação entre mãe e bebé para o desenvolvimento de uma comunicação pré-verbal com sentido na medida em que, muitas vezes, surgem comportamentos sem uma intencionalidade comunicativa subjacente, cabendo ao interlocutor a tarefa de lhes dar um propósito e, a partir daí, expandi-los, prolongando a sua frequência de ocorrência, duração, e complexidade (Watson, 2007; Wigram *et al.*, 2002).

Durante a sessão número 16, enquanto a estagiária cantava a música “o nosso galo”, o Isac começou a vocalizar de forma contínua na parte da música correspondente à

onomatopeia do galo (“cócórocócó”) como se a estivesse a acompanhar a cantar. Esta é uma das músicas largamente utilizadas pela sua professora em contexto de sala de aula, algo que, somado ao desenvolvimento da sua capacidade de iniciativa comunicativa, pode ter contribuído para a antecipação do momento em que começava a onomatopeia do galo, motivando-o a participar. A partir desta sessão, e até à fase final de intervenção, as suas vocalizações foram aumentando em frequência de ocorrência, sendo utilizadas sobretudo para chamar a atenção da estagiária, para solicitar a continuidade de uma atividade ou enquanto se cantavam músicas da sua identidade sonoro-musical. Com a adoção destes comportamentos comunicativos foi possível ao Isac um maior nível de participação e de interação ao longo das sessões, provando que a musicoterapia providencia um meio vital de comunicação e de autoexpressão em crianças com condições de vida limitativas em que a comunicação verbal é difícil, ou mesmo impossível, segundo defendem as autoras Pavlicevic e Wood (2005).

Ao longo das sessões de intervenção procurou-se ainda, em consequência das alterações nas estruturas músculo-esqueléticas da cabeça e pescoço, evitar o agravamento das mesmas. Como tal, durante as atividades e dinâmicas musicais, e de acordo com o que havia ficado definido em reunião de equipa multidisciplinar, privilegiou-se a apresentação de estímulos sonoro-musicais do lado esquerdo para contrariar a tendência de rotação da cabeça para a direita em consequência da condição de hemianopsia esquerda, tentando-se promover ainda a horizontalidade do olhar. Geralmente, perante a apresentação de estímulos no hemisfério esquerdo, o Isac esforçava-se no sentido de realizar a rotação esquerda de cabeça, tendo conseguido diminuir, em contexto de sessão, a sua negligência sobre este hemisfério.

Resultados finais e discussão

Os resultados que aqui se encontram descritos resultam da observação clínica e do preenchimento de alguns dos parâmetros da ECPV de Kiernan e Reid (1987). Os mesmos

serão expostos de acordo com o plano terapêutico estabelecido para o Isac (ver tabela 6) e discutidos com base na revisão de literatura realizada.

Num dos objetivos considerados para a intervenção ficou definido que se procuraria evitar o agravamento das alterações nas estruturas músculo-esqueléticas da cabeça e pescoço. Para tal, foi fundamental promover a capacidade do Isac de seguir os estímulos musicais com o olhar em contexto de sessão, optando-se por músicas e por sonoridades do seu interesse, procurando o seu envolvimento nas atividades. Deste modo, e através da apresentação de estímulos no hemisfério esquerdo, foi também possível facilitar a sua rotação esquerda de cabeça em contexto de sessão, diminuindo assim a sua negligência sobre este hemisfério. Não foi possível, ao longo das sessões, promover a horizontalidade do seu olhar com sucesso, sobretudo devido à sua postura de extensão de cabeça e pescoço que não é, de todo, facilitada pela cadeira de rodas que possui atualmente.

No que diz respeito à promoção da intencionalidade e funcionalidade comunicativa da sua expressividade não-verbal assistiu-se, ao longo da intervenção, a um aumento progressivo da mesma, com uma utilização mais frequente do sorriso, de vocalizações e de movimentos de tronco e de membros inferiores em contexto de sessão. Ao longo da intervenção o recurso a estes comportamentos foi ganhando a intenção de desencadear uma resposta no seu interlocutor, revelando assim um desenvolvimento da sua intencionalidade e funcionalidade comunicativa uma vez que, com a utilização destes comportamentos de carácter não-verbal se pretendia, não só o ato comunicativo em si, mas a sua utilização com uma função específica de transmissão de uma mensagem à qual o interlocutor deveria dar sentido e significado (e.g. mostrar que gostava da atividade, mostrar que não gostava da atividade, pedidos de repetição da atividade). Nesta dinâmica, torna-se imprescindível que o interlocutor proceda à interpretação do ato comunicativo, à semelhança dos padrões de comunicação encontrados na

interação entre mãe e bebé para o desenvolvimento da comunicação pré-verbal. Muitas vezes surgem comportamentos sem intencionalidade comunicativa subjacente, cabendo ao interlocutor a tarefa de lhes conferir um propósito (Watson, 2007; Wigram *et al.*, 2002). Os resultados supracitados são confirmados pelas evoluções registadas em alguns itens das subcategorias “Uso Consistente do Ruído”, “Expressão de Emoções”, “Imitação Vocal” e “Uso Comunicativo dos Sons” da ECPV de Kiernan e Reid (1987).

O desenvolvimento de todas estas competências permitiram ao Isac, não só o seu envolvimento nas atividades dinamizadas em contexto de sessão, como também uma participação ativa em dinâmicas conjuntas como a tomada de diferentes turnos, e ainda a manipulação da tarefa ao influenciar variáveis como a repetição da atividade, ou o tocar a música com mais ou menos intensidade. Segundo o Ministério da Educação (2008b), são as oportunidades de acesso a experiências significativas e as oportunidades de interação com pares comunicativos responsivos que aceitem a pessoa com deficiência como um participante ativo, que irão permitir o desenvolvimento das suas capacidades.

Ao promover-se a sua participação ativa nas tarefas, sabendo de antemão que o seu acesso a experiências diversificadas se encontra limitado devido à sua condição física, também são criadas repercussões imediatas na sua autoestima e no seu autoconceito pois, segundo Wigram *et al.* (2002), o subtil desenvolvimento da capacidade dos utentes para tocar na interação musical leva a fazer escolhas, à iniciativa, à espontaneidade, à independência musical, à confiança, e à autoestima. São quebradas as barreiras da incapacidade.

Conclusão

Tendo em atenção os resultados obtidos, e considerando o que é descrito na literatura, pode concluir-se que a intervenção em musicoterapia com o Isac foi eficaz na estimulação de competências comunicativas tais como a intencionalidade e funcionalidade de

comportamentos não-verbais, corroborando os resultados obtidos nos estudos de Edgerton (1994) e Lee e McFerran (2012). No caso do Isac a música contribuiu ainda para o desenvolvimento da sua capacidade de representação de um papel ativo na interação musical, levando ao desenvolvimento da sua capacidade de iniciativa e da sua espontaneidade, com repercussões diretas na sua autoexpressão e, conseqüentemente na sua autoestima segundo defendem os autores Ruud (1990) e Wigram *et al.* (2002).

Outras intervenções clínicas

Nesta secção encontram-se incluídas breves descrições de outras intervenções clínicas realizadas ao longo do estágio, à exceção dos estudos de caso, expostos anteriormente.

B.C.

A utente B.C., do género feminino, tinha à data do final do presente estágio 14 anos e 9 meses. Apresenta o diagnóstico de Síndrome de Imunodeficiência Primária por défice parcial e frequenta o CRIF desde os 12 anos, encontrando-se institucionalizada desde a sua primeira infância numa outra instituição sediada em Fátima devido a abandono e negligência familiar. A B.C. apresenta sequelas de acidente vascular cerebral no hemisfério esquerdo, epilepsia, e ainda um marcado atraso global de desenvolvimento que compromete o seu nível de atividade e participação nos domínios comportamental, social, cognitivo e linguístico.

A menina frequentou 19 sessões de musicoterapia com frequência semanal e com a duração aproximada de 30 minutos. Ao longo da intervenção procurou-se, sobretudo, diminuir a frequência de ocorrência das suas estereotípias e dos seus comportamentos de auto e hétero agressão, e promover a sua comunicação verbal oral. Recorreu-se principalmente a atividades de improvisação musical e à recriação musical, utilizando-se repertório infantil e popular da sua identidade sonoro-musical. Com o decorrer das sessões de intervenção foi possível observar que, ao envolver-se nas dinâmicas levadas a cabo, preenchendo alguns espaços em branco na música, tocando instrumentos ou simplesmente ouvindo a estagiária a cantar, a B.C. conseguia permanecer os 30 minutos da sessão praticamente sem recorrer a comportamentos de agressão ou sem manifestar estereotípias. Não se registaram evoluções significativas na sua produção verbal oral ao longo da intervenção.

Conclui-se que alguns dos objetivos definidos, nomeadamente a diminuição de estereotípias e de comportamentos de auto e hétero agressão, foram atingidos em contexto de

sessão musicoterapêutica. No entanto, fruto de relatos de outros funcionários e da observação da estagiária, este tipo de comportamentos foi-se mantendo noutros contextos, nomeadamente em contexto de sala de aula. Curiosamente, em contexto de sala de aula a B.C. recorre muito mais frequentemente à sua expressão verbal oral do que em contexto de sessão musicoterapêutica. Este foi um dos objetivos que se encontravam definidos no seu plano terapêutico para musicoterapia e que não se considerou atingido.

D.B.

O utente D.B., do género masculino, tinha à data do final do presente estágio 14 anos e 9 meses. Encontra-se diagnosticado com Perturbação do Espectro do Autismo e microcefalia, e frequenta o CRIF desde os 9 anos. O D.B. apresenta um grave atraso global de desenvolvimento que cria compromisso no seu nível de atividade e participação dos domínios cognitivo, linguístico e comunicativo.

O menino frequentou 24 sessões de musicoterapia com frequência semanal e com a duração aproximada de 30 minutos. Ao longo da intervenção, e uma vez que se trata de uma criança não-verbal, procurou-se promover o desenvolvimento das suas competências de comunicação não-verbal, nomeadamente da sua atenção conjunta, contacto ocular e troca de turnos comunicativos; e ainda o aumento das suas vocalizações, tendo-se recorrido principalmente a atividades de improvisação musical. Com o decorrer das sessões de intervenção, o D.B. foi apresentando uma maior frequência e duração dos momentos de atenção conjunta com a estagiária. Durante os mesmos, revelou compreender a dinâmica de turnos comunicativos, com momentos bem definidos em que “pegava a vez” e em que “cedia a vez” ao seu interlocutor. Não se registaram evoluções significativas na capacidade de estabelecer e manter contacto ocular. O domínio onde o D.B. registou evoluções mais significativas foi na utilização de vocalizações sendo que estas foram progredindo, não só em

frequência de ocorrência, mas também em termos de aproximação sonora às vogais de palavras isoladas que a estagiária cantava frequentemente nas músicas improvisadas.

Alguns dos objetivos inicialmente definidos no plano terapêutico do D.B. consideram-se atingidos de forma satisfatória, nomeadamente o desenvolvimento da sua capacidade de atenção conjunta com trocas de turnos comunicativos e ainda o aumento da utilização de vocalizações. Não foram registadas evoluções na sua capacidade de estabelecer e manter contacto ocular com os seus interlocutores.

D.M.

A utente D.M., do género feminino, tinha à data do final do presente estágio 15 anos e 9 meses. Apresenta o diagnóstico de Perturbação do Desenvolvimento Intelectual e frequenta o CRIF desde os 11 anos, encontrando-se institucionalizada desde a sua primeira infância por negligência e maus tratos. Já frequentou mais do que uma instituição ao longo do seu percurso de vida. Em 2001 foi adotada, no entanto foi novamente vítima de maus tratos e de negligência por parte do casal adotante. Voltou então a ser institucionalizada. A D.M. apresenta um atraso global de desenvolvimento que cria compromisso no seu nível de atividade e participação dos domínios cognitivo, linguístico, comportamental e social.

A menina frequentou 20 sessões de musicoterapia com frequência semanal e com a duração aproximada de 30 minutos. Ao longo da intervenção procurou-se desenvolver a sua expressividade emocional através de dinâmicas musicais que favorecessem a externalização de sentimentos e emoções, e trabalhar aspetos relacionais e sociais em contexto de sessão, tendo-se recorrido principalmente a atividades de improvisação, à recriação musical ou à escuta musical. Com o decorrer das sessões de intervenção, foi possível perceber que a D.M. revelava uma postura muito rígida, persistindo sempre no mesmo tipo de dinâmicas ou no mesmo repertório, pelo que, um dos grandes desafios com a D.M. consistiu na aceitação da

introdução da mudança ou da sugestão por parte do “outro”. Muitas vezes, e por sua iniciativa, depois de tocar ou cantar repertório em conjunto com a estagiária, ou depois de momentos de improvisação musical, a D.M. tomava a vez após um curto espaço de silêncio (trata-se de uma criança que não suporta longos períodos de silêncio ou de espera) e partilhava alguns acontecimentos que geralmente tinham que ver com ela própria ou com a sua relação com os colegas em contexto de sala de aula ou em contexto de instituição. Por vezes, as suas partilhas apresentavam alguma correlação com pequenos excertos das músicas selecionados por si.

Conclui-se que a intervenção em musicoterapia com a D.M. lhe possibilitou, sobretudo, a existência de um espaço seguro onde se poderia expressar livremente no plano musical, sem a exigência de intelectualizar processos como é requerido no plano verbal.

I.G.

A utente I.G., do género feminino, tinha à data do final do presente estágio 16 anos e 7 meses. Apresenta o diagnóstico de Perturbação do Desenvolvimento Intelectual e frequenta o CRIF desde os 12 anos, encontrando-se institucionalizada desde a sua primeira infância por negligência e maus tratos. A I.G. apresenta um atraso global de desenvolvimento que cria compromisso no seu nível de atividade e participação dos domínios cognitivo, linguístico e social.

A menina frequentou 21 sessões de musicoterapia com frequência semanal e com a duração aproximada de 30 minutos. Ao longo da intervenção procurou-se desenvolver a sua expressividade emocional através de dinâmicas musicais que favorecessem a externalização de sentimentos e emoções, tendo-se recorrido principalmente a atividades de improvisação musical, à recriação musical, ou à criação de canções (apêndice D). Com o decorrer das sessões de intervenção foi possível à I.G. a manifestação das suas principais preocupações

que dizem respeito ao facto de estar perto do limite de idade permitido na instituição onde se encontra. As sessões de musicoterapia permitiram-lhe a existência de um espaço seguro onde pode ir revelando quais as suas perspetivas e quais as suas aspirações na construção de um projeto de vida após a sua institucionalização.

T.F.

O utente T.F., do género masculino, tinha à data do final do presente estágio 10 anos e 9 meses. Apresenta o diagnóstico de Perturbação do Desenvolvimento Intelectual e frequenta o CRIF desde os 7 anos, encontrando-se incluído numa família instável do ponto de vista socioeconómico que nem sempre lhe assegura os cuidados básicos de saúde, segurança e higiene. O T.F. apresenta um grave atraso global do desenvolvimento, perturbação do comportamento e perturbação da motricidade fina e grosseira que lhe cria compromisso no seu nível de atividade e participação dos domínios cognitivo, linguístico, comportamental e social.

O menino frequentou 21 sessões de musicoterapia com frequência semanal e com a duração aproximada de 30 minutos. Ao longo da intervenção procurou-se sobretudo trabalhar o aumento do seu tempo de atenção/concentração na tarefa e ainda questões pragmáticas tais como a manutenção do tópico conversacional, o respeito pelo processo de tomada de vez durante a conversação, ou a utilização de um espaço interpessoal adequado durante o processo de comunicação. Recorreu-se sobretudo à recriação musical e ainda à improvisação musical. O trabalho ao nível das competências pragmáticas revelou-se extremamente difícil de concretizar, não se tendo obtido resultados favoráveis da utilização de um espaço interpessoal adequado, uma vez que o T.F. invade constantemente o espaço do seu interlocutor, nem no respeito pelo processo de tomada de vez na conversação. Foi registada uma ligeira melhoria no que diz respeito à manutenção do tópico conversacional e do seu

tempo de atenção/concentração, caso fosse utilizado um tópico do seu interesse (e.g. comida/alimentação) sendo, no entanto, necessário redirecionar constantemente o T.F. para a atividade.

G.F.

O utente G.F., do género masculino, tinha à data do final do presente estágio 14 anos e 3 meses. Encontra-se diagnosticado com Perturbação do Espectro do Autismo e frequenta o CRIF desde os 6 anos. O G.F. apresenta um grave atraso global de desenvolvimento que cria compromisso no seu nível de atividade e participação dos domínios cognitivo, linguístico, comunicativo e de autonomia pessoal.

O menino frequentou 24 sessões de musicoterapia com frequência semanal e com a duração aproximada de 30 minutos. Ao longo da intervenção, e uma vez que se trata de uma criança não-verbal, procurou-se promover o desenvolvimento das suas competências de comunicação não-verbal, nomeadamente da sua atenção conjunta, do contacto ocular, da troca de turnos comunicativos e da sua iniciativa comunicativa; e ainda o aumento das suas vocalizações, tendo-se recorrido principalmente a atividades de improvisação. O G.F. foi apresentando uma resposta muito inconsistente ao longo da intervenção sendo que, em grande parte das sessões se mostrava ausente, sem estabelecer contacto ocular com a estagiária e sem se envolver em dinâmicas de atenção conjunta existindo, no entanto, outras sessões em que se deixava envolver em dinâmicas conjuntas por longos períodos de tempo (aproximadamente entre 10 a 20 minutos) e durante as quais vocalizava, tomava e cedia a vez em turnos comunicativos e estabelecia contacto ocular.

Seria necessário prolongar o tempo de intervenção com o G.F. para determinar com precisão de que modo os objetivos delineados no seu plano terapêutico teriam sido atingidos com sucesso.

Grupo A

O grupo A, constituído por quatro jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 17 anos (tabela 2) beneficiou de 23 sessões semanais de musicoterapia com a duração aproximada de 45 minutos. Dois dos elementos do grupo estiveram presentes em 21 sessões, outro dos elementos em 22 sessões, e apenas um dos elementos do grupo compareceu a todas as sessões. Todos os elementos do grupo apresentavam níveis de funcionalidade semelhantes.

Desde o início da intervenção que o grupo se mostrou bastante motivado em integrar as sessões, no entanto, nem sempre se revelou um grupo coeso surgindo, por várias vezes, conflitos entre alguns dos elementos do grupo. Ao longo da intervenção pretendeu-se, sobretudo, promover competências relacionais e sociais através da experiência musical partilhada, nomeadamente da capacidade de gestão de conflitos na relação; e o desenvolvimento de competências linguísticas, promovendo-se a representação simbólica de conceitos. Recorreu-se, sobretudo a atividades de improvisação, à recriação musical, à criação de canções e à escuta musical.

O Grupo A revelou um processo terapêutico de particular interesse na medida em que, numa fase intermédia da intervenção, o grupo decidiu encetar um projeto musical destinado a ser apresentado aos restantes colegas da instituição assistindo-se, a partir daí, a um desenvolvimento da coesão grupal, movido por um interesse comum, com a distribuição de diferentes tarefas e com o assumir de diferentes papéis dentro do grupo.

Deste modo, consideram-se atingidos de forma satisfatória os objetivos de intervenção propostos para este grupo.

Grupo B

O grupo B, constituído por cinco crianças com idades compreendidas entre os 11 e os 16 anos (tabela 3) beneficiou de 27 sessões semanais de musicoterapia com a duração aproximada de 45 minutos. Três dos elementos do grupo estiveram presentes em 26 sessões, outro dos elementos em 16 sessões, e apenas um dos elementos do grupo compareceu a todas as sessões. Todos os elementos do grupo apresentavam níveis de funcionalidade semelhantes.

Numa fase inicial da intervenção, o grupo mostrou-se bastante motivado e participativo nas sessões, facilmente colaborando entre si na concretização de várias atividades. Após algumas sessões, a expressão da individualidade de alguns dos elementos do grupo começou a acentuar-se e, inevitavelmente, acabaram por surgir alguns conflitos. Deste modo, os objetivos definidos para o grupo prenderam-se, essencialmente com a promoção de competências relacionais e sociais através da experiência musical partilhada. Assistiu-se a uma melhoria na capacidade de gestão de conflitos e ao desenvolvimento da capacidade de tomar em consideração a perspetiva do “outro”, ao invés de revelar uma postura rígida. Ao longo das sessões, foi gradualmente diminuindo o tempo em que o grupo tentava gerir os seus conflitos, para um aumento considerável do tempo em que o grupo permanecia coeso e orientado para a concretização das tarefas.

Discussão e conclusão

Concluído o estágio curricular, e descritos os procedimentos e os casos clínicos que constituem e demonstram a aplicação clínica da musicoterapia em contexto de reabilitação e educação especial, pretende-se nesta secção avaliar o impacto desta intervenção para a instituição, à luz dos objetivos inicialmente definidos com base na revisão de literatura realizada.

Considerando que o contacto do CRIF com a valência de musicoterapia tinha sido escasso até ao momento de realização deste estágio, considera-se cumprido o grande propósito de reconhecimento e de divulgação desta intervenção, assim como a sensibilização da equipa técnica e terapêutica para os benefícios da mesma na prestação de serviços à pessoa com incapacidade. Ao longo de todo o estágio, a equipa técnica e terapêutica contactou de perto com as várias fases que este comportou, testemunhando uma mudança positiva e significativa em muitas das crianças que beneficiaram desta intervenção. A musicoterapia, em alguns casos, acabou por constituir uma terapia de nível aumentativo, vista como um complemento ao plano individual já definido por outros técnicos e utilizada no sentido de potenciar os objetivos de outras modalidades terapêuticas; outros casos houve em que a musicoterapia se assumiu como uma terapia de nível intensivo, constituindo uma das intervenções terapêuticas mais significativas para o utente, induzindo mudanças significativas na sua condição (Wigram et al., 2002).

Como tal, e dadas as especificidades inerentes a este tipo de população, com incapacidades em vários domínios (sensorial, motor, social, comportamental, emocional, cognitivo, comunicativo, linguístico ou da autonomia) o estágio compreendeu um âmbito de ação muito abrangente, com a definição de objetivos para cada um destes domínios.

Procurou-se ir ao encontro, não só do que se encontrava descrito na literatura, mas também

do que era trabalhado noutras valências já existentes na instituição, procurando facilitar, deste modo, a atuação em equipa multidisciplinar, a comunicação entre equipa, com uma congruência na utilização dos mesmos conceitos, e ainda o reconhecimento, por parte das equipa existente, da intervenção em musicoterapia como um complemento de qualidade na prestação de serviços à pessoa com incapacidade.

Consideram-se atingidos resultados surpreendentes no desenvolvimento do domínio comunicativo, não só na estimulação de competências de comunicação pré-verbais, como também verbais, com repercussões no domínio linguístico, à semelhança do que foi encontrado nos estudos de Brown (1994), Duffy e Fuller (2000), Edgerton (1994), Finnigan e Starr (2010), Kalas (2012), Kim *et al.* (2008), LaGasse (2014), Lee e McFerran (2012) e Lim (2010). São também inegáveis os ganhos nas competências sociais e relacionais, promovidas através da experiência musical partilhada, reforçando os resultados encontrados por Kim *et al.* (2009). A intervenção musicoterapêutica também permitiu trabalhar ao nível do domínio motor em articulação com a valência de fisioterapia, promovendo o desenvolvimento de algumas capacidades de coordenação motora e evitando o agravamento de alterações músculo-esqueléticas.

Através da apresentação dos casos clínicos foi possível depreender que o trabalho com este tipo de população invoca o conceito do músico-criança. No caso do Pedro foi fundamental a total aceitação da sua produção musical e iniciativa criativa numa abordagem não-diretiva pretendendo o desenvolvimento da interação. Segundo Wigram *et al.* (2002), uma das funções primárias da musicoterapia em crianças com perturbação do neurodesenvolvimento diz respeito à utilização terapêutica da música como forma de encorajar o contacto e a interação. Deste modo foi possível o desenvolvimento de competências de comunicação pré-verbais que criaram repercussões imediatas no domínio

relacional. No caso do Isac a intervenção musicoterapêutica vem reforçar, uma vez mais, a responsividade à música e o potencial de desenvolvimento musical presentes em cada indivíduo, independentemente do seu grau de incapacidade, permitindo movimentos intrínsecos de desenvolvimento e crescimento pessoal, quebrando as barreiras da incapacidade.

Deste modo, consideram-se atingidos os objetivos definidos para este estágio, tendo resultado num impacto positivo não só para as crianças e jovens que beneficiaram desta intervenção, mas para toda a instituição que se mostrou sensibilizada e mobilizada para a importância da mesma enquanto terapia. Além dos resultados obtidos que vêm confirmar as expectativas criadas pela revisão de literatura, há que realçar nesta conclusão a importância fulcral da relação terapêutica e do investimento colocado na mesma, parecendo este ser o principal impulsionador do processo de mudança – o estar em estreita relação terapêutica no ato de “fazer música” (Aldridge *et al.*, 1995).

Reflexão pessoal

O presente estágio, realizado no Centro de Reabilitação e Integração de Fátima, decorreu entre 22 de setembro de 2017 e 13 de junho de 2018. Foram 9 meses durante os quais foram dadas as primeiras passadas no mundo da intervenção em musicoterapia e que comportaram, não só uma grande aprendizagem académica, como um grande crescimento em termos pessoais.

Numa fase inicial do estágio, a tarefa de conhecimento e integração na instituição foi-me bastante facilitada, uma vez que já tinha desempenhado funções na instituição enquanto terapeuta da fala nos anos de 2012 e 2013, conhecendo já grande parte da equipa técnica e pessoal auxiliar. Embora sentisse, da parte de todos, grande interesse e aceitação pela realização deste estágio, senti a necessidade, desde o início, em deixar claro junto de todo o pessoal que me encontrava na instituição com um papel diferente do que havia assumido anteriormente. Este foi, aliás, um dos motivos que me levou a dinamizar a ação de formação “Musicoterapia nas Perturbações do Neurodesenvolvimento”, realizada logo no início do estágio.

Como o estágio acabou por decorrer apenas junto da valência sócio-educativa do CRIF, foi natural que tivesse existido maior interesse, envolvimento e colaboração no meu trabalho por parte dos técnicos e auxiliares desta valência. Por outro lado, durante o estágio, ia ouvindo comentários de técnicos e auxiliares da valência CAO que revelavam a sua curiosidade em conhecer melhor o trabalho que estava a desenvolver na instituição e que iam deixando expresso quanto os utentes daquela valência iriam beneficiar de uma intervenção deste tipo, chegando mesmo a indicar nomes de alguns utentes em específico. A manifestação de todo este interesse, levou-me a arranjar, no meu horário, uma hora, em dois dias distintos da semana, durante a qual passava algum tempo com utentes desta valência dinamizando

algumas atividades de âmbito musical. Importa salientar que não foram levadas a cabo sessões de intervenção musicoterapêutica, uma vez que não se tratava da população-alvo definida no início do estágio, mas apenas momentos de convívio com uma forte componente musical. Por este motivo, fica a minha curiosidade de um dia poder vir a desempenhar funções também com uma população de CAO, onde é realizado um trabalho que, na minha ótica, considero muito interessante.

Reconheço, fruto de experiências laborais anteriores, que nem sempre é fácil mudar modelos de intervenção já instalados há muito tempo neste tipo de instituições, no entanto, não posso deixar de mencionar que, enquanto profissional de diagnóstico e terapêutica, e enquanto aluna estagiária de musicoterapia, senti falta de uma maior colaboração em equipa que considero imprescindível, com a presença de todos os técnicos em reunião de equipa multidisciplinar, com a formulação de objetivos conjuntamente e, nos casos que se considere pertinente, com intervenções em díades em prol de um mesmo foco interventivo. Só deste modo, no meu entender, se consegue promover uma intervenção eclética, flexível e multimodal.

É, no entanto, inegável, no meu ponto de vista, todo o crescimento que este estágio me proporcionou, permitindo a aplicação de conceitos teóricos na prática, conferindo-lhes assim um maior sentido e propósito que, muitas vezes, a simples teoria não consegue alcançar. Inúmeras vezes, sobretudo se sentia que estava a perder o foco no trabalho que queria desenvolver, dei por mim, no simples exercício de visualizar os vídeos gravados durante as sessões, a captar a riqueza de pequenos momentos que sinto que traduzem a essência do que é ser um musicoterapeuta, e do que é ser também um cliente em musicoterapia, e do produto que daí advém que, na verdade, é o que nos faz apaixonar enquanto (futuros) profissionais.

Referências

- Aldridge, D. (1996). *Music therapy Research and Practice in Medicine: From out of the silence*. Londres: Jessica Kingsley Publishers.
- Aldridge, D., Gustroff, G., & Neugebauer, L. (1995). A pilot study of music therapy in the treatment of children with developmental delay. *Complementary Therapies in Medicine*, 3, 197-205.
- American Psychiatric Association (2015). Perturbações do Neurodesenvolvimento. In *Guia de referência rápida para critérios de diagnóstico* (5ªed.) (pp. 17 - 31.). Lisboa: Climepsi.
- Boxill, E. H. (1985). *Music Therapy for the Developmentally Disabled*. Aspen Publishers.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32, 513-531.
- Brown, S. (1994). Autism and music therapy; is change possible and why music? *British Journal of Music Therapy*, 8(1), 15–25.
- CRIF (2015). *Centro de Reabilitação e Integração de Fátima*. Retirado de <http://www.crif.org.pt/>.
- Darnley-Smith, R. & Patey, H M. (2003). *Music Therapy*. Londres: SAGE Publications.
- Davis, W. B., Gfeller, K. E., & Thaut, M. H. (1999). *An introduction to music therapy: Theory and practice* (2nd ed.). Nova Iorque: Mc Graw-hill.
- DeBedout, J. K., & Worden, M. C. (2006). Motivators for children with severe intellectual disabilities in the self-contained classroom: A movement analysis. *Journal of Music Therapy*, 43(2), 123-135. doi: 10.1093/jmt/43.2.123.

- Duffy, B., & Fuller, R. (2000). Role of music therapy in social skills development in children with moderate intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 13*(2), 77-89. doi: 10.1046/j.1468-3148.2000.00011.x.
- Edgerton, C. L. (1994). The effect of improvisational music therapy on the communication behaviors of autistic children. *Journal of Music Therapy, 31*(1), 31-61. doi: 10.1093/jmt/31.1.31.
- Finnigan, E., & Starr, E. (2010). Increasing social responsiveness in a child with autism: A comparison of music and non-music interventions. *Autism, 14*(4), 321-348. doi: 10.1177/1362361309357747.
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: da conceção à realização*. Loures: Lusociência;
- Fundação AMA. (2015). *Sobre a PEA*. Retirado de <http://www.fundacaoama.pt/sobre-pea/perguntas-frequentes>.
- Kalas, A. (2012). Joint attention responses of children with autism spectrum disorder to simple versus complex music. *Journal of Music Therapy, 49*(4), 430-452. doi: 10.1093/jmt/49.4.430.
- Kern, P., & Aldridge, D. (2006). Using embedded music therapy interventions to support outdoor play of young children with autism in an inclusive community-based child care program. *Journal of Music Therapy, 43*(4), 270-294. doi: 10.1093/jmt/43.4.270.
- Kern, P., Rivera, N. R., 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. doi: 10.1093/jmt/50.4.274.

- Kern, P., Wolery, M., & Aldridge, D. (2007). Use of songs to promote independence in morning greeting routines for young children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(7), 1264-1271. doi: 10.1007/s10803-006-0272-1.
- Kiernan, C. & Reid, B. (1987). *Escala de Comunicação Pré-Verbal*.
- Kirkland, K. (2013). *International Dictionary of Music Therapy*. Londres: Routledge.
- 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 And and Developmental Disorders*, 38(9), 1758. 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.
- Klaphajone, J., Thaikruea, L., Boontrakulpoontawee, M., Vivatwongwana, P., Kanongnuch, S., & Tantong, A. (2013). Assessment of music therapy for rehabilitation among physically disabled people in Chiang Mai province: A pilot study. *Music and Medicine*, 5(1), 23-30. doi: 10.1177/1943862112470462.
- Kwak, E. E. (2007). Effect of rhythmic auditory stimulation on gait performance in children with spastic cerebral palsy. *Journal of Music Therapy*, 44(3), 198-216.
- LaGasse, A. 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.
- Lee, J. Y., & McFerran, K. (2012). The improvement of non-verbal communication skills of five females with profound and multiple disabilities using song-choices in music therapy. *Voices* 12 (3). doi: 10.15845/voices.v12i3.644,

- Lim, H. A. (2010). Use of music to improve speech production in children with autism spectrum disorders: Theoretical orientation. *Music Therapy Perspectives*, 27(2), 103-114. doi: 10.1093/mtp/27.2.103.
- Marta, R. (2014). *Perturbações do Neurodesenvolvimento*. Retirado de Passo a Passo - Centro de Desenvolvimento: <http://www.passoapasso.pt/wp-content/uploads/2014/08/perturbacoes-do-neurodesenvolvimento-raquel-marta2.pdf>.
- Ministério da Educação (2008). *Alunos com Multideficiência e com Surdo cegueira Congénita - Organização da Resposta Educativa*. Lisboa: Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular.
- Ministério da Educação (2008b). *Unidades de Ensino Estruturado para Alunos com Perturbação do Espectro do Autismo - Normas Orientadoras*. Lisboa: Direção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular.
- Naglieri, J. A., McNeish, T. J., & Bardos, A. N. (1991). *Draw a Person: Screening Procedure for Emotional Disturbance*. Texas: PRO-ED.
- National Autism Center. (2015). *Findings and conclusions: National standards project*. Retirado de <http://www.nationalautismcenter.org/090605-2/>.
- Organização Mundial de Saúde (2011). *Relatório Mundial sobre a Deficiência*. Organização Mundial de Saúde.
- Palha, M., de Andrade, D. C., Cotrim, L., Martins, S., & Fritz, A. (2016). *Recomendações de base empírica para a prática clínica relacionada com o acompanhamento de pessoas com perturbação do desenvolvimento intelectual*. Retirado de Diferenças – Centro de Desenvolvimento Infantil: http://diferencas.net/wp-dif/docs/Guidelines_PDI.pdf.
- Pavlicevic, M., & Wood, V. (2005). *Music Therapy in Children's Hospices: Jessie's Fund in Action*. Londres: Jessica Kingsley Publishers.

- Peng, Y. C., Lu, T. W., Wang, T. H., Chen, Y. L., Liao, H. F., Lin, K. H., & Tang, P. F. (2011). Immediate effects of therapeutic music on loaded sit-to-stand movement in children with spastic diplegia. *Gait & posture*, *33*, 274-278. doi:10.1016/j.gaitpost.2010.11.020.
- Pereira, C., Martins, R., Lima, C. B., Baptista, M., & Sousa, A. (2017). Perturbação do Desenvolvimento Intelectual/Incapacidade Intelectual: Experiência de um centro de neurodesenvolvimento de um hospital de nível III. *Acta Pediátrica Portuguesa*, *48*, 304 – 311.
- Ruud, E. (1990). *Caminhos da Musicoterapia*. São Paulo: Grupo Editorial Summus.
- Siller, M., & Sigman, M. (2002). The behaviors of parents of children with autism predict the subsequent development of their children's communication. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *32*(2), 77–89. doi: 10.1023/A:1014884404276.
- Sim-Sim, I. (1998). *Desenvolvimento da Linguagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Sommers-Flanagan, J. S., & Sommers-Flanagan, R. S. (2004). *Counseling and psychotherapy theories in context and practice*. Nova Jérícia: John Wiley & Sons, Inc;
- Thompson, G. A., McFerran, K. S., & Gold, C. (2014). Family-centered music therapy to promote social engagement in young children with severe autism spectrum disorder: A randomized controlled study. *Child: Care, Health and Development*, *40*(6), 840-852. doi:10.1111/cch.12121.
- Vaiouli, P. (2014). Joint engagement for toddlers at risk with autism: A family, music-therapy intervention. *Music Therapy Perspectives*, *32*(2), 193-193.
- Wang, T. H., Peng, Y. C., Chen, Y. L., Lu, T. W., Liao, H. F., Tang, P. F., & Shieh, J. Y. (2013). A Home-Based Program Using Patterned Sensory Enhancement Improves Resistance Exercise Effects for Children With Cerebral Palsy A Randomized

Controlled Trial. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 27(8), 684-694. doi:
10.1177/1545968313491001.

Watson, T. (2007). *Music Therapy with Adults with Learning Disabilities*. Londres:
Routledge.

White, B. (2015). 'What Sound Can You Make?' A Case Study of a Music Therapy Group for
Children with Autism, Learning Disabilities and Challenging Behaviours. *Approaches*,
7(2), 197 – 206.

Wigram, T., Pedersen, I. N., & Bonde, L. O. (2002). *A Comprehensive Guide to Music
Therapy: Theory, Clinical Practice, Research and Training*. Londres: Jessica Kingsley
Publishers.

Wigram, T. (2004). *Improvisation – Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians,
Educators and Students*. Londres: Jessica Kingsley Publishers.

APÊNDICES

LISTA DE APÊNDICES

- Apêndice A** - Avaliação Pedro
- Apêndice B** Avaliação Isac
- Apêndice C** Quadro indicativo das sessões em falta
- Apêndice D** Canção “A minha turma”

APÊNDICE A
Avaliação Pedro

ESCALA DE COMUNICAÇÃO PRÉ-VERBAL

(Chris Kieman and Barbara Reid, 1987)

NOME: Pedro

IDADE: 8 ANOS 7 MESES

ESCOLA OU CENTRO: Centro de Reabilitação e Integração da Fátima

ESCALA APLICADA POR: Soraia Vicente

DATA: 24/10/17 06/06/18

COMENTÁRIOS:

17 - 1ª avaliação

17 - 2ª avaliação

Instruções para a cotação

As categorias de cotação da ECPV são: Sim-Não; Frequentemente (F); Raramente (R); Nunca (N) ou, no caso de itens a serem testados, o número correcto de respostas de cada item. No manual vêm detalhadamente descritos os processos de cotação.

Nas primeiras páginas deste caderno temos duas folhas de cotação. A Folha de Cotação 1 dá-nos uma imagem da realização do aluno em termos globais. Sugerimos que assinale com um marcador encarnado as áreas em que o aluno tenha sido cotado positivamente em todos ou quase todos os itens. Assinale com uma cor contrastante as áreas em que o aluno tenha sido bem sucedido em cerca de metade dos itens (por ex: 4 Frequentemente e 1 Raramente num conjunto de 10 itens). Deixe em branco as áreas onde nenhum ou apenas dois itens tenham sido bem sucedidos.

A Folha de Cotação 2 considera a área da comunicação do aluno em termos de utilização funcional de respostas comunicativas. São identificadas seis categorias de comunicação. Na Folha de Cotação 2 vêm reproduzidos os números dos itens. Estes itens estão assinalados e realçados na tabela com iniciais a seguir ao número do item. As categorias identificadas são: Solicitação de Atenção (SA); Satisfação de Necessidades (SN); Negação Simples (NS); Interação Positiva (IP); Interação Negativa (IN) e Atenção Partilhada (AP). A folha de cotação consiste num perfil onde podem ser registados os resultados destas seis categorias de comportamento comunicativo e os resultados das áreas de " Imitação " e " Compreensão ".

A Folha de Cotação 2 representa também uma forma abreviada da ECPV.

Encontram-se no manual indicações detalhadas sobre a cotação.

COMPARTAMENTOS PRÉ-COMUNICATIVOS

1. NECESSIDADES E PREFERÊNCIAS

Esta área tem uma dupla finalidade. Em primeiro lugar diz-nos se o aluno tem alguma razão para comunicar, em segundo lugar informa-nos sobre quais os itens ou actividades que podemos usar como tópicos de interacção para recompensar o aluno num programa de comunicação. Registe as necessidades e preferências do aluno no espaço correspondente.

	Sim	Não	Outras necessidades e preferências
1. O aluno aprecia alguns acontecimentos ou actividades em especial, como por exemplo, viagens de automóvel, banhos, natação ?	X X		
2. O aluno gosta de música ?	X X		
3. O aluno gosta de se entreter com outras pessoas, por exemplo, que joguem com ele, que lhe peguem, que cantem para ele, que lhe mostrem livros de imagens ?		X X	
4. O aluno gosta que se metam com ele, que lhe façam cócegas, etc ?		X X	
5. O aluno tem alguns brinquedos preferidos ou outros objectos pelos quais manifeste uma predilecção especial ou com que goste de brincar ?	X X		caixas de plástico folhas de árvore.
6. O aluno tem alguns alimentos ou bebidas preferidas ?	X X		

2. VER E OLHAR

Só se cota esta área se o aluno não tiver qualquer deficiência visual. Se o aluno não fizer frequentemente estas coisas, mas as puder fazer a pedido, pontue na coluna " Sim ".

	Sim	Não	Comentários
1. Consegue olhar para uma mão que passe em frente dos seus olhos ?	X X		
2. Fixa um objecto parado ?	X X		
3. Vira-se e olha para um objecto introduzido silenciosamente no seu campo visual ?	X X		
4. Segue com o olhar objectos em movimento ?	X X		
5. Consegue olhar para a cara de outra pessoa examinando-lhe as feições ?		X X	

3. USO DE SUPORTES VISUAIS

Só se cota esta área se o aluno não tiver qualquer deficiência visual. Se o aluno não fizer frequentemente estas coisas, não as puder fazer a pedido, pontue na coluna " Sim ".

	F	R	N	Comentários
1. Mostra interesse por fotografias, livros de imagens ou revistas.	X X			
2. Mostra-se capaz de reconhecer suportes visuais, seleccionando os seus doces preferidos, levantando-se quando vê amigos ou conhecidos à distância, etc...	X X			
3. É capaz de realizar jogos de emparelhamento muito baseados na discriminação visual, ou emparelhando espontaneamente: a) objecto com objecto, por ex: jogos de classificação b) objecto com imagem c) imagem com imagem, por ex: loto de figuras		X X		
4. Reconhece pessoas a partir de fotografias	X X			

3

COMPORTAMENTOS PRÉ-COMUNICATIVOS

4. CONTROLO DAS MÃOS E BRAÇOS
 Se o aluno tiver uma boa coordenação motora fina, tal como vem indicada no item 7, pontuar positivamente os outros itens.

	Sim	Não	Comentários
1. Consegue largar os objectos ?			
2. Consegue agarrar e segurar objectos com a mão toda, não estando o polegar oposto aos outros dedos ?			
3. Consegue agarrar e segurar objectos com a mão toda, estando o polegar oposto aos outros dedos ?			
4. Usa igualmente bem as duas mãos (anote se o aluno for hémiplegico) ?			
5. Utiliza sem dificuldade os dois braços nos movimentos normais do dia a dia ?			
6. Consegue usar objectos que exijam a utilização do dedo indicador, carregar em botões, etc ?			
7. Consegue apanhar objectos usando apenas o polegar e o indicador em oposição (pinça) ?			

5. INTERACÇÃO SOCIAL SEM COMUNICAÇÃO

	F	R	N	Comentários
1. Observa outras pessoas com interesse.	X	X		
2. Reage a pessoas conhecidas distinguindo-as de estranhos, por ex: sorrindo, dirigindo-se a elas ou mostrando entusiasmo.	X	X		
3. Senta-se ao lado, aconchega-se ou toca em pessoas conhecidas.		X	X	
4. Estabelece espontaneamente contacto visual com uma pessoa que esteja próxima.			X X	
5. Dirige-se e pára perto de outra pessoa * esperando * a sua atenção (mas não lhe toca, não tenta estabelecer contacto ou procura chamar a sua atenção emitindo sons).	X X			

6. OUVIR E ESCUTAR

	Sim	Não	Comentários
1. É capaz de olhar atentamente para uma pessoa que lhe fala ?		X X	
2. É capaz de voltar a cabeça para olhar na direcção da fonte sonora ?	X X		
3. É capaz de alterar o movimento do corpo em resposta à voz de outra pessoa ?	X X		
4. É capaz de virar a cabeça na direcção duma pessoa que fala ou canta ?	X X		
5. Interrompe o choro (ou outra manifestação de desagrado) em resposta à voz de outra pessoa ?		X X	
6. É capaz de reagir de modos diferentes variando as entoações da voz (por ex: conversa calma versus gritos) ?		X X	
7. É capaz de dar pancadas ou bater em coisas (por ex: brinquedos ou brinquedos musicais) com a intenção aparente de provocar sons ?	X X		
8. É capaz de produzir sons agradáveis (por ex: murmurar, falar baixinho) ou de parar de chorar quando ouve música ?	X X		

4

7. DESENVOLVIMENTO DOS SONS

Se o aluno emite algumas palavras claramente pode ser cotado nesta área. Se o aluno produzir sons que não estejam descritos nos itens abaixo, anote-o na coluna dos comentários. Nesta parte da escala não se exige que os sons tenham um significado. Paralelamente, interessa-nos aqui a produção de sons e imitação espontânea e não avaliar a imitação enquanto tal (ver adiante - área 13).

	Sim	Não	Comentários
1. Emite sons culturais, resmungos ou gemidos ?	X X		
2. Emite sons de vogais abertas, por ex: aaa, eee, ooo ?	X X		
3. Emite os sons nnn ou sss ?		X X	emite oclusivas b, m, p, t.
4. Emite sons de consoantes (que podem ser combinadas com vogais, por ex: bu, mu) ?	X X		
5. Consegue repetir a mesma sílaba duas ou três vezes (por ex: ma, ma, ma) ?	X X		
6. Consegue fazer jogos vocais combinando duas sílabas diferentes, por ex: da-ba, ee-as, ia-da ?	X	X	
7. Palavra utilizando sons semelhantes aos da fala " normal " e possivelmente uma ou duas palavras reconhecíveis ?		X X	
8. Palavra seguindo a entoação da fala " normal " (por ex: palavra numa sequência com altos e baixos como uma " conversa verdadeira ") ?		X X	

8. CONTROLO DA MUSCULATURA DA FALA

Se o aluno consegue comer e respirar normalmente podemos supor que provavelmente terá um controlo motor da fala adequado. Este tipo de controlo, e provavelmente o controlo voluntário avaliado nos itens 4 e 5, representa uma condição necessária mas não suficiente para a emergência da fala. O aluno pode ser capaz de fazer todas estas coisas e, contudo, não falar.

	F	R	N	Comentários
1. Respira normalmente, isto é, sem espasticidade motora.				
2. Engole normalmente, com controlo aparente da língua.				
3. Mastiga normalmente, com controlo aparente dos maxilares e dos lábios.				
4. É capaz de soprar um tecido ou um material semelhante.				
5. Consegue chupar por uma palhinha.				

9. USO CONSISTENTE DO RUIDO

Esta área refere-se a ruídos feitos espontaneamente pelo aluno mas não por imitação directa dum adulto ou de outra criança. Se o aluno deixou de responder ao item 1 por já ser capaz de responder ao item 2, cotar positivamente nos dois itens. Se o aluno consegue utilizar algumas palavras cote-o positivamente nos dois itens.

	F	R	N	Comentários
1. Emite, ocasional ou continuamente, sons que não parecem estar directamente relacionados com qualquer actividade lúdica e que não podem ser considerados como tendo alguma intenção comunicativa.	X X			
2. Emite consistentemente sons em situações lúdicas específicas que parecem fazer parte da situação de jogo, por ex: imitar o ruído do motor quando brinca com um carro. Não se pode inferir uma intenção de comunicação.		X X		

8

COMPORTAMENTOS PRÉ-COMUNICATIVOS

10. EXPRESSÃO DE EMOÇÕES (NÃO COMUNICATIVA)

Pode-se considerar que há intenção se, por exemplo, o aluno olha para outra pessoa quando chora e aumenta o choro ou zanga-se se a outra pessoa se afasta. A emoção pode manifestar-se de forma não social ou social, ou seja, com a intenção de comunicar com outra pessoa. Neste nível avaliamos apenas a expressão não comunicativa da emoção. Com isto queremos significar que o aluno não pretende comunicar nada aos outros. A expressão comunicativa da emoção será avaliada na área 22.

	F	R	N	Comentários
1. Ri ou dá gargalhadas quando relaxado ou feliz.	X	X		
2. Sorri quando relaxado ou feliz.	X	X		
3. Chora quando sente dor ou mal-estar.	X	X		
4. Grita ou guincha para expressar zanga ou frustração.	X	X		
5. Quando zangado ou frustrado bate ou ataca as outras pessoas.			X	X
6. Beija os outros, mas aparentemente apenas como uma rotina sem significado.			X	X

11. MÚSICA E CANTO

Esta área destina-se a avaliar a capacidade do aluno para perceber, responder e produzir música. Se o aluno já não corresponde a um determinado item (por ex: ao item 11) porque evoluiu para uma tarefa mais complexa (por ex: para o item 13) continue assinalando ambos os itens.

	F	R	N	Comentários
1. Mostra sinais evidentes de agrado quando ouve música, por ex: sintoniza música no rádio, dirige-se à TV quando esta transmite música, fica sossegado e / ou sorri quando a música está a tocar.	X			
2. Bate o compasso da música embora não necessariamente ao ritmo certo.			X	
3. Dança ao som da música, por ex: sacotecendo-se ritmicamente para cima e para baixo ou balançando-se para trás e para a frente.		X		
4. Consegue bater com ritmo o tambor ou a pandeireta.			X	
5. Canta ou trauteia cadências simples (isto é, as que podem ser transcritas em notação de solfejo) sem palavras ou com balbúcio.	X			
6. Acompanha outras crianças que cantam.			X	X
7. Começa a cantar quando o adulto entoar a primeira frase duma das canções que ele conhece (com ou sem palavras).		X		
8. Canta claramente, isto é, as melodias reconhecem-se facilmente.			X	X
9. Dança ao ritmo da música.			X	X
10. Canta canções simples com as palavras correctas apesar de não ter linguagem.			X	X
11. Canta canções com melodias complicadas sem palavras.			X	X
12. Canta toadas equivalentes a frases completas (ex: substitui um pedido pela entoação da frase).			X	X
13. Canta canções com melodias complicadas e com as palavras correctas.			X	X

COMPORTEMENTOS PRÉ-COMUNICATIVOS

6

12. IMITAÇÃO MOTORA					
É mais fácil responder à primeira parte desta área através duma avaliação directa. Anote do item 1 ao 8 quando é que o aluno o imita correctamente. Depois repita mais duas vezes a lista, colocando preferencialmente de cada vez os itens numa ordem diferente. Anote na coluna dos "Comentários" caso o aluno tenha uma deficiência física que o impeça de dar a resposta					
	0/3	1/3	2/3	3/3	Comentários
1. Coloca objectos num recipiente, por imitação.		X	X		
2. Dá palmadas na mesa, por imitação.	X	X			
3. Bate palmas, por imitação.	X			X	
4. Bate com um lápis na mesa, por imitação.	X	X			
5. Põe as mãos na cabeça, por imitação.	X		X		
6. Acena em sinal de adeus, por imitação.		X	X		
7. Levanta-se ou senta-se, por imitação.	X	X			
8. Dêta a língua de fora, por imitação	X	X			
		F	R	N	Comentários
9. Imita uma <u>acção simples</u> recordando uma acção anteriormente observada (por ex: atender o telefone, embalar a boneca)			X	X	
10. Imita uma <u>sequência de acções</u> recordando acções anteriormente observadas (por ex: dar banho à boneca e pô-la na cama, " fazer de conta " que aspira o chão ou que limpa usando um pano de pó)				X	X
13. IMITAÇÃO VOCAL					
Se o aluno imita nitidamente uma série de sons simples pontue-o positivamente neste nível					
	F	R	N	Comentários	
1. Emite sons sem significado como resposta ao discurso de outra pessoa	X	X			
2. Vocaliza em resposta a outra pessoa que fala	X	X			
3. Imita nitidamente sons de fala dos adultos, por ex: ma, ba, ooo.	X	X			
4. Assopra por imitação (ex: assoprar um apito ou uma palhinha)			X	X	
5. Imita o tossir quando se tosse perto dele.			X	X	
6. Imita os seus próprios sons quando os ouve gravados.			X	X	
7. Imita sons de prezer expressos por outros alunos, quando os ouve.			X	X	
8. Imita os sons dos animais repetindo os sons feitos pelo adulto.	X	X			
9. Reproduz algumas palavras por imitação mas não as usa necessariamente como forma de comunicação.	X	X			
10. Imita sons que expressam desagrado feitos por outros alunos, quando os ouve.			X	X	
11. Imita os padrões de entoação dos outros.			X	X	
12. Repete nitidamente algumas palavras mas só após um intervalo (i.e. não imita imediatamente as palavras ditas por outra pessoa, mas pode repeti-las espontaneamente 5 min. mais tarde ou no dia seguinte)			X	X	
13. Imita palavras quando a palavra ou frase é dita por outra pessoa e fá-lo com um intervalo de 5 minutos ou mais, mas não necessariamente com intenção de comunicar.			X	X	

CAPACIDADES DE IMITAÇÃO

14. DAR		F	R	N	Comentários
1. IP	Mostra espontaneamente um objecto a outra pessoa e dá-o quando solicitado.		X X		
2. IP	Dá, sem ser solicitado, objectos a outras pessoas e sem que os outros tenham, necessariamente, mostrado desejo de os ter.			X X	

15. COMUNICAÇÃO ATRAVÉS DE IMAGENS OU OBJECTOS						
Se o aluno for bem sucedido em qualquer dos itens desta área, anote na coluna "Comentários" se ele consegue comunicar ou só através de objectos, ou só através de imagens ou através de ambas, objectos e imagens. Nesta área pretende-se avaliar o comportamento espontâneo – se o aluno realiza alguns dos itens, mas apenas no âmbito de actividades escolares organizadas, anote-o na coluna dos "Comentários".						
		F	R	N	Comentários	
1.	Dá a outra pessoa um objecto como forma de expressar uma necessidade, por ex: um copo se quer beber, um disco se quer ouvi-lo.	X				
2.	SN Perante um conjunto de imagens aponta para a imagem dum objecto para manifestar uma preferência ou uma necessidade, por ex: para a imagem de um gelado ou para a imagem duma peça de roupa ou de um objecto num catálogo.		X			porque recentemente foi introduzida a notina com símbolos wicijit - traz alguns símbolos.
3.	SN Dá a outra pessoa um objecto relacionado com a solução de um problema que quer que ela lhe resolva, por ex: chaves para abrir uma porta, ferramenta para arranjar qualquer coisa.			X X		
4.	SN Olha para uma imagem dum objecto para demonstrar uma necessidade, por ex: dum bolo para mostrar que quer um bolo.		X	X		Aponta para os símbolos wicijit da sua notina.
5.	AP Mostra a imagem de um objecto só para chamar a atenção para o objecto (não para pedir o objecto), por ex: a fotografia de outro aluno para indicar a sua presença.			X X		
6.	AP Mostra um objecto (não uma imagem) só para chamar a atenção para a presença de outro objecto, por ex: mostra um carro miniatura para chamar a atenção para um carro verdadeiro que ele tenha visto.			X X		

16. COMUNICAÇÃO ATRAVÉS DO MOVIMENTO GLOBAL DO CORPO						
Anote na coluna dos "Comentários" no caso do aluno ter qualquer limitação de ordem física que o impeça de executar alguns dos comportamentos desta área.						
		F	R	N	Comentários	
1.	Colabora activamente em algumas actividades, por exemplo, estendendo o pé para que lhe calcem o sapato ou estendendo adequadamente as mãos para que lhes lavem.	X X				
2.	Opõe-se a uma actividade tornando rígidos os braços, as pernas ou todo o corpo, por exemplo a que o movem ou a que o vistam.	X X				
3.	Senta-se e recusa a mover-se ou cooperar.		X X			
4.	NS Deixa-se arrastar ou deita-se no chão ou pavimento com a intenção de resistir se, por exemplo, não quer ir a qualquer sítio.	X X				

COMPORTAMENTOS DE COMUNICAÇÃO INFORMAL

		F	R	N	Comentários
		<p>17. COMUNICAÇÃO ATRAVÉS DO GESTO</p> <p>Define-se gesto como uma resposta pela qual o aluno se expressa através dum movimento <u>sem</u> contacto físico. O "apontar" é avaliado separadamente na área 19.</p> <p>Nos itens 3 e 4, nos itens 6 a 8 e no item 10, se o aluno aprendeu a utilizar alguns gestos convencionais, cote-a positivamente e anote na coluna dos "Comentários" que os gestos lhe foram ensinados.</p>			
COMPONENTES DE COMUNICAÇÃO INFORMAL	1. SA Estica-se para que lhe peguem ou o abracem.			X	
	2. Repete espontaneamente parte de uma acção feita por outra pessoa para mostrar que deseja a sua repetição, por ex: mover os dedos "como quem faz cócegas" para pedir que lhe façam cócegas.		X	X	sessão 11: gesto alto, gesto baixo acompanhado da voz da criança
	3. Abana a cabeça espontaneamente (ou faz outro gesto consistente) para indicar o " não ".		X		
	4. Abana a cabeça espontaneamente (ou faz outro gesto consistente) para indicar o " sim ".			X	
	5. IP Acena em gesto de adeus, sem ser ajudado, quando outra pessoa vai sair ou quando ele se vai embora	X			
	6. SN Utiliza gestos simples para expressar necessidades, por ex: desejo de beber, aponta para as calças para mostrar que precisa de ir à casa de banho.	X			
	7. Através do gesto chama espontaneamente a atenção para a presença dum objecto ou pessoa, por ex: um gesto para " gato " para chamar a atenção para a presença do gato.			X	
	8. Indica espontaneamente através de gestos que quer ir à casa de banho a fim de deixar por algum tempo a sala de aula.			X	
	9. NS Acena em adeus para mostrar que quer que outra pessoa se vá embora.	X			
	10. Usa gestos complexos ou uma sequência de gestos para exprimir necessidades, por ex: quando quer beber finge primeiro que está a despejar numa garrafa e depois que bebe.			X	
18. COMUNICAÇÃO ATRAVÉS DA MANIPULAÇÃO					
		F	R	N	Comentários
1. SA Aproxima-se e toca noutra pessoa para chamar a atenção.	X	X			
2. NS Empurra a mão de outra pessoa quando não quer ser ajudado ou não quer interferências.	X				
3. SN Puxa ou empurra outra pessoa para a levar a ir a algum lugar ou a alcançar-lhe alguma coisa que ele quer, por ex: puxa outra pessoa para o recreio ou para a casa de banho quando quer ir a um desses sítios.	X				
4. Traz objectos a outra pessoa ou leva outra pessoa junto dos objectos e mostra-lhe que pretende que ela faça uma coisa específica, por ex: pôr a mão de outra pessoa no puxador duma porta para mostrar que quer que ela o faça girar; uma criança pode empurrar para cima os braços do adulto na direcção duma prateleira alta.	X				
5. AP Puxa ou empurra outra pessoa <u>só para lhe mostrar</u> alguma coisa ou alguém.			X		

COMPORTAMENTOS DE COMUNICAÇÃO INFORMAL

19. COMUNICAÇÃO ATRAVÉS DA ACÇÃO DE APONTAR				
Nesta área um grupo de itens (1, 2, 3, 6) diz respeito a objectos que o aluno <u>quer ter</u> ; os restantes itens (4, 5) dizem respeito a objectos sobre os quais o aluno apenas quer <u>chamar a atenção</u> .				
	F	R	N	Comentários
1. Toca num objecto que quer mas não olha para a outra pessoa.	X	X		
2. SN Toca num objecto que <u>quer</u> e depois olha alternadamente da outra pessoa para o objecto até que ela responda. É o equivalente a dizer " dá-me " ou a pedir licença.			X X	S/ intencionalidad e funcionalidad de " pedir licença "
3. Estende-se na direcção dos objectos que <u>quer</u> e que estão fora do seu alcance, mas sem esforço real, enquanto simultaneamente olha para o objecto e para a outra pessoa. De novo o equivalente a dizer " dá-me ".	X X			
4. Toca em objectos apenas com a intenção de chamar a atenção do outro sobre eles. Por exemplo, pode tocar num objecto e ir olhando alternadamente do objecto para outra pessoa até que esta mostre que lhe presta atenção.			X X	
5. AP Aponta com a mão e / ou com o braço para objectos distantes a fim de chamar a atenção sobre eles.		X X		
6. SN Aponta com a mão e / ou com o braço para um objecto distante que ele <u>quer obter</u> enquanto olha alternadamente da outra pessoa para o objecto.		X X		

20. COMUNICAÇÃO ATRAVÉS DO OLHAR				
Embora estes itens sejam semelhantes aos da área 19 (Comunicação através da acção de apontar), nós procuramos agora os alunos que apenas <u>olham</u> para os objectos que pretendem e não <u>apontam</u> para eles. Se o aluno já ultrapassou o nível descrito no item 1 cote-o positivamente e anote-o na coluna dos " Comentários ".				
	F	R	N	Comentários
1. Olha para alguma coisa que quer obter mas não parece reconhecer que é necessário que outra pessoa olhe também para que haja comunicação.			X X	Já ultrapassou este nível
2. Olha para alguma coisa que quer obter e depois alternadamente da outra pessoa para o objecto até que esta lhe responda.			X X	Já ultrapassou este nível

↓
Cotado
positivam/

COMPORTAMENTOS DE COMUNICAÇÃO INFORMAL

21. USO COMUNIATIVO DOS SONS

Anote na coluna dos "Comentários" se os sons foram sempre ou frequentemente utilizados em conjunto com outro tipo de respostas, por exemplo, tocando no adulto ou apontando. Os itens referem-se preferencialmente a sons e não a palavras. Se o aluno utilizar algumas palavras em vez de sons não deve ser cotado aqui, pois se-lo-á posteriormente noutra área a um nível mais avançado.

	F	R	N	Comentários
1. SA Aproxima-se de outra pessoa e emite sons para atrair a sua atenção.	X X			
2. Quando está afastado de outras pessoas vocaliza para atrair a atenção.		X X		
3. Emite um som específico quando se recusa a pegar num objecto ou rejeita uma intromissão, por ex: como resposta a alguém que tenta lavar-lhe a cabeça.		X X		"aa" c/ intenção prosódica.
4. SA Aproxima-se de outra pessoa e então vocaliza para chamar a atenção.	X X			
5. Vocaliza a fim de conseguir obter determinado objecto. A entoação indica que há intenção de comunicar	X X			
6. Emite um som específico quando é repreendido, por ex: um som de objecção ou de conciliação.			X X	
7. AP Vocaliza apenas para <u>chamar a atenção</u> para um objecto, o equivalente a "olha, aqui está ele".		X X		
8. IP Mantém uma "conversa" a dois com outra pessoa, isto é, espera pela sua vez para emitir sons, mas os sons não têm significado.		X	X	

22. EXPRESSÃO DA EMOÇÃO (COMUNICATIVA)

	F	R	N	Comentários
1. IN Grita se está zangado ou frustrado, com nitida intenção de comunicar.	X X			
2. SN Sorri quando quer alguma coisa, o equivalente a "dás-me?".	X X			
3. NS Franze o sobrolho a outras pessoas a fim de expressar desagrado ou dúvida (isto é, mais do que estar apenas aborrecido).			X X	
4. IP Beija e abraça outras pessoas como expressão de afecto.			X X	Encosta a testa c/ a testa de outra pessoa p/ express afecto.
5. SA Chora, o choro dirige-se a outra pessoa, isto é, o aluno pára de chorar logo que atrai a atenção de outra pessoa, independentemente do facto de ela ainda não ter feito nada.	X X			
6. NS Bate noutra pessoa quando esta o contraria. Pára e acalma-se logo que deixa de ser contrariado.			X X	

11

		23. MANIPULAÇÃO DA EMOÇÃO			Comentários	
		F	R	N		
COMPORTEMENTOS DE COMUNICAÇÃO INFORMAL	1. Compreende quando o mandam interromper uma actividade mas persiste nela com a intenção de provocar uma reacção na outra pessoa.			X X		
	2. IN Belisca, arranha ou bate noutras pessoas com a intenção de as magoar, isto é, não apenas para chamar a atenção mas deliberadamente para as magoar.			X X		
	3. Quando outra pessoa está magoada ou ferida ele acaricia ou fricciona a área atingida para que ela " fique melhor ".			X X		
	4. IP Quando outra pessoa se zanga com ele tenta acalmá-la sorrindo-lhe ou abraçando-a.			X X		
	5. IN Procura deliberadamente chamar a atenção ou provocar a zanga ou irritação nas outras pessoas batendo ou ameaçando partir objectos, por ex: batendo e depois olhando, podendo fazer deliberadamente girar a cabeça da outra pessoa de modo a que ela esteja a olhar quando ele bate nalguma coisa.			X X		
	6. Tenta provocar uma reacção emocional noutra pessoa expressando surpresa ou espanto, por ex: como reacção a um acontecimento estranho, tal como a entrada dum pássaro na sala.			X X		
	7. IN Faz " disparates " com intenção provocatória.			X X		
	8. IN Sorri ou ri com a intenção de levar outra pessoa a irritar-se ou a zangar-se.			X X		
	9. IN Ameaça bater ou magoar outra criança ou outra " vítima " com a intenção de provocar o professor, instrutor ou um familiar.			X X		
<p>24. COMPREENSÃO DA COMUNICAÇÃO NÃO-VOCAL</p> <p>Com excepção dos itens 9 e 10 as respostas aos itens desta área podem ser testadas com o aluno. Aplique os itens por ordem e depois repita duas vezes o conjunto dos itens. <u>Todos estes itens se referem a indicação não-vocais. Não cot. positivamente se o aluno apenas responde quando há uma componente verbal.</u> Anote na coluna dos " Comentários " se o aluno apenas responde quando há uma combinação de indicações vocais e não-vocais.</p>						
		0/3	1/3	2/3	3/3	Comentários
COMUNICAÇÃO FORMAL	1. Agarra num objecto neutro que lhe é dado por outra pessoa, por ex: um livro ou um pano.				X	
	2. Aperta a mão que outra pessoa lhe estende.	X X				
	3. Olha para onde outra pessoa aponta quando esta põe o dedo sobre o objecto.		X X			
	4. Olha para um objecto colocado a cerca de dois metros da pessoa que está a apontar.	X	X			
	5. Cooperar quando é guiado fisicamente (ajudado) e repete em seguida sozinho a mesma acção, por ex: uma acção que implique a motricidade fina ou o ser ajudado a vestir-se.	X X				
	6. Olha para um objecto colocado a mais de dois metros da pessoa que está a apontar.	X	X			
	7. Obedece a ordens simples não-verbais expressas através de gestos, tais como " vem cá ", " senta-te ", " vai ", quando estas são expressas de forma <u>não-verbal</u> através de gestos ou quando	X X				

	para serem compreendidas.	X				
	8. É possível chamar a atenção do aluno para um objecto olhando alternadamente para ele e para o objecto, <u>sem</u> apontar, até que ele olhe.	X				
			F	R	N	Comentários
	9. Quando ele " não quer olhar " e outra pessoa insiste apontando nessa direcção, ele olha para outro lado, recusa o contacto visual ou fecha os olhos.	X				
	10. Quando ele " não quer ir ", vira as costas ou foge quando alguém lhe segura a mão ou os braços para o levar.	X				
<p>25. COMPREENSÃO DA VOCALIZAÇÃO E DA FALA</p> <p>Possivelmente alguns destes itens terão de ser testados para nos assegurarmos de que o aluno está a responder <u>apenas</u> <u>fala</u> e não a fala associada a gestos, à direcção do olhar ou a outro suportes significativos a nível do contexto. Se o aluno atingiu um nível corresponde a determinado item, ele pode saber alguns dos exemplos deste nível, mas não outros (por e para o item 14 pode saber " sobre " e " em " mas não " abaixo de "; para o item 13 pode saber " vermelho e azul " mas não saber " pequeno e grande "). Neste caso, anote na coluna dos " Comentários " aquilo que o aluno <u>aprendeu</u> até esse momento.</p>						
			F	R	N	Comentários
	1. Quando o chama pelo seu nome, responde, distinguindo-o dos nomes dos outros alunos.	X				
	2. Interrompe o que está a fazer quando lhe dizem " não " ou " pára ".	X				
	3. Perante cerca de seis objectos familiares diferentes entrega-os na mão do adulto ou aponta para eles quando lhe dizem " dá-me ... " ou " mostra-me ... ".			X		
				X		
			F	R	N	Comentários
	4. Responde a ordens verbais simples <u>não acompanhadas</u> de gestos, por ex: " vem cá ", " senta-te ", " levanta-te ", " vai ", " está calado ".				X	
	5. À pedido aponta várias partes do seu próprio corpo, " mostra-me... ".			X		
	6. Obedece a ordens simples, tais como " vai buscar o teu casaco ", " Fecha a porta " ou " tira os sapatos ", <u>não acompanhadas</u> de gestos ou de outras pistas significativas relacionadas com a forma como a ordem é dada.	X				
	7. Aponta ou dirige-se a quatro ou cinco pessoas familiares quando se lhe pergunta " onde está ... ? ".	X				
	8. Mostra quatro ou cinco imagens num livro (ou em cartões de imagens) quando solicitado, " mostra-me... ".			X		
	9. Responde adequadamente a questões tais como " onde está o teu saco ? " ou a ordens como " vai buscar os teus sapatos " quando os objectos não estão à vista.				X	
	10. Obedece a ordens verbais que implicam uma acção e dois objectos, tais como " põe a colher dentro do copo ".				X	
	11. Aponta ou dirige-se a quatro ou cinco lugares da casa, da escola ou do centro quando solicitado " mostra-me... ", " leva-me para... ".	X				
	12. Tapa os ouvidos quando não quer fazer qualquer coisa que lhe estão a pedir.				X	
					X	
						13

CAÇÃO FORMAL

pequena".			X	
14. Compreende instruções verbais não acompanhadas de gestos que incluem palavras tais como "sobre", "em" e "debaixo de".			X	

26. COMPREENSÃO DA EMOÇÃO

	F	R	N	Comentários
1. Compreende quando uma pessoa tem uma atitude amigável aproximando-se dela e, quando tem uma atitude hostil, não se aproximando.			X	
2. Quando outra pessoa está zangada ele fica preocupado ou reage de outra forma adequada no caso de ter sido ele quem deliberadamente provocou a zanga.			X	
3. Perante outra pessoa triste ou que chora reage adequadamente, fazendo uma expressão preocupada, dando atenção ao outro e / ou consolando-a. Se foi ele que causou deliberadamente o choro de outro a sua resposta mostra que compreende a situação.			X	

27. UTILIZAÇÃO DA COMUNICAÇÃO ATRAVÉS DE SIMBOLOS, GESTOS OU FALA

1. Aproximadamente quantas palavras, gestos ou símbolos, ou o equivalente em termos de imagens, usa o aluno constantemente pelo menos uma vez por semana?

Palavras: "ua" (meu) ✓ "aa" (oi) ✓
 "aa" (oi) ✓ Gestos: aponta

"Símbolos": traz alguns símbolos do catinatório wicjit, na medida do "meu"

X De entre as palavras, gestos, símbolos ou equivalentes que o aluno utiliza, aproximadamente quantas usa pouco frequentemente, isto é, menos de uma vez por semana?

Palavras: "aua" (ajuda) Gestos: _____ "Símbolos": _____

Caso o aluno utilize algumas palavras, gestos ou símbolos responda às questões que se seguem. Não se esqueça de anotar se o aluno usou uma palavra, gesto ou símbolo ou uma combinação de dois ou mais destes elementos.

	F	R	N	Comentários
3. Utiliza alguns deles para solicitar a atenção, expressar necessidades ou indicar "não"?			X	
Quais: "ua" (meu) → quer ir a casa "aa" (oi) → quer ir embora			X	
4. Utiliza alguns deles em "conversa em interação" ou para solicitar a atenção para objectos ou acontecimentos interessantes?			X	
Quais: _____			X	

AÇÃO FORMAL

5. Utiliza alguns deles apenas para nomear algo quando é para isso solicitado ? Quais: _____			X	
6. Alguns deles são utilizados sem que aparentemente o aluno conheça o seu significado ? Quais: _____			X	
7. Alguns deles são utilizados repetitiva e continuamente sem significado ? Quais: _____			X	

15

APÊNDICE B
Avaliação Isac

ESCALA DE COMUNICAÇÃO PRÉ-VERBAL
(Chris Kieman and Barbara Reid, 1987)

NOME: Frac

IDADE: 8 ANOS 8 MESES

ESCOLA OU CENTRO: Centro de Reabilitação e Integração da Fátima

ESCALA APLICADA POR: Soraia Vicente

DATA: 24/10/17 05/06/18

COMENTÁRIOS: M - 1ª avaliação -
M - 2ª avaliação

Instruções para a cotação

As categorias de cotação da ECPV são: Sim-Não; Frequentemente (F); Raramente (R); Nunca (N) ou, no caso de itens a serem testados, o número correcto de respostas de cada item. No manual vêm detalhadamente descritos os processos de cotação.

Nas primeiras páginas deste caderno temos duas folhas de cotação. A Folha de Cotação 1 dá-nos uma imagem da realização do aluno em termos globais. Sugerimos que assinale com um marcador encarnado as áreas em que o aluno tenha sido cotado positivamente em todos ou quase todos os itens. Assinale com uma cor contrastante as áreas em que o aluno tenha sido bem sucedido em cerca de metade dos itens (por ex: 4 Frequentemente e 1 Raramente num conjunto de 10 itens). Deixe em branco as áreas onde nenhum ou apenas dois itens tenham sido bem sucedidos.

A Folha de Cotação 2 considera a área da comunicação do aluno em termos de utilização funcional de respostas comunicativas. São identificadas seis categorias de comunicação. Na Folha de Cotação 2 vêm reproduzidos os números dos itens. Estes itens estão assinalados e realçados na tabela com iniciais a seguir ao número do item. As categorias identificadas são: Solicitação de Atenção (SA); Satisfação de Necessidades (SN); Negação Simples (NS); Interação Positiva (IP); Interação Negativa (IN) e Atenção Partilhada (AP). A folha de cotação consiste num perfil onde podem ser registados os resultados destas seis categorias de comportamento comunicativo e os resultados das áreas de " Imitação " e " Compreensão ".

A Folha de Cotação 2 representa também uma forma abreviada da ECPV.

Encontram-se no manual indicações detalhadas sobre a cotação.

1

COMPORTEMENTOS PRÉ-COMUNICATIVOS

1. NECESSIDADES E PREFERÊNCIAS
 Esta área tem uma dupla finalidade. Em primeiro lugar diz-nos se o aluno tem alguma razão para comunicar, em segundo lugar informa-nos sobre quais os itens ou actividades que podemos usar como tópicos de interacção para recompensar o aluno num programa de comunicação. Registe as necessidades e preferências do aluno no espaço correspondente.

	Sim	Não	Outras necessidades e preferências
1. O aluno aprecia alguns acontecimentos ou actividades em especial, como por exemplo, viagens de automóvel, banhos, natação ?	X X		
2. O aluno gosta de música ?	X X		
3. O aluno gosta de se entreter com outras pessoas, por exemplo, que joguem com ele, que lhe peguem, que cantem para ele, que lhe mostrem livros de imagens ?	X X		
4. O aluno gosta que se metam com ele, que lhe façam cócegas, etc ?	X X		
5. O aluno tem alguns brinquedos preferidos ou outros objectos pelos quais manifeste uma predilecção especial ou com que goste de brincar ?		X X	Gosto de música e que cantem para ele.
6. O aluno tem alguns alimentos ou bebidas preferidas ?		X X	

2. VER E OLHAR
 Só se cota esta área se o aluno não tiver qualquer deficiência visual. Se o aluno não fizer frequentemente estas coisas, mas as puder fazer a pedido, pontue na coluna " Sim ".

	Sim	Não	Comentários
1. Consegue olhar para uma mão que passe em frente dos seus olhos ?	X X		
2. Fixe um objecto parado ?		X X	
3. Vira-se e olha para um objecto introduzido silenciosamente no seu campo visual ?		X X	
4. Segue com o olhar objectos em movimento ?		X X	Dificuldade.
5. Consegue olhar para a cara de outra pessoa examinando-lhe as feições ?	X X		

3. USO DE SUPORTES VISUAIS
 Só se cota esta área se o aluno não tiver qualquer deficiência visual. Se o aluno não fizer frequentemente estas coisas, não as puder fazer a pedido, pontue na coluna " Sim ".

	F	R	N	Comentários
1. Mostra interesse por fotografias, livros de imagens ou revistas.			X X	
2. Mostra-se capaz de reconhecer suportes visuais, seleccionando os seus doces preferidos, levantando-se quando vê amigos ou conhecidos à distância, etc...			X X	
3. É capaz de realizar jogos de emparelhamento muito baseados na discriminação visual, ou emparelhando espontaneamente: a) objecto com objecto, por ex: jogos de classificação b) objecto com imagem c) imagem com imagem, por ex: lote de figuras			X X	
4. Reconheça pessoas a partir de fotografias		X X		

3

COMPORTAMENTOS PRÉ-COMUNICATIVOS

X **CONTROLO DAS MÃOS E BRAÇOS**
 Se o aluno tiver uma boa coordenação motora fina, tal como vem indicada no item 7, pontuar positivamente os outros itens.

	Sim	Não	Comentários
1. Consegue largar os objectos ?			
2. Consegue agarrar e segurar objectos com a mão toda, não estando o polegar oposto aos outros dedos ?			
3. Consegue agarrar e segurar objectos com a mão toda, estando o polegar oposto aos outros dedos ?			
4. Usa igualmente bem as duas mãos (anote se o aluno for hémipérgico) ?			
5. Utiliza sem dificuldade os dois braços nos movimentos normais do dia a dia ?			
6. Consegue usar objectos que exijam a utilização do dedo indicador, carregar em botões, etc ?			
7. Consegue apanhar objectos usando apenas o polegar e o indicador em oposição (pinça) ?			

5. INTERACÇÃO SOCIAL SEM COMUNICAÇÃO

	F	R	N	Comentários
1. Observa outras pessoas com interesse.		X		
2. Reage a pessoas conhecidas distinguindo-as de estranhos, por ex. sorrindo, dirigindo-se a elas ou mostrando entusiasmo.		X		
3. Senta-se ao lado, aconchega-se ou toca em pessoas conhecidas.			X	
4. Estabelece espontaneamente contacto visual com uma pessoa que esteja próxima.	X			
5. Dirige-se e pára perto de outra pessoa " esperando " a sua atenção (mas não lhe toca, não tenta estabelecer contacto ou procura chamar a sua atenção emitindo sons).			X	

6. OUVIR E ESCUTAR

	Sim	Não	Comentários
1. É capaz de olhar atentamente para uma pessoa que lhe fala ?	X	X	
2. É capaz de voltar a cabeça para olhar na direcção da fonte sonora ?	X	X	cf dificuldade.
3. É capaz de alterar o movimento do corpo em resposta à voz de outra pessoa ?	X	X	
4. É capaz de virar a cabeça na direcção duma pessoa que fala ou canta ?	X	X	cf dificuldade
5. Interrompe o choro (ou outra manifestação de desagrado) em resposta à voz de outra pessoa ?		X	X
6. É capaz de reagir de modos diferentes variando as entoações da voz (por ex. conversa calma versus gritos) ?	X	X	
7. É capaz de dar pancadas ou bater em coisas (por ex: brinquedos ou brinquedos musicais) com a intenção aparente de provocar sons ?	X	X	apita os castenhos para tocar.
8. É capaz de produzir sons agradáveis (por ex: murmurar, falar baixinho) ou de parar de chorar quando ouve música ?	X	X	

4

COMPORTAMENTOS PRÉ-COMUNICATIVOS

7. DESENVOLVIMENTO DOS SONS

Se o aluno emite algumas palavras claramente pode ser cotado nesta área. Se o aluno produzir sons que não estejam descritos nos itens abaixo, anote-o na coluna dos comentários. Nesta parte da escala não se exige que os sons tenham um significado. Paralelamente, interessa-nos aqui a produção de sons e imitação espontânea e não avaliar a imitação enquanto tal (ver adiante - área 13).

	Sim	Não	Comentários
1. Emite sons culturais, resmungos ou gemidos ?	X X		
2. Emite sons de vogais abertas, por ex: aaa, eee, ooo ?	X X		
3. Emite os sons nnn ou sss ?		X X	
4. Emite sons de consoantes (que podem ser combinadas com vogais, por ex: bu, mu) ?		X X	
5. Consegue repetir a mesma sílaba duas ou três vezes (por ex: ma, ma, ma) ?		X X	
6. Consegue fazer jogos vocais combinando duas sílabas diferentes, por ex: da-ba, ee-aa, ia-da ?		X X	
7. Palavra utilizando sons semelhantes aos da fala " normal " e possivelmente uma ou duas palavras reconhecíveis ?		X X	
8. Palavra seguindo a entoação da fala " normal " (por ex: palavra numa sequência com altos e baixos como uma " conversa verdadeira ") ?		X	

8. CONTROLO DA MUSCULATURA DA FALA

Se o aluno consegue comer e respirar normalmente podemos supor que provavelmente terá um controlo motor da fala adequado. Este tipo de controlo, e provavelmente o controlo voluntário avaliado nos itens 4 e 5, representa uma condição necessária mas não suficiente para a emergência da fala. O aluno pode ser capaz de fazer todas estas coisas e, contudo, não falar.

	F	R	N	Comentários
1. Respira normalmente, isto é, sem espasticidade motora.				
2. Engole normalmente, com controlo aparente da língua.				
3. Mastiga normalmente, com controlo aparente dos maxilares e dos lábios.				
4. É capaz de soprar um tecido ou um material semelhante.				
5. Consegue chupar por uma palhinha.				

9. USO CONSISTENTE DO RUIDO

Esta área refere-se a ruídos feitos espontaneamente pelo aluno mas não por imitação directa dum adulto ou de outra criança. Se o aluno deixou de responder ao item 1 por já ser capaz de responder ao item 2, cotar positivamente nos dois itens. Se o aluno consegue utilizar algumas palavras cote-o positivamente nos dois itens.

	F	R	N	Comentários
1. Emite, ocasional ou continuamente, sons que não parecem estar directamente relacionados com qualquer actividade lúdica e que não podem ser considerados como tendo alguma intenção comunicativa.	X	X		
2. Emite consistentemente sons em situações lúdicas específicas que parecem fazer parte da situação de jogo, por ex: imitar o ruído do motor quando brinca com um carro.			X	
Não se pode inferir uma intenção de comunicação.			X	

5

COMPORTAMENTOS PRÉ-COMUNICATIVOS

10. EXPRESSÃO DE EMOÇÕES (NÃO COMUNICATIVA)

Pode-se considerar que há intenção se, por exemplo, o aluno olha para outra pessoa quando chora e aumenta o choro ou zanga-se se a outra pessoa se afasta. A emoção pode manifestar-se de forma não social ou social, ou seja, com a intenção de comunicar com outra pessoa. Neste nível avaliamos apenas a expressão não comunicativa da emoção. Com isto queremos significar que o aluno não pretenda comunicar nada aos outros. A expressão comunicativa da emoção será avaliada na área 22.

	F	R	N	Comentários
1. Ri ou dá gargalhadas quando relaxado ou feliz.	X	X		
2. Sorri quando relaxado ou feliz.	XX			
3. Chora quando sente dor ou mal-estar.	X			
4. Grita ou guincha para expressar zanga ou frustração.		X	X	
5. Quando zangado ou frustrado bate ou ataca as outras pessoas.			XX	
6. Beija os outros, mas aparentemente apenas como uma rotina sem significado.			XX	

11. MÚSICA E CANTO

Esta área destina-se a avaliar a capacidade do aluno para perceber, responder e produzir música. Se o aluno já não corresponde a um determinado item (por ex: ao item 11) porque evoluiu para uma tarefa mais complexa (por ex: para o item 13) notificar positivamente ambos os itens.

	F	R	N	Comentários
1. Mostra sinais evidentes de agrado quando ouve música, por ex: sintoniza música no rádio, dirige-se à TV quando esta transmite música, fica sossegado e / ou sorri quando a música está a tocar.	XX			
2. Bate o compasso da música embora não necessariamente ao ritmo certo.			XX	
3. Dança ao som da música, por ex: sacocoteando-se rítmicamente para cima e para baixo ou balançando-se para trás e para a frente.			XX	
4. Consegue bater com ritmo o tambor ou a pandeireta.			XX	
5. Canta ou trauteia cadências simples (isto é, as que podem ser transcritas em notação de solfejo) sem palavras ou com balbucio.			XX	
6. Acompanha outras crianças que cantam.			XX	
7. Começa a cantar quando o adulto entoar a primeira frase duma das canções que ele conhece (com ou sem palavras).			X	
8. Canta claramente, isto é, as melodias reconhecem-se facilmente.			XX	
9. Dança ao ritmo da música.			XX	
10. Canta canções simples com as palavras correctas apesar de não ter linguagem.			XX	
11. Canta canções com melodias complicadas sem palavras.			XX	
12. Canta toadas equivalentes a frases completas (ex: substitui um pedido pela entoação da frase).			XX	
13. Canta canções com melodias complicadas e com as palavras correctas.			XX	

12. IMITAÇÃO MOTORA					
É mais fácil responder à primeira parte desta área através duma avaliação directa. Anote do item 1 ao 8 quando é que o aluno o imita correctamente. Depois repita mais duas vezes a lista, colocando preferencialmente de cada vez os itens numa ordem diferente. Anote na coluna dos "Comentários" caso o aluno tenha uma deficiência física que o impeça de dar a resposta					
	0/3	1/3	2/3	3/3	Comentários
1. Coloca objectos num recipiente, por imitação.	X				<i>Não é possível dar resposta por incapacidade física</i>
2. Dá palmadas na mesa, por imitação.	X				
3. Bate palmas, por imitação.	X				
4. Bate com um lápis na mesa, por imitação.	X				
5. Põe as mãos na cabeça, por imitação.	X				
6. Acena em sinal de adeus, por imitação.	X				
7. Levanta-se ou senta-se, por imitação.	X				
8. Deita a língua de fora, por imitação	X				
		F	R	N	Comentários
9. Imita uma <u>acção simples</u> recordando uma acção anteriormente observada (por ex: atender o telefone, embalar a boneca)				X	
10. Imita uma <u>sequência de acções</u> recordando acções anteriormente observadas (por ex: dar banho à boneca e pô-la na cama, " fazer de conta " que aspira o chão ou que limpa usando um pano de pó)				X	
13. IMITAÇÃO VOCAL					
Se o aluno imita nitidamente uma série de sons simples pontue-o positivamente nesta nível					
	F	R	N	Comentários	
1. Emite sons sem significado como resposta ao discurso de outra pessoa	X	X			
2. Vocaliza em resposta a outra pessoa que fala	X	X			
3. Imita nitidamente sons da fala dos adultos, por ex: ma, ba, ooo.			XX		
4. Assopra por imitação (ex: assoprar um apito ou uma palhinha)			XX		
5. Imita o tossir quando se tosse perto dele.			XX		
6. Imita os seus próprios sons quando os ouve gravados.			XX		
7. Imita sons de prazer expressos por outros alunos, quando os ouve.			XX		
8. Imita os sons dos animais repetindo os sons feitos pelo adulto.			XX		
9. Reproduz algumas palavras por imitação mas não as usa necessariamente como forma de comunicação.			X		
10. Imita sons que expressam desagrado feitos por outros alunos, quando os ouve.			XX		
11. Imita os padrões de entoação dos outros.			XX		
12. Repete nitidamente algumas palavras mas só após um intervalo (i.e. não imita imediatamente as palavras ditas por outra pessoa, mas pode repeti-las espontaneamente 5 min. mais tarde ou no dia seguinte)			X		
13. Imita palavras quando a palavra ou frase é dita por outra pessoa e fá-lo com um intervalo de 5 minutos ou mais, mas não necessariamente com intenção de comunicar.			XX		

CAPACIDADES DE IMITAÇÃO

COMPORTAMENTOS DE COMUNICAÇÃO INFORMAL	14. DAR				
		F	R	N	Comentários
	1. IP			XX	Incapacidade motora para o fazer.
	2. IP			XX	
	15. COMUNICAÇÃO ATRAVÉS DE IMAGENS OU OBJECTOS				
	Se o aluno for bem sucedido em qualquer dos itens desta área, anote na coluna "Comentários" se ele consegue comunicar ou só através de objectos, ou só através de imagens ou através de ambas, objectos e imagens. Nesta área pretende-se avaliar o comportamento espontâneo – se o aluno realiza alguns dos itens, mas apenas no âmbito de actividades escolares organizadas, anote-o na coluna dos "Comentários".				
		F	R	N	Comentários
	1. Dá a outra pessoa um objecto como forma de expressar uma necessidade, por ex: um copo se quer beber, um disco se quer ouvi-lo.			X	Incapacidade motora para realizar os testes.
	2. SN			X	
	3. SN			X	
4. SN			X		
5. AP			X		
6. AP			X		
16. COMUNICAÇÃO ATRAVÉS DO MOVIMENTO GLOBAL DO CORPO					
Anote na coluna dos "Comentários" no caso do aluno ter qualquer limitação de ordem física que o impeça de executar algum dos comportamentos desta área.					
	F	R	N	Comentários	
1. Colabora activamente em algumas actividades, por exemplo, estendendo o pé para que lhe calcem o sapato ou estendendo adequadamente as mãos para que lhes levem.			X	Incapacidade para realizar os testes.	
2. Opõe-se a uma actividade tornando rígidos os braços, as pernas ou todo o corpo, por exemplo a que o movam ou a que o vistam.			X		
3. Senta-se e recusa a mover-se ou cooperar.			XX		
4. NS			XX		

COMPORTAMENTOS DE COMUNICAÇÃO INFORMAL

17. COMUNICAÇÃO ATRAVÉS DO GESTO				
Define-se gesto como uma resposta pela qual o aluno se expressa através dum movimento <u>sem</u> contacto físico. O "apontar" é avaliado separadamente na área 19. Nos itens 3 e 4, nos itens 6 a 8 e no item 10, se o aluno aprendeu a utilizar alguns gestos convencionais, cote-o positivamente e anote na coluna dos "Comentários" que os gestos lhe foram ensinados.				
	F	R	N	Comentários
1. SA Estica-se para que lhe peguem ou o abracem.			X	
2. Repete espontaneamente parte de uma acção feita por outra pessoa para mostrar que deseja a sua repetição, por ex: mover os dedos "como quem faz cêcegas" para pedir que lhe façam cêcegas.			X	
3. Abana a cabeça espontaneamente (ou faz outro gesto consistente) para indicar o " não ".			X	
4. Abana a cabeça espontaneamente (ou faz outro gesto consistente) para indicar o " sim ".			X	
5. IP Acena em gesto de adeus, sem ser ajudado, quando outra pessoa vai sair ou quando ele se vai embora			X	
6. SN Utiliza gestos simples para expressar necessidades, por ex: desejo de beber, aponta para as calças para mostrar que precisa de ir à casa de banho.			X	
7. Através do gesto chama espontaneamente a atenção para a presença dum objecto ou pessoa, por ex: um gesto para " gato " para chamar a atenção para a presença do gato.			X	
8. Indica espontaneamente através de gestos que quer ir à casa de banho e fim de deixar por algum tempo a sala de aula.			X	
9. NS Acena em adeus para mostrar que quer que outra pessoa se vá embora.			X	
10. Usa gestos complexos ou uma sequência de gestos para exprimir necessidades, por ex: quando quer beber finge primeiro que está a despejar numa garrafa e depois que bebe.			X	
18. COMUNICAÇÃO ATRAVÉS DA MANIPULAÇÃO				
	F	R	N	Comentários
1. SA Aproxima-se e toca noutra pessoa para chamar a atenção.			X	
2. NS Empurra a mão de outra pessoa quando não quer ser ajudado ou não quer interferências.			X	
3. SN Puxa ou empurra outra pessoa para a levar a ir a algum lugar ou a alcançar-lhe alguma coisa que ele quer, por ex: puxa outra pessoa para o recreio ou para a casa de banho quando quer ir a um desses sítios.			X	
4. Traz objectos a outra pessoa ou leva outra pessoa junto dos objectos e mostra-lhe que pretende que ela faça uma coisa específica, por ex: pôr a mão de outra pessoa no puxador duma porta para mostrar que quer que ela o faça girar; uma criança pode empurrar para cima os braços do adulto na direcção duma prateleira alta.			X	
5. AP Puxa ou empurra outra pessoa <u>só</u> para lhe mostrar alguma coisa ou alguém.			X	

Incapacidade motora para realizar gestos.

Incapacidade da motora para realizar os tarefas.

COMPORTAMENTOS DE COMUNICAÇÃO INFORMAL

19. COMUNICAÇÃO ATRAVÉS DA ACÇÃO DE APONTAR

Nesta área um grupo de itens (1, 2, 3, 6) diz respeito a objectos que o aluno quer ter; os restantes itens (4, 5) dizem respeito a objectos sobre os quais o aluno apenas quer chamar a atenção.

	F	R	N	Comentários
1. Toca num objecto que quer mas não olha para a outra pessoa.			XX	Incapacidade motora pouca apontar.
2. SN Toca num objecto que <u>quer</u> e depois olha alternadamente da outra pessoa para o objecto até que ela responda. É o equivalente a dizer " dá-me " ou a pedir licença.			XX	
3. Estende-se na direcção dos objectos que <u>quer</u> e que estão fora do seu alcance, mas sem esforço real, enquanto simultaneamente olha para o objecto e para a outra pessoa. De novo o equivalente a dizer " dá-me ".			XX	
4. Toca em objectos apenas com a intenção de chamar a atenção do outro sobre eles. Por exemplo, pode tocar num objecto e ir olhando alternadamente do objecto para outra pessoa até que esta mostre que lhe presta atenção.			XX	
5. AP Aponta com a mão e / ou com o braço para objectos distantes a fim de chamar a atenção sobre eles.			XX	
6. SN Aponta com a mão e / ou com o braço para um objecto distante que ele <u>quer obter</u> enquanto olha alternadamente da outra pessoa para o objecto.			XX	

20. COMUNICAÇÃO ATRAVÉS DO OLHAR

Embora estes itens sejam semelhantes aos da área 19 (Comunicação através da acção de apontar), nós procuramos agora os alunos que apenas olham para os objectos que pretendem e não apontam para eles. Se o aluno já ultrapassou o nível descrito no item 1 cote-o positivamente e anote-o na coluna dos " Comentários ".

	F	R	N	Comentários
1. Olha para alguma coisa que quer obter mas não parece reconhecer que é necessário que outra pessoa olhe também para que haja comunicação.			X X	
2. Olha para alguma coisa que quer obter e depois alternadamente da outra pessoa para o objecto até que esta lhe responda.			X X	

↓
 não revela muito de obter algo do meio

COMPORTAMENTOS DE COMUNICAÇÃO INFORMAL

21. USO COMUNIATIVO DOS SONS

Anote na coluna dos "Comentários" se os sons foram sempre ou frequentemente utilizados em conjunto com outro tipo de respostas, por exemplo, tocando no adulto ou apontando. Os itens referem-se preferencialmente a sons e não a palavras. Se o aluno utilizar algumas palavras em vez de sons não deve ser cotado aqui, pois só-lo-á posteriormente noutra área a um nível mais avançado.

	F	R	N	Comentários
1 SA Aproxima-se de outra pessoa e emite sons para atrair a sua atenção.	X	X		
2 Quando está afastado de outras pessoas vocaliza para atrair a atenção.			X	
3. Emite um som específico quando se recusa a pegar num objecto ou rejeita uma intromissão, por ex: como resposta a alguém que tenta levar-lhe a cabeça.			X	
4 SA Aproxima-se de outra pessoa e então vocaliza para chamar a atenção.	X	X		
5. Vocaliza a fim de conseguir obter determinado objecto. A entoação indica que há intenção de comunicar	X		X	Utilizado frequentemente em pessoa que tem PI pedido de "mais"
6. Emite um som específico quando é repreendido, por ex: um som de objecção ou de conciliação.			X	
7. AP Vocaliza apenas para chamar a atenção para um objecto, o equivalente a "olha, aqui está ele".			X	
8. IP Mantém uma "conversa" a dois com outra pessoa, isto é, espera pela sua vez para emitir sons, mas os sons não têm significado.			X	

22. EXPRESSÃO DA EMOÇÃO (COMUNICATIVA)

	F	R	N	Comentários
1. IN Grita se está zangado ou frustrado, com nítida intenção de comunicar.			X	
2. SN Sorri quando quer alguma coisa, o equivalente a "dá-me?".	X			
3. NS Franze o sobrolho a outras pessoas a fim de expressar desagrado ou dúvida (isto é, mais do que estar apenas aborrecido).			X	
4. IP Beija e abraça outras pessoas como expressão de afecto.			X	
5. SA Chora, o choro dirige-se a outra pessoa, isto é, o aluno pára de chorar logo que atrai a atenção de outra pessoa, independentemente do facto de ela ainda não ter feito nada.		X		
6. NS Bate noutra pessoa quando esta o contraria. Pára e acalma-se logo que deixa de ser contrariado.			X	

11

		23. MANIPULAÇÃO DA EMOÇÃO			Comentários	
		F	R	N		
COMPORTAMENTOS DE COMUNICAÇÃO INFORMAL	1. Compreende quando o mandam interromper uma actividade mas persiste nela com a intenção de provocar uma reacção na outra pessoa.			X		
	2. IN Belisca, arranha ou bate noutras pessoas com a intenção de as magoar, isto é, não apenas para chamar a atenção mas deliberadamente para as magoar.			X		
	3. Quando outra pessoa está magoada ou ferida ele acaricia ou fricciona a área atingida para que ela " fique melhor ".			X		
	4. IP Quando outra pessoa se zanga com ele tenta acalmá-la sorrindo-lhe ou abraçando-a.			X		
	5. IN Procura deliberadamente chamar a atenção ou provocar a zanga ou irritação nas outras pessoas batendo ou ameaçando partir objectos, por ex: batendo e depois olhando, podendo fazer deliberadamente girar a cabeça da outra pessoa de modo a que ela esteja a olhar quando ele bate nalguma coisa.			X		
	6. Tenta provocar uma reacção emocional noutra pessoa expressando surpresa ou espanto, por ex: como reacção a um acontecimento estranho, tal como a entrada dum pássaro na sala.			X		
	7. IN Faz " disparates " com intenção provocatória.			X		
	8. IN Sorri ou ri com a intenção de levar outra pessoa a irritar-se ou a zangar-se.			X		
	9. IN Ameaça bater ou magoar outra criança ou outra " vítima " com a intenção de provocar o professor, instrutor ou um familiar.			X		
		24. COMPREENSÃO DA COMUNICAÇÃO NÃO-VOCAL			Comentários	
		0/3	1/3	2/3		3/3
COMUNICAÇÃO FORMAL	1. Agarra num objecto neutro que lhe é dado por outra pessoa, por ex: um livro ou um pano.	X				Incapacidade motora para realizar os testes.
	2. Aperta a mão que outra pessoa lhe estende.	X				
	3. Olha para onde outra pessoa aponta quando esta põe o dedo sobre o objecto.	X				
	4. Olha para um objecto colocado a cerca de dois metros da pessoa que está a apontar.	X				
	5. Coopera quando é guiado fisicamente (ajudado) e repete em seguida sozinho a mesma acção, por ex: uma acção que implique a motricidade fina ou o ser ajudado a vestir-se.	X				
	6. Olha para um objecto colocado a mais de dois metros da pessoa que está a apontar.	X				
	7. Obedece a ordens simples não-verbais expressas através de gestos, tais como " vem cá ", " senta-te ", " vai ", quando estas são expressas de forma não-verbal através de gestos ou quando	X				

para serem compreendidas.	X				
8. É possível chamar a atenção do aluno para um objecto olhando alternadamente para ele e para o objecto, <u>sem apontar</u> , até que ele oihe.	X				
	X				
		F	R	N	Comentários
9. Quando ele " não quer olhar " e outra pessoa insiste apontando nessa direcção, ele olha para outro lado, recusa o contacto visual ou fecha os olhos.				X	
10. Quando ele " não quer ir ", vira as costas ou foge quando alguém lhe segura a mão ou os braços para o levar.			X	X	

25. COMPREENSÃO DA VOCALIZAÇÃO E DA FALA

Possivelmente alguns destes itens terão de ser testados para nos assegurarmos de que o aluno está a responder apenas à fala e não a fala associada a gestos, à direcção do olhar ou a outro suportes significativos a nível do contexto. Se o aluno já atingiu um nível corresponde a determinado item, ele pode saber alguns dos exemplos deste nível, mas não outros (por ex. para o item 14 pode saber " sobre " e " em " mas não " abaixo de "; para o item 13 pode saber " vermelho e azul " mas não saber " pequeno e grande "). Neste caso, anote na coluna dos " Comentários " aquilo que o aluno aprendeu até esse momento.

		F	R	N	Comentários
1. Quando o chama pelo seu nome, responde, distinguindo-o dos nomes dos outros alunos.	X				
2. Interrompe o que está a fazer quando lhe dizem " não " ou " pára ".	X				
3. Perante cerca de seis objectos familiares diferentes entrega-os na mão do adulto ou aponta para eles quando lhe dizem " dá-me ... " ou " mostra-me ... ".	X			X	Não consegue por incapacidade motora
		F	R	N	Comentários
4. Responde a ordens verbais simples <u>não acompanhadas</u> de gestos, por ex: " vem cá ", " senta-te ", " levanta-te ", " vai ", " está calado ".				X	
5. À pedido aponta várias partes do seu próprio corpo, " mostra-me... ".				X	
6. Obedece a ordens simples, tais como " vai buscar o teu casaco ", " Fecha a porta " ou " tira os sapatos ", <u>não acompanhadas</u> de gestos ou de outras pistas significativas relacionadas com a forma como a ordem é dada.				X	
7. Aponta ou dirige-se a quatro ou cinco pessoas familiares quando se lhe pergunta " onde está ... ? ".		X			Dirige o seu olhar ainda q. q. dificuldades
8. Mostra quatro ou cinco imagens num livro (ou em cartões de imagens) quando solicitado, " mostra-me... ".				X	
9. Responde adequadamente a questões tais como " onde está o teu saco ? " ou a ordens como " vai buscar os teus sapatos " quando os objectos não estão à vista.				X	
10. Obedece a ordens verbais que implicam uma acção e dois objectos, tais como " põe a colher dentro do copo ".				X	
11. Aponta ou dirige-se a quatro ou cinco lugares da casa, da escola ou do centro quando solicitado " mostra-me... ", " leva-me para... ".				X	
12. Tapa os ouvidos quando não quer fazer qualquer coisa que lhe estão a pedir.				X	

13

ICAÇÃO FORMAL

pequena".			X		
14. Compreende instruções verbais não acompanhadas de gestos que incluem palavras tais como "sobre", "em" e "debaixo de".			X		

26. COMPREENSÃO DA EMOÇÃO

	F	R	N	Comentários
1. Compreende quando uma pessoa tem uma atitude amigável aproximando-se dela e, quando tem uma atitude hostil, não se aproximando.	X			Navega medo quando a B.C. coloca as mãos, fe aproxima dele.
2. Quando outra pessoa está zangada ele fica preocupado ou reage de outra forma adequada no caso de ter sido ele quem deliberadamente provocou a zanga.			X	
3. Perante outra pessoa triste ou que chora reage adequadamente, fazendo uma expressão preocupada, dando atenção ao outro e / ou consolando-a. Se foi ele que causou deliberadamente o choro de outro a sua resposta mostra que compreende a situação.			X	

27. UTILIZAÇÃO DA COMUNICAÇÃO ATRAVÉS DE SÍMBOLOS, GESTOS OU FALA

1. Aproximadamente quantas palavras, gestos ou símbolos, ou o equivalente em termos de imagens, usa o aluno constantemente pelo menos uma vez por semana ?

Palavras _____ Gestos _____ * Símbolos * _____

2. De entre as palavras, gestos, símbolos ou equivalentes que o aluno utiliza, aproximadamente quantas usa pouco frequentemente, isto é, menos de uma vez por semana ?

Palavras _____ Gestos _____ * Símbolos * _____

Caso o aluno utilize algumas palavras, gestos ou símbolos responda às questões que se seguem. Não se esqueça de anotar se o aluno usou uma palavra, gesto ou símbolo ou uma combinação de dois ou mais destes elementos.

	F	R	N	Comentários
3. Utiliza alguns deles para solicitar a atenção, expressar necessidades ou indicar " não " ? Quais: _____				
4. Utiliza alguns deles em " conversa em interação " ou para solicitar a atenção para objectos ou acontecimentos interessantes ? Quais: _____				

AÇÃO FORMAL

14

5. Utiliza alguns deles apenas para nomear algo quando é para isso solicitado ? Quais: _____				
6. Alguns deles são utilizados sem que aparentemente o aluno conheça o seu significado ? Quais: _____				
7. Alguns deles são utilizados repetitiva e continuamente sem significado ? Quais: _____				

16

APÊNDICE C

Quadro indicativo das sessões em falta



APÊNDICE D

Canção “A minha turma”

A minha turma é fantástica,
Todos são queridos p'ra mim,
E é tão bom estarmos todos juntos
Sou feliz assim.

A Ana Cuco é especial
Gosta muito de abraçar
A Diana é bem-disposta
Gosta muito de ajudar.

Temos o Tomé
Que anda sempre contente
Também temos a Débora
Muito simpática p'ra toda a gente.

A nossa amizade é p'ra sempre
Nunca nos vamos separar
Brincamos todos juntos
E rimos sem parar (BIS)

A nossa amizade é p'ra sempre
Nunca nos vamos separar
Brincamos todos juntos
E rimos sem parar (BIS)

A Nádia ri sem parar
E também não para quieta
E lá na sala para ajudar
Há a professora Sandra e a
professora Zeca.

A Beatriz muito engraçada
Gosta muito de brincar
A Tatiana é uma querida
Que gosta muito de falar.

A nossa amizade é p'ra sempre
Nunca nos vamos separar
Brincamos todos juntos
E rimos sem parar (BIS)

ANEXOS

LISTA DE ANEXOS

Anexo A - Autorização do registo audiovisual

ANEXO A

Autorização do registo audiovisual

Lisboa, 30 de outubro de 2017

À Exm^a Sr^a Dr^a Maria do Carmo Fialho Costa

Caro(a) Senhor(a),

A instituição onde o/a _____, sob guarda legal de V^a Ex^a, recebe serviços de Musicoterapia é uma instituição de acolhimento para uma estagiária do curso de Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, cujo trabalho é orientado por profissionais com formação especializada na área da Musicoterapia, que trabalham nas instalações da dita Universidade. No âmbito destas actividades, é extremamente importante a gravação áudio e vídeo das sessões, para que o trabalho da estagiária possa ser devidamente supervisionado pelos docentes da Universidade, dado que não seria praticável que todos os supervisores acompanhassem em directo nesta instituição o trabalho da estagiária.

Assim, vimos por este meio solicitar a sua autorização para que se possam efectuar 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 / encarregado (a) de educação do(a) _____, 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 respostas suficientemente esclarecedoras, por parte dos técnicos responsáveis, para as questões por mim colocadas acerca deste projecto.

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

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

Assinatura

Nome Legível