

**Universidades Lusíada**

Vieira, Melissa Santos, 1996-

**Musicoterapia em contexto pediátrico :  
perturbação do espectro do autismo**

<http://hdl.handle.net/11067/5698>

**Metadata**

<b>Issue Date</b>	2020
<b>Abstract</b>	<p>O presente relatório visa a descrição do trabalho clínico realizado no âmbito do estágio curricular do Mestrado em Musicoterapia pela Universidade Lusíada de Lisboa. O estágio teve lugar no Hospital de Santo Espírito da ilha Terceira (HSEIT), tendo sido realizado de outubro de 2019 a junho de 2020. A população alvo seleccionada são crianças com Perturbação do Espectro do Autismo, comprometidas a nível relacional, comunicativo, cognitivo e emocional. Ao longo dos anos, tem-se verificado que a mus...</p> <p>The purpose of this report is to describe the clinical work carried out during the curricular internship made as part of the Masters in Music Therapy in the Lusíada University, Lisbon. The internship took place at the Espírito Santo Hospital, Terceira Island (HSEIT), between October 2019 and June 2020. The target population were children with Autism Spectrum Disorder, affected at relational, communicative, cognitive and emotional levels. Over the years, it has been found that music therapy has ...</p>
<b>Keywords</b>	Crianças autistas, Musicoterapia para crianças, Musicoterapia - Prática profissional, Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira (Angra do Heroísmo, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
<b>Type</b>	masterThesis
<b>Peer Reviewed</b>	No
<b>Collections</b>	[ULL-IPCE] Dissertações

This page was automatically generated in 2020-12-11T07:24:36Z with information provided by the Repository



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Musicoterapia

## Musicoterapia em contexto pediátrico: perturbação do espectro do autismo

**Realizado por:**  
Melissa Santos Vieira

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

**Orientado por:**  
Dr.<sup>a</sup> Susana Paula da Costa Bettencourt Alves

### Constituição do Júri:

Presidente:	Prof. <sup>a</sup> Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Supervisora:	Prof. <sup>a</sup> Doutora Susana Aurora Gutiérrez Jiménez
Arguente:	Prof. <sup>a</sup> Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer

Dissertação aprovada em: 17 de outubro de 2020

Lisboa

2020



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

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

Mestrado em Musicoterapia

# Musicoterapia em contexto pediátrico: perturbação do espetro do autismo

Melissa Santos Vieira

Lisboa

Agosto de 2020



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

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

Mestrado em Musicoterapia

# Musicoterapia em contexto pediátrico: perturbação do espectro do autismo

Melissa Santos Vieira

Lisboa

Agosto de 2020

Melissa Santos Vieira

# Musicoterapia em contexto pediátrico: perturbação do espectro do autismo

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

Supervisora de estágio: Prof.<sup>a</sup> Doutora Susana Aurora Gutiérrez Jiménez

Orientadora de estágio: Dr.<sup>a</sup> Susana Paula da Costa Bettencourt Alves

Lisboa

Agosto de 2020

## Ficha Técnica

<b>Autora</b>	Melissa Santos Vieira
<b>Supervisora de estágio</b>	Prof.ª Doutora Susana Aurora Gutiérrez Jiménez
<b>Orientadora de estágio</b>	Dr.ª Susana Paula da Costa Bettencourt Alves
<b>Título</b>	Musicoterapia em contexto pediátrico: perturbação do espectro do autismo
<b>Local</b>	Lisboa
<b>Ano</b>	2020

### Mediateca da Universidade Lusíada - Catalogação na Publicação

VIEIRA, Melissa Santos, 1996-

Musicoterapia em contexto pediátrico : perturbação do espectro do autismo / Melissa Santos Vieira ; supervisionado por Susana Aurora Gutiérrez Jiménez ; orientado por Susana Paula da Costa Bettencourt Alves. - Lisboa : [s.n.], 2020. - Relatório de estágio do Mestrado em Musicoterapia, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - GUTIÉRREZ JIMÉNEZ, Susana Aurora, 1971-

II - ALVES, Susana Paula da Costa Bettencourt, 1971-

LCSH

1. Crianças autistas
2. Musicoterapia para crianças
3. Musicoterapia - Prática profissional
4. Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira (Angra do Heroísmo, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
6. Teses - Portugal - Lisboa

## **Agradecimentos**

A realização deste estágio curricular, referente ao segundo ano de mestrado em Musicoterapia, beneficiou de apoios importantes, sem os quais não se teria tornado possível.

Agradeço a todos os docentes do mestrado em Musicoterapia, em especial à coordenadora de mestrado Professora Doutora Teresa Leite pela sua transmissão de conhecimentos, experiências e valores.

À Professora Doutora Susana Gutiérrez Jiménez pela sua orientação excecional, com quem me senti extremamente apoiada. Obrigada pelos seus conselhos, pela motivação e força transmitida, pela disponibilidade a qualquer dia e hora.

À minha orientadora de estágio, Dr.<sup>a</sup> Susana Alves, pela sua orientação e apoio incansável ao longo de todo o período do estágio, pela sua disponibilidade em ouvir-me e em auxiliar o desenvolvimento dos meus conhecimentos nesta área de intervenção.

À Dr.<sup>a</sup> Luísa Silveira, com quem realizei os primeiros contatos e, que prontamente se mostrou disponível e interessada em receber o estágio de Musicoterapia. Proporcionou-me as condições necessárias de acolhimento na sua equipa terapêutica e o encaminhamento para a área onde se realizaria o estágio, na pediatria.

A todos os amigos e colegas de mestrado que me acompanharam também neste processo de aprendizagem e de transição pessoal.

Agradeço às musicoterapeutas Marisa Raposo e Letícia Dionizio por se mostrarem sempre disponíveis e me auxiliarem quando necessário ao longo desta etapa.

Não podia deixar de agradecer a todas as crianças com quem trabalhei, aos seus pais e avós, porque sem eles este estágio não teria sido possível.

Ao Flávio Rocha, por todo o suporte, companheirismo e compreensão ao longo destes anos.

À minha família, especialmente aos meus pais pela educação que me transmitiram, pelo apoio incondicional ao longo deste percurso e em todas as minhas escolhas.

**"Quase todas as crianças respondem à música. A música é um “abre-te Sésamo” e se se conseguir utilizá-la cuidadosa e adequadamente, poder-se-á alcançar o potencial de desenvolvimento da criança".**

**(Dr. Clive Robbins – Musicoterapeuta cocriador do Modelo de Musicoterapia Nordoff-Robbins)**



## **Resumo**

O presente relatório visa a descrição do trabalho clínico realizado no âmbito do estágio curricular do Mestrado em Musicoterapia pela Universidade Lusíada de Lisboa. O estágio teve lugar no Hospital de Santo Espírito da ilha Terceira (HSEIT), tendo sido realizado de outubro de 2019 a junho de 2020.

A população alvo seleccionada são crianças com Perturbação do Espectro do Autismo, comprometidas a nível relacional, comunicativo, cognitivo e emocional. Ao longo dos anos, tem-se verificado que a musicoterapia tem um papel fundamental no acompanhamento e desenvolvimento destes utentes, sendo que este documento aprofunda o trabalho prático inerente ao enquadramento teórico apresentado. De forma detalhada são apresentados dois estudos de caso em musicoterapia com dois utentes da amostra, em formato de estudo de caso.

Ao longo dos sete meses de intervenção foram realizadas sessões individuais com periodicidade semanal, com doze utentes dos dois aos seis anos de idade. De forma a proceder a uma avaliação validada e fiável foi utilizada a escala The Individualized Music Therapy Assessment Profile (IMTAP), recorrendo-se também à observação direta como forma de avaliação qualitativa.

Os resultados obtidos demonstram melhorias significativas nos domínios avaliados, sendo possível afirmar que a musicoterapia exerce efeitos benéficos no processo de reabilitação e desenvolvimento de crianças com perturbação do espectro do autismo.

**Palavras-chave:** musicoterapia, perturbação do espectro do autismo, pediatria, desenvolvimento

## **Abstract**

The purpose of this report is to describe the clinical work carried out during the curricular internship made as part of the Masters in Music Therapy in the Lusíada University, Lisbon. The internship took place at the Espírito Santo Hospital, Terceira Island (HSEIT), between October 2019 and June 2020.

The target population were children with Autism Spectrum Disorder, affected at relational, communicative, cognitive and emotional levels. Over the years, it has been found that music therapy has a fundamental role at monitoring and developing these users. This paper further develops the practical work associated with the theoretical framework used. Here, we present two case studies in the context of music therapy with two elements of the sample. In the seven months of intervention, we held individual sessions weekly with twelve different patients between the ages of two and twelve. To carry out a validated and reliable assessment, we used the Individualized Music Therapy Assessment Profile (IMTAP) scale and the direct observation as a form of qualitative assessment.

The achieved results show a progress in the applicable domains, making it possible to state that music therapy have beneficial effects on the developmental rehabilitation process of children with autism spectrum disorders.

**Keyword:** music therapy, autism spectrum disorder, paediatrics, development

## **Lista de tabelas**

Tabela 1 - Descrição da população-alvo.....	25
Tabela 2 - Agenda Semanal de Estágio - Outubro de 2019 a abril de 2020.....	36
Tabela 3 - Agenda Semanal de Estágio - Abril de 2019 a junho de 2020.....	36
Tabela 4 - Agenda Semanal de Estágio - Junho 2020 .....	36
Tabela 5 - Resultados Avaliação Inicial Lucas .....	40
Tabela 6 - Plano de Intervenção Terapêutica de Lucas .....	42
Tabela 7 - Resultados Avaliação Final Lucas .....	46
Tabela 8 - Resultados Avaliação Inicial Rui .....	50
Tabela 9 - Plano de Intervenção Terapêutica de Rui.....	51
Tabela 10 - Resultados Avaliação Final Rui .....	56

## **Lista de Abreviaturas**

EQ – Equitação

HSEIT – Hospital de Santo Espírito da ilha Terceira

IMTAP - The Individualized Music Therapy Assessment Profile

PDI – Perturbação do Desenvolvimento Intelectual

PEA – Perturbação do Espectro do Autismo

PHDA - Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

PM – Psicomotricidade

PND – Perturbações do Neurodesenvolvimento

PSIC – Psicologia

TF – Terapia da fala

TO – Terapia ocupacional

<b>Índice</b>	
<b>Resumo .....</b>	<b>VII</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>VIII</b>
<b>Lista de tabelas .....</b>	<b>IX</b>
<b>Lista de Abreviaturas.....</b>	<b>X</b>
<b>Introdução .....</b>	<b>1</b>
<b>Caracterização da Instituição.....</b>	<b>2</b>
<b>Descrição da população-alvo .....</b>	<b>4</b>
<b>Enquadramento teórico .....</b>	<b>7</b>
<b>Perturbação do Espetro do Autismo .....</b>	<b>7</b>
<b>Características da Perturbação do Espetro do Autismo .....</b>	<b>8</b>
<b>Musicoterapia .....</b>	<b>10</b>
<b>O Musicoterapeuta e a relação terapêutica .....</b>	<b>12</b>
<b>Modelos de Intervenção em Musicoterapia.....</b>	<b>14</b>
<b>Modelo utilizado: Nordoff-Robbins.....</b>	<b>16</b>
<b>Técnicas de Intervenção no Modelo Nordoff-Robbins .....</b>	<b>17</b>
<b>Musicoterapia aplicada à Perturbação do Espetro do Autismo.....</b>	<b>18</b>
<b>Intervenção na Perturbação do Espetro do Autismo: Benefícios da Musicoterapia.....</b>	<b>18</b>
<b>Escalas da Avaliação.....</b>	<b>21</b>
<b>Objetivos gerais do estágio .....</b>	<b>23</b>
<b>Metodologia.....</b>	<b>24</b>
<b>Amostra.....</b>	<b>24</b>
<b>Instrumentos de avaliação.....</b>	<b>25</b>
<b>Procedimentos .....</b>	<b>28</b>
<b>Fase de encaminhamento.....</b>	<b>28</b>
<b>Fase de recolha de dados .....</b>	<b>28</b>
<b>Fase de avaliação .....</b>	<b>29</b>
<b>Fase de elaboração do plano terapêutico .....</b>	<b>29</b>
<b>Fase de intervenção .....</b>	<b>29</b>
<b>Fase de reavaliação e conclusão .....</b>	<b>30</b>
<b>Recursos à distância em situação de confinamento – Covid19 .....</b>	<b>31</b>
<b>Métodos e técnicas de intervenção .....</b>	<b>33</b>
<b>Recursos materiais.....</b>	<b>35</b>
<b>Agenda .....</b>	<b>35</b>

<b>Outras atividades .....</b>	<b>37</b>
<b>Estudo de Caso 1.....</b>	<b>38</b>
<b>Estudo de Caso 2.....</b>	<b>48</b>
<b>Outras intervenções.....</b>	<b>58</b>
<b>Discussão .....</b>	<b>68</b>
<b>Reflexão pessoal.....</b>	<b>72</b>
<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>74</b>
<b>Apêndices.....</b>	<b>81</b>
<b>Apêndice I: Circular informativa HSEIT – plano de retoma da atividade.....</b>	<b>82</b>
<b>Apêndice II: IMTAP – Individualized Music Therapy Assessment Profile.....</b>	<b>84</b>
<b>Apêndice III: PAMI – Perfil Biográfico de Avaliação de Musicoterapia Individual.....</b>	<b>119</b>
<b>Apêndice IV: Autorização Vídeo Áudio .....</b>	<b>125</b>
<b>Apêndice V: Declaração de consentimento .....</b>	<b>127</b>
<b>Apêndice VI: Decreto do Presidente da República n.º 14-A/2020.....</b>	<b>129</b>
.....	130
<b>Apêndice VII: Sugestões para os pais em período de confinamento.....</b>	<b>131</b>
<b>Apêndice VIII: Reportagem Açoriano Oriental – Tratar com Acordes Musicais .....</b>	<b>133</b>

## **Introdução**

O presente relatório pretende documentar o trabalho realizado ao longo do estágio curricular, elaborado no âmbito do 2º ano do Mestrado em Musicoterapia pela Universidade Lusíada de Lisboa. Sob a sua orientação esteve presente, em supervisão, a Professora Doutora Susana Gutierrez Jimenez e, no local de estágio, enquanto orientadora, a Dra. Susana Alves.

O estágio desenvolveu-se no Hospital de Santo Espírito na ilha Terceira, tendo como objetivo a intervenção clínica em contexto pediátrico com crianças portadoras de Perturbação do Espectro do Autismo (PEA). A escolha da população alvo foi motivada pelo interesse pessoal e profissional em aprofundar questões relacionadas com a PEA e pelo desejo de aplicar toda a teoria e técnicas musicoterapêuticas relacionadas com esta área, em conformidade com os conhecimentos adquiridos até ao momento.

Assim, durante este estágio, doze crianças, com idades compreendidas entre os dois e os seis anos, beneficiaram de sessões individuais de musicoterapia.

A musicoterapia é uma intervenção clínica que utiliza como ferramenta a música e os seus elementos (intensidade, timbre, harmonia, melodia, pulsação/tempo) para atingir objetivos terapêuticos não musicais. Ao longo dos anos, tem demonstrado ser uma terapia emergente e tem ganho o seu espaço e mérito científico, atuando a nível social, emocional, comunicacional, linguístico e motor.

Os principais objetivos centram-se no desenvolvimento da comunicação, socialização, autoexpressão/regulação emocional e autoestima; na promoção de relações seguras, servindo de base e de força de integração para o desenvolvimento das suas necessidades individuais e no aumento do foco e atenção da criança.

O presente relatório encontra-se dividido em três partes principais: A) descrição do local onde foi realizado o estágio; B) fundamentação teórica; e C) apresentação de casos clínicos e respetivas conclusões.

## **Caracterização da Instituição**

O Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira (HSEIT) é um hospital multidisciplinar de referência na prestação de cuidados de saúde, com atividade abrangente nas áreas de diagnóstico, tratamento, prevenção, investigação, ensino, reabilitação e continuidade de cuidados, assegurando a cada doente cuidados que correspondam às suas necessidades, de acordo com as melhores práticas clínicas e eficiente utilização dos recursos disponíveis. O HSEIT atua em diversas vertentes, nomeadamente na prestação de cuidados de saúde especializados de psiquiatria e de saúde mental a adultos, crianças e jovens, da respetiva área geodemográfica, melhorando a qualidade de vida dos utentes, promovendo a plena integração social dos indivíduos com problemas de saúde mental (HSEIT, 2015).

A instituição tem como objetivos principais a prestação de cuidados de saúde diferenciados, de qualidade, em tempo adequado, com eficiência e em ambiente humanizado; a intervenção na prevenção da doença; otimização na utilização dos recursos disponíveis; promoção da investigação científica e da investigação em cuidados de saúde; constituir-se como entidade de referência na elaboração de padrões para a prestação de cuidados; promoção do ensino e da formação como condições para uma prática excelente; melhoria contínua da qualidade; promoção do desenvolvimento profissional dos seus colaboradores através da responsabilização por resultados, instituindo em simultâneo uma política de incentivos à produtividade, ao desempenho e ao mérito; desenvolvimento de programas de melhoria da eficiência operacional, tendentes a garantir o equilíbrio económico-financeiro (HSEIT, 2015).

Deste modo, surge a equipa multidisciplinar de apoio ao desenvolvimento na área da Pediatria (onde está inserido o estágio curricular de Musicoterapia). Esta equipa, ainda em construção e com algumas lacunas a nível de técnicos que a integrem, surge por necessidade de criar uma resposta adequada às solicitações da sociedade atual, cada vez mais exigentes e diversificadas. A equipa funciona como valência do serviço de saúde mental infantil e juvenil do HSEIT, prevalecendo na organização e desenvolvimento de intervenções preventivas (dirigidas prioritariamente aos períodos pré-natal, perinatal e da primeira infância) e de diagnóstico e tratamento de perturbações psíquicas/doenças mentais em crianças e adolescentes até aos quinze anos e respetivas famílias. Tendo como objetivo a deteção precoce de situações de risco e intervenção atempada para uma maior eficácia em situações complexas e com forte vertente



social/comunitária, pretende-se implementar um procedimento de prevenção primária e de intervenção precoce (HSEIT, 2015).

A equipa multidisciplinar ainda se encontra em desenvolvimento, tencionando funcionar como uma equipa única, comum à consulta externa de pediatria, constituída por duas psicólogas clínicas, uma médica pediatra, uma psicomotricista, uma enfermeira especializada, duas nutricionistas (tempo parcial), uma educadora de infância (tempo parcial), um médico especialista em psiquiatria da infância e da adolescência, uma assistente técnica e uma terapeuta da fala. De momento, funciona com duas psicólogas clínicas, uma psicomotricista (tempo parcial), uma médica pediatra e uma musicoterapeuta (estágio), aguardando aprovação pela direção do hospital para que se possa afirmar a referida equipa, integrar os técnicos em falta e desenvolver um trabalho mais pleno e eficaz (HSEIT, 2015).

## **Descrição da população-alvo**

A população atendida pela Equipa Multidisciplinar de Apoio ao Desenvolvimento encontra-se nos períodos perinatal<sup>1</sup> e primeira infância (dos zero aos três anos), idade pré-escolar e escolar e adolescência. Os períodos a serem trabalhados, que se encontram inseridos no estágio curricular de Musicoterapia, correspondem à primeira infância e à idade pré-escolar.

No período perinatal e primeira infância, é prioritário o apoio à função parental, o rastreio de situações de risco psicopatológico e a intervenção precoce no desenvolvimento, como as perturbações do espectro do autismo. Estas últimas requerem a organização de programas terapêuticos intensivos e prolongados, que promovam o desenvolvimento, preservem as expectativas e envolvam e apoiem as famílias.

No período correspondente à idade pré-escolar e escolar, assume particular importância o diagnóstico e a intervenção em patologias com impacto no desempenho escolar, como a hiperatividade com défice de atenção (PHDA), as perturbações de oposição ou as perturbações de ansiedade/depressivas, as perturbações de somatização, as de eliminação e as de sono. O trabalho de colaboração com a escola é fundamental nesta etapa.

Deste modo, como critérios de elegibilidade, a equipa inclui as perturbações disruptivas do comportamento - ansiedade e humor, perturbações da adaptação e perturbações globais do desenvolvimento. São excluídas as dificuldades específicas da aprendizagem (leitura, escrita, cálculo), condições sociais e escolares desfavoráveis e patologias orgânicas. Relativamente aos casos com dificuldades de aprendizagem, estes são reencaminhados para a equipa de psicologia educacional. Quanto a casos com dificuldades sociais e escolares desfavoráveis associadas, são reencaminhados e articulados com a segurança social, que lhes presta o devido apoio.

A população-alvo deste estágio curricular são crianças com idades compreendidas entre os dois e os seis anos, sendo mais especificamente crianças em risco patológico com impacto no desenvolvimento, onde se inserem as perturbações como a do espectro do autismo e as perturbações regulatórias, assim como crianças com perfil de integração sensorial distinto. As crianças, incluídas em processo de

---

<sup>1</sup> O período perinatal começa nas 22 semanas completas de gestação (154 dias) e termina ao sétimo dia do nascimento.

escolarização, realizam as terapias no período da manhã, em média 3 dias por semana, entre duas a três horas por dia. Dentro das diversas terapias, as mais utilizadas são a psicologia, musicoterapia, terapia da fala, terapia ocupacional e psicomotricidade.

São condições comuns a todos os utentes as seguintes necessidades em geral:

- Desorganização a nível do processamento psíquico/mental;
- Alterações sensoriais a nível da exploração daquilo que é novo e diferente para eles (sensibilidade à novidade);
- Problemas na Comunicação (verbal e não verbal): algumas das crianças não comunicam verbalmente, nem estão abertas à relação e expressão emocional, o que faz com que se isolem e se afastem do contacto físico e ocular;
- Problemas de conduta e de comportamento, como por exemplo, perfis autoabsorvidos e as características rígidas e opositoras.

No que se refere aos critérios de derivação da equipa, quanto ao diagnóstico destas crianças, as mesmas normalmente chegam-nos com suspeitas através do teste M-chat ou do Cars, por parte da entidade escolar ou por parte dos familiares. O M-chat é uma escala de rastreamento que pode ser utilizada em todas as crianças, com objetivo de identificar traços de autismo em crianças de idade precoce, consistindo em 23 questões do tipo sim/ não, que deve ser autopreenchida pelos pais de crianças entre os 16 e os 30 meses de idade, que sejam alfabetizados e que acompanhem os filhos às consultas pediátricas. A soma total dos pontos indica a presença de sinais da PEA, mas não confirma necessariamente o diagnóstico preciso. Em caso de pontuação elevada, é fundamental que a criança siga para a avaliação com um médico especialista e uma equipa multidisciplinar (Losapio & Pondé, 2008). Já o Cars baseia-se numa escala de avaliação, que tem como objetivo identificar crianças com autismo e distingui-las de crianças com atraso no desenvolvimento sem autismo. Esta escala inclui quinze itens comportamentais: relação com pessoas; imitação; resposta emocional; uso do corpo; uso de objetos; adaptação à mudança; resposta visual; resposta auditiva; resposta e uso do paladar, cheiro e tato; medo ou nervosismo; comunicação verbal; comunicação não-verbal; nível de atividade; nível e consistência de resposta intelectual; impressões gerais. As avaliações podem ser feitas a partir de diferentes fontes de observação, tais

como: teste psicológico ou participação em sala de aula; relato dos pais (desde que incluam a informação requerida para todos os itens) (Magyar & Pandolfi, 2007).

Após apresentação de suspeita na consulta pediátrica, por parte dos pais ou de outro cuidador que acompanhe a criança, a equipa multidisciplinar adota os critérios do DC: 0-5, manual de abordagem apropriada à idade para avaliar bebés, crianças pequenas e pré-escolares. Esta ferramenta classifica a saúde mental e os distúrbios do desenvolvimento em crianças desde o nascimento até aos cinco anos de idade. Estas crianças passam por diferentes estágios de desenvolvimento e experiências de vida, sendo necessário reavaliar periodicamente os diagnósticos (Soto, Giserman & Carter, 2016). Após ser diagnosticada, a criança é reencaminhada para a restante equipa multidisciplinar, sendo submetida a diversas terapias.

## **Enquadramento teórico**

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

O conceito de autismo deriva da palavra grega *Autos*, que significa Eu/Próprio, e *Ismo*, que significa orientação ou estado. Assim nasce a palavra autismo, através desta junção que, em sentido lato, pode ser explicada como: o estado de um indivíduo que está invulgarmente absorvido em si próprio (Marques, 2000).

A Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) é atualmente considerada uma desordem do neurodesenvolvimento com curso crónico não degenerativo, perturbando o desenvolvimento infantil de uma forma global (APA, 2014).

Neste sentido, em 2013 é feita a quinta revisão do DSM-V, versão atualmente em vigor. Nesta versão, uma das secções é destinada às Perturbações do Neurodesenvolvimento (PND), que surgem como um grupo de condições clínicas que têm início na primeira fase do desenvolvimento da criança, sendo que a maioria começa a apresentar manifestações clínicas antes da idade escolar. Estas manifestações caracterizam-se por défices no desenvolvimento, tendo impacto no funcionamento pessoal, social, académico ou ocupacional.

As PND incluem desde alterações específicas numa área do neurodesenvolvimento a perturbações globais das competências intelectuais e sociais. No DSM-V, é retomado o conceito dimensional de Perturbação do Espectro do Autismo, pela primeira vez descrito por Lorna Wing, que passa agora a integrar os subtipos de Autismo definidos na classificação anterior do DSM-IV. De facto, a classificação segundo os subtipos de PEA colocava, em termos clínicos, algumas dificuldades de diagnóstico, uma vez que a fronteira semiológica entre os diferentes subtipos era, em alguns casos, difícil de estabelecer, pelo facto de as alterações observadas se manifestarem num *continuum* de gravidade. A Perturbação do Espectro do Autismo caracteriza-se por um espectro clínico de gravidade que vai desde alterações muito marcadas até formas ligeiras de défices na capacidade de socialização e de alterações do comportamento. Os indivíduos com este tipo de perturbação também podem apresentar uma série de outras comorbilidades, como hiperatividade, distúrbios de sono e epilepsia, estimando-se que a PEA afete 1% da população e seja quatro vezes mais prevalente em homens do que em mulheres. Embora se acredite que fatores ambientais, como infeções ou o uso de determinados medicamentos durante a gestação,

tenham um papel fundamental no desenvolvimento do transtorno, estima-se que a PEA seja hereditária em cerca de 50 a 90% dos casos, o que demonstra a importância dos fatores genéticos na patogénese da doença. A compreensão dos aspetos genéticos envolvidos numa doença fornece informações valiosas sobre o risco de recorrência, o prognóstico e as possíveis intervenções terapêuticas (Oliveira & Sertié, 2017; Dias, 2019).

Contudo, se por um lado este conceito de Espectro do Autismo permite ultrapassar as dificuldades que existiam na distinção dos subtipos, por outro, coloca na mesma “categoria” os casos de autismo mais graves e os mais ligeiros (do tipo Asperger ou do tipo não especificado). Neste sentido, torna-se muito importante a especificação do nível de gravidade existente nos domínios da socialização/comunicação e no comportamento repetitivo (Bandeira de Lima, 2015).

Para Carter e Scherer (2013), a PEA pode surgir associada a outras patologias do neurodesenvolvimento, tais como a Perturbação do Desenvolvimento Intelectual (PDI), da Linguagem e do Comportamento, nomeadamente a Perturbação de Défice de Atenção/Hiperatividade. Manifesta-se clinicamente numa idade muito precoce (habitualmente antes dos dois anos de idade) e mantém-se durante toda a vida.

### **Características da Perturbação do Espectro do Autismo**

Quinn (2006) refere que falar em Perturbação do Espectro do Autismo é falar de uma série de distúrbios que afetam o desenvolvimento cerebral. Este autor também refere que estes distúrbios afetam a capacidade de uma pessoa comunicar, criar relacionamentos com outras pessoas e responder de forma adequada ao mundo que a rodeia. Após diversas pesquisas sobre o desenvolvimento e intervenção precoce em crianças com esta perturbação, percebemos as dificuldades que sentem. É-lhes complicado prestar atenção às pessoas e aos acontecimentos, sendo também difícil a partilha de sentimentos, acabando por evitar trocas emocionais através das suas expressões faciais, gestos e sons ou palavras. Embora experienciem uma série de emoções, podem não as partilhar de uma forma perceptível (Rogers, Dawson, & Vismara, 2015).

A Perturbação do Espectro Autista (PEA) é classificada em três graus: autismo leve, moderado e grave. No autismo leve ou de nível 1, os utentes requerem algum apoio, apresentando algumas dificuldades na ausência do mesmo. Caso não sejam

auxiliados, a integração social e a relação/comunicação com o outro acaba por ser corrompida, levando a uma inflexibilidade no comportamento, dificuldade em planejar, organizar ou substituir uma atividade. Já no autismo moderado ou de nível 2, os utentes necessitam de mais apoio, pois apresentam défices na comunicação verbal e/ou não verbal, sendo que, na ocorrência de diálogo, as respostas por parte do indivíduo com PEA são reduzidas ou atípicas. Há um prejuízo maior nas relações sociais e na tentativa de interação, apresentando dificuldades acrescidas (comparativamente ao nível 1) ao nível comportamental, de foco/concentração e ao nível das mudanças no seu quotidiano. Por fim, no autismo severo ou de nível 3, o utente portador de PEA necessita do máximo de auxílio, apresentando prejuízos acentuados ao nível de ambos os tipos de comunicação, respostas nulas a interações por parte do outro e inflexibilidade no seu comportamento, tendo dificuldades severas em lidar com mudanças de rotina, apresentando comportamentos repetitivos e restritos e um alto nível de stress e resistência na mudança de foco ou atividade (Laplana, Royo, Aluja, López, Sunyer, & Fibla, 2014).

A Perturbação do Espectro do Autismo é caracterizada por défices persistentes na comunicação e na interação social, assim como por padrões/alterações de comportamento, interesses ou atividades restritas e repetitivas. Ao nível da comunicação e interação social, as alterações traduzem-se por défices na reciprocidade socio-emocional, no uso de comportamentos comunicacionais não-verbais (gestos, olhar, linguagem corporal) e na sua integração com a comunicação verbal para regular a interação social. Associam-se ainda restrições marcadas na competência para compreender, iniciar e manter as relações sociais. Na componente comportamental, a PEA é caracterizada pela presença de comportamentos, interesses ou atividades restritas e repetitivas que interferem de forma invasiva no funcionamento normal do sujeito (APA, 2014).

O Ministério da Saúde (2000) faz também uma breve referência às características da população com PEA, dando como exemplos o isolamento mental (excluem e ignoram o mundo externo); a existência de características obsessivas na repetição (através de sons ou movimentos estereotipados e repetitivos); adoção dos seus próprios rituais; existência de fixações direcionadas e intensas; escassez de expressões faciais e gestos, não efetuando contacto visual com as outras pessoas; portadores de relações muito positivas com objetos, mas não com pessoas; existência de dificuldades

acrescidas no domínio da linguagem, não a chegando a adquirir ou a utilizá-la de forma anormal e irregular; para além das características anteriormente apresentadas, a criança com este tipo de perturbação é portadora de altos níveis de ansiedade.

Segundo Barros (2012), a terapia é a forma mais concreta e consistente de auxílio no desenvolvimento interacional com o utente. Deste modo, existem diversos tipos de terapias onde a perturbação do espectro do autismo pode ser tratada, através da utilização de abordagens comportamentais e analíticas, para além do tratamento fármaco que o utente pode vir a necessitar.

Diante dos diversos tipos de terapias encontradas para utentes com PEA, é possível salientar que a Musicoterapia tem vindo a desenvolver um papel importante, já que a mesma surge como forma de tratar e intervir. Esta forma de intervenção baseia-se numa relação de ajuda que pode surgir a partir de modelos e abordagens terapêuticas individualizadas, utilizadas com indivíduos com este tipo de perturbação, em que a música é apenas um meio para atingir determinados objetivos e competências não musicais (Gattino, 2015).

### **Musicoterapia**

A música é um fenómeno humano que está presente em todas as culturas, tendo vindo a ser utilizada como entretenimento e para o despoletar de experiências positivas, tais como: acalmar crianças agitadas, eliciar emoções, favorecer a coesão social, expressar consciência social e crenças religiosas, entre outros. Alguns estudos em neurociências demonstraram que existem substratos biológicos inatos no ser humano que, ao funcionarem ao mesmo tempo, possibilitam o modo como a música surge (Koelsch, 2014).

Há um crescente interesse por parte da sociedade e da comunidade científica sobre as propriedades terapêuticas da música e respetivos efeitos no corpo e na mente do ser humano. A musicoterapia, enquanto ciência que estuda a relação som/ser humano, apresenta-nos infinitas possibilidades de entendimento sobre alguns destes fenómenos e principalmente sobre a sua aplicabilidade nas áreas clínico-terapêutica, educacional e social (Passarini, 2013).

A audição musical pode proporcionar momentos de descontração e relaxamento, tendo, consequentemente, efeitos terapêuticos. Todas as atividades que envolvem música podem ter efeitos terapêuticos. Porém, apenas a musicoterapia como ciência e



técnica tem objetivos terapêuticos explícitos, sendo esta a única área conhecida que utiliza a música como meio para atingir finalidades terapêuticas (Hagemann, Martin, & Neme, 2018).

Segundo Kolvezon (2006), a Musicoterapia realiza-se num processo terapêutico, em que o musicoterapeuta utiliza os efeitos da música em todos os seus domínios (sensorial, motor, emocional, cognitivo, social, etc.), sendo que a participação do utente neste processo trará efeitos terapêuticos e benéficos ao seu desenvolvimento.

A música não é naturalmente terapêutica, quem lhe confere o potencial terapêutico são os musicoterapeutas, com a aplicação profissional e sistemática das diversas possibilidades que a música oferece, pois para que uma atividade musical se enquadre na metodologia de trabalho da musicoterapia e adquira um estatuto de experiência musical terapêutica, devem ser estabelecidos uma série de passos metodológicos num enquadramento ou contexto de trabalho musicoterapêutico, tendo sempre em conta a música do utente, o seu “iso”. O “iso” assenta na hipótese da existência de um “som interno que caracteriza e individualizada de cada indivíduo, um som que resume os seus arquétipos sonoros, vivências intra-uterinas”, ou seja, na existência de uma identidade sonora do utente. A partir desta identidade sonora o musicoterapeuta entende, pensa e fala em música, adequando-o às características patológicas dos utentes a quem é dirigido o seu trabalho (Benenzon, 2008).

Para Kantor (2013), a musicoterapia pode ser considerada um veículo de comunicação, um agente para a inclusão e interação social, permitindo a autoexpressão do utente, e um meio para que os objetivos estipulados possam ser alcançados.

A música desperta emoções e mobiliza processos cognitivos complexos, como a atenção dividida e sustentada, a memória, o controlo de impulsos, a organização, a execução e o controlo de ações motoras, entre outros. Em várias destas funções, o bom desempenho pode ser alcançado através da prática de atividades musicais sociais quotidianas, enquanto o desempenho diferenciado na execução de instrumentos e outras práticas musicais avançadas necessitam de treino específico. Apesar de muitos estudos utilizarem apenas a audição musical para compreensão do processamento emocional de estímulos musicais, é nas experiências musicais ativas (quando o utente toca um instrumento musical, canta, compõe e improvisa) que se observa mais facilmente a

presença destes processos cognitivos complexos e o desenvolvimento de competências sociais (Koelsch, 2009).

Tal como a saúde, a música é inerente ao homem. A música por si só é transformadora, capaz de alterar os estados psíquicos e físicos do ser humano. De acordo com a American Music Therapy Association (AMTA) (2018), a musicoterapia é definida como o “uso clínico, baseado em evidências, de intervenções musicais, que servem para atingir objetivos individualizados dentro de uma relação terapêutica, realizadas por um profissional credenciado em Musicoterapia. A sua intervenção é realizada em ambiente médico, educacional e no quotidiano, com indivíduos, grupos, famílias ou comunidades que procurem otimizar a sua qualidade de vida e melhorar as suas condições físicas, sociais, comunicativas, emocionais, intelectuais, espirituais e de saúde e bem-estar”.

Segundo Lobo (2014), existem indivíduos que apresentam deficiências ou problemas físicos, mentais ou de integração social. Para este autor, é necessário enfatizar a importância e o poder que a música exerce no desenvolvimento integral do Homem. Nestes casos, a função da música é ampliada para dar lugar ao seu caráter terapêutico.

Assim, do ponto de vista terapêutico, a musicoterapia é uma disciplina paramédica que utiliza o som, a música e o movimento para desenvolver efeitos progressivos de comunicação nos indivíduos, com o objetivo de empreender, através destes, o processo de inclusão e de recuperação do utente na sociedade, por exemplo (Benenzon, 1988).

### **O Musicoterapeuta e a relação terapêutica**

A musicoterapia é uma atividade clínica e terapêutica que, para ser praticada de forma correta e competente, exige formação profissional, realizada através de licenciatura em musicoterapia, ou em cursos de especialização para profissionais da área da música ou saúde, através do mestrado (Sousa, 2005). O Musicoterapeuta trabalha de forma multi e interdisciplinar. A sua atividade passa pela estrutura e planeamento das sessões, em que se incluem o delineamento dos objetivos terapêuticos gerais e específicos para cada utente, escolha e aplicação de uma escala de avaliação validada, escolha do material necessário, decisão das atividades a desenvolver nas sessões e conhecimento aprofundado dos modelos e técnicas musicoterapêuticas. Destas, o

musicoterapeuta deve escolher as mais adequadas para cada indivíduo. Este profissional é um indivíduo com preparação para o exercício terapêutico, que deverá possuir determinadas qualidades básicas, como estabilidade emocional, empatia, sentido de ajuda e partilha, boa aceitação de si mesmo e capacidade de trabalhar tanto em grupo como de forma individual (Sousa, 2005).

Segundo Edgerton (1994), a relação terapêutica existente na musicoterapia ajuda a criança com Perturbação do Espectro do Autismo a desenvolver uma consciência relacional de caráter musical e humano.

Durante as sessões, a criança com PEA cria uma relação com os instrumentos, ignorando a presença do outro, o terapeuta. Numa fase posterior, a criança acaba por estabelecer contacto musical com o terapeuta, através da utilização dos instrumentos musicais. A função do musicoterapeuta consiste em incluir musicalmente tudo que a criança produz, sincronizando-se sonoramente com a criança, permitindo a criação e o reforço da relação entre os dois, através da música criada em conjunto. Ao longo deste processo, torna-se possível contornar o défice na comunicação verbal da PEA, uma vez que a expressão musical é de caráter não-verbal. Este aspeto vai permitir ao indivíduo com PEA e ao musicoterapeuta criar um canal de interação relacional (Eren, 2015).

A musicoterapia pode, deste modo, ter um grande impacto na construção da identidade e na confiança básica da criança. Este fenómeno apenas é possível após a criação de um contexto terapêutico que permita à criança com perturbação do desenvolvimento vivenciar a produção musical num ambiente de aceitação do seu comportamento sonoro musical. A isto, acrescenta-se a intenção genuína do musicoterapeuta de estar em contacto com a criança (Hanson-Abromeit, 2015).

Deste modo, e segundo Jones, Gliga, Bedford, Charman e Johnson (2014), a relação terapêutica aumenta paralelamente aos avanços na comunicação e nas aptidões musicais. Dados estes avanços, inicia-se um processo de afirmação emocional e de consciência de si próprio, pois a relação conjunta com a música e com o musicoterapeuta origina acontecimentos a nível não musical que a criança terá de enfrentar. De relembrar que, nas outras áreas da sua vida, a criança raramente tem a hipótese de se sentir enquadrada no ambiente que a rodeia. É desta forma que a musicoterapia possibilita à criança vivenciar de outra forma que não a da sua perturbação, dentro de um contexto terapêutico (Eren, 2015).

## **Setting Terapêutico em Musicoterapia**

O local onde ocorrem as sessões musicoterapêuticas é embebido de questões que também influenciam o processo terapêutico-musical do utente e, sendo este um fator importante, o terapeuta prepara o *setting* com base nos objetivos delineados para cada sessão e para cada indivíduo (Craveiro de Sá, 2001).

Segundo Benenzon (2000), o local ideal para a realização das sessões deverá ser uma sala isolada de sons e ruídos exteriores, de modo a não interferirem na sessão e no comportamento do utente. Quanto ao tamanho, nem muito grande nem muito pequena. Se for muito grande, o utente poderá dispersar a sua atenção; se for muito pequena, tal poderá impedir a deslocação e causar desconforto, dada a proximidade entre o utente e o terapeuta. Adicionalmente, quanto menos estímulos visuais, melhor, para que o foco sejam os estímulos sonoros.

Os instrumentos em Musicoterapia são muito diversificados, podendo ser musicais convencionais e não convencionais, folclóricos, primitivos, eletrónicos, ou até mesmo instrumentos “corporais” (voz, mãos, pés) e sons da natureza ou do quotidiano. No *setting* das sessões de musicoterapia, os instrumentos musicais dispostos servem de primeiro impulso para que o utente alcance a subjetividade, pois os instrumentos são capazes de conduzir a questões importantes, sejam elas sociais, culturais ou simbologias que se relacionam direta ou indiretamente com o utente. Este poderá utilizá-los como defesa ou como forma de se integrar e comunicar. O corpo poderá ser o instrumento principal em diversas situações, como a utilização da voz para o canto e transmissão das emoções. É a partir de destes fatores que surge o *setting* musicoterapêutico: lugar de corpo, de som e também de silêncio (ligado à ideia de tempo), que pode aparecer de forma imprevisível, despertando sentimentos que irão refletir medo, raiva, alegria ou dor, seja por parte do paciente ou do próprio terapeuta (Santos, 2012).

## **Modelos de Intervenção em Musicoterapia**

Em musicoterapia, a música é utilizada para alcançar objetivos não musicais com o utente, ou que partam das necessidades do mesmo, dentro de um plano de trabalho sistemático e organizado que implica a utilização de modelos de intervenção e técnicas específicas de trabalho e avaliação. Assim, torna-se importante referir que, em 1999, durante o IX Congresso Mundial de Musicoterapia, em Washington, foram

reconhecidos cinco modelos primordiais da Musicoterapia, utilizados internacionalmente.

Hazlett (2005) faz uma breve referência aos cinco modelos: Modelo Behaviorista, Modelo Analítico, Modelo Nordoff-Robbins, Modelo Guided Imagery and Music (GIM) e Modelo Benezon. O Modelo Behaviorista surge no início dos anos 70, quando Madsen, considerado o seu fundador, publica o livro “Research in Music Behavior, Modifying Music Behavior in Classroom”. Este modelo refere que a música é um operador condicionante que reforça o comportamento alterado e que o impacto das experiências musicais é observável e mensurável, sendo possível estabelecer uma relação de causa-efeito entre a música e o comportamento. A Musicoterapia, neste modelo, deve usar a análise behaviorista e incluir programas individuais de tratamento para atender às necessidades dos indivíduos com algum tipo de perturbação.

O Modelo Analítico nasce no princípio da década de 1960 com o denominado “intertherapy-group”, cujo trabalho resultou na Musicoterapia Analítica. Mary Priestley, fundadora do modelo, no seu livro “Musicoterapia Analítica” - nome dado ao uso analítico, informado e simbólico da música improvisada pelo musicoterapeuta e pelo utente, utiliza a música como uma ferramenta criativa com a qual o utente explora a sua própria vida. Entre os anos 1976-1977, é criado o Modelo Nordoff Robbins ou Modelo da “Musicoterapia Criativa e de Improvisação”. Este modelo traduz-se na improvisação musical que se estabelece entre o utente e o musicoterapeuta, com diversos instrumentos musicais, ou canto, segundo as possibilidades do paciente e as suas condições neurológicas. O Modelo GIM nasce em 1972, quando Bonny funda o “Institute for Consciousness and Music”, onde se começaram a formar musicoterapeutas para trabalhar com este modelo. O GIM é um modelo que trabalha as possibilidades de a música provocar “estados alterados de consciência” ou, como diz Bonny, “a utilização da música para alcançar níveis extraordinários da consciência humana” (Hazlett, 2005).

O Modelo Benezon nasce em 1965, quando os médicos Rolando Benezon e Bernaldo de Quirós criaram a Comissão de Estudos de Musicoterapia na República Argentina. A Musicoterapia é vista como uma forma de psicoterapia relacional não-verbal, desenvolvendo-se uma ligação entre o musicoterapeuta e o utente, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida (Benezon, 2000).

### **Modelo utilizado: Nordoff-Robbins**

A abordagem Nordoff-Robbins ou Musicoterapia Criativa é particularmente bem-sucedida em crianças com Perturbação do Espectro do Autismo e Perturbações Psicóticas (Bunt & Stiege, 2014). Este modelo, criado por Paul Nordoff e Clive Robbins, recorre à música de improvisação interativa, assente no pressuposto central de que a capacidade de aprender o ordenamento e a interligação de movimentos tonais e rítmicos é uma característica universal da espécie humana e que permite o contacto entre o “eu” da criança e o outro, apesar das limitações impostas pela patologia. Estes autores alcançaram formas de chegar ao verdadeiro “eu” dos utentes com quem trabalhavam, observando que a interação através da música servia como um meio de conexão humana e como forma de autointegração (Ritholz, 2014).

O princípio deste modelo baseia-se na psicologia humanista. Este princípio acredita que a saúde assenta em aspetos de identificação pessoal, criação de significado, propósito de vida, autonomia e na procura de valores. Assim, o musicoterapeuta relaciona-se e responde ao utente como ser único, sem julgamentos e com confiança, sendo através do estabelecimento desta relação terapêutica empática e positiva (transmitida através do improviso) que são dadas oportunidades ao desenvolvimento pessoal de forma não diretiva (Kirkland, 2013).

A improvisação clínica consiste na simultaneidade de duas dinâmicas. Uma delas é o papel de liderança que é dado ao utente, em que o musicoterapeuta providencia um suporte sonoro-musical firme à música iniciada por este. A outra dinâmica consiste em momentos musicais, nos quais existe um desvio entre a música tocada pelos dois intervenientes em termos de tempo, padrão rítmico, dinâmica e estado de espírito. Ou seja, o próprio musicoterapeuta introduz e permanece intencionalmente no seu material sonoro-musical, tendo como objetivo provocar uma reação no utente; o utente pode ou não integrar-se na estrutura musical proposta (Kim, Wigram, & Gold, 2009).

Nordoff e Robbins (2004) desenvolveram o conceito de “músico-criança”, que se baseia na consideração da sensibilidade musical no Homem e também na interligação das competências musicais às restantes dimensões do “self” e às competências relacionais. Os autores consideram que todos os indivíduos possuem uma parte embrionária musical que, ao ser ativada, despoleta em si mesma o potencial de desenvolvimento pessoal e social do indivíduo. A musicalidade própria pode ter sofrido alterações, as quais impossibilitaram a sua evolução. Avaliando a musicalidade de cada

indivíduo verifica-se a existência de resposta inata ou não à música, tal situação é tão ou mais importante quando nos referimos a um conjunto de pessoas com incapacidade ou perturbação. Neste conjunto de pessoas, com inúmeras limitações na participação em atividades, bem como na aprendizagem a nível cognitivo e de desenvolvimento motor, verificamos uma resposta normal à música que promove características autoexpressivas e comunicativas. O utente é aceite de forma natural, tal como ele é, respeitando as suas seleções, enquanto o musicoterapeuta tem o mero papel de facilitador no desenrolar das sessões (Wigram & Bonde, 2002).

A perceção do “músico-criança” está inserida num processo que verifica uma ampliação das fronteiras da consciência, despertando o autoconhecimento com recurso à música. Através da descoberta progressiva por parte do utente com perturbação, do crescimento da sua aptidão musical e a renúncia dos seus bloqueios, facilitam a organização das capacidades cognitivas, recetivas e expressivas (Wheeler, 2015).

A Musicoterapia pode, deste modo, ter um papel fundamental na construção de identidade do utente com PEA, sendo esta possível após a criação de uma relação segura e de um ambiente de aceitação perante a produção sonoro-musical do mesmo. Desta forma, a autoconfiança da criança, na sua produção sonora e musical, começa a ganhar consistência, uma vez que esta é aceite sem restrições ou juízos de valor. Concluindo, esta relação dinâmica e musical torna possível contornar e/ou melhorar as diversas necessidades do cliente com PEA a nível relacional, comunicacional, social, de autorrealização e de desenvolvimento pessoal (Hanson-Abromeit, 2015).

### **Técnicas de Intervenção no Modelo Nordoff-Robbins**

Em Musicoterapia, o principal objetivo não é adquirir competências musicais, ou seja, não é necessário possuir conhecimentos teóricos/práticos de música, mas sim o alívio do sofrimento psíquico e de outros problemas que o indivíduo sofra, através de produções sonoras. Não interessa o tipo de sons, música ou ruídos que os indivíduos produzem, interessa sim que os produzam, que os criem e que, através deles, expressem os seus sentimentos e emoções. Uma das ideias base referidas por Leite é que “(...) a música é parte da pessoa, outra é que a patologia se revela na música produzida e, por fim, que fazer música nos ajuda a concentrar no problema e, a partir daí, a criar a mudança.” (Paredes, 2012, p.12).

Existem técnicas específicas para o trabalho em Musicoterapia, como “imitar”, “copiar”, “espelhar”, “corresponder”. As mesmas têm como objetivo estabelecer contacto e promover o encontro e a relação com o utente, a partir da música que vem do mesmo e que ambos tocam. Com este tipo de técnicas de intervenção, objetiva-se alcançar uma sincronia com o utente e em que, concomitantemente, esteja a ser transmitida uma mensagem de igualdade e desejo, para que se dê início ou para que se desenvolva a relação entre ambos (Wigram & Bonde, 2002). O terapeuta reproduz musical e expressivamente aquilo que o utente faz, validando-o. É deste modo que ele se revê em si mesmo, reconhecendo-se e aceitando-se através do comportamento do musicoterapeuta.

A técnica do espelhamento torna visível a identidade do utente dentro da relação terapêutica, que a sustenta e apoia dada a proximidade sonoro-musical. Já no imitar e copiar, ocorre uma repetição daquilo que o utente produziu. Por exemplo, quando este deixa espaços vazios na música, está a dar a oportunidade de o terapeuta participar, ou vice-versa Wheeler (2015). As referidas técnicas de intervenção devem ser aplicadas de forma sensível e apropriada para evitar desencadear desconfiança e desconforto no utente.

“Corresponder” também é considerada uma técnica importante, pois quando o musicoterapeuta produz música em resposta à do utente, está a aceitá-lo e a validá-lo. O objetivo é o de a música corresponder ao estilo de improvisação do utente, mantendo, por exemplo, o ritmo, as dinâmicas e os restantes elementos musicais, o que vai permitir ao utente vivenciar a experiência musical com sentido e reconhecer-se nela (Wigram & Bonde, 2002).

## **Musicoterapia aplicada à Perturbação do Espectro do Autismo**

### **Intervenção na Perturbação do Espectro do Autismo: Benefícios da Musicoterapia**

A Perturbação do Espectro do Autismo comporta sintomas severos, que podem variar com o amadurecimento. É, por isso, necessária uma intervenção precoce e adequada às limitações da criança. Contudo, por norma, os défices centrais tendem a manter-se ao longo da vida (Brito, Fernandes, Martins, Mendes, & Aguiar, 2019).

Segundo Hernández (2011), desde os anos 1960 que se realizam estudos sobre a musicoterapia nas perturbações do desenvolvimento, que causam impacto na evolução da intervenção e nos resultados, proporcionando, mais facilmente, a expressão e a



partilha de sentimentos e de emoções (Lourenço, 2011; Geretsegger, Elefant, Mossler & Gold, 2014).

Sharda, Tuerk, Chowdhury, Jamey, Foster, Custo-Blanch e Hyde (2018), afirmam que as crianças com Perturbação do Espectro do Autismo revelam uma atenção e sensibilidade excepcionais face a estímulos musicais, acabando por responder de forma positiva. Referem ainda que algumas respostas observadas nestas crianças evidenciam memória melódica, identificando excertos musicais quase de forma imediata e manifestando interesse em tocar instrumentos, cantar e ouvir música. “O objetivo primordial da musicoterapia consiste na superação da barreira do isolamento, entrando no seu mundo interior, abrindo canais de comunicação” (Rodrigo, 2008).

Devemos ter em mente que a transmissão de emoções ou movimentos através da música pode ser decodificada de maneira diferente por pessoas com diferentes tipos de distúrbios da comunicação. Os indivíduos com PEA acham a comunicação musical mais segura do que a troca verbal, ajudando-os a lidar com as ansiedades sociocomunicativas mais comuns. Os benefícios da comunicação musical estão ligados ao “modo direto” da expressão musical, que não depende de códigos verbais, ou seja, a natureza das linguagens verbais como um sistema compartilhado de símbolos que permite a “comunicação” de significados (Mastnak, Lipsky, & Neuwirthova, 2018).

A música não é apenas arte, mas também um meio de comunicação diferenciado e um espaço social que facilita a comunicação, ajudando os utentes com PEA a melhorar a interação social e a inclusão social. A música, em contexto de sessão musicoterapêutica, estimula partes sensoriais auditivas juntamente com a movimentação esquelética e motora. Sendo considerada acessível e abrangente, pode ser utilizada como tratamento em várias patologias físicas e psicológicas. Tem-se mostrado ser eficaz como terapia em crianças com Perturbação do Espectro do Autismo, sendo capaz de as estimular em diversos domínios do seu desenvolvimento, nomeadamente na linguagem, na leitura, na expressão corporal e nos processos de interação e socialização (Rocha & Boggio, 2013).

Segundo Lheureux-Davidse (2015), a criança portadora de PEA sente dificuldade na comunicação e desenvolvimento de forma comum, aprende à sua maneira e ao seu próprio ritmo, de forma bem singular, pois também sente dificuldade na aceitação de mudanças na rotina. A inserção da música no convívio quotidiano da

criança portadora de PEA pode facilitar a aceitação do mundo ao seu redor, pois “A música, interligada à linguagem, é um dos traços exclusivos dos seres humanos”.

Segundo McFerran e Shoemark (2013), numa abordagem musicoterapêutica ativa com pessoas significativamente comprometidas em termos cognitivos, os resultados positivos do processo terapêutico não dependem somente do estímulo musical utilizado de modo correto, mas também, e principalmente, da relação estabelecida entre o utente e o musicoterapeuta. O terapeuta deve possuir a capacidade de estar e de se relacionar com o utente de modo atento, empático, responsivo e criativo. Deve escutá-lo e ser responsável pela estrutura da sessão e da música, de modo a validar e a facilitar uma iniciação musical natural do utente. A experiência clínica tem demonstrado que o mesmo é válido para a atuação musicoterapêutica com indivíduos portadores de PEA.

Diversos estudos de caso relatam que as crianças com este tipo de perturbação demonstram interesse pela música, reagindo de forma positiva a estímulos sonoro-musicais (Eren, 2015).

Também Freire (2014) avaliou o efeito do atendimento musicoterapêutico baseado na interação musical entre crianças com PEA e o terapeuta durante a experiência musical de improvisação, verificando que, em média, após quatro meses de sessões semanais individuais, já era possível verificar médios/grandes efeitos significativos em relação ao desenvolvimento da comunicação e da interação social. Os resultados deste estudo sugerem que as melhorias no quadro clínico de crianças com PEA atendidas em musicoterapia podem ser acompanhadas de melhorias na qualidade de vida dos pais destas crianças. No trabalho de Freire foi dada prioridade ao uso de estruturas musicais, denominadas de temas clínicos, nas improvisações musicais coativas, de modo a favorecer a comunicação entre utente e terapeuta. A partir de motivos musicais melódicos e/ou rítmicos espontaneamente realizados pelo utente, o musicoterapeuta procura desenvolver frases musicais elaboradas, utilizando-as para favorecer a interação durante a improvisação musical. Desta forma, reconhece a presença do utente e valida a sua participação através da música.

Lai, Pantazatos, Schneider e Hirsch (2012) verificaram que os circuitos neurais, normalmente associados ao processamento da fala e de canções - em especial o giro frontal esquerdo inferior, o giro frontal superior e uma maior conectividade das regiões frontal e posterior - são preservados em pessoas com PEA, embora sejam mais ativados ao ouvir canções do que ao falar, quando comparados com um grupo de controlo com a

mesma idade. Estes resultados sugerem que os sistemas funcionais que processam a fala e as canções atuam de forma mais eficaz para a primeira do que para a última em pessoas com PEA, mesmo que as projeções das áreas corticais relativas a estas funções não possuam uma diferença significativa quando comparadas com grupos de controlo com desenvolvimento normal. Tal facto pode explicar o sucesso de alguns tratamentos musicoterapêuticos que se baseiam na transmissão de informação por meio de texto cantado.

Whipple (2012) realizou uma meta-análise de artigos sobre intervenções clínicas musicoterapêuticas individuais/em grupo com crianças com PEA até cinco anos de idade, encontrando oito estudos que respondiam aos seus critérios de inclusão. O autor verificou que a maioria destes estudos centrava-se no aumento de competências comunicativas, relações interpessoais, autocuidados e lazer, sendo a diminuição de comportamentos considerada inadequada uma consequência do desenvolvimento geral das competências. O tratamento musicoterapêutico, nestes estudos, constrói-se e estabelece-se principalmente a partir de objetivos positivos (desenvolvimento de competências) mais do que de negativos (remissão de sintomas ou diminuição de comportamentos inadequados).

### **Escalas da Avaliação**

A avaliação em musicoterapia é a parte do processo terapêutico na qual o musicoterapeuta observa o utente em experiências musicais para identificar necessidades, expectativas, anseios, entre outros aspetos. Os objetivos das avaliações musicoterapêuticas podem ser interpretativos, descritivos, prescritivos ou avaliativos (Bruscia, 2016).

As informações referentes às avaliações realizadas podem ser conseguidas através de métodos informais, como entrevistas e questionários, ou métodos formais, como índices ou escalas de avaliação. Os índices ou escalas são processos de mensuração estruturados como um sistema de medidas, que ajudam a determinar o grau de comprometimento do utente em diferentes contextos, atribuindo níveis de importância na clínica e na pesquisa (Wheeler, 2015).

A Kamuthe, a Imtap e a Escala Nordoff Robbins de Comunicabilidade Musical são as escalas mais utilizadas na avaliação de casos de Perturbação do Espectro do Autismo. A escala Kamuthe (Category System for Music Therapy) avalia comportamentos não-verbais de crianças com PEA ou deficiências múltiplas através da improvisação musical. Criada pela musicoterapeuta alemã Christine Plahl, em 2004, foi

traduzida e validada para a língua portuguesa por Gattino. É uma escala que avalia os comportamentos do paciente e do musicoterapeuta em relação às mesmas atitudes e procedimentos através de construções relacionadas com as competências de atenção conjunta. A aplicação da escala é realizada através da microanálise de pequenos fragmentos das sessões de musicoterapia, analisados através do registo de filmagens (Gattino, 2015).

Em 1964 é desenvolvida a Escala de Comunicabilidade Musical, relacionada com a ligação do utente num sistema envolvido com o despertar da consciência musical, prazer, percepção e experiências comunicacionais. O interesse e entusiasmo quanto à coatividade musical está inteiramente relacionado com o impacto na estimulação musical, levando o utente a motivar-se com o que poderá transmitir comunicacionalmente. Em musicoterapia a comunicação musical pode surgir através de três formas, como a vocal, de movimento corporal e instrumental. Desta forma, a escala referida precisa os níveis quanto ao comportamento comunicativo do utente, apresentando-os num modelo de formulário de modo a que o nível de desenvolvimento comunicacional do utente se mantenha e permaneça (Nordoff, Robbins, & Marcus, 2007).

The Individualized Music Therapy Assessment Profile é uma escala de avaliação que tem como finalidade avaliar o utente em dez áreas diversas (considerando 374 competências, divididas em domínios e subdomínios), através de atividades musicais conduzidas por musicoterapeutas qualificados. Tem como público-alvo crianças e adolescentes, que podem apresentar diferentes patologias, tais como deficiência múltipla, perturbações na comunicação, perturbação do espectro do autismo, perturbações emocionais, problemas sociais e dificuldades de aprendizagem. Este instrumento permite compreender quais as áreas que necessitam de ser mais estimuladas, apresentando, aqui, pontuações mais baixas, e quais as áreas com maior potencial, revelando, neste caso, pontuações mais elevadas (Baxter, Berghofer, MacEwan, Nelson, Peters, & Roberts, 2007).

## **Objetivos gerais do estágio**

Para a realização dos objetivos gerais deste estágio, foi tida em conta a individualidade e personalidade de cada criança, independentemente da sua patologia ou perturbação. A intervenção foi centrada nas necessidades dos utentes e respetivas famílias, sendo estas fundamentais para o estabelecimento dos objetivos.

Desta forma, pretende-se que neste estágio a Musicoterapia atue como uma força de integração da criança, ao desenvolver as competências e qualidades pessoais, através da promoção de relações seguras, que servem de base para o desenvolvimento das suas competências, e utilizando a experiência musical conjunta (terapeuta-utente) baseada na improvisação. Ao promover a comunicação desde a sua intencionalidade sonora inicial e espontânea, o desenvolvimento da relação e comunicação acaba por ocorrer de modo securizante (através do som), sem que seja exigido à criança palavras ou a execução específica de alguma tarefa. E, ainda, promover o conhecimento prático na equipa multidisciplinar, em articulação profissional com todos os técnicos, tornando-se benéfico para o planeamento de sessões posteriores.

Atendo às necessidades da população alvo e da própria instituição, cumpriu-se:

- Apresentar e esclarecer os objetivos e a intervenção sobre Musicoterapia e respetivos contextos de atuação;
- Envolver e partilhar informações clínicas com a equipa multidisciplinar;
- Desenvolver a socialização, comunicação, autoestima, capacidades de autoexpressão e regulação emocional através da música e dos seus componentes.

## **Metodologia**

Neste capítulo serão descritas as particularidades da amostra, os instrumentos de avaliação utilizados e todos os procedimentos do estágio. São apresentadas as técnicas de intervenção musicoterapêuticas utilizadas com a população alvo, bem como os recursos materiais empregues. Do mesmo modo, é indicada a agenda semanal da musicoterapeuta estagiária, bem como outras atividades desenvolvidas pela mesma ao longo do estágio.

## **Amostra**

O estágio teve como duração de 14 de outubro de 2019 a 26 de junho de 2020, tendo sido interrompido pela doença provocada pelo novo coronavírus SARS-COV-2. A 2 de junho ocorreu o regresso à instituição com todas as medidas de segurança (apêndice 1), dando continuidade ao que até então teria sido desenvolvido, possibilitando o término adequado das sessões musicoterapêuticas e a realização do número de horas em falta para a conclusão do estágio. A 26 de junho deu-se por concluído.

Ao longo do estágio curricular, doze crianças beneficiaram da intervenção em musicoterapia, estando as mesmas inseridas no serviço de pediatria do Hospital Santo Espírito da ilha Terceira. Os referidos utentes, com idades compreendidas entre os 2 e os 6 anos e com diagnóstico de perturbação do espectro do autismo, participaram em sessões com periodicidade semanal e com duração de trinta a quarenta e cinco minutos.

Na tabela seguinte apresentam-se algumas das características da amostra no que diz respeito ao sexo, idade, diagnóstico principal e terapias que integram. Devido às normas de confidencialidade dos dados e identidade dos utentes foram utilizados nomes fictícios.

<b>Nome</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Comunicação</b>	<b>Outras Intervenções</b>
<b>Ana</b>	F	3A	PEA	Não-verbal	Psic, TF
<b>Rita</b>	F	3A	PEA	Pré-Verbal	Psic, PM, TF
<b>Pedro</b>	M	2A	PEA	Não-Verbal	Psic, TF, TO
<b>Carmo</b>	F	6A	PEA	Pré-Verbal	Pisc, EQ, TO
<b>Emanuel</b>	M	2A	PEA	Não-Verbal	Psic
<b>Lucas</b>	M	4A	PEA	Pré-Verbal	Psic, TF, TO
<b>Filipa</b>	F	3A	PEA	Não-verbal	Psic, PM
<b>Rui</b>	M	3A	PEA	Não-Verbal	Psic, PM
<b>Beatriz</b>	F	3A	PEA	Pré-Verbal	Psic, TF, TO
<b>Inês</b>	F	3A	PEA	Não-Verbal	Psic, TF
<b>Celso</b>	M	6A	PEA	Não-Verbal	Psic
<b>Tiago</b>	M	3A	PEA	Não-Verbal	Psic, TF

**Tabela 1 - Descrição da população-alvo**

### **Instrumentos de avaliação**

A avaliação de todo o processo terapêutico é fundamental, pois permite ao musicoterapeuta obter informações a cerca das necessidades e potencialidades de cada utente, podendo a partir daí definir os objetivos terapêuticos e intervir de forma adequada aos resultados apresentados pela escala de avaliação. Enquanto instrumento de avaliação foi utilizada a IMTAP – Individualized Music Therapy Assessment Profile (apêndice 2).

A IMTAP nasceu a partir de um grupo de musicoterapeutas que atendiam crianças e adolescentes com diagnósticos variados pela necessidade de registar dados quantitativos musicais e não musicais. É um instrumento de avaliação que tem como objetivo estabelecer uma linguagem terapêutica comum, seja na área clínica ou na comunicação com os pais e restantes profissionais de saúde. Assim desenvolve-se a IMTAP, com o objetivo de avaliar dez grupos distintos de comportamentos, fornecendo um perfil detalhado do indivíduo, por meio de atividades musicais levadas a cabo por musicoterapeutas habilitados ou estudantes de musicoterapia. De forma a desenvolver esta

escala, os autores basearam-se em estudos padronizados na área da musicoterapia, fonoaudiologia, desenvolvimento infantil, terapia ocupacional e educação pré-escolar. A presente escala foi desenvolvida para ser aplicada a crianças e adolescentes, podendo ser utilizada na avaliação de pessoas com deficiência múltipla, distúrbios da comunicação, distúrbios emocionais, problemas sociais e na perturbação do espectro do autismo. A importância deste instrumento de avaliação está na possibilidade de seguimento e evolução de cada utente a partir das suas próprias pontuações e nos detalhes do perfil individual resultante das avaliações, que indica áreas com maiores necessidades e áreas com potencial (Baxter, Berghofer, Macewan, Nelson, Peters, & Roberts, 2007).

A IMTAP está apta para avaliar 374 competências divididas em dez categorias de comportamentos diferentes, nomeadamente:

- 1- Motricidade grossa;
- 2- Motricidade fina;
- 3- Motricidade orofacial;
- 4- Sensorial;
- 5- Comunicação recetiva/Perceção auditiva;
- 6- Comunicação expressiva;
- 7- Cognição;
- 8- Emocional;
- 9- Social;
- 10- Musicalidade.

Cada uma destas categorias é constituída por subdomínios designados “fundamentos”, com características próprias a avaliar. Alguns dos fundamentos das dez categorias a avaliar pela escala, são por exemplo: Motricidade grossa: exhibe a marcha, alcança instrumentos para toque/performance; Motricidade fina: segura objeto/instrumento independentemente com uma mão, segura com a mão em forma de pinça; Motricidade orofacial: alcança a posição completa da boca fechada, tolera colocar bocal para lábios; Sensorial: procura pressão firme, demonstra capacidade de começar/parar atividade tátil; Comunicação receptiva/Perceção auditiva: localiza o foco visual na fonte sonora, discrimina dois sons diferentes; Comunicação expressiva: faz tentativas de comunicar, conduz ou move o terapeuta como meio de comunicação; Cognição: responde a questões fechadas (sim/não), faz escolha entre duas opções concretas apresentadas; Emocional: demonstra emoções apropriadas, expressa emoções



usando instrumentos; Social: demonstra interesse nas atividades apresentadas, interage apropriadamente com o terapeuta; Musicalidade: indica desejo de toque/performance de instrumentos, toca instrumento quando apresentado. Quanto à categorização dos resultados alcançados, para cada item, as respostas exequíveis são “N=nunca”; “R=raramente, abaixo de 50%”; “I: inconsistente, entre 50-79%” e “C= consistente, entre 80-100%”. A avaliação definitiva de cada domínio é apresentada no formato de percentagem, uma vez que a cada resposta é concedido um valor. O preenchimento da referida escala implica a realização de inúmeras perguntas de resposta rápida ao acompanhamento do utente, bem como gravação em vídeo das sessões realizadas para avaliação, com autorização prévia dos tutores legais de forma a respeitar toda a confidencialidade do utente e da sua família (Silva, 2012).

É extremamente importante avaliar a constância de determinados acontecimentos para o preenchimento dos domínios da IMTAP, isto porque no decorrer das sessões não é viável a presença de momentos de escrita prolongada, bem como de preenchimento de escalas de avaliação, uma vez que a função primordial do musicoterapeuta é acompanhar/auxiliar musicalmente o desempenho do utente. As fases posteriores são a recolha de dados, cálculo dos valores finais, rectificação de habilidades de domínio cruzadas, reconhecimento de limites e objetivos e reprodução do perfil do utente, recorrendo aos gráficos dos domínios e subdomínios analisados (Silva, 2012).

## **Procedimentos**

O estágio teve início em outubro de 2019, sendo a musicoterapeuta estagiária apresentada aos membros da equipa técnica. O processo de integração ocorreu durante as primeiras duas semanas através da observação de sessões de psicologia (onde era utilizado o modelo Dir Floortime), sendo que alguns dos utentes observados fariam parte da amostra do estágio da musicoterapeuta. Esta observação foi importante de modo a que a estagiária verificasse características das crianças, a forma como as sessões decorriam, todo o tipo de interações realizadas e possíveis objetivos a atingir com as sessões de Musicoterapia, ocorrendo sempre no final uma troca de feedback sobre o sucedido na sessão, entre a orientadora de estágio e a musicoterapeuta.

Ao longo do estágio verificaram-se 6 fases diferentes, mas complementares: 1) fase de encaminhamento; 2) fase de recolha de dados; (3) fase de avaliação; (4) fase de elaboração do plano terapêutico; (5) fase de intervenção e (6) fase de conclusão e reavaliação. A primeira fase iniciou-se em outubro de 2019 e a fase de intervenção em novembro de 2019 tendo continuado até ao final de junho de 2020. As fases supramencionadas são descritas em seguida.

### **Fase de encaminhamento**

Durante esta primeira fase, a orientadora de estágio deu início a uma seleção de crianças que seriam as participantes deste estágio. Enquanto critérios de seleção, teve em conta crianças portadoras de perturbação do espectro do autismo, dos 2 aos 6 anos de idade e que apresentassem maiores níveis de comprometimento social e comunicativo. Foi então feito um levantamento dos utentes, troca de informações entre os técnicos que já trabalhavam com estas crianças e iniciaram-se as marcações da sessão de recolha de dados com os pais dos utentes.

### **Fase de recolha de dados**

Concretizou-se então um primeiro contacto individual com os cuidadores dos diversos utentes a fim de reunir informação pertinente relativamente à sua história de vida e respectivo desenvolvimento. Para tal foi utilizado o Perfil Biográfico de Avaliação de Musicoterapia Individual (PBAMI), pertencente ao instrumento de avaliação IMTAP (apêndice 3). Para além desta ficha biográfica foram feitas outras questões complementares, de encontro ao que ia sendo falado entre a estagiária e os pais dos utentes.

### **Fase de avaliação**

Nesta fase ocorreu um primeiro contacto com os utentes onde foi possível interagir e estar atenta a questões referentes dos domínios e subdomínios do instrumento de avaliação a utilizar. Como a IMTAP é um instrumento longo (avalia 374 habilidades) não é acessível o seu preenchimento apenas através da observação direta, sendo que também foi utilizada captação em vídeo para uma avaliação indireta mais pormenorizada. Esta fase é crucial para todo o processo de estágio, pois fornece-nos informações objetivas fundamentais a cerca das necessidades e potencialidades da população alvo.

Após a avaliação torna-se possível definir os objetivos individuais, intervindo de uma forma adequada, ao nível das áreas mais necessitadas para o utente.

### **Fase de elaboração do plano terapêutico**

Feita a avaliação realizou-se um plano de intervenção no qual foram delineados os objetivos gerais e específicos para cada utente, tendo em conta os resultados dos domínios obtidos pelo instrumento de avaliação e pela observação direta do utente em sessão.

Ao definir os objetivos foi tida em consideração o número de horas referentes ao período de estágio para que fosse possível o cumprimento do proposto inicialmente.

### **Fase de intervenção**

Após objetivos definidos procedeu-se ao contato com os pais das crianças para uma primeira sessão, onde foram apresentados todos os resultados, objetivos gerais e específicos individuais do utente e o planeamento e agendamento das sessões seguintes.

Nesta mesma sessão foi também solicitado aos pais autorização para que a musicoterapeuta estagiária registasse as sessões em vídeo, de forma a monitorizar e a rever o trabalho desenvolvido nas sessões. Após aceitação por parte de todos os pais, foi utilizado o documento de pedido de autorização para registo em vídeo das sessões de intervenção (apêndice 4) e a declaração de registo de vídeo das mesmas sessões (apêndice 5), onde era explicada a pertinência do pedido realizado.

De seguida deu-se início à intervenção clínica musicoterapêutica.

### **Fase de reavaliação e conclusão**

Após todo o período de intervenção, a musicoterapeuta estagiária voltou a aplicar o mesmo instrumento de avaliação aplicado inicialmente (IMTAP), como forma de reavaliar os utentes e observar os resultados após 8 meses de intervenção.

Para tal, observou as gravações audiovisuais, concluiu as reavaliações e marcou sessão com os pais dos utentes, apresentando os resultados alcançados e esclarecendo dúvidas existentes.

## **Recursos à distância em situação de confinamento – Covid19**

“COVID-19 é o nome, atribuído pela Organização Mundial da Saúde, à doença provocada pelo novo coronavírus SARS-COV-2, que pode causar infecção respiratória grave como a pneumonia. Este vírus foi identificado pela primeira vez em humanos, no final de 2019, na cidade chinesa de Wuhan, província de Hubei, tendo sido confirmados casos noutros países”. É um vírus que pode causar infecções graves nas pessoas a nível respiratório, podendo ser confundido com uma gripe normal ou agravando o seu estado, passando a pneumonia. Febre, tosse e dificuldade respiratória são as características mais comuns referentes a este tipo de infecção, podendo ocorrer outro tipo de sintomas como dor de garganta, dores musculares, dores de cabeça e corrimento nasal. Se a infecção agravar poderá levar os indivíduos a situações mais complicadas, como é o caso da insuficiência respiratória, falência renal, pneumonia grave e eventual morte (SNS, 24).

No dia 2 de Março de 2020, após se terem confirmado os primeiros casos de infecção em Portugal, a propagação do vírus foi aumentando de dia para dia e, consequentemente, o número de infetados também. Deste modo e, já com um número elevado de pessoas infetadas, Portugal determinou através do decreto do presidente da república (nº 14-A/2020), estado de emergência, no dia 18 de março de 2020 (apêndice 6).

Assim, o Hospital de Santo Espírito da ilha Terceira suspendeu o estágio curricular de Musicoterapia, tendo o mesmo retomado apenas no dia 2 de junho de 2020. Neste período de confinamento a musicoterapeuta estagiária não perdeu a ligação com os utentes, realizando vídeos musicais todas as semanas, que fossem ao encontro do iso musical de cada utente, ou seja, que fossem ao encontro da sua identidade sonora, como uma “construção humana repleta da sua complexidade biológica, psicológica e transcendente” (Alvin, 1997).

Deste modo, achou-se relevante utilizar nos vídeos os mesmos instrumentos e canções que os utentes executam nas sessões, trabalhando a memória; a criatividade (criar instrumentos em casa com os pais); aproximação na relação pais e filho(a), motivando os cuidadores a cantar e replicar os vídeos recebidos pela musicoterapeuta estagiária.

Ao longo das semanas, em conjunto com o envio dos vídeos, era também transmitido aos pais sugestões e pequenas estratégias para colocarem em prática com os

filhos ao longo da quarentena (apêndice 7). Através das redes *WhatsApp* ou *Messenger*, por ser mais prático e de fácil acesso para alguns pais, os mesmos enviavam vídeos a replicar os que lhes eram enviados pela musicoterapeuta estagiária, havendo uma maior proximidade e contato com as famílias.

Ao longo do período de confinamento a orientadora de estágio, Susana Alves, desenvolveu um programa *online* para os pais através da plataforma *Zoom*, programa este sobre o Modelo *Dir Floortime* (Modelo baseado no Desenvolvimento, nas Diferenças Individuais e na Relação). A musicoterapeuta estagiária foi integrada no programa, a convite da orientadora, assistindo algumas vezes às sessões realizadas.

A 2 de junho de 2020 retomou-se o estágio com todas as condições e proteção necessária, como a utilização de bata e máscara, utilização de instrumentos possíveis de serem desinfetados (plásticos) e desinfecção do gabinete à saída de cada utente, ocorrendo sempre um intervalo de 30 a 45 minutos entre cada sessão.

## **Métodos e técnicas de intervenção**

No decorrer das sessões musicoterapêuticas foram selecionadas e utilizadas técnicas que viabilizassem ir ao encontro das necessidades dos utentes e das potencialidades dos mesmos. Precedentemente à aplicação das referidas técnicas foi tido em conta os objetivos terapêuticos definidos individualmente.

As técnicas mais utilizadas ao longo das sessões foram: a) escuta de canções; b) espelhamento (mirroring); c) improvisação clínica instrumental; e) troca de turnos; f) diálogo e g) acompanhamento, explicadas sucintamente por Wigram (2004) nos próximos parágrafos.

A **escuta de canções** é uma experiência musical receptiva, em que o utente ouve música. Esta experiência ajuda a desenvolver competências cognitivas tais como a atenção e a memória, facilita a reminiscência nos indivíduos e, na área da saúde mental, tem um papel relevante na promoção de competências inter-relacionais

O **espelhamento** é confundido geralmente com a imitação, no entanto o autor refere que o espelhar vai além da conduta musical traduzindo-se, não só por fazer exatamente o que o utente faz musicalmente (a nível melódico, harmónico ou rítmico), mas também em termos expressivos e de linguagem corporal, para que este possa rever o seu comportamento no comportamento do terapeuta

Quanto à **improvisação clínica**, trata-se da aplicação da improvisação musical num contexto seguro de forma a identificar necessidades do utente. A conceção de música improvisada deixa que a individualidade de cada utente se manifeste, seja pelas suas preferências musicais (iso) ou pelo meio cultural onde está inserido. Assim, a improvisação clínica é vista como uma forma de comunicação, onde o utente expressa as suas emoções e preferências sonoras, rítmicas, melódicas ou tímbricas.

Na **troca de turnos** ocorre revezamento na interação. Esta troca de papéis trata-se de um componente principal no processo comunicativo, verbal ou não verbal. Permite também que o utente desenvolva habilidades de partilha, como forma de estar disponível para pensar no “outro”, de promover as relações interpessoais e querer mais do que o “eu” apenas.

O **diálogo** é um processo no qual o terapeuta e o utente comunicam através das suas improvisações, recorrendo a momentos de alternância e pausas na interação.

Quanto ao **acompanhamento**, o musicoterapeuta sustenta a improvisação do utente facultando uma progressão de acordes, melodia ou ritmo.



## **Recursos materiais**

Em relação ao espaço onde foram realizadas as sessões musicoterapêuticas, as mesmas decorreram num gabinete destinado a terapias na ala de pedopsiquiatria, onde já se encontravam os gabinetes de Psicologia/Psicoterapia, Psicomotricidade e Enfermagem de reabilitação. É um gabinete com todas as características necessárias, como boa luminosidade, tamanho médio e isolado de quaisquer ruídos exteriores.

Enquanto instrumentos musicais harmónicos e melódicos utilizados, a musicoterapeuta comprou e colocou no gabinete um ukulele, guitarra, xilofone e flautas de bisel, sendo que enquanto instrumentos de percussão utilizou reco-reco, triângulo, maracas, pandeiretas, tambor, tambor do mar e tubos musicais boomwhackers.

Quanto aos critérios de seleção dos instrumentos musicais ao longo das sessões, foram ao encontro das necessidades apresentadas pelos utentes. Foram também tidos em conta vários materiais acessórios como tapetes Wesco, duas cadeiras, almofadas coloridas, uma secretária e o computador da instituição. Para efeitos de monitorização do trabalho desenvolvido pela musicoterapeuta estagiária foi utilizado uma câmara de filmar.

## **Agenda**

As tabelas seguintes referem-se às agendas semanais alusivas ao período de estágio, onde estão contemplados os períodos de intervenção clínica. Após cada sessão a musicoterapeuta estagiária anotava o sucedido na intervenção, os pontos fortes e fracos da mesma, para uma melhor monitorização e acompanhamento das sessões.

O trabalho escrito para o relatório de estágio era realizado após horário de estágio e sempre que havia oportunidade na instituição para o fazer (quando faltava algum utente, por exemplo).

Durante o período de confinamento em Portugal e dada a inexistência de sessões de Musicoterapia na instituição, a estagiária enviou vídeos semanalmente para o correio eletrónico dos pais das crianças, de modo a não desfazer as relações existentes e a motivar os cuidadores para a estimulação dos filhos. Através da recriação das canções enviadas, os pais realizavam vídeos em casa com as crianças e enviavam-nos para a estagiária, sendo que os vídeos concretizados pela mesma foram diferentes de utente para utente, respeitando as suas preferências musicais.

	<b>Segunda Feira</b>	<b>Terça Feira</b>	<b>Quarta Feira</b>	<b>Quinta Feira</b>	<b>Sexta Feira</b>	<b>Sábado</b>
<b>8h30 - 9h00</b>	Troca de feedback com a orientadora					
						Reunião
<b>9h00-11h30</b>	Sessões de Musicoterapia Individuais					Mensal com a Supervisora

**Tabela 2 - Agenda Semanal de Estágio - Outubro de 2019 a abril de 2020**

	<b>Segunda Feira</b>	<b>Terça Feira</b>	<b>Quarta Feira</b>	<b>Quinta Feira</b>	<b>Sexta Feira</b>	<b>Sábado</b>
<b>8h30-11h30</b>	Período de contacto com os pais sobre os seus filhos e sugestões musicais;					Reunião Mensal com a
	Envio de vídeos semanais com conteúdo musical de acordo com as preferências musicais dos utentes.					Supervisora

**Tabela 3 - Agenda Semanal de Estágio - Abril de 2019 a junho de 2020**

	<b>Segunda Feira</b>	<b>Terça Feira</b>	<b>Quarta Feira</b>	<b>Quinta Feira</b>	<b>Sexta Feira</b>	<b>Sábado</b>
<b>8h30-12h00</b>	Sessões de Musicoterapia Individuais					Reunião Mensal com a Supervisora
<b>12h30-14h00</b>	Trabalho Escrito (relatório e descrição de sessões)					

**Tabela 4 - Agenda Semanal de Estágio - Junho 2020**

## **Outras atividades**

No início do mês de abril a musicoterapeuta estagiária propôs às colegas musicoterapeutas do arquipélago dos Açores que criassem/dinamizassem que realizassem vídeos em direto na página da MusicoterapiAçores sobre a musicoterapia aplicada em várias áreas, como forma de divulgação e de esclarecimento de dúvidas que pudessem existir. As musicoterapeutas Marisa Raposo e Letícia Dionizio concordaram e passou-se à organização da semana de divulgação, que se realizou de 27 de abril a 1 de maio. Para tal, foi feito convite a cinco musicoterapeutas que estivessem a atuar no presente com as populações alvo que se escolheu debater. Deste modo, no dia 28 de abril a musicoterapeuta estagiária participou no vídeo em direto com a musicoterapeuta Salomé Ferreira, sendo o tema debatido “Musicoterapia nas Perturbações do Neurodesenvolvimento – Autismo”. No dia 29 de abril participou em direto com as musicoterapeutas Susana Jimenez e Letício Dionizio sobre o tema “Musicoterapia nas multideficiências – Paralisia Cerebral”. Todos os vídeos em direto realizados tiveram muita adesão por parte da população em geral e foi possível esclarecer e ajudar várias pessoas.

A 27 de abril de 2020 a musicoterapeuta estagiária deu uma entrevista para o canal Vitec Açores, como forma de dar a conhecer a toda a população a “Música enquanto terapia”. Ao longo da entrevista foram abordados temas como os benefícios da Musicoterapia, a quem se destina, objetivos que podem ser alcançados, entre outro tipo de questões que podem ser consultadas na visualização da gravação completa em <https://www.youtube.com/watch?v=qW0loouXd8o> ou em [www.azorestv.com](http://www.azorestv.com).

No dia 13 de maio de 2020 a musicoterapeuta estagiária foi contactada pelo jornal Açoriano Oriental, tendo sido convidada a dar uma entrevista escrita sobre a Musicoterapia e sobre o projeto MusicoterapiAçores (projeto que engloba as musicoterapeutas existentes no arquipélago dos Açores e que tem como objetivo a divulgação da Musicoterapia). O conteúdo foi publicado no jornal do dia 1 junho de 2020, intitulado como “Tratar com acordes musicais”, que pode ser consultado no apêndice 8.

## **Estudo de Caso 1**

Lucas é uma criança com idade cronológica de 4 anos e 6 meses, à data de sessão do processo clínico em outubro de 2019, que frequenta os serviços de pedopsiquiatria há sensivelmente 1 ano.

**História clínica:** Lucas, de 4 anos de idade, é fruto de uma gravidez planeada e desejada por ambos, de fácil conceção e seguida pelo médico. Durante a gravidez sentiu muitos enjoos e entrou de baixa às 29 semanas, devido ao stress laboral. O seu agregado familiar é composto por 4 elementos, o pai de 46 anos e engenheiro de profissão, a mãe de 39 anos e arquiteta e o irmão de 27 meses.

O seu nascimento ocorreu de cesariana no Hospital de Santo Espírito da ilha Terceira às 39 semanas e 5 dias. No pós-parto correu sempre tudo bem e o Lucas manteve-se calmo e bem-disposto, amamentando até aos 6 meses e sendo cuidado pela mãe até esta altura. A partir dos 7 meses ingressou no colégio, onde teve uma adaptação positiva, mas manifestando sinais de prazer/desprazer. O primeiro sorriso surge por volta dos 8 meses de idade e a angústia ao estranho também.

Aos 3 anos de idade foi sinalizado pela pediatra no sistema privado. Vários foram os sinais que a levaram a suspeitar de Perturbação do Espectro do Autismo, dos quais o atraso na linguagem, a falta de adesão ao “jogo simbólico”, audição seletiva, angústia ao estranho, não relacionamento com os outros nem com as brincadeiras, dificuldades na motricidade fina, jogo obsessivo pelos números (considera ímpares e pares), distração e desassossego constante e sem noção dos perigos. Todos estes sintomas também já tinham sido detetados no colégio.

Dados estes sinais, a pediatra reencaminhou Lucas diretamente para o HSEIT, mais especificamente para a consulta de psicologia da Dra. Susana Alves, onde ainda permanece.

**Situação atual:** O utente frequenta várias terapias, umas no HSEIT e outras fora do mesmo, nomeadamente terapia da fala, psicomotricidade, terapia ocupacional e psicologia.

Considerou-se pertinente o encaminhamento para uma avaliação em Musicoterapia, visto que desde cedo demonstrou afinidade com a música e por se crer que esta terapia seria benéfica para o alcance dos objetivos terapêuticos de Lucas.

Para além dos dados que constavam das informações recolhidas junto da progenitora de Lucas, foi realizada uma sessão de observação e levantamento de dados no contexto musicoterapêutico, tendo-se destacado em ambas a importância da música durante o percurso de vida do utente. Da anamnese sonoro-musical do utente destacam-se temas como “As rodas do autocarro”, “5 patinhos”, “Loja do mestre André”, entre outros temas infantis transmitidos pelo canal panda.

No entanto, salientou as suas dificuldades de comunicação, expressão emocional e falta de iniciativa, quer para atividades da vida quotidiana, quer para se relacionar e brincar com as outras pessoas. Dado o historial clínico e dados recolhidos junto da equipa multidisciplinar e da mãe, considerou-se pertinente uma primeira avaliação com Lucas.

### **Avaliação inicial**

O primeiro contacto presencial efetuado com o utente realizou-se no início de outubro de 2019. A avaliação foi realizada com base no formulário de admissão completado pela mãe (Perfil Biográfico de Avaliação de Musicoterapia Individual – PAMI); pela observação direta das interações efetuadas e através de um instrumento de avaliação formal, IMTAP. Apresentou-se na sala de espera com marcha autónoma, acompanhado pela mãe, onde foi levado até ao gabinete de Musicoterapia. Ao entrar no gabinete a mãe sentou-se num colchão onde chamou Lucas para se sentar também, mas o utente batia bruscamente na porta, dando sinal de querer ir embora. Após esta pequena descarga emocional aninhou-se no colo da progenitora, onde permaneceu até ao final, sem querer colaborar com a estagiária musicoterapeuta.

Nesta primeira sessão de contato e observação, o utente preservou a postura encerrada, as características rígidas e opostas, não segurando contacto ocular (constrangimento ao estranho) e sem iniciativa à comunicação ou ao contacto com a estagiária, limitando-se a obedecer às ordens simples da mãe.

Lucas tinha ao seu dispor alguns instrumentos musicais como tambor, maracas, xilofone e pandeiro, não tocando em nenhum. Passados 20 minutos de sessão, foi-lhe solicitado que agarrasse numa maraca, ao que acedeu e tocou levemente com o auxílio da mãe.

Durante esta primeira observação, o utente manteve uma postura encerrada, não mantendo contacto ocular e sem iniciativa à comunicação ou ao contacto com o terapeuta, limitando-se a obedecer às ordens simples que conseguia compreender.

Na seguinte tabela destacam-se os resultados da avaliação inicial realizada a Lucas, a 14 de outubro de 2019.

<b>Domínios</b>	<b>Classificação (%)</b>
Motricidade grossa	42%
Motricidade fina	35%
Motricidade oral	30%
Sensorial	47%
Comunicação receptiva/perceção auditiva	39%
Comunicação expressiva	25%
Cognitivo	22%
Emocional	21%
Social	31%
Musicalidade	19%

**Tabela 5 - Resultados Avaliação Inicial Lucas**

## **Plano de Intervenção Terapêutica**

De forma a organizar toda a intervenção terapêutica, tendo em conta as informações recolhidas durante o processo de avaliação e de informações retiradas junto da equipa multidisciplinar foi elaborado um plano de intervenção terapêutica, com base nas necessidades e potencialidades do utente.

---

### **Problema nº1**

- Ausência de interesse pelas relações sociais.

### **Objetivo geral:**

- Promover o interesse pelas relações sociais.

### **Objetivos específicos:**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| • Potenciar a entrada e saída no gabinete utilizando cumprimentos socialmente apropriados; | • Aumentar grau de tolerância à interação direta; | • Proporcionar momentos de contacto e exploração musical e o desejo de toque/performance de instrumentos com a terapeuta. |
|--|---|---|

### **Problema nº2**

- Desorganização espaço/temporal.

### **Objetivo geral:**

- Favorecer a organização espaço/temporal.

### **Objetivos específicos:**

- Promover a imitação de padrão rítmico simples;
- Proporcionar o toque de 3 a 4 compassos no andamento musical da terapeuta;
- Estimular o acompanhamento rítmico com a duração de uma canção de 2 minutos.

### **Problema nº3**

- Projeção vocal de baixa intencionalidade e alteração da prosódia.

### **Objetivo geral:**

- Promover a exploração de vocalizações e a sua intenção de comunicação clara.
- Promover as inflexões vocais para a sua adequação emocional;
- Reconhecer exploração vocal/instrumental como própria;
- Promover a projeção vocal com mudança de intensidade nas canções infantis.

### **Tabela 6 - Plano de Intervenção Terapêutica de Lucas**

#### **Intervenção e progresso terapêutico**

Lucas usufruiu de 23 sessões individuais com periodicidade semanal, entre outubro de 2019 e junho de 2020. O utente deslocava-se até à instituição acompanhado pela mãe. As sessões foram realizadas no gabinete de musicoterapia, onde minutos antes da sua chegada era preparado todo o setting adequado ao utente.

Foram concebidas três fases que se diferenciaram pela progressão do utente: 1) fase da relação; 2) reciprocidade e 3) transferências funcionais.

#### **Fase 1 – Relação**

Inicialmente a musicoterapeuta estagiária pensou no setting mais adequado para Lucas. Optou por utilizar a guitarra com o objetivo de servir de base e acompanhamento nas canções e colocou em cima de um colchão colorido um tambor, xilofone e maracas.



Os instrumentos escolhidos possuíam cores atractivas de modo a que despertassem a atenção do utente e o convidassem a entrar na sessão.

Na primeira sessão, o utente foi convidado a sentar-se à volta dos instrumentos sendo que recusou manifestando-se através do choro e de birras, agarrando a mão da mãe e dirigindo-se até à porta. A mãe sentou-se no colchão, recusando a saída do gabinete, onde no seu colo Lucas se aninhou recusando qualquer tipo de interação com a terapeuta e com os instrumentos. De seguida, a aluna estagiária sugeriu à progenitora que acompanhasse a canção do bom dia com umas maracas, de modo a tornar a atividade sugestiva para o utente. Lucas responde com um comportamento frustrado, pegando numa das maracas e atirando.

Após estes momentos mais tensos, a musicoterapeuta estagiária inicia a canção “As Rodas do Autocarro”, por fazer parte das preferências musicais do utente, sendo que o mesmo virou o olhar para a terapeuta e fixou-o até ao final da canção, pronunciando de forma isolada a palavra “cocarro” no final. Tendo demonstrado algum interesse pela canção executada, a estagiária voltou a repeti-la, de forma a explorar mais características do Lucas, sendo que o utente esboçou um pequeno sorriso e tornou a olhar fixamente para a terapeuta e a guitarra.

Ao longo das primeiras 7 sessões, a metodologia utilizada foi a mesma do que na primeira sessão, reproduzindo canções da preferência do utente, onde o mesmo simplesmente apreciava visualmente. No início era sempre cantada a canção do bom dia e no final a canção do arrumar e do adeus, promovendo a organização temporal e a utilização de cumprimentos socialmente apropriados.

No início da sessão número 8 Lucas começou por entrar numa brincadeira de lutas e super-heróis, empurrando a estagiária várias vezes e ficando feliz por tê-la derrubado. Após esta descarga emocional, por iniciativa própria, tocou nalguns instrumentos de percussão como o tambor, maracas, tambor do mar, sendo que permanecia muito pouco tempo em cada um. A estagiária guardou os instrumentos deixando apenas dois tambores, um para ela e outro para o utente. Começou-se por produzir um padrão rítmico muito simples em simultâneo com a canção “As Rodas do Autocarro”, em que o utente acompanhou por poucos segundos e referiu isoladamente três palavras da canção.

## **Fase 2 - Reciprocidade**

A partir da 9ª sessão notou-se um aumento progressivo da reciprocidade no processo terapêutico. Lucas entrou no gabinete sem hesitar e, como na sessão anterior, procedeu à brincadeira das lutas com a estagiária, ao que ela concordou de modo a haver descarga emocional. A tolerância à interação direta e ao contato musical tornou-se mais aceitável, embora o utente se afastasse por vezes do meio musical e preferisse dar saltos da secretária para o chão. A estagiária foi-se adaptando às suas características, criando músicas que fossem ao encontro das suas emoções, explorando os saltos e os super heróis. Outro dos seus fascínios eram os números, Lucas percorria o gabinete à procura de cartões do 1 ao 10, que outrora a terapeuta lhe tinha mostrado. Assim, a mesma acabou por criar também a canção dos números, que funcionou rapidamente na captação de atenção do utente e no interesse pelas canções. A mãe do utente presenciou as sessões até ao momento, mas era notável que a sua presença era destabilizadora, manifestava grande ansiedade pela situação e insistia para que o utente correspondesse corretamente às atividades. Por este motivo e, por muitas vezes se sobrepôr às necessidades do filho, foi decidido com a orientadora de estágio que ela não participaria nas sessões seguintes.

Foi então realizada a 10ª sessão só com Lucas e com a musicoterapeuta estagiária, para que fosse possível perceber de que forma se alterava o comportamento de Lucas e a sua entrega. A mãe não se opôs à sugestão de não participar nas sessões, afirmando que também se sentia como elemento destabilizador. No final de cada sessão a estagiária enviava alguns vídeos da sessão para a mãe do utente, onde a mesma podia acompanhar o que era feito.

Ao chegar à sala de espera a estagiária cumprimentou o utente e agarrou a sua mão caminhando até ao gabinete, pelo que o utente não se manifestou do contra, dirigindo-se até à porta correta da sessão. Após descarga de energia habitual por parte do utente, ora através do tambor em conjunto com a terapeuta, ora através de saltos ao som da canção do “Bom dia”, a estagiária apresentou a Lucas vários cartões que ilustravam canções pertencentes ao seu iso. Foi executada apenas uma canção em que a estagiária a acompanhou com o ukulele e o utente com o tambor (seu instrumento de eleição). A partir deste procedimento, foi feito o convite à vocalização por parte da estagiária, mas o utente mantinha-se em silêncio e a tocar tambor de forma desorganizada.

### **Fase 3 – Transferências funcionais**

As sessões seguintes foram desencadeadas de forma semelhante e com a utilização dos cartões ilustrativos. A musicoterapeuta estagiária a dada altura deixava de cantar certas palavras, permitindo que Lucas completasse as palavras em falta na canção. Todo este processo ocorreu de forma lenta e gradual, em cada sessão uma nova conquista. Por exemplo, na “canção dos patinhos”, a estagiária cantava “a mamã chamou quá quá quá...”, sendo que Lucas concluía com o quarto “quá”, completando o refrão. A 17ª sessão foi marcada pelo momento em que o utente completou uma frase da canção ao notar o silêncio da estagiária e sentindo que era a voz dele que faltava ali. Também a partir desta sessão Lucas começou a escolher e a tocar instrumentos por iniciativa própria, passou a arrumar sozinho os instrumentos e cartões ilustrativos ao escutar a canção do “arrumar” e despedir-se, acenando e verbalizando “adeus” ao escutar a canção de despedida. Este tipo de acontecimentos transmitiu por parte do utente um aumento da capacidade organizativa mental e temporal para além de nos informar relativamente ao aumento de verbalizações inteligíveis e intencionais.

Segundo a mãe do utente, notou-se que as sessões de musicoterapia se tornaram momentos prazerosos, um sítio seguro e confiável para a sua autoexpressão e relação com o outro, pois ao acordá-lo pela manhã a cuidadora passou a cantar o “Bom dia” e a referir que naquele dia tinham de ir à musicoterapia, pelo que o utente sorria e se levantava prontamente (algo que não acontecia nas primeiras fases do processo terapêutico). A dada altura, os convites para que Lucas verbalizasse ou cantasse deixaram de ser necessários, era algo que fluía naturalmente ao agarrarmos um instrumento ou cartão ilustrativo. A parte inicial de expressão emocional e transporte de energia para o exterior, que ocorria após a canção do “Bom dia”, foi um procedimento que ocorreu sempre, fazendo parte da rotina musicoterapêutica até à última sessão.

A mãe de Lucas relatou também algumas alterações no que dizia respeito ao interesse do utente pelas relações com o meio, uma maior abertura no que se refere à interação direta e contato musical com o filho, notando também melhorias na organização espaço/temporal, reflectindo-se nas atividades do seu dia-a-dia. Ao observar os vídeos das sessões que lhe eram enviados pela musicoterapeuta estagiária, a mãe do utente manifestou-se muito satisfeita, referindo ser incomparável o comportamento e características de Lucas das últimas para as primeiras sessões.

No caso de Lucas a interrupção de dois meses e meio, derivado do período de confinamento, não acarretou alterações significativas no seu comportamento e prestação nas sessões de musicoterapia.

### **Avaliação Final**

<b>Domínios</b>	<b>Classificação (%)</b>
Motricidade grossa	60%
Motricidade fina	55%
Motricidade oral	46%
Sensorial	58%
Comunicação receptiva/perceção auditiva	61%
Comunicação expressiva	49%
Cognitivo	57%
Emocional	53%
Social	59%
Musicalidade	44%

**Tabela 7 - Resultados Avaliação Final Lucas**

### **Conclusão do Caso**

Em retrospectiva com o estado de Lucas antes do início da intervenção em Musicoterapia, são notáveis mudanças significativas em todos os domínios do instrumento de avaliação aplicado, nomeadamente no domínio comunicativo, emocional, social e musical, aqueles que vão ao encontro dos problemas inicialmente enumerados. As alterações positivas, sentidas e observadas no gabinete ao longo das sessões pela musicoterapeuta estagiária, foram também notórias em contexto familiar/escolar e podem ser observadas através dos resultados entre a avaliação inicial e final (tabela 7 e 8).

Lucas demonstrou-se uma criança motivada e orientada para a sessão, sendo perceptível que reconhece o ambiente e o espaço onde se encontra e associa-o às atividades musicais. Lucas foi muito recetivo, de um modo geral, a todos os instrumentos musicais, sendo que foi desenvolvendo um gosto especial pelos instrumentos de percussão, como o tambor e as maracas, ao longo das sessões, designadamente nos momentos iniciais da sessão.

Tendo em conta as necessidades levantadas pela mãe do utente inicialmente e pela estagiária através do instrumento de avaliação e da observação direta, os objetivos delineados foram passíveis de serem trabalhados em Musicoterapia, trazendo benefícios para o dia-a-dia do utente.

No que se refere à ausência de interesse pelas relações sociais, a criação/recriação de canções que fossem relacionadas com o iso do utente, facilitou o aumento progressivo do seu grau de tolerância à interação direta e relação com a musicoterapeuta estagiária. A integração de canções de “entrada”, de “arrumar”, do “adeus”, implementadas de forma natural e gradual, foram potenciando a rotina de utilização de cumprimentos socialmente apropriados por parte do utente, bem como fomentando a sua organização espaço/temporal e a intencionalidade das suas acções.

Momentos como a utilização da troca de turnos e improvisação instrumental permitiram a estimulação do processo comunicativo, verbal e não-verbal, desenvolvendo habilidades de partilha, de estar disponível para receber “o outro”, promovendo as relações interpessoais.

Ao longo das sessões, foi explorado o ritmo ritmicidade do utente, mais propriamente no acompanhamento de canções, tendo iniciado por padrões rítmicos mais simples até ao conseguir acompanhar uma canção do início ao fim. A evolução neste domínio permitiu o aumento das habilidades organizacionais do utente, quer a nível de espaço, quer de tempo. As melhorias destes níveis extrapolaram para acções fora do contexto de sessão e do setting terapêutico, permitindo uma melhor organização no dia-a-dia do utente.

No final da intervenção musicoterapêutica com o Lucas, também se pode observar melhorias na forma como verbaliza as palavras e na sua intenção de comunicação clara. De forma a alcançar este objetivo, foi trabalhada a exploração das vocalizações através do canto de canções da preferência do utente, sendo que no final das sessões a musicoterapeuta estagiária mostrava pequenos vídeos ao utente sobre a sua participação na sessão. Assim, o utente reconhecia as explorações vocais e instrumentais como próprias, levando também a um aumento da autoestima e sentido de utilidade.

## **Estudo de Caso 2**

Rui é uma criança com idade cronológica de 2 anos e 10 meses, à data de sessão do processo clínico em outubro de 2019, que frequenta os serviços de pedopsiquiatria há 6 meses.

**História clínica:** Rui, de 2 anos e 10 meses de idade, é fruto de uma gravidez planeada, sem intercorrências, mas vigiada. O utente é o único filho deste casal, que não apresenta antecedentes familiares. A mãe, de 38 anos é administrativa e, o pai de 43 anos, condutor, sendo ambos saudáveis, mas não consanguíneos.

O seu nascimento ocorreu de parto eutócico às 38 semanas, nascendo com 3,484 kg e 50,5 cm. Iniciou a marcha sem apoio aos 12 meses e nesta mesma altura começou a interessar-se por livros, mas rasgava-os. Pelos 15 meses apontava para as partes do corpo quando lhe solicitado, mas deixou de o fazer.

As primeiras preocupações dos pais foi quando notaram que Rui não cumpria ordens simples, não olhava para a progenitora quando era chamado pelo nome nem comunicava de forma verbal. No colégio, onde ingressou aos 2 anos de idade, foi sinalizado pela educadora para a intervenção precoce, pois Rui não procurava as outras crianças para brincar, não realizava contato ocular normal e apresentava um perfil auto-absorvido e evitante.

Em consulta de pediatria no Hospital Santo Espírito da ilha Terceira foi diagnosticado com Perturbação do Espectro do Autismo, após observadas as características do utente e realizados os devidos testes. O andamento em círculo pela sala, estereotípias com as mãos, não procurar os pares e perda de competências foram os sinais mais determinantes para o diagnóstico. Assim, foi recomendada a inserção de Rui em várias terapias.

**Situação atual:** Rui é acompanhado pela equipa de intervenção precoce no colégio e pela terapia da fala, psicomotricidade e psicologia no HSEIT, reencaminhado para as mesmas pela pediatra.

Considerou-se fundamental o encaminhamento para a avaliação musicoterapêutica, tendo em conta as necessidades apresentadas pelo utente e porque o mesmo demonstra interesse na escuta musical em contexto familiar a escolar. Assim, um dos objetivos principais é criar através da música uma janela de comunicação.

Além dos dados que consistiam nas informações recolhidas junto do pai e avó materna de Rui, foi realizada uma sessão de observação e levantamento de dados no contexto musicoterapêutico. Da anamnese sonoro-musical do utente destacam-se temas como “O sapo não lava o pé”, “Loja do mestre André”, entre outros temas infantis cantados pela sua avó materna, que é uma figura muito presente na vida e desenvolvimento de Rui.

Desta forma, destacaram-se dificuldades a nível da comunicação verbal, não pronunciando qualquer palavra; a nível relacional, procurando os cantos do gabinete de modo a isolar-se da estagiária e apresentando um contato visual fugaz, em que muitas das vezes piscava os olhos de forma a reduzir o campo visual. Quando contrariado, o utente bate nas coxas com as duas mãos, demonstrando frequentemente um comportamento auto centrado e não reagindo bem à intromissão. Dado o historial clínico e dados recolhidos junto da equipa multidisciplinar, do pai e da avó materna, considerou-se pertinente uma primeira avaliação com o Rui.

### **Avaliação inicial**

O primeiro contacto presencial realizado com o utente deu-se no início de novembro de 2019. A avaliação foi realizada com base no formulário de admissão completado pelo pai (Perfil Biográfico de Avaliação de Musicoterapia Individual – PAMI); pela observação direta e através da IMTAP. Encontrou-se na sala de espera da consulta externa de pediatria com o pai e com a avó materna, aninhado no colo da mesma, que o levou até ao gabinete onde se procederia à primeira sessão musicoterapêutica. Ao entrar no gabinete, o seu primeiro ato foi sentar-se num dos cantos da sala virado para a parede, folheando um livro que trazia consigo. A estagiária tentou intrometer-se na atividade que o utente realizava, folheando também o livro, sendo que Rui reagiu negativamente à intromissão procurando o colo da avó.

Nesta primeira sessão, o utente preservou uma postura autocentrada e um perfil muito absorvido, não mantendo um contato ocular consistente e duradouro. Aquando da apresentação de instrumentos, Rui agarrou as maracas, balançando-as com o auxílio da estereotipia das mãos, com duração de cerca de 10 segundos. No decorrer da sessão, a avó cantou algumas das canções da preferência de Rui, tendo a estagiária acompanhado com a guitarra. O utente permaneceu no seu colo, sendo embalado no andamento musical da canção.

Durante esta primeira observação, o utente manteve-se isolado procurando apenas o conforto da avó materna. Permaneceu com um olhar sempre fugaz e disperso, emitindo sons em balbucio utilizando a vogal “e”.

Na seguinte tabela são apresentados os resultados da avaliação inicial realizada a Rui, a 4 de novembro de 2019.

<b>Domínios</b>	<b>Classificação (%)</b>
Motricidade grossa	27%
Motricidade fina	22%
Motricidade oral	24%
Sensorial	28%
Comunicação receptiva/perceção auditiva	6%
Comunicação expressiva	16%
Cognitivo	2%
Emocional	10%
Social	6%
Musicalidade	12%

**Tabela 8 - Resultados Avaliação Inicial Rui**

### **Plano de intervenção terapêutica**

De modo a estruturar a intervenção terapêutica, tendo em conta as informações recolhidas durante o processo de avaliação e de informações retiradas junto da equipa multidisciplinar foi organizado um plano de intervenção terapêutica, com base nas necessidades e potencialidades de Rui.

#### **Problema nº1**

- Ausência de interesse pela relação com o outro.

#### **Objetivo geral:**

- Promover o interesse pela interação com o outro.



### **Objetivos específicos:**

- Reconhecer a participação/interação com a terapeuta;
- Realizar comportamentos de interação social (ex. cumprimentos);
- Fomentar o toque de instrumentos em paralelo com a terapeuta.

### **Problema nº2**

- Dificuldades no domínio comunicativo.

### **Objetivo geral:**

- Estimulação de competências comunicativas pré-verbais.

### **Objetivos específicos:**

- Desenvolver a capacidade de atenção conjunta;
- Promover troca de turnos com vocalizos simples;
- Promover trocas de turnos de comunicação imitativos, com o som das vogais.

### **Problema nº3**

- Não permanece nas atividades por tempo apropriado.

### **Objetivo geral:**

- Aumentar o tempo de permanência na atividade.

### **Objetivos específicos:**

- Proporcionar momentos de escolha de instrumentos e de cartões ilustrativos de canções da sua preferência;
- Potenciar 1 minuto de permanência durante uma atividade proposta;
- Potenciar permanência durante uma atividade completa.

### **Tabela 9 - Plano de Intervenção Terapêutica de Rui**

## **Intervenção e progresso terapêutico**

Rui usufruiu de 21 sessões individuais com periodicidade semanal, entre novembro de 2019 e junho de 2020. O utente deslocava-se até à instituição acompanhado maioritariamente pela avó materna e algumas vezes pelo pai. As sessões foram realizadas no gabinete de musicoterapia, onde minutos antes da sua chegada era preparado todo o setting adequado ao utente.

Ao longo de todo o processo e intervenção terapêutica foram desenvolvidas três fases que se distinguiram pela progressão de Rui: 1) fase da relação; 2) reciprocidade e 3) transferências funcionais.

### **Fase 1 – Relação**

Na primeira sessão o utente entrou de mão dada com a avó materna no gabinete, que se sentou com Rui ao colo. O utente demonstrava uma expressão triste, um olhar fugaz e em gemido se dirigiu à porta demonstrando desejo de sair da sala. A terapeuta optou por utilizar o ukulele e cantar em conjunto com a avó do utente uma canção da sua preferência, a qual Rui focou atentamente, mas que em poucos segundos se voltou a desconectar, quer dos instrumentos, quer da avó e da terapeuta.

Observando as estereotipias leves que Rui apresentava nas mãos, a musicoterapeuta estagiária decidiu dar-lhe umas maracas, para que com os movimentos a que está habituado a realizar conseguisse produzir som. Assim o fez, por alguns segundos, enquanto a terapeuta e a avó do utente cantavam. Rui facilmente se desinteressou pelas maracas e começou a chorar, voltando ao colo da avó. A terapeuta imitava o seu choro e aquele gemido constante, tentando transmitir ao utente que entendia o seu sentimento e a sua vontade. De seguida, a estagiária murmurou uma canção de embalar para tentar regular e canalizar as emoções do utente, sendo que simultaneamente a avó o embalava no colo no andamento da canção. Rui acalmou-se e começou a folhear um livro de animais que tinha trazido, pelo que a estagiária aproveitou o conteúdo e cantou uma canção sobre cada animal que aparecia no livro e o seu respectivo som. Terminada a sessão, a terapeuta cantou a canção do arrumar, tendo a mesma e a avó do utente arrumado os instrumentos enquanto Rui observava e de seguida, cantou a canção do adeus.

Ao longo das primeiras 6 sessões a metodologia utilizada foi a mesma do que na primeira sessão, onde o utente demonstrou os mesmos comportamentos absorvidos e isolados e a terapeuta reproduzia canções da sua preferência ou recriava com temas convenientes à situação em sessão. No início foi sempre cantada a canção do bom dia e no final a canção do arrumar e do adeus, promovendo a organização temporal e fomentando o interesse pelas ações dos pares.

Na sessão 7 Rui demonstrou mais confiança na sessão, tolerando a transição de passar do colo para o colchão colorido onde se encontrava a terapeuta. Entrou na sala na companhia da avó materna com solicitações mínimas, transmitindo uma vontade maior de proximidade. A avó do utente sentou-se ao seu lado, escolhendo um instrumento e a musicoterapeuta estagiária o mesmo fez, escolhendo o ukulele e colocando um tambor e baquetas à frente de Rui. A estagiária iniciou uma canção sendo acompanhada pela avó do utente, onde o mesmo observava a situação e balançava o corpo para os lados. A estagiária imitou os movimentos do utente, cantando a canção “O sapo não lava o pé” apenas com a vogal “a”. Rui esboçou um pequeno sorriso, olhando fixamente para a terapeuta durante alguns segundos, enquanto a mesma repetia a canção com as restantes vogais, treinando as competências comunicativas pré-verbais através dos sons que Rui consegue executar.

A musicoterapeuta estagiária abordou a canção do arrumar no final, guardando os instrumentos com a avó do utente, enquanto o mesmo as observava e, por fim, a canção do adeus. Rui não acenou, mas entendeu o conceito da canção, dirigindo-se até à porta de saída do gabinete.

## **Fase 2 - Reciprocidade**

Na 8ª sessão, a entrada no gabinete ocorreu de forma organizada e natural, sendo que o utente entrou com a avó e sentaram-se no colchão dos instrumentos. Os cumprimentos iniciais procederam-se através da canção do “Bom dia”, cantada pela cuidadora do utente e pela estagiária. A entrega relacional pelos pares ia crescendo no utente, notório quando Rui esboçou um sorriso olhando para as duas e batendo com as mãos nas pernas, como demonstração de alegria. De forma a promover no utente um maior tempo de permanência nas atividades realizadas, a musicoterapeuta estagiária decidiu dar a escolher ao utente entre dois instrumentos musicais, xilofone ou tambor. O utente escolheu o xilofone, apresentando desde o início um maior interesse por sons

mais melodiosos. De seguida, foram apresentados a Rui dois cartões ilustrativos de imagens referentes a duas canções distintas, sendo que um dos cartões apresentava a imagem de um autocarro e outro a imagem de um sapo. O utente retirou prontamente a imagem do autocarro, fixando-o por alguns minutos, enquanto a estagiária, em conjunto com a avó do utente, cantava a canção ilustrada. Foi possível observar um aumento progressivo na reciprocidade, do utente para com a terapeuta e para o contato musical, bem como um aumento dos comportamentos de interação com os pares. Estes procedimentos realizados na sessão número 8 tiveram seguimento e continuidade da sessão 9 até à 13, promovendo a escolha de instrumentos, amentando o tempo de permanência de Rui nas atividades propostas.

### **Fase 3 – Transferências funcionais**

A sessão 14 iniciou-se com as saudações habituais. O utente sentou-se à volta dos instrumentos fazendo tentativas para comunicar através de pequenos vocalizos, utilizando intensamente o som “êêêê” como forma de se expressar. A estagiária utilizou este som como ponto de partida para estimular as competências comunicativas pré-verbais. Através do som emitido pelo utente, a terapeuta procedeu à imitação, imitação esta que Rui observou de olhar afitado e esboçou um sorriso. De seguida, deu-se uma troca de turnos de padrões simples comunicativos deste género, onde a estagiária alterou o som da vogal para “aaaa” e Rui imitou logo de seguida, embora que segundos depois tenha deixado a atividade.

Após esta atividade, o utente agarrou as maracas, movendo-as rapidamente como que uma descarga emocional. Através do ritmo que Rui produzia, a estagiária acompanhava-o com o ukulele cantando a canção das vogais, sendo que o utente acompanhou até metade da música, tendo de seguida colocado as maracas no chão.

Da sessão 15<sup>a</sup> à 18<sup>a</sup> os padrões repetiram-se, promovendo-se competências comunicativas pré-verbais através da imitação de sons produzidos pelo utente e através de troca de turnos comunicativos; a escolha de cartões ilustrativos e de instrumentos por parte do utente, aumentando o seu tempo de permanência nas atividades propostas e promovendo comportamentos de interação com os pares, através de canções do iso de Rui. Nestas sessões os cumprimentos de entrada, arrumação e saída ocorreram sempre através da execução das respetivas canções.

A sessão 19 foi a primeira sessão após o período de confinamento devido ao novo coronavírus SARS-COV-2. O utente apresentou-se na sala de espera com o pai e avó materna, tendo a mesma acompanhado Rui até ao gabinete de Musicoterapia. O utente aninhou-se no colo da avó e começou a chorar, pois passados dois meses e meio estávamos perante uma nova transição e fase de adaptação. A terapeuta procedeu à reprodução da canção do “Bom dia”, sendo que Rui auto regulou-se com a mesma, mas nunca saindo do colo da cuidadora. A avó referiu que durante o período de confinamento estimulou o neto em vários domínios através da utilização de canções e de algumas técnicas que iam sendo enviadas por correio electrónico pela musicoterapeuta estagiária (anexo 8). Cantava todas as manhãs a canção do “Bom dia” ao acordá-lo, a canção do “Arrumar” para estimulá-lo na arrumação dos brinquedos, utilizava canções da preferência do utente, mas com letras diferentes, consoante o objetivo a alcançar (por exemplo, para o incentivar a escovar os dentes ou a vestir-se).

Rui demonstrava um comportamento mais restrito ao nível da interação e confiança perante a sessão de musicoterapia, mas com o auxílio da cuidadora saiu do seu colo e sentou-se no colchão dos instrumentos. Nesta sessão remeteu-se apenas à escuta de canções do seu gosto que a estagiária lhe cantou, agarrando por poucos segundos as maracas.

Na 20ª sessão apresentou-se novamente no gabinete de musicoterapia com a avó, tendo-se sentado logo de início no colchão dos instrumentos com a avó materna. Procedeu-se novamente a atividades já realizadas nas sessões iniciais, como a escolha de instrumentos e de cartões ilustrativos de canções. Rui conseguiu escolher e enquanto a terapeuta tocava e cantava a canção seleccionada por ele, o mesmo murmurou “lálálálálá” e esboçou um sorriso simultaneamente. A técnica desenvolveu-se com outras escolhas de canções e o utente em todas elas murmurava sons relacionados com o da canção das vogais, vocalizando “aaa”, “eee”, diversas vezes.

Na última sessão, Rui manteve os comportamentos adquiridos ao longo do processo terapêutico, tornando-se uma criança com mais iniciativa pré-verbal (maior exploração dos sons), com maior interesse pela relação com os pares e mais tolerante, no que respeita o tempo de permanência nas atividades propostas, que mesmo não o fazendo ainda a cem por cento, evolui desde a avaliação inicial.

Num futuro próximo, considera-se pertinente a continuação das sessões de musicoterapia com este utente, uma vez que estas permitem o seu desenvolvimento de competências pré-verbais, de autoexpressão e sociais, fundamentais para a sua vida, a todos os níveis.

### **Avaliação final**

<b>Domínios</b>	<b>Classificação (%)</b>
Motricidade grossa	38%
Motricidade fina	28%
Motricidade oral	26%
Sensorial	42%
Comunicação receptiva/percepção auditiva	8%
Comunicação expressiva	19%
Cognitivo	8%
Emocional	23%
Social	19%
Musicalidade	25%

**Tabela 10 - Resultados Avaliação Final Rui**

### **Conclusão do caso**

Em retrospectiva com o estado de Rui antes do início da intervenção em Musicoterapia, são perceptíveis algumas mudanças em todos os domínios do instrumento de avaliação aplicado, nomeadamente no domínio comunicativo, emocional, social e cognitivo, aqueles que vão ao encontro dos problemas inicialmente referenciados pela avaliação inicial. As alterações positivas, sentidas e observadas no gabinete ao longo das sessões pela musicoterapeuta estagiária, foram também notórias em contexto escolar/familiar e podem ser observadas através da comparação de resultados entre a avaliação inicial e final (tabela 9 e 10).

Quanto à sua capacidade de comunicação recetiva e expressiva e tendo em conta o seu diagnóstico, Rui não possui a capacidade de utilizar a linguagem como meio de comunicação verbal para se dirigir à terapeuta e para solicitar a satisfação das suas necessidades e interesses, porém é capaz de emitir sons e algumas vocalizações com intencionalidade comunicativa. Para além disso, recorre também ao contacto visual para

se manifestar em determinado momento na sessão ou para solicitar algo que pretende fazer e de forma a manifestar o seu contentamento ou desagrado. A nível comunicativo evoluiu quanto ao desenvolvimento de competências pré-verbais, sendo perceptível que com a continuidade das sessões de musicoterapia este desenvolvimento poderia continuar a ocorrer de forma satisfatória.

Tendo em conta as necessidades levantadas pela mãe do utente inicialmente e pela estagiária através do instrumento de avaliação e da observação direta, os objetivos delineados foram passíveis de serem trabalhados nas sessões de musicoterapia, trazendo benefícios para o dia-a-dia do utente, dentro e fora das sessões.

Relativamente ao seu desenvolvimento cognitivo, podemos notar uma melhoria de algumas funções cognitivas básicas, tais como, o desenvolvimento de memória de Rui para a rotina habitual da sessão e função de cada instrumento e atividade, uma maior capacidade de atenção e foco na musicoterapeuta estagiária e na avó materna (que se reflecte com os restantes para no seu dia-a-dia), na música ou atividade musical, na obtenção de respostas através de estimulação musical e no seguimento de pequenas instruções fornecidas pela terapeuta (ex. agarrar o tambor, arrumar os instrumentos). Quanto à permanência de Rui nas atividades propostas, começou por ser nula, mas com o avançar das sessões os tempos de permanência foram aumentando gradualmente. A escolha do instrumento a utilizar e de cartões ilustrativos de canções da preferência do utente motivaram-no pouco a pouco ao interesse pelas atividades apresentadas.

No que se refere à ausência de interesse pela relação com o outro, a integração de canções da sua preferência e interesse pelas ações desenvolvidas pela musicoterapeuta estagiária, proporcionaram um maior grau de tolerância à interação e relação com os pares. A imitação dos sons e vocalizos produzidos pelo utente, por parte da estagiária, levou a que Rui se fosse sentindo integrado, aceite e compreendido pela terapeuta, sentindo-se à vontade na sessão de musicoterapia. Deste modo, o interesse pela exploração da relação com os pares aumentou progressivamente, tendo esta melhoria sido relatada pelos progenitores e através de observação direta enquanto o utente aguardava na sala de espera pelas sessões.

No final da intervenção musicoterapêutica com o Rui, observou-se uma boa resposta por parte do mesmo. Ao nível qualitativo demonstrou progressos, designadamente no que diz respeito ao seu desenvolvimento social e emocional, no

desenvolvimento cognitivo e de permanência nas atividades propostas e ao nível da comunicação pré-verbal, quer pela troca de turnos de comunicação como através da exploração de canções referentes ao seu iso.

### **Outras intervenções**

Neste capítulo são caracterizados de forma breve as restantes intervenções realizadas ao longo do estágio curricular de musicoterapia. São apresentados alguns dados quanto ao enquadramento do quadro clínico, objetivos de intervenção e resultados alcançados.

### **Rita**

Rita é uma utente do sexo feminino, com uma idade cronológica à data da primeira consulta para sessões de musicoterapia de 3 anos e 6 meses. A utente apresenta diagnóstico de perturbação do espectro do autismo. Rita foi intervencionada em musicoterapia com uma frequência semanal pelo período de 7 meses, tendo completado 26 sessões.

Move-se espontaneamente, exibindo tónus muscular apropriado durante o movimento, não apresentando movimentos corporais inconscientes no andamento nem demonstração de agitação motora (tremor). Ao nível do domínio comunicativo, normalmente é possível aferir e compreender o que diz verbalmente, mas apresenta algumas dificuldades quanto a uma comunicação clara, demonstrando-se frustrada quando não é compreendida. Quanto ao domínio social, Rita apresenta algumas dificuldades em relacionar-se com os pares, sendo que o domínio emocional acaba por ser um grande obstáculo também, não expressando as emoções apropriadas às circunstâncias, de fácil acesso a situações de frustração e sem capacidade de autorregulação dentro de uma atividade.

Após a primeira sessão com o pai da utente, recolheu-se informação de que Rita apresentava gosto pela música e que este aspeto poderia ser motivador para o alcance de objetivos e benéfico a fim de acarretar melhorias no domínio comunicativo, emocional e social. Assim, considerou-se pertinente a inserção de Rita nas sessões de musicoterapia.

Quanto aos objetivos delineados inicialmente, tiveram como foco a exploração e promoção de habilidades comunicativas verbais, promoção do interesse da relação com os pares e desenvolvimento da capacidade de expressão emocional. Ao longo das



sessões foi perceptível o compromisso de Rita com as sessões de musicoterapia, demonstrando interesse, confiança e à vontade nas sessões. Foram utilizadas técnicas como a reprodução/criação de canções, espelhamento, improvisação e troca de turnos comunicativos.

Foi possível concluir que, através das sessões de musicoterapia, foi possível desenvolver as habilidades comunicativas verbais, aumentar o grau de tolerância e confiança na relação e interação com os pares e aumentar as capacidades de expressão e autorregulação de Rita. Os objetivos foram cumpridos e observáveis dentro e fora do contexto de sessão.

### **Beatriz**

Beatriz é uma criança do sexo feminino, com uma idade cronológica de 3 anos e 11 meses até à data da primeira sessão de avaliação. A utente apresenta um diagnóstico de perturbação do espectro do autismo. Beatriz foi intervencionada em musicoterapia com uma frequência semanal pelo período de 7 meses, tendo completado 25 sessões.

Apresenta uma marcha espontânea e com predomínio esquerdo/direito, sendo capaz de alcançar instrumentos para toque. Demonstra-se desorganizada mentalmente, quer a nível de espaço e tempo e no controlo de esfíncteres, utilizando fralda. Em relação ao domínio social, é uma criança que se relaciona facilmente, brinca e exprime necessidades de forma não-verbal e, algumas vezes, de forma verbal. Vocaliza algumas frases e até mesmo expressões esporadicamente.

Em sessão de avaliação, a mãe da utente referiu que Beatriz adora cantar em conjunto com os desenhos animados na televisão, demonstrando interesse pelo mundo sonoro-musical.

Os objetivos tiveram foco no desenvolvimento das capacidades de organização espaço/temporal de Beatriz. Para tal, foram utilizadas técnicas como a troca de turnos, espelhamento, atividades rítmicas e a reprodução de canções explicativas e organizativas de cada ação em sessão. Ao longo das sessões musicoterapêuticas foi possível ir acompanhando algumas melhorias na integração e organização de rotinas na sessão, assim como de estrutura de espaço e tempo aquando da troca de turnos comunicativos através de instrumentos.

No final da intervenção com Beatriz, a mesma apresentou melhoras significativas quanto aos objetivos inicialmente delineados, embora fosse necessário um maior período para dar continuidade à intervenção.

## **Pedro**

Pedro, com 2 anos e 5 meses de idade, é uma criança do sexo masculino e diagnosticado com perturbação do espectro do autismo. À data da avaliação musicoterapêutica não comunicava verbalmente, expressando-se apenas com gestos e condução da mãe para a satisfação das suas necessidades. As primeiras sessões foram muito complicadas, sendo que durante os primeiros dois meses de intervenção as sessões tiveram duração máxima de 5/10 minutos, caracterizadas pelo choro constante e incontrolado do utente, em que nem a progenitora o conseguia regular nem acalmar.

Os objetivos propostos para o caso de Pedro tiveram em conta as necessidades expressas pela mãe e a observação direta do utente em sessão, sendo que foram focados na promoção de auto-regulação e expressão, bem como no desenvolvimento da tolerância à interação direta com os pares.

Este utente foi intervencionado em musicoterapia com uma frequência semanal pelo período de 1 mês e meio, tendo completado 4 sessões.

Foram utilizadas técnicas como a escuta de canções da sua preferência, espelhamento e improvisação instrumental. No segundo mês de intervenção, quando a situação do choro e permanência na sessão se apresentava melhorada e Pedro já tolerava a interação direta, a mãe do utente decide dar por terminadas as sessões de musicoterapia, segundo ela por não ter disponibilidade horária para o levar e por considerar que no colégio, Pedro tem acesso a este tipo de recursos. A musicoterapeuta estagiária conversou com a mãe do utente, explicando os benefícios da musicoterapia e as diferenças entre esta terapia e a educação/expressão musical leccionada nos colégios e escolas. Mesmo após toda a explicação, a mãe de Pedro decide abandonar as sessões, dando por terminada a intervenção.

## **Emanuel**

Emanuel é uma criança do sexo masculino, com uma idade cronológica à data de consulta inicial de 2 anos e 9 meses. O utente apresenta como diagnóstico perturbação

do espectro do autismo. Emanuel foi intervencionado em musicoterapia com uma frequência semanal pelo período de 7 meses, tendo completado 26 sessões.

Apresenta marcha autónoma, no entanto depende dos progenitores para a realização de atividades de vida diária, como vestir-se, alimentar-se, tomar banho e utilizar a casa de banho. Quanto ao domínio comunicativo apresenta muita dificuldade em expressar-se verbalmente, sendo este tipo de comunicação inexistente. Expressa as suas necessidades e desejos através do domínio não-verbal, utilizando gestos, sendo que expõe ainda dificuldades de compreensão, atenção, bem como de memória. Assim, considerou-se que Emanuel apresenta um atraso no desenvolvimento com maior incidência no domínio cognitivo e comunicativo.

Ao longo das sessões musicoterapêuticas, foram realizadas atividades de escuta musical, espelhamento, improvisação musical e utilização de cartões pedagógicos que ilustravam canções e, que em simultâneo, transmitiam conteúdo de aprendizagem, como os números, letras e animais. Ao longo da intervenção terapêutica, foram procuradas algumas formas que permitissem a integração da aprendizagem de causa efeito e que promovessem a estimulação de gestos coloquiais como o “adeus”.

No final da intervenção, 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) sendo, no entanto, necessário, redirecionar constantemente o utente para a atividade.

O período de confinamento levou a algum retrocesso de melhorias já existentes para Emanuel. O regresso às sessões de Musicoterapia após dois meses e meio de isolamento fez com que o utente regredisse ao nível das habilidades comunicativas e de atenção/concentração.

## **Carmo**

Carmo é uma criança do sexo feminino com idade cronológica de 6 anos e 11 meses, com diagnóstico atual de perturbação do espectro do autismo. Carmo foi intervencionada em musicoterapia com uma frequência semanal pelo período de 3 meses (ingressou mais tarde nas sessões), tendo completado 10 sessões.

Apresenta imensas crises de frustração, por não se conseguir expressar nem se fazer entender aos pares, sendo que nestas situações morde o corpo causando ferida. Por

este motivo, e pela inexistência de concentração/atenção, é medicada com Rubifen. No domínio comunicativo, profere algumas palavras ou expressões esporadicamente e, quando o faz, é de difícil perceção para quem a escuta. Maioritariamente recorre à linguagem não-verbal e à condução dos pares para satisfazer necessidades e desejos, manifestando muitas dificuldades na comunicação expressiva. Apresenta uma marcha autónoma e espontânea com predomínio esquerdo/direito, exibindo tónus muscular apropriado durante o movimento e alcançando instrumentos e objetos para toque. A utente relaciona-se com os pares e socializa facilmente, não apresentando dificuldades sociais/relacionais. Quanto ao domínio cognitivo, sustém tempo de atenção com a duração da atividade (atividades de curta duração), procura objetos escondidos ou deixados cair, responde a questões fechadas (sim/não) e é capaz de fazer escolha entre duas opções concretas apresentadas.

Tal como referido anteriormente, Carmo apresenta muitas dificuldades ao nível da comunicação expressiva, o que indirectamente a leva a momentos intensos de frustração. Deste modo, o desenvolvimento e promoção das habilidades expressivas e de canalização de emoções foi o objetivo primordial. Ao longo das sessões, de forma a desenvolver a sua expressividade emocional, utilizaram-se dinâmicas musicais que favorecessem a externalização de sentimentos e emoções, tendo-se recorrido principalmente a atividades de improvisação musical, acompanhamento (grounding), recriação musical e criação de canções.

As sessões de musicoterapia permitiram a Carmo a existência de um espaço seguro, onde foi possível observar melhorias ao nível da auto-regulação e canalização de emoções. A utente envolveu-se nas dinâmicas levadas a cabo, em que várias vezes preenchia espaços em branco nas canções de reportório infantil da sua identidade sonora musical, tocava instrumentos e, por vezes, limitava-se apenas à escuta.

## **Filipa**

Filipa é uma criança do sexo feminino com 2 anos e 10 meses de idade, diagnosticada com perturbação do espectro do autismo. Esta utente foi intervencionada em musicoterapia com uma frequência semanal pelo período de 6 meses, tendo completado 19 sessões.

Apresenta marcha espontânea, capacidade de alcançar objetos para toque e cruzar linha média do corpo. É não-verbal, mas profere pequenos e esporádicos

vocalizados, sendo levada a situações de frustração rapidamente, pelo facto de não se conseguir expressar e por se sentir incompreendida pelos pares. O domínio emocional encontra-se comprometido, o que a remete ao isolamento em diversos momentos.

Assim, os objetivos principais da intervenção musicoterapêutica com esta utente, foi a promoção de habilidades de expressão de sentimentos e emoções e canalização das mesmas, de modo a relacionar-se de forma positiva com os pares e não se frustrar rapidamente. O aumento das competências comunicativas pré-verbais também foi tido em conta, sendo um domínio observado directamente e pedido pela mãe da utente.

Para o alcance dos objetivos inicialmente propostos foram utilizadas técnicas como a improvisação instrumental e troca de turnos comunicativos, escuta de canções e acompanhamento (grounding).

Deste modo, consideram-se atingidos os objetivos de forma satisfatória, sendo que no último mês de intervenção Filipa proferia palavras deixadas em branco nas canções cantadas pela estagiária e auto-regulava-se com certas canções e instrumentos (ex. tambor do mar/canção dos peixinhos). Quanto sentia a necessidade de libertar-se emocionalmente, seleccionava as baquetas e o tambor e tocava intensamente com as duas mãos de forma alternada.

As sessões com Filipa ocorreram até ser decretado estado de emergência, porque após terem recomeçado as sessões, a 2 de junho, a mãe da utente achou por bem não regressar. Assim, os resultados finais foram avaliados através dos dados recolhidos nas últimas sessões antes do período de confinamento.

## **Ana**

Ana tem idade cronológica de 3 anos de idade até à data da sessão de avaliação inicial, apresentando um diagnóstico de perturbação do espectro do autismo.

A utente apresenta uma marcha espontânea, mas de forma desorganizada, demonstrando alguns comportamentos e movimentos inconscientes no andar. A sua comunicação é não-verbal, pelo que utiliza gestos e condução dos pares para o alcance das suas necessidades. Quanto ao domínio social/emocional é uma criança bastante sociável e participativa nas atividades propostas, sendo perceptível observar o seu gosto pela música e pelos instrumentos musicais.

Os pais de Ana nunca aceitaram de forma plena e consciente a perturbação de Ana, encontrando-se muitas vezes perturbados e desorganizados, sendo que mal a utente começava a chorar, a técnica dos cuidadores era agarrá-la e ir para casa, abandonando várias vezes as sessões desta forma. Acredita-se que pelo motivo da não-aceitação ou da não compreensão das necessidades da filha, a tenham retirado das sessões de musicoterapia, deixando de responder ao correio eletrónico da estagiária de musicoterapia.

No total ocorreram 3 sessões, todas elas terminadas de forma abrupta e desorganizada, pela não facilitação dos pais. A maior parte das vezes as sessões eram marcadas e não compareciam à sessão, pelo que a estagiária deixou de proceder a novas marcações.

### **Celso**

Celso é uma criança do sexo masculino e com idade cronológica de 6 anos e 7 meses, diagnosticado com perturbação do espectro do autismo. Este utente foi intervencionado em musicoterapia com uma frequência semanal pelo período de 6 meses, tendo completado 18 sessões.

Celso move-se espontaneamente, mas não de forma organizada. Apresenta estereotipia corporal, balançando-se de um lado para o outro, mesmo quando exhibe a marcha. A sua comunicação é não-verbal, conduzindo os pares como meio de comunicação, combinando gestos. Quanto ao domínio cognitivo não sustém tempo de atenção com a duração da actividade, não procura objecto escondido ou deixado cair nem demonstra compreensão das regras e estruturas da sessão. Não faz correspondência a cores ou símbolos, mas recorda-se da função de cada instrumento musical. Emocionalmente tolera a situação de musicoterapia sem angústia, acalmando-se com apoio musical, que o faz auto-regular-se dentro da atividade. O facto de não conseguir transmitir o que sente a nível emocional faz com que se sintam tenso e exaltado em determinados momentos, necessitando de apoio neste sentido. Socialmente é uma criança que entra na sala sem quaisquer solicitações, demonstra interesse nos pares e nas atividades apresentadas, bem como permanece na sala na duração da sessão (30 minutos), demonstrando confiança no espaço onde decorre a sessão.

Os objetivos tiveram como foco o domínio cognitivo e emocional. Foram utilizadas técnicas como o espelhamento, improvisação instrumental e escuta musical.

Nos momentos em que a musicoterapeuta estagiária reproduzia com a voz e ukulele canções de repertório infantil da sua preferência, era utilizado padrão de andamento rítmico a estereotipia corporal de Celso, sendo que a estagiária espelhava o seu movimento corporal enquanto cantava. Este tipo de técnica suscitava no utente muita satisfação e gargalhadas, sendo que passados 3 meses de intervenção o utente começou a explorar novos movimentos corporais, ou seja, em vez de balançar o corpo para os lados começou a fazê-lo de frente para trás. Nestes momentos de exploração na estereotipia, o utente já esperava a reação e espelhamento por parte da musicoterapeuta estagiária, esboçando um sorriso com iniciava os movimentos. Esta situação aumentou os níveis de cumplicidade e segurança na relação terapêutica entre a estagiária e o utente, que foram a base para que se alcançassem os restantes objetivos. A nível cognitivo passou a interessar-se mais pelas atividades propostas e a manter a sua atenção nas mesmas e a nível emocional utilizava sons repetidos (com a vogal a) em diversas intensidades, consoante a emoção que queria transmitir. Quanto emitia sons agudos e com volume acentuado transmitia alegria e pulava (estagiária espelhava estes comportamentos), quando emitia sons mais graves e de baixo volume queria transmitir insatisfação pela situação (ex. como foi o caso de ter urinado nas calças durante uma atividade).

Assim, conclui-se que os objetivos foram alcançados, sendo os mesmos referentes até ao período de confinamento. Após o regresso das sessões de musicoterapia, a mãe de Celso decidiu não regressar às sessões.

## **Inês**

Inês é uma criança do sexo feminino com idade cronológica de 2 anos e 9 meses, diagnosticada com perturbação do espectro do autismo.

Move-se espontaneamente não exibindo tónus muscular apropriado durante o andamento nem o movimento calcanhar/dedo do pé. Relativamente ao domínio da comunicação a utente é não-verbal, não sendo capaz de seguir orientação verbal com uma etapa nem de fazer muitas tentativas para comunicar. Quando o faz fá-lo com frustração, por não conseguir transmitir necessidades e desejos. Socialmente é uma criança muito retraída e auto-absorvida, demonstrando rigidez perante a interação com os pares. Relacionalmente, Inês não responde a questões fechadas (sim/não) nem aceita

o convite para a escolha de instrumentos, cartões ilustrativos ou produção musical perto dela.

A musicoterapeuta estagiária considerou que seria primordial trabalhar a sua capacidade de comunicação recetiva e expressiva para estimular as suas produções responsivas e interativas face aos estímulos sonoro-musicais, utilizando por exemplo, a troca de turnos e o espelhamento. Considerou-se ainda a promoção de emissão de vocalizações, dado o atraso no seu desenvolvimento da linguagem consistir numa fonte de preocupação para a progenitora, pois é nula. Quanto ao domínio cognitivo, relativamente à sua capacidade de retenção e atenção nas atividades propostas, exploração dos instrumentos, bem como a sua componente de interação social foram consideradas. Foi trabalhado ainda o seu desenvolvimento emocional, através da expressão de emoções

Inês foi intervencionada em musicoterapia com uma frequência semanal pelo período de 7 meses, tendo completado 24 sessões. Revelou uma boa resposta relativamente à intervenção de musicoterapia em alguns domínios, demonstrando progressos designadamente ao nível da interação pessoal com os pares e na socialização, notável através do seu envolvimento em brincadeiras e outras formas de comunicação não-verbal (ex. gestos/contato visual). O seu comportamento também foi alvo de melhorias ao nível da partilha de instrumentos, tocando em conjunto com a musicoterapeuta estagiária. Quanto às competências emocionais, as mesmas melhoraram, existindo por parte da utente uma melhor capacidade de auto-regulação e tolerância à frustração. Infelizmente, após o período de confinamento os níveis regrediram por completo, tendo a utente voltado ao seu estado inicial (estado este antecedente à entrada nas diversas terapias).

É possível concluir que a Inês, ao longo dos seis meses de intervenção musicoterapêutica, fez pequenas aquisições muito positivas em várias áreas de desenvolvimento, embora as tenha voltado a perder durante o período de confinamento social, causado pelo novo coronavírus.

## **Tiago**

Tiago é uma criança do sexo masculino com idade cronológica de 3 anos e 5 meses, diagnosticado com perturbação do espectro do autismo.



De acordo com a observação realizada na sessão de avaliação inicial e através do discurso do pai do utente, a musicoterapeuta estagiária considerou a necessidade de aumentar a sua capacidade de comunicação recetiva e expressiva, de criar uma maior reciprocidade e sincronização nas atividades musicais, de obter maior foco e capacidade de atenção nas tarefas. Este utente foi intervencionado em musicoterapia com uma frequência semanal pelo período de 7 meses, tendo completado 14 sessões. Tiago demonstrou pequenos progressos terapêuticos ao nível da sua participação espontânea nas atividades propostas, com mais vocalizações originais a surgirem, através da utilização da técnica da improvisação. Atingiu também um maior interesse na interação com os instrumentos de forma a utilizá-los mais vezes de forma espontânea e sem solicitação da musicoterapeuta estagiária, embora não sustenha o tempo de atenção por duração adequada. Tiago passou a interagir mais com a estagiária, esboçando sorrisos em vários momentos da sessão, permitindo uma maior cumplicidade na relação terapêutica, ao ponto de a abraçar e sentar-se no seu colo enquanto a mesma tocava e cantava.

Conclui-se que Tiago, ao longo dos sete meses de intervenção musicoterapêutica, construiu pequenas evoluções significativas nalgumas das áreas necessitadas e presentes no seu plano terapêutico, embora fossem necessárias mais sessões para um maior progresso.

## **Discussão**

Relativamente ao impacto das sessões de musicoterapia aplicadas à população alvo deste estágio no Hospital Santo Espírito da ilha Terceira e os resultados obtidos, verifica-se uma boa receptividade à intervenção musicoterapêutica e à própria estagiária. Como anteriormente mencionado, a população alvo abrangida neste estágio, crianças com perturbação do espectro do autismo, é caracterizada por apresentar uma variedade de condições e disfuncionalidades que de uma forma ou de outra afectam o seu dia-a-dia. Deste modo, as intervenções concretizadas consistem numa ferramenta e estratégia de trabalho eficaz no auxílio do desenvolvimento das áreas onde estes utentes revelam mais dificuldades, visto que a música potencia a abertura de canais de comunicação de uma forma única e funciona como motivação para o alcance dos objetivos terapêuticos.

Como refere Mastnak, Lipsky, Neuwirthova (2018) e Lheureux-Davidse (2015), as crianças com perturbação do espectro do autismo sentem-se mais seguras através da comunicação musical do que através da comunicação verbal. Musicalmente não são exigidos códigos verbais, permitindo que estas crianças se expressem nos vários domínios, de acordo com as suas preferências musicais.

Segundo McFerran e Shoemark (2013), em musicoterapia os resultados positivos demonstrados ao longo do processo terapêutico não dependem somente do estímulo musical empregado de forma correta, mas também, da relação utente-musicoterapeuta.

Da teoria à prática, verificaram-se melhorias referentes ao afirmado pelos autores. Os utentes melhoraram significativamente as suas competências cognitivas, de atenção, comunicação e expressão, assim como uma evolução muito positiva ao nível da componente social. Precedentemente ao desenvolvimento das competências referidas foi tido em conta o papel fundamental da relação entre o utente e a terapeuta. A mesma demonstrou capacidade de estar e de se relacionar com o utente de modo atento, empático, responsivo e criativo. Escutou as suas necessidades e foi responsável pela estrutura da sessão, de modo a validar e a facilitar a integração musical gradual e natural do utente.

Embora cada utente seja diferente de outro e possuam gostos e preferências diferentes uns dos outros, manifestam necessidades comuns dentro desta mesma perturbação. Os domínios comunicativo, emocional, cognitivo e social foram os mais intervencionados e procurados tanto pelos pais e cuidadores principais como perceptíveis através da observação direta e resultados da avaliação inicial.

É possível constatar uma crescente evolução de cada uma das crianças que foram acompanhadas relativamente aos domínios mais necessitados por cada uma, sendo que os resultados obtidos comprovam o que foi referido na revisão da literatura, no que diz respeito à eficácia da musicoterapia.

Assim, tendo em conta estes fatores, considera-se que os objetivos inicialmente delineados do presente estágio no HSEIT foram alcançados.

## Conclusão

Neste capítulo será descrita a experiência e resultados obtidos pelas sessões de musicoterapia no contexto do estágio curricular realizado em contexto pediátrico, com crianças com perturbação do espectro do autismo, no Hospital Santo Espírito da ilha Terceira. Ao longo deste período foram realizadas doze intervenções individuais, duas das quais constituem estudos de caso (Lucas e Rui).

Ao longo do período de estágio, servindo de base às sessões e intervenções realizadas, foi utilizado como sustento o modelo da musicoterapia criativa de Nordoff-Robbins. A seleção deste modelo deveu-se porque permite trabalhar musicalmente as necessidades e limitações inerentes à perturbação do espectro do autismo, utilizando princípios terapêuticos considerados benéficos pela estagiária, para o alcance dos objetivos terapêuticos de cada utente intervencionado.

A musicoterapeuta estagiária teve sempre presente a certeza de que só após construída relação terapêutica estável e segura é que poderia avançar para objetivos mais específicos, tendo em atenção o tempo de cada utente, por mais lento e gradual que fosse.

Relativamente ao estudo de caso de Lucas, as principais mudanças e melhorias são perceptíveis. A relação terapêutica foi ganhando mais cumplicidade e segurança, ocorreu um desenvolvimento positivo quanto às suas características rígidas e de comportamento auto-absorvido, aumento de interesse pelas relações sociais, bem como uma melhoria significativa quanto à exploração de vocalizações e a sua intenção de comunicação clara.

Com o segundo estudo de caso, Rui, a evolução conseguida é resultado de pequenos ganhos significativos, tendo em conta que chegou às sessões de musicoterapia sem se conseguir expressar através da comunicação verbal e da não verbal, não permanecia na sala nem nas atividades propostas por tempo apropriado nem se relacionava com os pares, isolando-se nos cantos do gabinete de musicoterapia. Assim, foi possível concluir que ocorreram ganhos bastante significativos na relação com a musicoterapeuta estagiária (Rui foi permitindo a interação direta), o interesse pelos comportamentos e ações dos que o rodeiam passou a causar-lhe interesse, ocorreu um pequeno desenvolvimento ao nível das competências pré-verbais (vocalizos curtos e

esporádicos, mas que antes eram inexistentes) e um aumento no tempo de permanência na sala, com a duração apropriada da sessão de musicoterapia.

Quanto às restantes intervenções individuais, os resultados gerais apresentam melhorias quanto ao desenvolvimento e comprometimento da relação terapêutica, o aumento do envolvimento musical e da atenção conjunta, o aumento do contacto visual, uma maior regulação e canalização emocional e aumento significativo nas competências de comunicação recetiva/expressiva.

Comparando os resultados iniciais das intervenções com os resultados finais, observam-se evoluções em todos os casos intervencionados, nuns as melhorias são mais evidentes do que noutras, mas de modo geral foram cumpridos os objetivos de estágio inicialmente propostos.

A possibilidade de estar integrada numa equipa multidisciplinar potenciou a intervenção e auxiliou no desenvolvimento de competências da estagiária, desde a integração e acolhimento prestado até à partilha de informação com as restantes terapeutas, em especial com a Dra. Susana Alves, um forte pilar neste percurso.

Quanto às famílias dos utentes, as mesmas demonstraram-se desde início interessadas em conhecer melhor esta nova terapia, visto que foi a primeira vez que se implementou na ilha Terceira. Inicialmente misturavam os conceitos de musicoterapia e educação musical, mas que ao longo do tempo foi algo que se foi clarificando através do diálogo entre a musicoterapeuta estagiária e os progenitores e através da explicação das atividades realizadas em sessão. De uma forma geral, as famílias dos utentes integraram-nos prontamente em musicoterapia, comparecendo às sessões propostas e encarando-a também como uma terapia necessária ao desenvolvimento dos utentes.

## **Reflexão pessoal**

O presente estágio começou da melhor forma possível, regressando à minha terra natal, à ilha Terceira. Incumbi-me de otimismo e motivação para a nova transição e fase que se avizinhava, integrando o Hospital de Santo Espírito para a realização do estágio curricular de musicoterapia, referente ao segundo ano de mestrado. Fui bem recebida e acolhida no seio da equipa multidisciplinar, sendo que a mesma apresentou desde o início grandes expectativas em relação à musicoterapia e à sua aplicação na ala pediátrica, mais especificamente do desenvolvimento infantil com crianças com perturbação do espectro do autismo.

Enquanto gerontóloga social, este estágio revelou-se um grande desafio pois não me sentia bem preparada para trabalhar com esta população-alvo. Ocorreram momentos de dúvidas e anseios, por não saber o que fazer para obter os resultados desejados para os utentes. Nesses momentos, a supervisão tornou-se uma ajuda fundamental, pois contribuiu para que me sentisse mais segura relativamente à minha atuação junto destas crianças, mesmo que por vezes me interrogasse sobre a melhor forma de atuar a metodologia mais correta. No final de todas as intervenções realizadas dei por mim a pensar que na verdade não existem formas ou metodologias certas de intervir, tudo é uma construção humana, não existindo certo ou errado quando o assunto é amar, cuidar e querer ajudar o outro. Quando não der certo tenta-se novamente e experimentam-se novas técnicas. A vertente humanista permitiu-me olhar para as perturbações como algo inerente à experiência de vida humana, muito mais do que algo aparentemente fora do normal e daquela que costuma ser a nossa realidade.

Para mim, outro dos desafios enfrentados, foi o saber como lidar com os pais e/ou cuidadores principais dos utentes, talvez por ainda ser nova e muito preocupada com a forma com que os outros recebem e entendem a informação que transmito.

Sem dúvida que a realização deste estágio curricular me proporcionou um aprofundamento ao nível teórico, assim como a sua transformação para a experiência e exploração prática específica. O reconhecimento que fui tendo pela realização do meu trabalho, quer por parte da equipa, quer por parte dos familiares dos utentes, desencadeou em mim uma vontade enorme de continuar a explorar e a trabalhar nesta e noutras áreas de intervenção. A relação que criei com a maioria dos funcionários desta instituição foi sempre de respeito e de agradecimento por todo o trabalho que desenvolvem para com estas crianças. Sinto que as mesmas beneficiam de uma equipa

multidisciplinar coesa e que se torna imprescindível a presença e trabalho de um musicoterapeuta.

Adquiri uma nova prática instrumental, o ukulele, que não fazia parte do meu leque de instrumentos, todavia tornou-se um bom aleado prático à voz e acompanhamento de canções.

Agradeço, do fundo do coração, todo o apoio que me foi prestado pela Universidade Lusíada de Lisboa, pela professora doutora Susana Jiménez, professora doutora Teresa Leite e de forma especial à doutora Susana Alves, quanto orientadora no local de estágio apoiando-me ao longo de todo o estágio. Um obrigado a todos aqueles com quem pude aprender e a crescer, pessoal e profissionalmente. Bem hajam!

## Referências Bibliográficas

Alvin, J. (1997). *Musicoterapia*. Barcelone: Paidós.

American Psychiatric Association (2013). *DSM V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th edition)*. Washington DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2014). *DSM V: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (5ª Ed.)*. Lisboa: Climepsi Editores.

AMTA. (2018). *Musictherapy*. American Music Therapy Association. Obtido em 10 de 3 de 2020, de <https://www.musictherapy.org/>

Bandeira de Lima, C. (2015). *Perturbações do Espectro de Autismo: Orientações diagnósticas. Perturbações do neurodesenvolvimento: manual de orientações diagnósticas e estratégias de intervenção*. Lisboa: Lidel, 81 – 95.

Barros, D. (2012). *A música como mediadora no desenvolvimento cognitivo em crianças com perturbações autísticas: intervenção junto de uma aluna com perturbações autísticas*. Dissertação de Doutoramento. Escola Superior de Educação João de Deus, Lisboa.

Baxter, H., Berghofer, J., MacEwan, L., Nelson, J., Peters, K., & Roberts, P. (2007). *The Individualized Music Therapy Assessment Profile – IMTAP*. Londres: Jessica Kingsley Publishers.

Benenzon, R. (1988). *Teoria da Musicoterapia, 3ª edição*. São Paulo: Summus.

Benenzon, R. (2000). *De la teoria a la práctica*. Argentina, 285.

Benenzon, R. (2008) *La Nueva musicoterapia, 2ª edição*. Ed. Lumen, Buenos Aires.

Brito, I., Fernandes, R., Martins, E., Mendes, F., & Aguiar, M. (2019). *Musicoterapia Na Perturbação do Espectro do Autismo: Um estudo de caso*. Investigação qualitativa em saúde. *Ciaiq*, 2, 1-10.

Bruscia, K. (2016). *Definindo Musicoterapia*. Dallas: Barcelona Publishers.

Bunt, L., & Stiege, B. (2014). *Music Therapy, An Art Beyond Words. Second Edition*. Published by Routledge – Sussex, Great Britain e by Routledge, New York, USA. Printed and bound in Great Britain by TJ International Ltd, Padstow, Cornwall.



Carter, T., & Scherer, S. W. (2013). *Autism spectrum disorder in the genetics clinic: a review*. Clinical Genetics, 83(5), 399-407.

Craveiro, S. (2001). *Musicoterapia e autismo: Um setting em rizoma*. Revista Brasileira de Musicoterapia, 73-80.

Diário da República Eletrónico. (2020). *Decreto do Presidente da República n.º 14-A/2020*. Obtido em 27 de 6 de 2020, de <https://dre.pt/pesquisa/-/search/130399862/details/maximized>

Dias, R. (2019). *A inclusão do aluno com transtorno do espectro autista na escola comum: desafios e possibilidades*. Revista EAD & tecnologias digitais na educação, Dourados, MS, 7.

Edgerton, L. (1994). *The effect of improvisational music therapy on the communicative behaviors of autistic children*. Journal of Music Therapy, 31 (1), 31-62.

Eren, B. (2015). *The use of music interventions to improve social skills in adolescents with Autism Spectrum Disorder in integrated group music therapy sessions*. Procedia - Social and Behavioral Sciences, 207-213.

Franzoi, M., Santos, J., Backes, V., & Ramos, F. (2015). *Intervenção musical como estratégia de cuidado de enfermagem a crianças com transtorno do espectro do autismo em um centro de atenção psicossocial*. Obtido em 30 de 7 de 2020, de <https://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-1020015.pdf>

Freire, M. (2014). *Efeitos da Musicoterapia Improvisacional no tratamento de crianças com Transtorno do Espectro do Autismo*. Dissertação (Mestrado em Neurociências). Programa de Pós-Graduação em Neurociências. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte.

Gattino, S. (2015). *Musicoterapia e autismo: teoria e prática*. São Paulo: Memnon.

Geretsegger, M., Elefant, C., Mössler, KA., & Gold, C. (2014). *Music therapy for people with autism spectrum disorder*. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 17(6).

Greenspan, I., & Wieder, S. (2005). *Can children with autism master the core deficits and become empathetic, creative, and reflective? A ten to fifteen year follow-up of a subgroup of children with autism spectrum disorders (asd) who received a*

*comprehensive developmental, individual difference, relationship based (dir) approach.* The Journal of Developmental and Learning Disorders, 9, 39-61.

Hagemann, P., Martin, L., & Neme, C. (2018). *O efeito da musicoterapia na qualidade de vida e nos sintomas de depressão de pacientes em hemodiálise.* Universidade Estadual Paulista, Brasil.

Hanson-Abromeit, D. (2015). *A conceptual methodology to define the therapeutic function of music.* Music Therapy Perspectives, 33 (1), 25-38.

Hazlett, C. (2005). *Magnetic resonance imaging and circumference study of brain size in Autism – Birth through age 2 years.* Archives of General Psychiatry, 62(12), 1366-1376.

Hernández, A. (2011). *History of music therapy treatment interventions for children with autism.* Journal of Music Therapy, 48(2), 169–207. Obtido em 14 de 5 de 2020, de doi: 10.1093/jmt/ 48.2.169

Hospital Santo Espírito da ilha Terceira (HSEIT). (2015). *Regulamento Interno.* Obtido em 15 de 6 de 2020, de <https://www.hseit.pt/files/Regulamento%20Interno%20HSEIT%20-%2020150728.pdf>

Jones, J., Gliga, T., Bedford, R., Charman, T., & Johnson, H. 2014. *Developmental pathways to autism: a review of prospective studies of infants at risk.* Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 39, 1-33.

Kantor, J. (2013). *Muzikoterapie uosobs poruchou autistického spektra.* Arteterapie, 16, 72–75.

Kim J., Wigram, T., & Gold, C. (2009). *Emotional, motivational and interpersonal responsiveness of children with autism in improvisational music therapy.* Autism, (13), 389-409. Obtido em 30 de 7 de 2020, de <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1362361309105660>

Kirkland, K. (2013). *Internacional Dictionary of Music Therapy.* New York: Routledge.

Koelsch, S. (2009). *A Neuroscientific Perspective on Music Therapy.* Ann N Y Acad Sci, 1169, 374-384.

- Koelsch S. (2014). *Brain correlates of music-evoked emotions*. Nature Review Neuroscience, 15, 170 – 180.
- Kolevzon, A. (2006). *Selective serotonin reuptake inhibitors in autism: A review of efficacy and tolerability*. Journal of Clinical Psychiatry, 67(3), 407-414.
- Lai, G., Pantazatos, S., Schneider, H., & Hirsch, J. (2012). *Neural systems for speech and song in autism*. Brain. 135, 961-975.
- Laplana, M., Royo, J., Aluja, A., López, R., Sunyer, D., & Fibla, J. (2014). *Absence of Substantial Copy Number Differences in a Pair of Monozygotic Twins Discordant for Features of Autism Spectrum Disorder*. Case Reports in Genetics. Obtido em 30 de 7 de 2020, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3915920/>
- Lheureux, C. (2015). *Ouvir para se poder olhar dentro da clínica do autismo. De onde vem a voz que me faz existir?*. Revista Latino-americana de psicopatologias fundamental, São Paulo, 18, 634-650.
- Lobo, A. (2014). *O papel da musicoterapia no processo educativo de crianças com perturbação de hiperatividade com défice de atenção*. Dissertação de mestrado em Ciências da Educação na especialidade em educação especial, Lisboa.
- Losapio, M., & Pondé, M. (2008). *Translation into Portuguese of the M-CHAT Scale for early screening of autism*. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 08;30(3) – 221.
- Lourenço, I. (2011). *Promoção da Comunicação Verbal através da Música: Estudo de caso de uma criança com perturbação do espectro do autismo*. Dissertação de Mestrado em Educação Especial. Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Coimbra, Coimbra.
- Magyar, I., & Pandolfi, V. (2007). *Factor Structure Evaluation of the Childhood Autism Rating Scale*. Journal of Autism and Developmental Disorders, 37(9), 1787–1794.
- Marques, E. (2000). *Uma criança com perturbação do espectro do autismo – Um estudo de caso*. Dissertação de mestrado em Educação Especial. Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco, Castelo Branco.

- Mastnak, W., Lipský, M., & Neuwiirthová, A. (2018). *Autism Crises: Music Therapeutic Practice & Research at the Social Care Centre Tloskov, Czech Republic. A Shor Report*. Journal of Russian & East European Psychology, 55(1), 42–52.
- McFerran, S., & Shoemark, H. (2013). *How musical engagement promotes well-being in education contexts: the case of a young man with profound and multiple disabilities*. International journal of qualitative studies on health and well-being, 8, 20570. Obtido em 30 de 7 de 2020, de <https://doi.org/10.3402/qhw.v8i0.20570>
- Ministério da Saúde (2000). *Autismo: Orientação para pais*. Sergio Tolipan, Brasília.
- Ministério da Saúde (2014). *Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com transtornos do espectro do autismo*. DF, Brasília.
- Nordoff, P., & Robbins, C. (2004). *Therapy in music for handicapped children*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Nordoff, P., Robbins, C. & Marcus, D. (2007). *Creative Music Therapy: Guide to Fostering Clinical Musicianship*. 2. ed. New Hampshire: Barcelona Publishers.
- Oliveira, K., & Sertié, A. (2017). *Autism spectrum disorders: an updated guide for genetic counseling*. Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, 15(2), 233-8.
- Paredes, S. (2012). *O papel da Musicoterapia no desenvolvimento cognitivo nas crianças com perturbação do espectro do autismo*. Dissertação de mestrado em Ciências da Educação. Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Lisboa.
- Passarini, L. (2013). *O que é afinal Musicoterapia?*. Revista no Tom, 36, 1-3.
- Quinn, C. (2006). *Questions and answers about Austism: Expert advice from a physician/parent caregiver*. London: Jones & Bartlett Publishers
- Ritholz, S. (2014). *The Primacy of Music and Musical Resources in Nordoff Robbins Music Therapy*. Music Therapy Perspectives, 32(1), 8-17. Obtido em 22 de 5 de 2020, de <https://academic.oup.com/mtp/article/32/1/8/1111036/theprimacy-of-music-and-musical-resources-in>
- Rocha, V., & Roggio, B. (2013). *A música por uma ótica neurocientífica*. Revista Académica de Música, 27, 132-140.

Rodrigo, S. (2008). *Musicoterapia – terapia de música Y sonido (2ª Ed.)*. Nova Iorque: Atype, S.L.

Rogers, S., & Dawson, G. (2015). *Intervenção precoce em crianças com Autismo: Modelo Denver para a promoção da linguagem, da aprendizagem e da socialização*. Lisboa: Lidel.

Santos, C. (2012). *Setting Musicoterapêutico: Encontros visuais e sonoros*. Revista Brasileira de Musicoterapia, 13, 15-26.

Sharda, M., Tuerk, C., Chowdhury, R., Jamey, K., Foster, N., Custo-Blanch, M., & Hyde, K. (2018). *Music improves social communication and Auditory-motor connectivity in children with autism*. Translational Psychiatry, 8, 231-244.

Silva, M. (2012). *Tradução para o português brasileiro e validação da escala Individualized Music Therapy Assessment Profile (IMTAP) para uso no Brasil*. Dissertação de mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente. Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Soto, T., Giserman Kiss, I., & Carter, A. S. (2016). *Symptom presentations and classification of autism spectrum disorder in early childhood: application to the diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood (DC:0-5)*. Infant Mental Health Journal, 37(5), 486-497.

Sousa, A. (2005). *Psicoterapias activas (arte-terapias)*. Lisboa: Livros Horizonte.

Wheeler, L., (2015). *Music Therapy Handbook*. New York: Guilford Publications.

Wigram, T., & Bonde, L.O. (2002). *'Musical Skills in Music Therapy.'* In T. Wigram, I. NygaardPederson and L.O. Bonde (eds) *A Comprehensive Guide to Music Therapy: Theory, Clinical Practice, Research and Training*. London: Jessica Kingsley Publishers.

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

Whipple, J. (2012). *Music Therapy as an effective treatment for young children with autism spectrum disorders: a meta-analysis*. London: Jessica Kingsley.

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



## **Apêndices**

## **Apêndice I: Circular informativa HSEIT – plano de retoma da atividade**





HOSPITAL DE SANTO ESPÍRITO  
DA ILHA TERCEIRA

---

CIRCULAR INFORMATIVA


---

CI nº: 40 / 2020

Data: 19 / 05 / 2020

**Assunto:** *Plano de Retoma da Atividade Programada no Âmbito de Infecções Emergentes - Infecção por Covid-19*

Informam-se todos os serviços que o Plano de Retoma da Atividade Programada no Âmbito de Infecções Emergentes - Infecção por Covid-19 está disponível para consulta no disco x, pasta "**Documentação HSEIT**", subpasta: "**GRL**"  
(X:\Documentação HSEIT\GRL - Geral) *PRD.GRL.033.01*



Luísa Sousa Melo Alves

Presidente do Conselho de Administração

Contribuinte n.º 512 105 030  
Canada do Breado, 9700-049 Angra do Heroísmo  
Correio eletrónico: [hseit.secretaria@azores.gov.pt](mailto:hseit.secretaria@azores.gov.pt)

Código: IMP.ADM.007.02

Contacto Geral - 295 403 200  
Fax Geral - 295 240 087

1/1

## **Apêndice II: IMTAP – Individualized Music Therapy Assessment Profile**

## Folha de Rosto

Data de Admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Nome do Utente: \_\_\_\_\_ Sexo: M F Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Nome do Terapeuta: \_\_\_\_\_ Idade Cronológica: \_\_\_\_\_  
Datas Adicionais da Avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data para Reavaliação: \_\_\_\_\_  
Gravação Audiovisual: \_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não

### Domínios que serão avaliados (preencher, por favor):

Motricidade Grossa

Motricidade Fina

Motricidade Oral

Sensorial

Comunicação receptiva / Percepção Auditiva

Comunicação Expressiva

Cognitivo

Emocional

Social

Musicalidade

**Por favor, use as seguintes diretrizes para auxiliar no processo de avaliação:**

**Avaliação deve ser concluída em 1-3 sessões individuais de MT pelo mesmo terapeuta.**

**Avaliação deve ser gravada em vídeo, se possível.**

**Actividades, música, instrumentos e técnicas deverão ser indicadas em cada categoria.**

**Múltiplas respostas poderão ser avaliadas a partir de uma única actividade.**

### Classificação

**N = Nunca = 0%**

**R = Raramente = Inferior a 50%**

**I = Inconsistente = 50 – 79%**

**C = Consistente = 80 – 100%**

## Perfil da Sessão

Utente: \_\_\_\_\_ D.N./Idade: \_\_\_\_\_

Data(s) da Avaliação: \_\_\_\_\_

Avaliação conduzida  
por: \_\_\_\_\_

Domínios que serão avaliados (preencher, por favor):

Actividades de Motricidade Grossa

Actividades de Motricidade Fina

Actividades de Motricidade Orofacial

Actividades Sensoriais

Actividades de Comunicação Receptiva / Percepção Auditiva

Actividades de Comunicação Expressiva

Actividades Cognitivas

Actividades Emocionais

Actividades Sociais

Musicalidade

## IMTAP – Motricidade Grossa

Nome do Utente: \_\_\_\_\_ Data(s) da Avaliação: \_\_\_\_\_

### Escala de Classificação:

N = Nunca = 0%      R = Raramente = Inferior a 50%      I = Inconsistente = 50 – 79%      C = Consistente = 80 – 100%

<i>Elementos Fundamentais</i>							
Move-se espontaneamente	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Exibe tónus muscular apropriado durante o movimento	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Alcança instrumentos para toque/ <i>performance</i>	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Exibe movimento calcanhar/dedo do pé	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Exibe ainda a marcha		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Predomínio estabelecido esquerdo/direito		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Cruza a linha média do corpo		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Coordena a execução de dois instrumentos diferentes		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
<i>Totais de Coluna:</i>							
<i>Adicionar os Totais de Coluna para calcular a Pontuação Bruta:</i>							
 <i>Actividades/Notas</i>							

<i>Domínio Motor Perceptivo/Visual/Psicomotor</i>							<i>n/a</i>
Demonstra agitação motora (tremor) – note-se a escala com classificação invertida	C <sub>0</sub>	I <sub>1</sub>	R <sub>2</sub>	N <sub>3</sub>			
Movimentos corporais inconscientes no andamento	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Movimentos corporais conscientes no andamento	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Move-se de forma organizada	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Movimentos estão relacionados com estímulos musicais	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Toca no andamento do terapeuta 1-4 compassos <i>CD</i>		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Imita movimentos de motricidade grossa do terapeuta		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Demonstra capacidade de parar/recomeçar com indicação		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Adapta a <i>performance</i> como resposta a indicações não-musicais		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Adapta a <i>performance</i> para corresponder a mudanças de dinâmica		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		

Adapta a <i>performance</i> para corresponder a mudanças no andamento <i>CD</i>		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Demonstra capacidade de sequenciar 2 movimentos		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		

## IMTAP – Motricidade Grossa

Nome do Utente: \_\_\_\_\_ Data(s) da Avaliação: \_\_\_\_\_

### Escala de Classificação:

N = Nunca = 0%    R = Raramente = Inferior a 50%    I = Inconsistente = 50 – 79%    C = Consistente = 80 – 100%

<i>Domínio motor perceptivo/visual/psicomotor (continuação)</i>							
Demonstra capacidade de sequenciar 3 ou mais movimentos			N <sub>0</sub>	R <sub>3</sub>	I <sub>4</sub>	C <sub>5</sub>	
Adapta a <i>performance</i> para corresponder a mudanças de métrica <i>CD</i>				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
Demonstra capacidade de desenvolver seqüências de movimento				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
<i>Totais de Coluna:</i>							
<i>Adicionar os Totais de Coluna para calcular a Pontuação Bruta:</i>							
<i>Actividades/Notas</i>							

## Sumário

Sub-Domínio	n/a	Classificação Bruta	Possível	Classificação Final
Elementos Fundamentais			÷ 28 =	%
Domínio Motor Perceptivo/Visual/Psicomotor			÷ 60 =	%
Total de Domínio (Motricidade Grossa)				%

CD = Competências Desenvolvidas em Vários Domínios

## IMTAP – Motricidade Fina

Nome do Utente: \_\_\_\_\_ Data(s) da Avaliação: \_\_\_\_\_

### Escala de Classificação:

N = Nunca = 0%      R = Raramente = Inferior a 50%      I = Inconsistente = 50 – 79%      C = Consistente = 80 – 100%

<i>Elementos Fundamentais</i>							
Exibe o uso de ambas as mãos	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Usa preensão palmar	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Segura com a mão em forma de pinça	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Segura objecto/instrumento independentemente com uma mão	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Segura objecto/instrumento independentemente com duas mãos	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Predomínio estabelecido esquerdo/direito		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Cria formas com os dedos e/ou isola dedos durante actividades com execução digital		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Toca instrumento com mãos alternadas		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Sustém preensão palmar com mão dominante		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Sustém preensão palmar com mão não-dominante		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Organiza mãos alternadas durante a <i>performance</i>		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
<i>Totais de Coluna:</i>							
<i>Adicionar os Totais de Coluna para calcular a Pontuação Bruta:</i>							
<i>Actividades/Notas</i>							

<i>Dedilhar Guitarra</i>							<i>n/a</i>
Mão inteira	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Um único dedo	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Mão inteira com pulsação			N <sub>0</sub>	R <sub>3</sub>	I <sub>4</sub>	C <sub>5</sub>	
Um único dedo com pulsação			N <sub>0</sub>	R <sub>3</sub>	I <sub>4</sub>	C <sub>5</sub>	
Dedilha com palheta			N <sub>0</sub>	R <sub>3</sub>	I <sub>4</sub>	C <sub>5</sub>	
Dedilha com palheta e pulsação				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
<i>Totais de Coluna:</i>							
<i>Adicionar os Totais de Coluna para calcular a Pontuação Bruta:</i>							
<i>Actividades/Notas</i>							

## IMTAP – Motricidade Fina

Nome do Utente: \_\_\_\_\_ Data(s) da Avaliação: \_\_\_\_\_

### Escala de Classificação:

N = Nunca = 0%    R = Raramente = Inferior a 50%    I = Inconsistente = 50 – 79%    C = Consistente = 80 – 100%

Instrumentos "Autoharp"/"Q Chord" <span style="float: right;">n/a</span>						
Explora botões de acordes	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>		
Pressiona um único botão com indicação	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>		
Coordena pressionar e dedilhar		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>	
Toca acompanhamento simples usando gráfico de acordes <small>CD</small>			N <sub>0</sub>	R <sub>3</sub>	I <sub>4</sub>	C <sub>5</sub>
Totais de Coluna:						
Adicionar os Totais de Coluna para calcular a Pontuação Bruta:						
<p><i>Actividades/Notas</i></p>						



Guitarra/Saltério <span style="float: right;">n/a</span>						
Forma acordes após sugestão				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub> C <sub>6</sub>
Faz aproximações a posições de acordes simples				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub> C <sub>6</sub>
Forma acordes com um padrão musical simples				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub> C <sub>6</sub>
Forma acordes com um padrão musical avançado				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub> C <sub>6</sub>
Toca com uso de gráfico de acordes				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub> C <sub>6</sub>
Toca cordas isoladas				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub> C <sub>6</sub>
Toca cordas isoladas com pulsação				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub> C <sub>6</sub>
Totais de Coluna:						
Adicionar os Totais de Coluna para calcular a Pontuação Bruta:						
<p><i>Actividades/Notas</i></p>						



Piano <span style="float: right;">n/a</span>						
Coordena ambas as mãos	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>		
Usa dedos da mão dominante sem "splaying"	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>		
Usa dedos da mão não-dominante sem "splaying"	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>		
Usa um único dedo da mão dominante		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>	





Usa um único dedo da mão não-dominante		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Sequencia múltiplos dedos da mão dominante				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
Sequencia múltiplos dedos da mão não-dominante				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>

## IMTAP – Motricidade Fina

Nome do Utente: \_\_\_\_\_ Data(s) da Avaliação: \_\_\_\_\_

Escala de Classificação:

N = Nunca = 0%      R = Raramente = Inferior a 50%      I = Inconsistente = 50 – 79%      C = Consistente = 80 – 100%

<i>Piano (continuação)</i>							
Forma tríades com a mão dominante				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
Forma tríades com a mão não-dominante				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
Totais de Coluna:							
Adicionar os Totais de Coluna para calcular a Pontuação Bruta:							
<i>Actividades/Notas</i>							

<i>Percussão com Altura Definida/Baquetas</i>							<i>n/a</i>
Toca pequeno instrumento com baqueta quando apresentado	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Toca nota isolada com baqueta a partir de múltiplas opções		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Usa baqueta com movimento de percussão e retração		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Sequencia padrões simples de notas			N <sub>0</sub>	R <sub>3</sub>	I <sub>4</sub>	C <sub>5</sub>	
Totais de Coluna:							
Adicionar os Totais de Coluna para calcular a Pontuação Bruta:							
<i>Actividades/Notas</i>							

## Sumário

Sub-Domínio	n/a	Classificação Bruta	Possível	Classificação Final
Elementos Fundamentais			÷ 39 =	%
Dedilhar Guitarra			÷ 27 =	%
Instrumentos “Autoharp”/”Q chord”			÷ 15 =	%

Guitarra/Saltério			÷ 42 =	%
Piano			÷ 41 =	%
Percussão com Altura Definida/Baquetas			÷ 19 =	%
Total de Domínio (Motricidade Fina)			÷ =	%

CD = Competências Desenvolvidas em Vários Domínios

## IMTAP – Motricidade Orofacial

Nome do Utente: \_\_\_\_\_ Data(s) da Avaliação: \_\_\_\_\_

### Escala de Classificação:

N = Nunca = 0%    R = Raramente = Inferior a 50%    I = Inconsistente = 50 – 79%    C = Consistente = 80 – 100%

<i>Elementos Fundamentais</i>							
Demonstra amplitude completa do movimento ao abrir	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Demonstra amplitude completa do movimento ao sorrir	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Demonstra amplitude completa do movimento ao enrugar os lábios	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Alcança a posição completa da boca fechada	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
<i>Totais de Coluna:</i>							
<i>Adicionar os Totais de Coluna para calcular a Pontuação Bruta:</i>							
 <i>Actividades/Notas</i>							

<i>Produção de Ar</i>	<i>n/a</i>						
Tolera colocar bocal para lábios	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Produce som	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Capaz de produzir som mediante a indicação		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Produce som por um segundo ou menos		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Produce som por mais de um segundo		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Produce padrão rítmico simples		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Integra produção de som com movimento de motricidade grossa		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Integra produção de som com movimento de motricidade fina		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		



<i>Totais de Coluna:</i>						
<i>Adicionar os Totais de Coluna para calcular a Pontuação Bruta:</i>						
<i>Actividades/Notas</i>						

### IMTAP – Motricidade Orofacial

Nome do Utente: \_\_\_\_\_ Data(s) da Avaliação: \_\_\_\_\_

#### Sumário

Sub-Domínio	n/a	Classificação Bruta	Possível	Classificação Final
Elementos Fundamentais			÷ 12 =	%
Produção de Ar			÷ 30 =	%
Total de Domínio (Motricidade Orofacial)			÷ =	%

CD = Competências Desenvolvidas em Vários Domínios

### IMTAP – Sensorial

Nome do Utente: \_\_\_\_\_ Data(s) da Avaliação: \_\_\_\_\_

#### Escala de Classificação:

N = Nunca = 0%    R = Raramente = Inferior a 50%    I = Inconsistente = 50 – 79%    C = Consistente = 80 – 100%

<i>Elementos Fundamentais</i>							
Integra “input” sensorial de dois tipos	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Integra “input” sensorial de múltiplos tipos	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
<i>Totais de Coluna:</i>							
<i>Adicionar os Totais de Coluna para calcular a Pontuação Bruta:</i>							
<i>Actividades/Notas</i>							

<i>Táctil</i>	<i>n/a</i>						
Procura pressão firme	C <sub>0</sub>	I <sub>1</sub>	R <sub>2</sub>	N <sub>3</sub>			
Procura pressão ligeira	C <sub>0</sub>	I <sub>1</sub>	R <sub>2</sub>	N <sub>3</sub>			



Tolera pressão firme	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Tolera pressão ligeira	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Tolera objectos manipuláveis leves	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Tolera colocar bocal para lábios CD	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Demonstra capacidade de começar/parar actividade táctil	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Demonstra ter consciência de ou participa em “input” táctil	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Permanece fisicamente aberto aquando do instrumento apresentado	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Permanece a agarrar o instrumento ou baqueta por quatro segundos ou mais	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Usa mão aberta nos instrumentos	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Totais de Coluna:							
Adicionar os Totais de Coluna para calcular a Pontuação Bruta:							
<i>Actividades/Notas</i>							

<i>Proprioceptivo</i>							<i>n/a</i>
Procura “input” proprioceptivo	C <sub>0</sub>	I <sub>1</sub>	R <sub>2</sub>	N <sub>3</sub>			
Tolera “input” proprioceptivo	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			

## IMTAP – Sensorial

Nome do Utente: \_\_\_\_\_ Data(s) da Avaliação: \_\_\_\_\_

### Escala de Classificação:

N = Nunca = 0%    R = Raramente = Inferior a 50%    I = Inconsistente = 50 – 79%    C = Consistente = 80 – 100%

<i>Proprioceptivo (continuação)</i>							
Demonstra capacidade de começar/parar actividade proprioceptiva	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Integra tarefas proprioceptivas em actividades		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Totais de Coluna:							
Adicionar os Totais de Coluna para calcular a Pontuação Bruta:							
<i>Actividades/Notas</i>							

<i>Vestibular</i>							<i>n/a</i>
Procura “input” vestibular	C <sub>0</sub>	I <sub>1</sub>	R <sub>2</sub>	N <sub>3</sub>			

Tolera "input" vestibular	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Demonstra capacidade de começar/parar actividade vestibular	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Demonstra capacidade de regressar à tarefa após distração vestibular com solicitações	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Demonstra capacidade de regressar à tarefa após distração vestibular sem solicitações		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Totais de Coluna:							
Adicionar os Totais de Coluna para calcular a Pontuação Bruta:							
<i>Actividades/Notas</i>							

<i>Visual</i>	<i>n/a</i>						
Procura "input" visual	C <sub>0</sub>	I <sub>1</sub>	R <sub>2</sub>	N <sub>3</sub>			
Tolera "input" visual	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Demonstra capacidade de começar/parar actividade visual	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Demonstra capacidade de regressar à tarefa após distração visual com solicitações	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Demonstra ter consciência de ou participa em "input" visual	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			

## IMTAP – Sensorial

Nome do Utente: \_\_\_\_\_ Data(s) da Avaliação: \_\_\_\_\_

### Escala de Classificação:

N = Nunca = 0%    R = Raramente = Inferior a 50%    I = Inconsistente = 50 – 79%    C = Consistente = 80 – 100%

<i>Visual (continuação)</i>							
Mantém foco visual no objecto ou pessoa por duração apropriada	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Demonstra capacidade de regressar à tarefa após distração visual sem solicitações		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Totais de Coluna:							
Adicionar os Totais de Coluna para calcular a Pontuação Bruta:							
<i>Actividades/Notas</i>							

<i>Auditivo</i>	<i>n/a</i>
-----------------	------------

Procura “input” auditivo	C <sub>0</sub>	I <sub>1</sub>	R <sub>2</sub>	N <sub>3</sub>			
Demonstra consciência de som vs. silêncio <sup>CD</sup>	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Tolera “input” auditivo	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Tolera uma variedade de sons	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Demonstra capacidade de começar/parar actividade auditiva	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Demonstra ter consciência de ou participa em “input” auditivo	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Demonstra capacidade de regressar à tarefa após distração visual com solicitações	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Demonstra capacidade de regressar à tarefa após distração visual sem solicitações		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
<i>Totais de Coluna:</i>							
<i>Adicionar os Totais de Coluna para calcular a Pontuação Bruta:</i>							
<i>Actividades/Notas</i>							

## IMTAP – Sensorial

Nome do Utente: \_\_\_\_\_ Data(s) da Avaliação: \_\_\_\_\_

### Sumário

Sub-Domínio	n/a	Classificação Bruta	Possível	Classificação Final
Elementos Fundamentais			÷ 6 =	%
Táctil			÷ 33 =	%
Proprioceptivo			÷ 13 =	%
Vestibular			÷ 16 =	%
Visual			÷ 22 =	%
Auditivo			÷ 25 =	%
Total de Domínio (Sensorial)			÷ =	%

CD = Competências Desenvolvidas em Vários Domínios

## IMTAP – Comunicação Receptiva/Percepção Auditiva

Nome do Utente: \_\_\_\_\_ Data(s) da Avaliação: \_\_\_\_\_

### Escala de Classificação:

N = Nunca = 0%    R = Raramente = Inferior a 50%    I = Inconsistente = 50 – 79%    C = Consistente = 80 – 100%

<i>Elementos Fundamentais</i>							
Demonstra consciência de som vs. silêncio <small>CD</small>	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Vira o rosto para a fonte sonora	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Localiza o foco visual na fonte sonora	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Discrimina dois sons diferentes	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Imita motivo musical simples		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
<i>Totais de Coluna:</i>							
<i>Adicionar os Totais de Coluna para calcular a Pontuação Bruta:</i>							
<i>Actividades/Notas</i>							

<i>Seguir Orientações</i>							<i>n/a</i>
Segue orientação verbal com uma etapa <small>CD</small>	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Segue orientação verbal com duas etapas <small>CD</small>		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Segue pistas musicais simples <small>CD</small>		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
<i>Totais de Coluna:</i>							
<i>Adicionar os Totais de Coluna para calcular a Pontuação Bruta:</i>							
<i>Actividades/Notas</i>							

<i>Mudanças Musicais</i>							<i>n/a</i>
Demonstra consciência de mudanças evidentes no andamento	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Demonstra consciência de mudanças evidentes na altura sonora	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Demonstra consciência de mudanças evidentes na dinâmica <small>CD</small>	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Demonstra consciência de mudanças na métrica			N <sub>0</sub>	R <sub>3</sub>	I <sub>4</sub>	C <sub>5</sub>	
Demonstra consciência de mudanças na intensidade/estilo ("mood")			N <sub>0</sub>	R <sub>3</sub>	I <sub>4</sub>	C <sub>5</sub>	

## IMTAP – Comunicação Receptiva/Percepção Auditiva

Nome do Utente: \_\_\_\_\_ Data(s) da Avaliação: \_\_\_\_\_

Escala de Classificação:

N = Nunca = 0%    R = Raramente = Inferior a 50%    I = Inconsistente = 50 – 79%    C = Consistente = 80 – 100%

<i>Mudanças Musicais (continuação)</i>							
Toca melodicamente na tonalidade da improvisação			N <sub>0</sub>	R <sub>3</sub>	I <sub>4</sub>	C <sub>5</sub>	
Toca na tonalidade apropriada sem solicitações				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
<i>Totais de Coluna:</i>							
<i>Adicionar os Totais de Coluna para calcular a Pontuação Bruta:</i>							
<i>Actividades/Notas</i>							

<i>Cantar/Vocalizar</i>							<i>n/a</i>
Vocaliza como resposta a estímulos auditivos	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Vocaliza como resposta a verbalizações do terapeuta	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Vocaliza como resposta ao canto do terapeuta	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Vocaliza como resposta a instrumentos de altura sonora indefinida	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Vocaliza como resposta a instrumentos de altura sonora definida	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Vocaliza como resposta a estímulos/idiomas musicais particulares <sub>CD</sub>	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Vocalizações inconscientes na tonalidade <sub>CD</sub>	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Canta na tonalidade com o terapeuta		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Vocaliza na pausa musical fornecida		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Imita intervalo musical descendente maior do que 2ªM		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Imita intervalo musical ascendente maior do que 2ªM		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Canta melodia definida com precisão		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Imita motivos musicais gradualmente descendentes			N <sub>0</sub>	R <sub>3</sub>	I <sub>4</sub>	C <sub>5</sub>	
Imita motivos musicais gradualmente ascendentes			N <sub>0</sub>	R <sub>3</sub>	I <sub>4</sub>	C <sub>5</sub>	
<i>Totais de Coluna:</i>							
<i>Adicionar os Totais de Coluna para calcular a Pontuação Bruta:</i>							
<i>Actividades/Notas</i>							



## IMTAP – Comunicação Receptiva/Percepção Auditiva

Nome do Utente: \_\_\_\_\_ Data(s) da Avaliação: \_\_\_\_\_

### Escala de Classificação:

N = Nunca = 0%    R = Raramente = Inferior a 50%    I = Inconsistente = 50 – 79%    C = Consistente = 80 – 100%

Ritmo						n/a	
Toca no andamento do terapeuta 1-4 compassos <small>CD</small>		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Imita padrão rítmico simples <small>CD</small>		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Imita padrão rítmico de complexidade intermédia <small>CD</small>		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Totais de Coluna:							
Adicionar os Totais de Coluna para calcular a Pontuação Bruta:							
<p><i>Actividades/Notas</i></p>							

### Sumário

Sub-Domínio	n/a	Classificação Bruta	Possível	Classificação Final
Elementos Fundamentais			÷ 16 =	%
Seguir Orientações			÷ 11 =	%
Mudanças Musicais			÷ 30 =	%
Cantar/Vocalizar			÷ 51 =	%
Ritmo			÷ 12 =	%
Total de Domínio (Comunicação Receptiva/Percepção Auditiva)			÷ =	%

CD = Competências Desenvolvidas em Vários Domínios

## IMTAP – Comunicação Expressiva

Nome do Utente: \_\_\_\_\_ Data(s) da Avaliação: \_\_\_\_\_

### Escala de Classificação:

N = Nunca = 0%    R = Raramente = Inferior a 50%    I = Inconsistente = 50 – 79%    C = Consistente = 80 – 100%

<i>Elementos Fundamentais</i>							
Faz tentativas de comunicar	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Comunica sem frustração	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Comunica necessidades e desejos	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Comunica ideias e conceitos		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Comunica conteúdos emocionais ou desenvolvimento de ideias				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
<i>Totais de Coluna:</i>							
<i>Adicionar os Totais de Coluna para calcular a Pontuação Bruta:</i>							
<i>Actividades/Notas</i>							

<i>Comunicação Não-vocal</i>								<i>n/a</i>
Conduz ou move o terapeuta como meio de comunicação	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>				
Gestos	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>				
Combina gesto e conduzir/mover o terapeuta	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>				
Combina gesto com vocalização	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>				
<i>Totais de Coluna:</i>								
<i>Adicionar os Totais de Coluna para calcular a Pontuação Bruta:</i>								
<i>Actividades/Notas</i>								

<i>Vocalizações</i>								<i>n/a</i>
<i>N/A se o modo de comunicação do utente for não-vocal</i>								
Vocalizações têm qualidade tonal clara	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>				
Vocalizações têm volume apropriado	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>				
Vocalizações são na tessitura vocal moderada	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>				

## IMTAP – Comunicação Expressiva

Nome do Utente: \_\_\_\_\_ Data(s) da Avaliação: \_\_\_\_\_

### Escala de Classificação:

N = Nunca = 0%    R = Raramente = Inferior a 50%    I = Inconsistente = 50 – 79%    C = Consistente = 80 – 100%

Vocalizações (continuação)							
Vocalizações têm a duração de uma expressão		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Vocalizações têm a duração de uma frase		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Totais de Coluna:							
Adicionar os Totais de Coluna para calcular a Pontuação Bruta:							
<i>Actividades/Notas</i>							

Vocalizações Espontâneas <span style="float: right;">n/a</span>							
Vocaliza com o terapeuta	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Vocalizações são do tipo não-imitativo	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Vocalizações são propositadamente imitativas	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Totais de Coluna:							
Adicionar os Totais de Coluna para calcular a Pontuação Bruta:							
<i>Actividades/Notas</i>							



Verbalizações <span style="float: right;">n/a</span>							
Verbalizações são inteligíveis	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Verbaliza palavras isoladas	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Verbalizações têm a extensão de uma expressão		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Verbalizações têm a extensão de uma frase		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Totais de Coluna:							
Adicionar os Totais de Coluna para calcular a Pontuação Bruta:							
<i>Actividades/Notas</i>							



## IMTAP – Comunicação Expressiva

Nome do Utente: \_\_\_\_\_ Data(s) da Avaliação: \_\_\_\_\_

Escala de Classificação:

N = Nunca = 0%    R = Raramente = Inferior a 50%    I = Inconsistente = 50 – 79%    C = Consistente = 80 – 100%

<i>Comunicação Relacional</i>						<i>n/a</i>	
Responde a questões fechadas (sim/não) <small>CD</small>	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Responde a questões binárias		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Participa em conversa recíproca simples		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Inicia conversa apropriada à situação		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Faz perguntas de forma adequada		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Responde a questões abertas		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
<i>Totais de Coluna:</i>							
<i>Adicionar os Totais de Coluna para calcular a Pontuação Bruta:</i>							
<i>Actividades/Notas</i>							



<i>Idiossincrasias Vocaís</i>						<i>n/a</i>	
<i>Note-se a escala com classificação invertida nesta secção</i>							
Vocalizações contêm inflexões de “babble/jargon”	C <sub>0</sub>	I <sub>1</sub>	R <sub>2</sub>	N <sub>3</sub>			
Vocalizações são ecológicas	C <sub>0</sub>	I <sub>1</sub>	R <sub>2</sub>	N <sub>3</sub>			
Vocalizações são inconscientes	C <sub>0</sub>	I <sub>1</sub>	R <sub>2</sub>	N <sub>3</sub>			
Vocalizações têm um “delay” temporal	C <sub>0</sub>	I <sub>1</sub>	R <sub>2</sub>	N <sub>3</sub>			
Vocalizações são “recortadas” ou com métrica irregular	C <sub>0</sub>	I <sub>1</sub>	R <sub>2</sub>	N <sub>3</sub>			
Vocalizações são programadas (não-espontâneas)		C <sub>0</sub>	I <sub>2</sub>	R <sub>3</sub>	N <sub>4</sub>		
<i>Totais de Coluna:</i>							
<i>Adicionar os Totais de Coluna para calcular a Pontuação Bruta:</i>							
<i>Actividades/Notas</i>							



## IMTAP – Comunicação Expressiva

Nome do Utente: \_\_\_\_\_ Data(s) da Avaliação: \_\_\_\_\_

### Sumário

Sub-Domínio	n/a	Classificação Bruta	Possível	Classificação Final
Elementos Fundamentais			÷ 19 =	%
Comunicação Não-vocal			÷ 12 =	%
Vocalizações			÷ 17 =	%
Vocalizações Espontâneas			÷ 9 =	%
Verbalizações			÷ 14 =	%
Comunicação Relacional			÷ 23 =	%
Idiossincrasias Vocais			÷ 19 =	%
Total de Domínio (Comunicação Expressiva)			÷ =	%

CD = Competências Desenvolvidas em Vários Domínios

## IMTAP – Cognitivo

Nome do Utente: \_\_\_\_\_ Data(s) da Avaliação: \_\_\_\_\_

### Escala de Classificação:

N = Nunca = 0%    R = Raramente = Inferior a 50%    I = Inconsistente = 50 – 79%    C = Consistente = 80 – 100%

<i>Elementos Fundamentais</i>							
Sustém tempo de atenção com a duração da actividade	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Procura objecto escondido ou deixado cair	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Demonstra compreensão das regras e estruturas		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
<i>Totais de Coluna:</i>							
<i>Adicionar os Totais de Coluna para calcular a Pontuação Bruta:</i>							
 <i>Actividades/Notas</i>							

Tomada de decisões

n/a



Responde a questões fechadas (sim/não) <small>CD</small>	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Faz escolha entre duas opções concretas apresentadas	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Faz escolha entre três opções concretas apresentadas		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Responde a questões binárias abstractas		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Faz escolhas sem solicitações do terapeuta		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
<b>Totais de Coluna:</b>							
Adicionar os Totais de Coluna para calcular a Pontuação Bruta:							
<i>Actividades/Notas</i>							

## IMTAP – Cognitivo

Nome do Utente: \_\_\_\_\_ Data(s) da Avaliação: \_\_\_\_\_

### Escala de Classificação:

N = Nunca = 0%    R = Raramente = Inferior a 50%    I = Inconsistente = 50 – 79%    C = Consistente = 80 – 100%

<i>Seguir Orientações</i>						<i>n/a</i>	
Segue orientação verbal com uma etapa <small>CD</small>	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Segue orientação verbal com duas etapas <small>CD</small>		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Segue pistas musicais simples <small>CD</small>		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
<b>Totais de Coluna:</b>							
Adicionar os Totais de Coluna para calcular a Pontuação Bruta:							
<i>Actividades/Notas</i>							



<i>Recordações/Sequências de Curta Duração</i>						<i>n/a</i>	
Relembra informação nova dentro da actividade	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Sequencia dois objectos dentro da actividade	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Sequencia três objectos dentro da actividade			N <sub>0</sub>	R <sub>3</sub>	I <sub>4</sub>	C <sub>5</sub>	
<b>Totais de Coluna:</b>							
Adicionar os Totais de Coluna para calcular a Pontuação Bruta:							
<i>Actividades/Notas</i>							



<i>Recordações de Longa Duração</i>							<i>n/a</i>
Recorda-se do nome do terapeuta		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Recorda-se do nome dos instrumentos		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Recorda-se da função dos instrumentos		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Demonstra consciência da rotina de MT		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Solicita actividades/canções previamente apresentadas		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Canta correctamente letras de canções sem auxílio visual/auditivo			N <sub>0</sub>	R <sub>3</sub>	I <sub>4</sub>	C <sub>5</sub>	
Toca acompanhamento simples sem auxílio visual/auditivo			N <sub>0</sub>	R <sub>3</sub>	I <sub>4</sub>	C <sub>5</sub>	

## IMTAP – Cognitivo

Nome do Utente: \_\_\_\_\_ Data(s) da Avaliação: \_\_\_\_\_

### Escala de Classificação:

N = Nunca = 0%      R = Raramente = Inferior a 50%      I = Inconsistente = 50 – 79%      C = Consistente = 80 – 100%

<i>Recordações de longa duração (continuação)</i>							
Toca acompanhamento de nível intermédio sem auxílio visual/auditivo				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
Toca acompanhamento de nível avançado sem auxílio visual/auditivo				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
<i>Totais de Coluna:</i>							
<i>Adicionar os Totais de Coluna para calcular a Pontuação Bruta:</i>							
<i>Actividades/Notas</i>							

<i>Componentes académicas</i>							<i>n/a</i>
Faz correspondência de três cores		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Faz correspondência de três símbolos		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Identifica três cores			N <sub>0</sub>	R <sub>3</sub>	I <sub>4</sub>	C <sub>5</sub>	
É conduzido por um símbolo escrito para completar ou iniciar tarefa			N <sub>0</sub>	R <sub>3</sub>	I <sub>4</sub>	C <sub>5</sub>	
Lê gráfico simples de acordes			N <sub>0</sub>	R <sub>3</sub>	I <sub>4</sub>	C <sub>5</sub>	
Demonstra compreender conceitos dos números 1-6			N <sub>0</sub>	R <sub>3</sub>	I <sub>4</sub>	C <sub>5</sub>	
Identifica letras A-G			N <sub>0</sub>	R <sub>3</sub>	I <sub>4</sub>	C <sub>5</sub>	
Toca acompanhamento simples usando			N <sub>0</sub>	R <sub>3</sub>	I <sub>4</sub>	C <sub>5</sub>	

gráfico de acordes <sup>CD</sup>							
Toca melodia simples com uso de “pistas” de letras escritas			N <sub>0</sub>	R <sub>3</sub>	I <sub>4</sub>	C <sub>5</sub>	
Lê letras de canções				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
Demonstra capacidade de escrever letras de canções				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
Lê notação em clave de sol				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
Lê notação em clave de fá				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
Lê em clave de fá e sol em simultâneo				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
Transcreve ideias musicais usando símbolos ou notação <sup>CD</sup>				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
<i>Totais de Coluna:</i>							
<i>Adicionar os Totais de Coluna para calcular a Pontuação Bruta:</i>							
<i>Actividades/Notas</i>							

### IMTAP – Cognitivo

Nome do Utente: \_\_\_\_\_ Data(s) da Avaliação: \_\_\_\_\_

### Sumário

Sub-Domínio	n/a	Classificação Bruta	Possível	Classificação Final
Elementos Fundamentais			÷ 10 =	%
Tomada de Decisões			÷ 18 =	%
Seguir Orientações			÷ 11 =	%
Recordações/Sequências de Curta Duração			÷ 11 =	%
Recordações de Longa Duração			÷ 42 =	%
Componentes Académicas			÷ 79 =	%
Total de Domínio (Cognitivo)			÷ =	%

CD = Competências Desenvolvidas em Vários Domínios

### IMTAP – Emocional

Nome do Utente: \_\_\_\_\_ Data(s) da Avaliação: \_\_\_\_\_

Escala de Classificação:



N = Nunca = 0%    R = Raramente = Inferior a 50%    I = Inconsistente = 50 – 79%    C = Consistente = 80 – 100%

<i>Elementos Fundamentais</i>							
Demonstra variedade de emoções		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Demonstra emoções apropriadas		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
<i>Totais de Coluna:</i>							
<i>Adicionar os Totais de Coluna para calcular a Pontuação Bruta:</i>							
<i>Actividades/Notas</i>							

<i>Diferenciação/ Expressão</i>								<i>n/a</i>
Expressa emoções apropriadas às circunstâncias		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>			
Expressa emoções usando instrumentos			N <sub>0</sub>	R <sub>3</sub>	I <sub>4</sub>	C <sub>5</sub>		
Expressa emoções verbalmente			N <sub>0</sub>	R <sub>3</sub>	I <sub>4</sub>	C <sub>5</sub>		
Demonstra sensibilidade emocional às componentes musicais				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>	
<i>Totais de Coluna:</i>								
<i>Adicionar os Totais de Coluna para calcular a Pontuação Bruta:</i>								
<i>Actividades/Notas</i>								

<i>Regulação</i>								<i>n/a</i>
Tolera a situação de MT sem angústia		N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Acalma-se com apoio musical/verbal/físico		N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Tolera transições		N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Autorregula-se dentro de uma actividade		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>			

### IMTAP – Emocional

Nome do Utente: \_\_\_\_\_ Data(s) da Avaliação: \_\_\_\_\_

#### Escala de Classificação:

N = Nunca = 0%    R = Raramente = Inferior a 50%    I = Inconsistente = 50 – 79%    C = Consistente = 80 – 100%

<i>Regulação (continuação)</i>							
Estados de humor oscilam apropriadamente		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		

Permanece regulado quando os limites são definidos		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Totais de Coluna:							
Adicionar os Totais de Coluna para calcular a Pontuação Bruta:							
<i>Actividades/Notas</i>							

<i>Auto-consciência</i>							<i>n/a</i>
Demonstra reconhecimento dos estados emocionais				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
Demonstra capacidade de explorar estados emocionais				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
Demonstra capacidade de discutir estados emocionais				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
Inicia conteúdos emocionais apropriadamente				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
Demonstra desejo de melhorar a si mesmo ou circunstância da vida				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
Totais de Coluna:							
Adicionar os Totais de Coluna para calcular a Pontuação Bruta:							
<i>Actividades/Notas</i>							

### Sumário

Sub-Domínio	n/a	Classificação Bruta	Possível	Classificação Final
Elementos Fundamentais			÷ 8 =	%
Diferenciação/Expressão			÷ 20 =	%
Regulação			÷ 21 =	%
Auto-consciência			÷ 30 =	%
Total de Domínio (Emocional)			÷ =	%

CD = Competências Desenvolvidas em Vários Domínios

## IMTAP – Social

Nome do Utente: \_\_\_\_\_ Data(s) da Avaliação: \_\_\_\_\_

### Escala de Classificação:

N = Nunca = 0%      R = Raramente = Inferior a 50%      I = Inconsistente = 50 – 79%      C = Consistente = 80 – 100%

<i>Elementos Fundamentais</i>							
Responde ao próprio nome	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Demonstra consciência do terapeuta	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Demonstra interesse nas actividades apresentadas	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Demonstra atenção conjunta	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Interage apropriadamente com o terapeuta	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Usa socialmente cumprimentos apropriados	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Usa socialmente despedida apropriada	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Usa socialmente contacto ocular apropriado	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Faz referência a outros socialmente	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Demonstra compreensão das regras e estruturas <sub>CD</sub>		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Demonstra consciência do espaço físico apropriado		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Demonstra confiança na situação de MT		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
<i>Totais de Coluna:</i>							
<i>Adicionar os Totais de Coluna para calcular a Pontuação Bruta:</i>							
 <i>Actividades/Notas</i>							

<i>Participação</i>	<i>n/a</i>						
Entra na sala com solicitações mínimas	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Permanece na sala na duração da sessão	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Tenta novas tarefas quando há oportunidade fornecida	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Inicia nova actividade quando há oportunidade fornecida	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Tolera transições	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			

## IMTAP – Social

Nome do Utente: \_\_\_\_\_ Data(s) da Avaliação: \_\_\_\_\_

### Escala de Classificação:

N = Nunca = 0%    R = Raramente = Inferior a 50%    I = Inconsistente = 50 – 79%    C = Consistente = 80 – 100%

<i>Participação (continuação)</i>							
Participa em actividades estruturadas		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
É flexível a desenvolver actividades		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Estende actividades apropriadamente			N <sub>0</sub>	R <sub>3</sub>	I <sub>4</sub>	C <sub>5</sub>	
Trabalha para objectivos identificados na sessão				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
<i>Totais de Coluna:</i>							
<i>Adicionar os Totais de Coluna para calcular a Pontuação Bruta:</i>							
<i>Actividades/Notas</i>							

<i>“Turn-taking”</i> <span style="float: right;"><i>n/a</i></span>							
Antecipa a própria vez	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Espera pela sua vez		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Sustém “turn-taking” com solicitações		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Solicita a sua vez quando apropriado		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Sustém “turn-taking” sem solicitações			N <sub>0</sub>	R <sub>3</sub>	I <sub>4</sub>	C <sub>5</sub>	
<i>Totais de Coluna:</i>							
<i>Adicionar os Totais de Coluna para calcular a Pontuação Bruta:</i>							
<i>Actividades/Notas</i>							

<i>Atenção</i> <span style="float: right;"><i>n/a</i></span>							
Sustém tempo de atenção com a duração da actividade <sub>CD</sub>	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Demonstra atenção contínua no terapeuta	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Regressa à actividade após distracção com solicitações	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Regressa à actividade após distracção sem solicitações		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
<i>Totais de Coluna:</i>							
<i>Adicionar os Totais de Coluna para calcular a Pontuação Bruta:</i>							

## Actividades/Notas

### IMTAP – Social

Nome do Utente: \_\_\_\_\_ Data(s) da Avaliação: \_\_\_\_\_

#### Escala de Classificação:

N = Nunca = 0%    R = Raramente = Inferior a 50%    I = Inconsistente = 50 – 79%    C = Consistente = 80 – 100%

Seguir Orientações							n/a	
Segue orientação verbal com uma etapa <small>CD</small>	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>				
Segue orientação verbal com duas etapas <small>CD</small>		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>			
Segue pistas musicais simples <small>CD</small>		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>			
Totais de Coluna:								
Adicionar os Totais de Coluna para calcular a Pontuação Bruta:								
Actividades/Notas								

Competências Relacionais							n/a	
Tolera interacção directa	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>				
Tolera redireccionamento	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>				
Tolera contacto musical	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>				
Toca em paralelo com o terapeuta		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>			
Toca em imitação com o terapeuta		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>			
Sustém a interacção musical		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>			
Sustém comunicação bidirecional		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>			
Trabalha cooperativamente com o terapeuta		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>			
Demonstra flexibilidade na actividade musical interactiva			N <sub>0</sub>	R <sub>3</sub>	I <sub>4</sub>	C <sub>5</sub>		
Demonstra flexibilidade dentro da estrutura familiar interactiva			N <sub>0</sub>	R <sub>3</sub>	I <sub>4</sub>	C <sub>5</sub>		
Consegue assumir papel de liderança na actividade			N <sub>0</sub>	R <sub>3</sub>	I <sub>4</sub>	C <sub>5</sub>		
Move-se entre competências independentes e interdependentes			N <sub>0</sub>	R <sub>3</sub>	I <sub>4</sub>	C <sub>5</sub>		
Capaz de explorar relações sociais externas				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>	
Totais de Coluna:								
Adicionar os Totais de Coluna para calcular a Pontuação Bruta:								

## Actividades/Notas

### IMTAP – Social

Nome do Utente: \_\_\_\_\_ Data(s) da Avaliação: \_\_\_\_\_

#### Sumário

Sub-Domínio	n/a	Classificação Bruta	Possível	Classificação Final
Elementos Fundamentais			÷ 39 =	%
Participação			÷ 34 =	%
“Turn-taking”			÷ 20 =	%
Atenção			÷ 13 =	%
Seguir Orientações			÷ 11 =	%
Competências Relacionais			÷ 55 =	%
Total de Domínio (Social)			÷ =	%

CD = Competências Desenvolvidas em Vários Domínios

### IMTAP – Musicalidade

Nome do Utente: \_\_\_\_\_ Data(s) da Avaliação: \_\_\_\_\_

#### Escala de Classificação:

N = Nunca = 0%      R = Raramente = Inferior a 50%      I = Inconsistente = 50 – 79%      C = Consistente = 80 – 100%

<i>Elementos Fundamentais</i>							
É alertado pela música	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Expressa apreciação pela música	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Indica desejo de toque/ <i>performance</i> de instrumentos	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Toca instrumento quando apresentado	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Explora instrumentos	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Vocaliza como resposta à música	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Move-se ritmicamente como resposta à música	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Toca instrumentos espontaneamente	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Canta espontaneamente		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Responde a “pistas” musicais simples		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Envolve-se na <i>performance</i> musical interactiva		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		

Regula-se com apoio musical		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Totais de Coluna:							
Adicionar os Totais de Coluna para calcular a Pontuação Bruta:							
<i>Actividades/Notas</i>							

Andamento	n/a						
Tolera mudar de andamento	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Demonstra consciência de mudanças evidentes no andamento <sub>CD</sub>	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Movimentos corporais inconscientes no andamento <sub>CD</sub>	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Movimentos corporais conscientes no andamento <sub>CD</sub>	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Toca no seu andamento 1 – 4 compassos		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Toca no andamento do terapeuta 1 – 4 compassos <sub>CD</sub>		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Inicia mudanças de andamento		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Adapta a sua <i>performance</i> para corresponder a mudanças de andamento <sub>CD</sub>		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Adapta a sua <i>performance</i> para seguir <i>accelerando</i> <sub>CD</sub>		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Sustém tocar no seu andamento interactivamente		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Sustém tocar no tempo do terapeuta interactivamente			N <sub>0</sub>	R <sub>3</sub>	I <sub>4</sub>	C <sub>5</sub>	

## IMTAP – Musicalidade

Nome do Utente: \_\_\_\_\_ Data(s) da Avaliação: \_\_\_\_\_

### Escala de Classificação:

N = Nunca = 0%    R = Raramente = Inferior a 50%    I = Inconsistente = 50 – 79%    C = Consistente = 80 – 100%

<i>Andamento (continuação)</i>							
Toca múltiplos da pulsação básica				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
Adapta a sua <i>performance</i> para seguir <i>ritardando</i>				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
Totais de Coluna:							
Adicionar os Totais de Coluna para calcular a Pontuação Bruta:							
<i>Actividades/Notas</i>							

Ritmo							n/a
Imita padrão rítmico simples <sub>CD</sub>		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Imita padrão rítmico intermédio <sub>CD</sub>		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Percute padrão rítmico de melodia ou palavras			N <sub>0</sub>	R <sub>3</sub>	I <sub>4</sub>	C <sub>5</sub>	
Sustém imitação de padrões rítmicos variáveis			N <sub>0</sub>	R <sub>3</sub>	I <sub>4</sub>	C <sub>5</sub>	
Muda padrão rítmico como resposta à música				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
Coordena dois padrões rítmicos diferentes				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
Inicia padrões rítmicos diferentes durante o "turn-taking"				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
Inicia estruturas rítmicas que envolvem múltiplos padrões				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
Desenvolve estruturas rítmicas que envolvem múltiplos padrões				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
Sustém padrões rítmicos iniciados por si				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
Adapta a sua <i>performance</i> para corresponder a mudanças de métrica <sub>CD</sub>				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
Totais de Coluna:							
Adicionar os Totais de Coluna para calcular a Pontuação Bruta:							
Actividades/Notas							

## IMTAP – Musicalidade

Nome do Utente: \_\_\_\_\_ Data(s) da Avaliação: \_\_\_\_\_

### Escala de Classificação:

N = Nunca = 0%      R = Raramente = Inferior a 50%      I = Inconsistente = 50 – 79%      C = Consistente = 80 – 100%

Dinâmicas							n/a
Demonstra consciência de mudanças evidentes de dinâmica <sub>CD</sub>	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Tolera mudar a dinâmica	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Demonstra variedade de dinâmicas na <i>performance</i>		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Inicia mudanças de dinâmica		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Segue dicas para mudança de dinâmica		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Adapta tocar para <i>crescendo</i>		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Adapta tocar para <i>diminuendo</i>			N <sub>0</sub>	R <sub>3</sub>	I <sub>4</sub>	C <sub>5</sub>	



Demonstra o controlo do <i>crescendo</i>				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
Demonstra o controlo do <i>diminuendo</i>				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
Demonstra uso expressivo do <i>crescendo/diminuendo</i>				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
<i>Totais de Coluna:</i>							
<i>Adicionar os Totais de Coluna para calcular a Pontuação Bruta:</i>							
<i>Actividades/Notas</i>							

<i>Vocal</i>	<i>n/a</i>						
Vocalizações inconscientes na tonalidade <sub>CD</sub>	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Vocaliza como resposta a estímulos/idiomas musicais particulares <sub>CD</sub>	N <sub>0</sub>	R <sub>1</sub>	I <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>			
Vocalizações comunicativas na tonalidade da música		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Vocaliza para completar expressão de canção conhecida		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Canta na nota ou tonalidade		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Canta melodia definida com precisão <sub>CD</sub>		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Canta usando sensibilidade às componentes musicais			N <sub>0</sub>	R <sub>3</sub>	I <sub>4</sub>	C <sub>5</sub>	
Canta em ciclo repetido				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>

## IMTAP – Musicalidade

Nome do Utente: \_\_\_\_\_ Data(s) da Avaliação: \_\_\_\_\_

### Escala de Classificação:

N = Nunca = 0%      R = Raramente = Inferior a 50%      I = Inconsistente = 50 – 79%      C = Consistente = 80 – 100%

<i>Vocal (continuação)</i>							
Canta linha da harmonia				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
Canta expressando conteúdo do texto da canção e significado				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
Cria improvisação com expressão pessoal na letra				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
Cria e canta estrutura de canção própria				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
<i>Totais de Coluna:</i>							
<i>Adicionar os Totais de Coluna para calcular a Pontuação Bruta:</i>							

## Actividades/Notas

Altura Absoluta e Relativa							n/a
Procura corresponder a tons isolados			N <sub>0</sub>	R <sub>3</sub>	I <sub>4</sub>	C <sub>5</sub>	
Toca melodicamente na tonalidade da música				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
Identifica nome da nota com dica auditiva				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
Inicia canção na tonalidade original				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
Toca melodia conhecida “de ouvido”				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
Muda de tom para corresponder a mudança de tonalidade				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
Transpõe música “de ouvido”				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
Totais de Coluna:							
Adicionar os Totais de Coluna para calcular a Pontuação Bruta:							
Actividades/Notas							



Criatividade							n/a
Cria melodia independentemente		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Improvisa melodia para padrão rítmico dado		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Atribui diferentes instrumentos para ideias ou imagens dadas			N <sub>0</sub>	R <sub>3</sub>	I <sub>4</sub>	C <sub>5</sub>	
Atribui diferentes motivos musicais para ideias ou imagens dadas			N <sub>0</sub>	R <sub>3</sub>	I <sub>4</sub>	C <sub>5</sub>	



## IMTAP – Musicalidade

Nome do Utente: \_\_\_\_\_ Data(s) da Avaliação: \_\_\_\_\_

### Escala de Classificação:

N = Nunca = 0%    R = Raramente = Inferior a 50%    I = Inconsistente = 50 – 79%    C = Consistente = 80 – 100%

Criatividade (continuação)							
Cria música para poema ou história			N <sub>0</sub>	R <sub>3</sub>	I <sub>4</sub>	C <sub>5</sub>	
Improvisa palavras para padrão rítmico dado			N <sub>0</sub>	R <sub>3</sub>	I <sub>4</sub>	C <sub>5</sub>	
Improvisa estrutura rítmica			N <sub>0</sub>	R <sub>3</sub>	I <sub>4</sub>	C <sub>5</sub>	
Inicia ideia musical com duração de expressão em pergunta e resposta			N <sub>0</sub>	R <sub>3</sub>	I <sub>4</sub>	C <sub>5</sub>	
Cria expressão melódica com apoio harmónico			N <sub>0</sub>	R <sub>3</sub>	I <sub>4</sub>	C <sub>5</sub>	
Improvisa harmonia				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>

Prolonga estrutura conhecida durante improvisação				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
Cria estrutura completa de canção				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
Transcreve ideias musicais usando símbolos ou notação <sub>CD</sub>				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
Improvisa expressivamente usando componentes musicais				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
Improvisa em estilo musical reconhecível				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
Improvisa em modo musical reconhecível				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
Cria improvisação com expressão pessoal				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
<i>Totais de Coluna:</i>							
<i>Adicionar os Totais de Coluna para calcular a Pontuação Bruta:</i>							
<i>Actividades/Notas</i>							

<i>Leitura Musical</i>	<i>n/a</i>						
Toca acompanhamento simples usando gráfico de acordes <sub>CD</sub>			N <sub>0</sub>	R <sub>3</sub>	I <sub>4</sub>	C <sub>5</sub>	
Lê e toca notação rítmica simples			N <sub>0</sub>	R <sub>3</sub>	I <sub>4</sub>	C <sub>5</sub>	
Toca melodia de canção a partir de pistas escritas				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
Lê notação em clave de sol <sub>CD</sub>				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
Lê e toca música na notação em clave de sol				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
Lê em clave de fá				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
Lê Lê e toca música na notação em clave de fá				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>



## IMTAP – Musicalidade

Nome do Utente: \_\_\_\_\_ Data(s) da Avaliação: \_\_\_\_\_

### Escala de Classificação:

N = Nunca = 0%      R = Raramente = Inferior a 50%      I = Inconsistente = 50 – 79%      C = Consistente = 80 – 100%

<i>Leitura Musical (continuação)</i>							
Lê e toca melodia e acordes simultaneamente				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
Lê e toca clave de fá e de sol simultaneamente				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
<i>Totais de Coluna:</i>							
<i>Adicionar os Totais de Coluna para calcular a Pontuação Bruta:</i>							
<i>Actividades/Notas</i>							

Acompanhamento							n/a
Acompanha terapeuta a cantar/tocar		N <sub>0</sub>	R <sub>2</sub>	I <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>		
Vocaliza e toca simultaneamente com pulsação			N <sub>0</sub>	R <sub>3</sub>	I <sub>4</sub>	C <sub>5</sub>	
Acompanha-se a si próprio com instrumento harmónico				N <sub>0</sub>	R <sub>4</sub>	I <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>
Totais de Coluna:							
Adicionar os Totais de Coluna para calcular a Pontuação Bruta:							
<p><i>Actividades/Notas</i></p>							

## IMTAP – Musicalidade

Nome do Utente: \_\_\_\_\_ Data(s) da Avaliação: \_\_\_\_\_

### Sumário

Sub-Domínio	n/a	Classificação Bruta	Possível	Classificação Final
Elementos Fundamentais			÷ 40 =	%
Andamento			÷ 53 =	%
Ritmo			÷ 60 =	%
Dinâmicas			÷ 45 =	%
Vocal			÷ 57 =	%
Altura Absoluta e Relativa			÷ 41 =	%
Criatividade e Desenvolvimento de Ideias Musicais/Vocal e Instrumental			÷ 91 =	%
Leitura Musical			÷ 52 =	%
Acompanhamento			÷ 15 =	%
Total de Domínio (Musicalidade)			÷ =	%

CD = Competências Desenvolvidas em Vários Domínios

### **Apêndice III: PAMI – Perfil Biográfico de Avaliação de Musicoterapia Individual**

# Perfil Biográfico de Avaliação de Musicoterapia Individual (PAMI)

## Formulário de Admissão

Data de admissão: \_\_\_\_\_

Nome do Utente: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Nome do terapeuta: \_\_\_\_\_

Idade Cronológica: \_\_\_\_\_

Idade Mental: \_\_\_\_\_ Referenciado por: \_\_\_\_\_

Nome do acompanhante entrevistado: \_\_\_\_\_ Relação com o utente: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

*Por favor, observe: As questões neste formulário são de natureza pessoal e confidencial. O terapeuta deverá exercitar o seu julgamento apropriado durante o seu preenchimento. A realização do formulário não é um requisito para os serviços de Musicoterapia.*

Informações Gerais		
O utente tem um diagnóstico actual? Diagnóstico: Quem atribuiu o diagnóstico?	Sim	Não
O utente toma alguma medicação? Qual?	Sim	Não
O utente tem alguma alergia ou hipersensibilidade?	Sim	Não
Há alguma precaução que eu deva ter ao trabalhar com o utente? (ex. convulsões, mordidas, comportamento auto-agressivo ou auto-destrutivo, etc.)	Sim	Não
O utente participa em outras terapias? Terapias:	Sim	Não
O utente já teve qualquer experiência musical prévia ou exposição?	Sim	Não
Acredita que o utente tem alguma aptidão musical?	Sim	Não
Existem músicos nos elementos da família mais próximos? Quem?	Sim	Não
Notou que o utente tem alguma preferência musical?	Sim	Não
Que benefícios é que acha que a Musicoterapia terá para o utente?		

**Nome do Utente:** \_\_\_\_\_ **Data de Início de MT:** \_\_\_\_\_

*Nota para o terapeuta: Quaisquer indicações na coluna sombreada da esquerda indicam que esta área de funcionamento deverá ser avaliada.*

<b>Motricidade Grossa</b>		
Notou que o utente tem qualquer dificuldade na motricidade grossa?	Sim	Não
O utente está totalmente em regime de ambulatório?	Não	Sim
O utente necessita de assistência ao nível físico?	Sim	Não
O utente usa totalmente todos os seus membros?	Não	Sim

<b>Motricidade Fina</b>		
Notou que o utente tem qualquer dificuldade na motricidade fina?	Sim	Não
O utente é capaz de desempenhar tarefas de motricidade fina com ambas as mãos? (ex. Comer com os utensílios adequados, abotoar um botão, segurar um lápis)	Não	Sim
O utente deixa frequentemente cair itens ou tem dificuldade em segurar objectos?	Sim	Não

<b>Oral</b>		
O utente tem qualquer dificuldade com a alimentação?	Sim	Não
O utente tem algum problema respiratório?	Sim	Não

<b>Sensorial</b>		
Notou que o utente tem qualquer dificuldade ao nível sensorial?	Sim	Não
O utente resiste ao auxílio físico?	Sim	Não
O utente desempenha algum comportamento repetitivo?	Sim	Não
O utente tem algum défice ao nível da audição, visão ou outros sentidos?	Sim	Não
O utente tem qualquer sensibilidade a ou preferências extremas por sons particulares?	Sim	Não
O utente é estimulado em excesso por sons, luzes ou multidões?	Sim	Não

Nome do Utente: \_\_\_\_\_ Data de Início de MT: \_\_\_\_\_

<b>Comunicação receptiva / Percepção Auditiva</b>		
O utente já foi diagnosticado com alguma dificuldade auditiva? <i>Se sim, foi feito um audiograma? E quais foram os resultados?</i>	Sim	Não
O utente tem dificuldade em ouvir sons ou em compreender o discurso?	Sim	Não
O utente tem um historial de infeções auditivas?	Sim	Não
O utente compreende ou reage àquilo que lhe é dito?	Não	Sim

<b>Comunicação Expressiva</b>		
Notou que o utente tem alguma dificuldade ao nível da fala ou linguagem?	Sim	Não
O utente comunica verbalmente? <i>Se não, por favor indique o modo de comunicação:</i>	Não	Sim
Os outros compreendem facilmente o utente?	Não	Sim
O utente tem qualquer discurso idiossincrático (linguagem própria)?	Sim	Não

<b>Cognitivo</b>		
Notou que o utente tem qualquer défice ou dificuldades cognitivas?	Sim	Não

<b>Emocional</b>		
Notou que o utente tem quaisquer dificuldades emocionais?	Sim	Não
O utente demonstra as suas emoções apropriadamente?	Não	Sim
O utente tem “explosões de raiva” ou fica irritado facilmente?	Sim	Não
O utente sofreu alguma situação emocional traumática ou uma recente mudança nas circunstâncias da sua vida?	Sim	Não



Nome do Utente: \_\_\_\_\_ Data de Início de MT: \_\_\_\_\_

Social		
Notou que o utente tem quaisquer dificuldades sociais?	Sim	Não
O utente tem alguma dificuldade relacionada com membros familiares?	Sim	Não
O utente tem um grupo social de colegas com idades semelhantes?	Não	Sim
O utente participa em conversações ou interage com os outros?	Não	Sim
O utente tem alguma dificuldade em particular na instituição ou em outras situações sociais?	Sim	Não

Existe alguma informação que não tenha sido abrangida e que sinta que é importante?

---

---

---

---

---

---

---

Notas do terapeuta:

---

---

---

---

---

---

---

**Nome do Utente:** \_\_\_\_\_ **Data de Início de MT:** \_\_\_\_\_

Sumário do Questionário Inicial de MT:

*Por favor, seleccione com uma cruz as categorias aplicáveis, baseado na informação anterior:*

- ☐ Motricidade Grossa
- ☐ Motricidade Fina
- ☐ Motricidade Oral
- ☐ Sensorial
- ☐ Comunicação receptiva / Percepção Auditiva
- ☐ Comunicação Expressiva
- ☐ Cognitivo
- ☐ Emocional
- ☐ Social
- ☐ Musicalidade

Assinatura \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

## **Apêndice IV: Autorização Vídeo Áudio**

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

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

Caro(a) Senhor(a),

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

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

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

Com os melhores cumprimentos,

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

## **Apêndice V: Declaração de consentimento**

## DECLARAÇÃO

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

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

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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(local) (dia) (mês) (ano)

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Nome Legível

**Apêndice VI: Decreto do Presidente da República n.º 14-A/2020**



## PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA

Decreto do Presidente da República n.º 14-A/2020

de 18 de março

Sumário: Declara o estado de emergência, com fundamento na verificação de uma situação de calamidade pública.

A Organização Mundial de Saúde qualificou, no passado dia 11 de março de 2020, a emergência de saúde pública ocasionada pela doença COVID-19 como uma pandemia internacional, constituindo uma calamidade pública.

A situação tem evoluído muito rapidamente em todo o mundo em geral, e, em particular, na União Europeia. Em face do que antecede, têm sido adotadas medidas de forte restrição de direitos e liberdades, em especial no que respeita aos direitos de circulação e às liberdades económicas, procurando assim prevenir a transmissão do vírus.

Portugal não se encontra imune a esta realidade. Bem pelo contrário, são crescentes os novos casos de infetados no nosso País. O conhecimento hoje adquirido e a experiência de outros países aconselham a que idênticas medidas sejam adotadas em Portugal, como forma de conter a expansão da doença, sempre em estreita articulação com as autoridades europeias.

Em Portugal, foram já adotadas diversas medidas importantes de contenção, as quais foram, de imediato, promulgadas pelo Presidente da República, e declarado o estado de alerta, ao abrigo do disposto na Lei de Bases da Proteção Civil.

Contudo, à semelhança do que está a ocorrer noutros países europeus, toma-se necessário reforçar a cobertura constitucional a medidas mais abrangentes, que se revele necessário adotar para combater esta calamidade pública, razão pela qual o Presidente da República entende ser indispensável a declaração do estado de emergência.

Nos termos constitucionais e legais, a declaração limita-se ao estritamente necessário para a adoção das referidas medidas e os seus efeitos terminarão logo que a normalidade seja retomada. Entretanto, confere às medidas que se traduzam em limitações de direitos, liberdades e garantias o respaldo Constitucional que só o estado de emergência pode dar, reforçando a segurança e certeza jurídicas e a solidariedade institucional.

Foram consideradas, em articulação com o Governo, as posições da Autoridade de Saúde Nacional.

Foi ouvido o Conselho de Estado.

Nestes termos, o Presidente da República decreta, nos termos dos artigos 19.º, 134.º, alínea d), e 138.º da Constituição e da Lei n.º 44/86, de 30 de setembro, alterada pela Lei Orgânica n.º 1/2011, de 30 de novembro, e pela Lei Orgânica n.º 1/2012, de 11 de maio, ouvido o Governo e obtida a necessária autorização da Assembleia da República, através da Resolução da Assembleia da República n.º 15-A/2020, de 18 de março, o seguinte:

### 1.º

É declarado o estado de emergência, com fundamento na verificação de uma situação de calamidade pública.

### 2.º

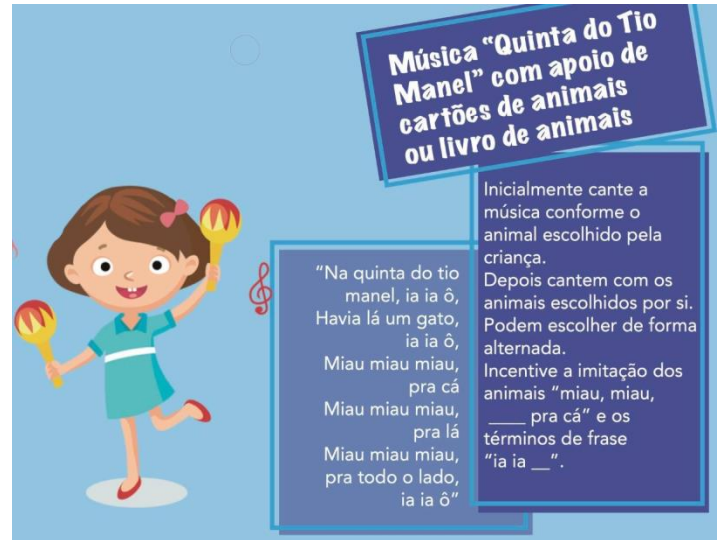
A declaração de estado de emergência abrange todo o território nacional.

### 3.º

O estado de emergência tem a duração de 15 dias, iniciando-se às 0:00 horas do dia 19 de março de 2020 e cessando às 23:59 horas do dia 2 de abril de 2020, sem prejuízo de eventuais renovações, nos termos da lei.



## **Apêndice VII: Sugestões para os pais em período de confinamento**



**MUSICOTERAPIAÇORES APRESENTA**  
Direto com Musicoterapeutas convidados

**27/04 SEGUNDA-FEIRA**  
**MUSICOTERAPIA PARA GRÁVIDAS**  
MT. ELSA BRAGA

**28/04 TERÇA-FEIRA**  
**MUSICOTERAPIA NAS PERTURBAÇÕES DO NEURODESENVOLVIMENTO - AUTISMO**  
MT. SALOMÉ FERREIRA

**29/04 QUARTA-FEIRA**  
**MUSICOTERAPIA NAS MULTIDEFICIÊNCIAS PARALISIA CEREBRAL**  
MT. SUSANA GUTIÉRREZ

**30/04 QUINTA-FEIRA**  
**ADAPTAÇÃO DE CONTEÚDO ACADÉMICO PARA AS SESSÕES DE MUSICOTERAPIA**  
MT. ANDREIA LEAL

**01/05 SEXTA-FEIRA**  
**MUSICOTERAPIA NA GERIATRIA DEMÊNCIAS E PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR**  
MT. PAULA ROSADO

**18H (AÇORES) - 15H (BRASIL)**

**LIVE**

MusicoterapiAçores apresenta:  
Diretos com Musicoterapeutas convidados

**Musicoterapia nas Perturbações do Neurodesenvolvimento AUTISMO**

Estagiária de Mt. Melissa Vieira

Mt. Salomé Ferreira

**28/04 terça-feira**  
**18h (AÇORES) - 15h (BRASIL)**

**LIVE**

## **Apêndice VIII: Reportagem Açoriano Oriental – Tratar com Acordes Musicais**



## Tratar com acordes musicais

MusicoTerapiAçores é o projeto de Marisa Raposo, Letícia Dionízio e Melissa Vieira que, durante o período de isolamento social, organizaram conversas online sobre as diversas áreas de intervenção da musicoterapia.

1 de Jun de 2020, 01:18



Autor: Tatiana Durique /AO Online

Melissa Vieira, natural da Praia da Vitória, é a terceira musicoterapeuta do projeto MusicoTerapiAçores. Juntou-se às micalenses Marisa Raposo e Letícia Dionízio no projeto e trouxe a musicoterapia para a ilha Terceira.

Atualmente apenas duas ilhas têm a terapia que atua em diversas patologias e em todas as idades: "A Musicoterapia consiste num processo interpessoal, direcionado para objetivos terapêuticos, no qual o terapeuta ajuda o(s) utente(s) a melhorar, manter ou restabelecer o seu bem-estar físico, emocional, cognitivo, comunicativo e/ou social, utilizando experiências musicais e as relações interpessoais enquanto forças de mudança", define a nova musicoterapeuta Melissa Vieira que acrescenta que a terapia através da música desenvolve e restabelece potenciais funções do utente para que consiga alcançar uma integração satisfatória e, consequentemente, uma melhor qualidade de vida, através da prevenção, tratamento ou reabilitação.

A Musicoterapia envolve um conjunto de elementos essenciais à sua prática, nomeadamente um plano terapêutico



composto por diversos estádios: avaliação inicial com uma escala específica, identificação de sinais e sintomas, estabelecimento de objetivos terapêuticos, aplicação de técnicas de intervenção e avaliação periódica com baterias de teste validadas.

A música é o elemento central do tratamento e o utente poderá ser desafiado a produzir ou simplesmente a ouvir. O efeito da musicoterapia é "como uma força motivadora e 'disfarçada' que nos leva a atingir objetivos que nada têm de musicais", refere Melissa Vieira em entrevista ao Açoriano Oriental.

Habitualmente, as sessões realizam-se semanalmente, consoante as necessidades dos utentes que não precisam de ter formação musical prévia. As sessões não pressupõem a aprendizagem de música ou de um instrumento. O foco está na concretização de objetivos terapêuticos não-musicais.

A música é reconhecidamente terapêutica há diversos séculos, mas a sua aplicação eficaz na saúde pressupõe hoje formação académica especializada: grau universitário em musicoterapia aliada à formação clínica.

"A Musicoterapia pode intervir em qualquer fase da vida: desde a fase pré-natal até aos cuidados terminais. Pode atuar nas áreas da pediatria/desenvolvimento, perturbações do neuro desenvolvimento (como a perturbação do espectro do autismo), multideficiência, reabilitação neurológica e biopsicossocial, saúde mental, pedopsiquiatria, psiquiatria e gerontologia, nos âmbitos da prevenção, recuperação de funções ou minimização de perda de competências (cuidados psicogeriátricos e paliativos). Também se pode destinar a indivíduos com desenvolvimento típico que objetivam desenvolver e/ou melhorar certas necessidades, sejam elas do domínio social, emocional, cognitivo, comunicativo, entre outros", esclareceu a jovem recém-licenciada.

Os resultados "dependem dos objetivos delineados inicialmente para cada utente dos quais se destacam a melhoria de competências comunicativas e relacionais, melhorias no foco e atenção individual/partilhada, melhorias ao nível da expressão corporal e emocional (transportando sentimentos e sensações do interior para o exterior através dos instrumentos, de letras e músicas improvisadas ou já existentes. O domínio não verbal para muitos utentes acaba por ser o caminho mais seguro), melhorias dos níveis fisiológicos (frequência cardíaca e respiratória, pressão arterial), diminuição de crises de ansiedade e redução do stress; auxílio no tratamento contra certas doenças (suporte dor crónica) e melhorias na coordenação motora" refere a musicoterapeuta.

O projeto MusicoterapiaAçores foi fundado em 2011, em São Miguel, por Marisa Medeiros Raposo e conta desde março de 2018 com a colaboração de Letícia Dionizio. Em 2020 Melissa Vieira juntou-se à equipa a partir da ilha Terceira. Uma chegada tardia da terapia à ilha ilhas que a jovem praiense justifica: "antes não havia profissionais com a referida formação universitária em musicoterapia. Em Portugal, a única formação que habilita ao exercício profissional da musicoterapia é o mestrado da universidade lusitana de Lisboa". Melissa Vieira admite que levar a musicoterapia a todas as ilhas da região seria "um sonho incrível".

Como forma de divulgar esta área de intervenção, as três musicoterapeutas açorianas promoveram, durante a quarentena, diretos diários na rede social Facebook com musicoterapeutas portuguesas convidadas para falarem sobre diversos temas: musicoterapia para grávidas, musicoterapia nas perturbações do neurodesenvolvimento-Autismo, musicoterapia nas multideficiências-paralisia cerebral, Adaptação de conteúdo académico para as sessões de Musicoterapia e Musicoterapia na geriatria - Demências e promoção do bem-estar. "Para nós, é muito importante a divulgação dos benefícios da musicoterapia demonstrados pelas evidências científicas, de modo a que o público em geral esteja esclarecido e tenha conhecimento dos objetivos que podem ser atingidos quando procuram os nossos atendimentos terapêuticos. O feedback que tivemos foi muito positivo, tivemos um grande alcance de pessoas e grande envolvimento durante o direto com perguntas e dúvidas acerca do assunto tomando-o leve e interessante. Isso motivou-nos muito" conclui a jovem açoriana que garante que as conversas online sobre musicoterapia vão continuar mesmo depois do isolamento.