



**Poltécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Educação
de Viseu

2023

IPV - ESEV

As Potencialidades da Musicoterapia na Perturbação do Espectro do Autismo: Um estudo de caso

Ana Carolina Lemos Rodrigues

As Potencialidades da Musicoterapia na Perturbação do Espectro do Autismo: Um estudo de caso

Ana Carolina Lemos Rodrigues

1 de maio de 2023

As Potencialidades da Musicoterapia na Perturbação do Espectro do Autismo: Um estudo de caso

Ana Carolina Lemos Rodrigues

Trabalho de Projeto

Mestrado em Educação Especial, especialização Domínio Cognitivo e Motor

Trabalho efetuado sob a orientação de
Professora Doutora Rosina Fernandes
Professora Doutora Cristina Aguiar

1 de maio de 2023

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE CIENTÍFICA

Ana Carolina Lemos Rodrigues, n.º 11810, do curso de Mestrado em Educação Especial, especialização Domínio Cognitivo e Motor, declara sob compromisso de honra, que o trabalho de projeto é inédito e foi especialmente escrito para este efeito.

Viseu, 1 de maio de 2023

A mestranda,

Ana Carolina Lemos Rodrigues

DEDICATÓRIA

Ao meu Pai e ao meu Avô.
Na ausência foram sempre presença.
Na esperança de que estejam orgulhosos do meu percurso.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Professora Doutora Rosina Fernandes, Orientadora do projeto de mestrado, e à Professora Doutora Cristina Aguiar, Coorientadora do projeto de mestrado, pela disponibilidade, orientação, compreensão e palavras de motivação ao longo da realização do trabalho de investigação.

À Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viseu, em particular à Coordenadora do Mestrado em Educação Especial, área de especialização Domínio Cognitivo e Motor, Professora Doutora Sara Felizardo.

A todos os Docentes que permitiram que adquirisse os conhecimentos fundamentais para a realização do Projeto de Mestrado.

À Instituição para crianças, jovens e adultos com Perturbação do Espectro do Autismo, frequentada pela criança em estudo, que por motivos de garantia de anonimato não poderei identificar, grata pela disponibilidade, colaboração e pela oportunidade que me foi dada para fazer esta investigação.

Aos Técnicos, Encarregada de Educação e à Criança em estudo, grata pela vossa participação neste trabalho de investigação, colaboração e disponibilidade.

Por fim, mas não menos importante, uma palavra de carinho à minha família, em particular à minha Mãe e ao meu Padrasto, pelo apoio incondicional, palavras de motivação e presença em todos os momentos. Grata por terem acreditado sempre em mim.

A Todos, o meu sincero agradecimento!

RESUMO

Este estudo pretende explorar os benefícios da Musicoterapia no desenvolvimento de competências comunicacionais, relacionais e comportamentais de uma criança com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA). É importante salientar que os indivíduos com PEA revelam especial interesse pela música, sendo este o principal motivo do sucesso das técnicas musicoterapêuticas na intervenção nesta perturbação (Freire, 2014). Ainda de acordo com este autor, a musicoterapia estimula as suas habilidades comunicacionais e/ou sociais, bem como promove a redução de comportamentos estereotipados. O presente estudo recorreu a uma metodologia qualitativa, especificamente ao estudo de caso único, em que o caso de investigação é uma criança com PEA, do sexo masculino, com 6 anos de idade. Para avaliar as suas capacidades e dificuldades, bem como a sua evolução ao frequentar as sessões musicoterapêuticas, foram realizadas entrevistas a dois técnicos que trabalham com a criança, o Musicoterapeuta e a Terapeuta da Fala, e à Encarregada de Educação. Para além das entrevistas, foram efetuadas oito observações naturalistas das sessões de musicoterapia. De forma a analisar todos os dados obtidos através destes instrumentos de investigação, recorreu-se à análise de conteúdo. Os resultados obtidos permitem concluir que, na perspetiva dos participantes, a Musicoterapia é fundamental para potenciar as capacidades e minimizar as dificuldades desta criança com PEA, principalmente ao nível da comunicação e da interação social. Através das sessões musicoterapêuticas observadas, também se verificaram estes benefícios. Ainda assim, revela-se fundamental continuar a acompanhar a evolução do caso, visto que será necessário mais tempo de intervenção para que estas mudanças se tornem mais significativas.

PALAVRAS-CHAVE: Musicoterapia; Perturbação do Espectro do Autismo; Comunicação; Interação Social; Comportamento.

ABSTRACT

This study aims to demonstrate the benefits of Music Therapy in the development of communication, relational and behavioral skills of a child with Autism Spectrum Disorder (ASD). It is important to note that individuals with AEP show special interest in music, which is the main reason for the success of music therapy techniques in the treatment of this pathology (Freire, 2014). This author adds that music therapy stimulates communication and/or social skills, as well as promotes the reduction of stereotyped behaviors. The present study consists of a qualitative methodology, specifically a single subject case study, in which the case is a child with ASD, male, 6 years old. In order to assess his abilities and difficulties, as well as his evolution when attending music therapy sessions, interviews were conducted with two technicians working with the child, the Music Therapist and the Speech Therapist, and the mother. In addition to the interviews, eight naturalistic observations of the music therapy sessions were made. In order to analyse all the data obtained through these research instruments, we resorted to content analysis. The results obtained allow us to conclude that, from the perspective of the participants, Music Therapy is fundamental to enhance the abilities and minimize the difficulties of this child with ASD, especially at the level of communication and social interaction. Through the observed music therapy sessions, these benefits were also verified. Still, it is essential to continue to follow the evolution of the case, as more intervention time will be needed for these changes to become more significant.

KEY WORDS: Music Therapy; Autism Spectrum Disorder; Communication; Social Interaction; Behaviour.

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABELAS	v
LISTA DE SIGLAS	vi
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – REVISÃO DA LITERATURA	3
1. A Perturbação do Espectro do Autismo	3
1.1. <i>Caraterização etimológica e histórica da PEA</i>	3
1.2. <i>Fatores de risco e critérios de diagnóstico da PEA</i>	4
1.3. <i>Prevalência</i>	5
1.4. <i>Dificuldades de adaptação e intervenção com crianças/jovens com PEA</i>	5
2. A Musicoterapia: benefícios do uso terapêutico da música na PEA.....	8
2.1. <i>Caraterização da Musicoterapia</i>	8
2.2. <i>Os efeitos da Musicoterapia</i>	9
2.3. <i>Os benefícios do uso terapêutico da música na PEA</i>	9
CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO EMPÍRICO	11
1. Apresentação do estudo.....	11
2. Definição da questão de estudo	12
3. Objetivos de investigação	12
4. Participantes.....	12
5. Técnicas e instrumentos de recolha de dados	13
6. Procedimentos.....	14
7. Técnica de análise de dados.....	14
CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	15
1. Resultados das entrevistas	15
2. Resultados das observações naturalistas	20
3. Síntese dos resultados obtidos	26
CONCLUSÃO	27
BIBLIOGRAFIA.....	29
ANEXOS	31
<i>Anexo A – Guiões de Entrevista</i>	31
<i>Anexo B – Pedido de colaboração à Instituição</i>	36
<i>Anexo C – Pedido de colaboração à Encarregada de Educação</i>	37
<i>Anexo D – Consentimento informado da Encarregada de Educação</i>	38
<i>Anexo E – Consentimento informado dos Técnicos</i>	39
<i>Anexo F – Registos das observações das sessões de musicoterapia</i>	40
<i>Anexo G – Transcrição das entrevistas</i>	56

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Análise de conteúdo das entrevistas aos Técnicos e à Encarregada de Educação	15
Tabela 2 – Dificuldades típicas da PEA no caso em estudo	20
Tabela 3 – Tarefas musicais realizadas nas sessões de musicoterapia	22
Tabela 4 – Reações da criança às tarefas musicais	24
Tabela 5 – Tarefas desempenhadas pela criança nas sessões musicoterapêuticas	25
Tabela 6 – Guião de entrevista direcionado ao Musicoterapeuta	31
Tabela 7 – Guião de entrevista direcionado à Encarregada de Educação	33
Tabela 8 – Guião de entrevista direcionado à Terapeuta da Fala	34
Tabela 9 – Registo da primeira sessão observada	40
Tabela 10 – Registo da segunda sessão observada	41
Tabela 11 – Registo da terceira sessão observada	43
Tabela 12 – Registo da quarta sessão observada	45
Tabela 13 – Registo da quinta sessão observada	47
Tabela 14 – Registo da sexta sessão observada	49
Tabela 15 – Registo da sétima sessão observada	51
Tabela 16 – Registo da oitava sessão observada	53

LISTA DE SIGLAS

ABA – *Applied Behavior Analysis* [Análise do Comportamento Aplicada]

APA – *American Psychiatric Association* [Associação Americana de Psiquiatria]

BAP – *Broad Autism Phenotype* [Fenótipo Ampliado do Autismo]

CID – Classificação Internacional das Doenças

D.S.M. – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais / Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais]

E.E.A. – Ensino Estruturado para Alunos

N.S.E. – Necessidades de Saúde Específicas

P.E.A. – Perturbação do Espectro do Autismo

PECS – *Picture Exchange Communication System* [Sistema de Comunicação através da Troca de Figuras]

PEI – Programa Educativo Individual

P.H.D.A. – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

TEACCH – *Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children* [Tratamento e Educação para Crianças Autistas e com Distúrbios Correlatos da Comunicação]

W.F.M.T. – *World Federation of Music Therapy* [Federação Mundial de Musicoterapia]

INTRODUÇÃO

O presente trabalho apresenta um projeto realizado no âmbito do Mestrado em Educação Especial, área de especialização Domínio Cognitivo e Motor, da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viseu. O Projeto tem como tema de estudo *As Potencialidades da Musicoterapia na Perturbação do Espectro do Autismo: Um estudo de caso*, e, portanto, tem como finalidade realizar um estudo de caso sobre os benefícios da Musicoterapia no desenvolvimento de competências comunicacionais, relacionais e comportamentais de uma criança com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA).

Deste modo, importa introduzir um breve enquadramento teórico relativo à perturbação e à terapia em estudo, à inclusão das crianças com PEA na comunidade educativa, bem como ao tipo de investigação a utilizar, para que se compreenda a relevância deste Projeto de Mestrado.

O conceito de autismo sofreu uma grande transformação ao longo dos anos, de uma perturbação do comportamento com limites bem definidos, quadro clínico preciso e estereotipado, o autismo passou a ser uma patologia com um espectro de gravidade e sintomas variáveis, um quadro de fenótipo alargado, a – Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) (Lobo Antunes et al., 2021). A PEA inclui um conjunto de disfunções graves e precoces do neurodesenvolvimento que persistem ao longo da vida, podendo ter outras patologias associadas. Caracteriza-se por uma tríade clínica de perturbações que afetam as áreas da comunicação, interação social e comportamento. Esta perturbação consiste numa condição clínica de alterações cognitivas, linguísticas e neurocomportamentais, pois, mais do que um conjunto fixo de características, esta parece manifestar-se através de várias combinações possíveis de sintomas num contínuo de gravidade de maior ou menor intensidade. Não existem duas pessoas afetadas de igual forma e, por isso, podem ser muito diferentes entre si, não constituindo um grupo homogéneo (APA, 2014; Capucha, 2008).

Esta perturbação do neurodesenvolvimento é considerada pelos autores Lobo Antunes et al. (2021) como uma constelação cujas estrelas principais incluem a dificuldade na interação social, na comunicação verbal e não verbal; dificuldade em criar empatia, ou seja, em se colocar no lugar do outro; gestos, sons ou atividades repetitivas; fixação por determinados temas, jogos ou objetos; rigidez cognitiva, isto é, dificuldade em encontrar estratégias alternativas para a resolução de um problema; marcada ansiedade perante o inesperado ou as circunstâncias que não pode controlar; hipersensibilidade aos estímulos sensoriais – sons, cheiros, luz ou texturas – e desajeitamento motor. A PEA tanto se pode manifestar em indivíduos que apresentam dificuldades muito severas na aprendizagem, como em outros com um nível intelectual elevado (Capucha, 2008).

Para que as crianças com PEA sejam apoiadas no processo de ensino e de aprendizagem e na sua inclusão, o Decreto-Lei n.º 54/2018, de 6 de julho, vem reforçar o direito de uma educação congruente com as potencialidades, expectativas e necessidades de cada aluno, num conjunto de respostas planeadas, no âmbito de um projeto educativo comum e plural que proporcione a todos a participação e o sentido de pertença em verdadeiras condições de equidade. A diferenciação pedagógica tem em atenção todos os alunos na relação com as tarefas de aprendizagem, que poderão ser adaptadas consoante as finalidades e os seus conteúdos, quanto ao tempo e ao modo de as realizarem, quanto aos recursos, condições e apoios que são disponibilizados (Pereira et al., 2018).

Neste sentido, no âmbito do ensino estruturado existem alguns métodos de intervenção utilizados com crianças com PEA, com o propósito de alcançar o descrito acima. Para além disto, existem outras estratégias de intervenção que têm demonstrado resultados positivos no âmbito desta perturbação, como é o caso da Musicoterapia, a abordagem terapêutica em que se foca o presente trabalho de investigação.

Neste contexto, a *World Federation of Music Therapy (WFMT)* (2011, cit. por Brito, 2016) considera que a musicoterapia é a utilização da música e dos seus elementos, num processo sistematizado de modo a simplificar e a progredir na comunicação, no relacionamento, na aprendizagem, na mobilidade, na expressão e organização de processos psíquicos de um ou mais indivíduos, para que assim possa recuperar as suas funções (mentais, físicas ou emocionais), no desenvolvimento do seu potencial e na aquisição de uma melhor qualidade de vida. Assim, é entendida como uma abordagem terapêutica essencial no desenvolvimento e na procura do ser social que existe em cada indivíduo (Fleury & Santos, 2016).

Importa ressaltar que a história da implementação da musicoterapia em indivíduos com PEA, possui uma estreita relação com o início da sistematização da musicoterapia como profissão a partir da década de 1940, nomeadamente nos Estados Unidos (Reschke-Hernández, 2011, cit. por Fleury & Santos, 2016). Nas décadas seguintes, ocorreram variados episódios, fundamentais, que sistematizaram e propagaram a prática clínica da Musicoterapia a pessoas com esta perturbação (Gattino, 2015, cit. por Fleury & Santos, 2016).

No que concerne à implementação desta abordagem terapêutica na PEA, é possível concluir que o principal motivo do sucesso das técnicas musicoterapêuticas no tratamento desta perturbação, se deve ao especial interesse que a música desperta nestes indivíduos (Berger, 2003, cit. por Freire, 2014). Várias pesquisas em Musicoterapia revelam evoluções positivas nas habilidades comunicacionais e/ou sociais, bem como na redução de comportamentos estereotipados dos indivíduos com PEA (Finnigan & Starr, 2010; Simpson & Keen, 2011; Lanovaz et al., 2012, cit. por Freire, 2014). Desta forma, a criação musical através da improvisação clínica – Musicoterapia Improvisacional –, esta que é a abordagem musicoterapêutica mais comum na PEA, pode proporcionar comunicação musical, originando melhorias também noutros níveis de comunicação (Sarapa & Katusic, 2012, cit. por Freire, 2014). Para além disto, pode promover melhorias na atenção conjunta e na imitação, bem como a diminuição de comportamentos indesejáveis como o choro e as vocalizações estereotipadas (Wigram & Gold, 2006; Kim et al., 2008; Kim et al., 2009, cit. por Freire, 2014).

Como mencionado anteriormente, o presente estudo recorre a uma metodologia qualitativa, nomeadamente um estudo de caso de sujeito único. Enquadrando a metodologia qualitativa, nesta investigação, assume-se que a natureza do mundo social é diferente do mundo natural, pelo menos em qualidade. Pretende-se descobrir os significados e interpretações que os próprios atores atribuem aos fenómenos, descobrindo-se assim diversas realidades, e seguem-se planos mais flexíveis em que o investigador está mais implicado (Coutinho, 2018).

No que respeita ao estudo de caso, na sua essência, parece herdar as características da investigação qualitativa, regendo-se dentro da lógica que guia as contínuas etapas de recolha, análise e interpretação da informação dos métodos qualitativos, com a particularidade de que o propósito da investigação é o estudo intensivo de um ou poucos casos (Latorre et al., 2003, cit. por Meirinhos & Osório, 2010). Esta investigação enfrenta a situação tecnicamente

diferenciada em que existirão muito mais variáveis de interesse do que pontos de dados e, como resultado, conta com múltiplas fontes de evidência, convergindo os dados de forma triangular. Para além disto, beneficia do desenvolvimento anterior das proposições teóricas para orientar a recolha e a análise de dados. Portanto, compreende-se que a pesquisa de estudo de caso envolve um método abrangente, cobrindo a lógica do projeto, as técnicas de recolha de dados e as abordagens específicas à análise de dados. Nesse sentido, o estudo de caso não é apenas limitado a uma técnica de recolha de dados isolada ou mesmo a uma característica de projeto isolada (Yin, 2010). Pelo que foi referido, esta estratégia considera-se relevante para o presente trabalho de investigação, uma vez que consiste no estudo de um caso específico de forma pormenorizada.

Posto isto, com este estudo pretende-se compreender a importância e os benefícios da musicoterapia para potenciar as capacidades e minimizar as dificuldades de uma criança com PEA. Desta forma, importa apresentar todas as etapas desenvolvidas ao longo do trabalho.

O projeto de investigação está dividido em três grandes capítulos, passando assim a expô-los. O primeiro capítulo diz respeito à revisão da literatura, que aborda a PEA, mais especificamente a sua caracterização, os fatores de risco, critérios de diagnóstico, a sua prevalência, bem como algumas dificuldades de adaptação dos indivíduos com PEA e a intervenção nesta perturbação do neurodesenvolvimento. Integra, ainda, a abordagem terapêutica da Musicoterapia relacionando-a com a perturbação em estudo, mais concretamente a sua caracterização, os efeitos que esta provoca e os benefícios que o uso terapêutico da música promove nos indivíduos com PEA.

O segundo capítulo diz respeito ao enquadramento empírico, onde é apresentado o método utilizado na realização do estudo, justificando-se a opção metodológica, é definida a questão de estudo e expostos os objetivos de investigação, são caracterizados os participantes, os instrumentos de recolha de dados utilizados na implementação do estudo, os procedimentos e as técnicas de análise de dados considerados na concretização da pesquisa. O terceiro e último capítulo, enquadra a análise e a discussão dos resultados. Para finalizar, encontram-se as conclusões do estudo.

CAPÍTULO I – REVISÃO DA LITERATURA

1. A Perturbação do Espectro do Autismo

1.1. Caracterização etimológica e histórica da PEA

O quadro do autismo foi reconhecido pelo psiquiatra Leo Kanner (1894-1981), através de um grupo de crianças que apresentavam um desenvolvimento diferente, uma vez que se interessavam mais por objetos do que pelas pessoas. Contudo, existem relatos que sugerem que esta perturbação do neurodesenvolvimento terá existido desde sempre. Até então, seria confundida com a esquizofrenia infantil ou com a incapacidade intelectual (Santos & Freitas, 2014).

Neste seguimento, entre as onze crianças estudadas, algumas previamente descritas como tendo limitações intelectuais e esquizofrenia, Kanner conseguiu identificar as que se distinguiam desses quadros e caracterizar o que teriam em comum: uma incapacidade para se relacionarem com as pessoas e situações de modo habitual, desde o início da vida. Portanto, o trabalho de Kanner foi pioneiro na identificação do autismo, revelando que, ao contrário do que se verificava na esquizofrenia, as crianças não apresentavam deterioração (os sintomas surgiam logo nos primeiros anos de vida) nem alucinações. A PEA era inicialmente por si designada como perturbação autística do contacto afetivo, tendo-se baseado nas descrições do desenvolvimento de crianças que acompanhava. Esta designação, mais tarde, sofreu alterações, passando assim a chamar-se “autismo de Kanner” ou “autismo infantil precoce” (Santos & Freitas, 2014).

Porém, o termo escolhido por Kanner contribuiu para que o autismo permanecesse associado à esquizofrenia, sendo ainda durante muito tempo considerado como uma forma precoce dessa perturbação ou de psicose infantil, já que a sua origem no grego *autos*, que significa “si próprio”, tinha sido escolhido por Bleuler para descrever o sintoma do isolamento social, característico dos doentes adultos esquizofrénicos (Santos & Freitas, 2014).

O termo foi ainda utilizado pelo pediatra Hans Asperger, em 1944, no seu artigo intitulado “Psicopatia autística na infância”. Asperger descreveu quatro crianças com características semelhantes às descritas por Kanner, mas com extraordinárias capacidades de aprendizagem e um desenvolvimento normal da inteligência e linguagem. Contudo, este trabalho permaneceu relativamente desconhecido devido à dificuldade de difusão de uma publicação em alemão no meio científico (Lima, 2012; Santos & Freitas, 2014).

Em 1979, Lorna Wing e Judith Gould deram o nome de “Espectro de Autismo” a esta perturbação, pois num estudo epistemológico realizado em 35.000 crianças, verificaram dificuldades na interação social, associadas a dificuldades na comunicação e falta de interesse pelas atividades, no entanto, não se enquadravam nos diagnósticos tradicionais de autismo propostos por Kanner e Asperger. Neste sentido, definiram o conceito de *spectrum*, mais abrangente podendo acolher, quer os casos mais “ligeiros” apontados por Asperger, quer os que se enquadravam na descrição de Kanner (Lima, 2012).

A partir de 1980 o autismo foi incluído no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais/ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – 3.ª edição (DSM-III), da Associação Americana de Psiquiatria/ *American Psychiatric Association* (APA), como uma Perturbação Global do Desenvolvimento (Santos & Freitas, 2014).

O termo Síndrome de Asperger foi utilizado pela primeira vez por Lorna Wing, em 1981. Esta psiquiatra conseguiu divulgar o trabalho de Asperger pela comunidade anglo-saxónica, que se amplificou com a tradução, em 1991, por Uta Frith. Em 1992, a Classificação Internacional das Doenças – 10.ª edição (CID-10), da Organização Mundial de Saúde, e, em 1994, o DSM-IV, da APA, incluíram a Síndrome de Asperger como uma categoria das Perturbações Globais do Desenvolvimento (Lobo Antunes et al., 2021; Santos & Freitas, 2014).

De então para cá, o conceito de autismo mudou de forma radical. De uma perturbação do comportamento com limites bem definidos, quadro clínico preciso e estereotipado, o autismo passou a ser uma patologia com um espectro de gravidade e sintomas variáveis, um quadro de fenótipo alargado, a Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) (Lobo Antunes et al., 2021).

Após este breve enquadramento histórico, importa agora caracterizar esta perturbação do neurodesenvolvimento. A PEA inclui um conjunto de disfunções graves e precoces do neurodesenvolvimento que persistem ao longo da vida, podendo ter outras patologias associadas (Capucha, 2008).

Apesar da diversidade de estudos existentes e de se reconhecer que apresentam uma causa biológica bem demonstrada, ainda continua por definir qual a etiologia precisa que desencadeia este quadro clínico. No entanto, é consensual que esta perturbação evidencia uma origem multifatorial, devendo ser considerados fatores genéticos, pré e pós-natais, com uma combinação complexa que provoca uma grande variação na expressão comportamental (Capucha, 2008).

Não obstante esta grande variação, tipicamente a PEA caracteriza-se por uma tríade clínica de dificuldades que afetam as áreas da comunicação, interação social e comportamento. Utiliza-se a designação de “Espectro do Autismo”, referindo-se a uma condição clínica de alterações cognitivas, linguísticas e neurocomportamentais, pretendendo caracterizar o facto de que, mais do que um conjunto fixo de características, esta parece manifestar-se através de várias combinações possíveis de sintomas num contínuo de gravidade de maior ou menor intensidade. Ainda assim, utiliza-se com frequência autismo como sinónimo do espectro das perturbações (Capucha, 2008).

Assume-se como fundamental reconhecer esta variabilidade de combinações, para que consigamos compreender as pessoas com PEA e as suas diferentes necessidades individuais. Não obstante estes indivíduos manifestarem um conjunto de sintomas que possibilitam realizar um diagnóstico clínico, não existem duas pessoas afetadas de igual forma e, por isso, podem ser muito diferentes entre si, não constituindo um grupo homogéneo (Capucha, 2008).

Lobo Antunes et al. (2021) consideram esta perturbação como uma constelação cujas estrelas principais incluem: dificuldade na interação social; dificuldade na comunicação verbal e não verbal; dificuldade em criar empatia, isto é, colocar-se na pele dos outros; gestos, sons ou atividades repetitivas; fixação por determinados temas, jogos ou objetos; rigidez cognitiva, ou seja, dificuldade em encontrar estratégias alternativas para a resolução de um

problema; marcada ansiedade perante o inesperado ou as circunstâncias que não pode controlar; hipersensibilidade aos estímulos sensoriais (sons, cheiros, luz ou texturas); e desajeitamento motor.

Anteriormente, no DSM-IV, e tal como referido por Capucha (2008), as PEA englobavam: Perturbação autística (autismo de Kanner, autismo infantil ou autismo clássico); Perturbação de Asperger (Síndrome de Asperger); Perturbação desintegrativa da segunda infância; Perturbação global do desenvolvimento sem outra especificação (autismo atípico); e Síndrome de Rett.

Atualmente, no DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2014), os critérios de diagnóstico sofreram algumas alterações. As categorias anteriores, do DSM-IV, não se revelavam úteis para a avaliação clínica, decisão terapêutica ou para a investigação, devido à dificuldade em definir fronteiras entre elas. Desta forma, passaram, no DSM-5, a ter a designação comum de “Perturbação do Espectro do Autismo”, na qual fica bem patente a ideia de um espectro (APA, 2014; Lobo Antunes et al., 2021). Porém, esta designação não inclui a Síndrome de Rett, pois está comprovada a sua origem numa mutação genética (APA, 2014). A atual designação reflete diferentes gravidades da doença, mas também a forma mais ou menos intensa como cada característica se expressa (Lobo Antunes et al., 2021). A psiquiatra Lorna Wing tinha mencionado que os défices se manifestariam num *continuum*, sendo por isso considerada uma perturbação do neurodesenvolvimento (APA, 2014).

O diagnóstico desta perturbação continua a ser realizado a partir da avaliação direta do comportamento do indivíduo, de acordo com determinados critérios clínicos presentes nos sistemas de classificação do DSM-5 e da CID-10 (Capucha, 2008).

1.2. Fatores de risco e critérios de diagnóstico da PEA

Segundo a APA (2014), os fatores de prognóstico mais bem estabelecidos para o prognóstico individual dentro da PEA são: a presença ou ausência de incapacidade intelectual e comprometimento da linguagem associados (por exemplo, linguagem funcional aos cinco anos é um sinal de bom prognóstico); e problemas de saúde mental adicionais. A epilepsia, como diagnóstico comórbido, está associada a maior incapacidade intelectual e aptidão verbal mais baixa (APA, 2014).

Existem ainda alguns fatores que devem ser considerados: i) fatores ambientais, nomeadamente uma diversidade de fatores de risco inespecíficos, tais como, idade parental avançada, baixo peso à nascença ou exposição fetal ao valproato, podem contribuir para o risco de PEA; ii) fatores genéticos e fisiológicos, sendo que as estimativas de hereditabilidade para a PEA têm variado entre 37% e mais de 90%, baseadas em taxas de concordância entre gémeos, aliás, atualmente, cerca de 15% dos casos de PEA parecem estar associados a uma mutação genética conhecida, com diferentes variações no número de cópias ou mutações *de novo* em genes específicos associados à perturbação em diferentes famílias, no entanto, mesmo quando a PEA está associada a uma mutação genética conhecida, não parece ter penetrância completa, o risco para os restantes casos parece ser poligénico, com talvez centenas de *loci* genéticos fazendo contribuições genéticas relativamente pequenas (APA, 2014).

Importa também referir os critérios de diagnóstico. De acordo com a APA (2014), estes inserem-se em duas grandes áreas, sendo estas: défices persistentes na comunicação social e interação social; e padrões de comportamentos, interesses ou atividades restritos e repetitivos.

Défices persistentes na comunicação social e interação social – transversais a múltiplos contextos, manifestados pelos seguintes (exemplos), atualmente ou no passado (APA, 2014):

1. Défices na reciprocidade social-emocional, variando, por exemplo, de uma aproximação anormal e fracasso na conversação, a uma partilha reduzida de emoções e afetos ou fracasso em iniciar/responder a interações sociais;
2. Défices nos comportamentos de comunicação não verbal usados na interação social, variando, por exemplo, de uma pobre integração entre comunicação verbal e não verbal, a anomalias no contacto ocular e linguagem corporal ou défices na compreensão e uso de gestos, a uma total falta de expressões faciais e comunicação não verbal;
3. Défices para desenvolver, manter e compreender relacionamentos, variando, por exemplo, de dificuldades em ajustar o comportamento de modo a adequar-se aos diversos contextos sociais, a dificuldades em partilhar jogos imaginativos (faz de conta) ou fazer amigos, a falta de interesse nos pares.

Padrões de comportamentos, interesses ou atividades restritos e repetitivos – manifestados por pelo menos dois dos seguintes (exemplos), atualmente ou no passado (APA, 2014):

1. Movimentos motores, uso de objetos ou discurso estereotipados ou repetitivos, por exemplo, estereotipias motoras simples, alinhar ou sacudir brinquedos e objetos, ecolalia e frases idiossincráticas;
2. Resistência à mudança, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal, por exemplo, angústia extrema com pequenas mudanças, dificuldades com transições, padrões de pensamento rígidos, rituais de cumprimento e necessidade de fazer o mesmo percurso/comer os mesmos alimentos todos os dias;
3. Interesses absorventes, altamente restritos, com intensidade ou foco anormal, por exemplo, ligação forte/preocupação com objetos incomuns e interesses excessivamente circunscritos ou perseverantes;
4. Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse invulgar por aspetos sensoriais do ambiente, por exemplo, indiferença aparente à dor/temperatura, respostas adversas a sons/texturas específicas, tocar ou cheirar objetos de forma excessiva e fascínio por luzes/movimento.

Os sintomas têm de estar presentes no início do período do desenvolvimento. Porém, podem não se tornar totalmente manifestos até as exigências sociais excederem as capacidades limitadas do sujeito ou podem estar mascarados por estratégias aprendidas. Estes causam prejuízo clinicamente

significativo no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento atual. Estas perturbações não são melhor explicadas por incapacidade intelectual ou atraso global do desenvolvimento. A incapacidade intelectual e a PEA coocorrem várias vezes, para efetuar diagnósticos comórbidos de PEA e incapacidade intelectual, a comunicação social deve estar abaixo do esperado para o nível geral de desenvolvimento. Com efeito, a PEA também pode ter outras problemáticas/patologias associadas, como por exemplo, PEA com ou sem défice intelectual acompanhante; com ou sem défice da linguagem acompanhante; e associada a uma condição médica ou genética ou fator ambiental conhecidos. Podem também ser registadas perturbações adicionais como a perturbação de hiperatividade/défice de atenção, perturbações de comportamento disruptivo, perturbações de ansiedade, perturbação depressiva, entre outras (APA, 2014; Lobo Antunes et al., 2021).

Segundo Lobo Antunes et al. (2021) o erro de diagnóstico mais comum em crianças com PEA é o de Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA). Os autores consideram esta falha demasiado comum resultante de uma análise superficial das dificuldades da criança ou jovem. É certo que a PHDA está presente em muitos dos indivíduos com PEA, sendo o ator mais visível ou histriónico, mas não é certamente o único ou aquele que explica todas as dificuldades que a criança apresenta.

A APA (2014) definiu, ainda, especificadores/níveis de gravidade, uma vez que esta perturbação não se revela sempre da mesma forma, sendo, portanto, fundamental perceber em que nível se encontra cada indivíduo. São três os níveis de gravidade: nível 1 – requer apoio; nível 2 – requer apoio substancial; nível 3 – requer apoio muito substancial. Estes níveis avaliam duas áreas, sendo estas: comunicação social e comportamentos restritos e repetitivos.

Os sintomas desta perturbação são habitualmente reconhecidos durante o segundo ano de vida, entre os doze e os vinte e quatro meses. Contudo, podem também ser observados antes dos doze meses se os atrasos de desenvolvimento forem graves e depois dos vinte e quatro meses se os sintomas forem mais leves (APA, 2014).

De acordo com Santos e Freitas (2014) devem ser considerados os seguintes quadros diagnósticos (diagnóstico diferencial) que permitem distinguir de um quadro de PEA (embora, em alguns casos, possam coexistir). Estas crianças podem apresentar algumas características semelhantes à PEA, ou seja, uma fenocópia, mas não serão quadros autísticos. Isto acontece com crianças que são criadas em situações extremas de privação psicoafetiva. A reciprocidade social não é tão afetada, e, em grande parte dos casos, os problemas podem desaparecer com uma mudança ambiental favorável.

No que se refere à perturbação do desenvolvimento intelectual, em crianças pequenas pode ser difícil atribuir os problemas de comunicação, de socialização e comportamentos estereotipados a um ou a outro diagnóstico. Em crianças mais crescidas aquelas áreas estarão mais comprometidas nos quadros autísticos, tendo em conta o nível de desenvolvimento cognitivo, o mesmo se aplica quando as duas perturbações se associam, o que ocorre numa percentagem significativa (60%) de casos. A surdez deve ser suspeitada, e o seu despiste realizado, por rotina, em bebés e crianças pequenas que pouco vocalizam ou se mostram indiferentes a estímulos auditivos. Nos quadros em que existe um atraso no desenvolvimento da linguagem, as crianças apresentam uma comunicação não verbal (gestos; expressões faciais) de acordo com o desenvolvimento, uma normal socialização e atividade imaginativa, mas existem situações em que não é fácil efetuar um diagnóstico diferencial em relação às perturbações da comunicação. A regressão no desenvolvimento, com perda da linguagem e do uso das mãos, as estereotipias gestuais típicas na linha média, a desaceleração do crescimento craniano com conseqüente microcefalia e o reconhecimento da sua origem genética tornam o quadro da Síndrome de Rett distinto das PEA. No mutismo seletivo os problemas de comunicação verificam-se apenas em contextos fora do lar. Finalmente, no que diz respeito ao fenótipo alargado de autismo – quadros parciais, vários estudos têm comprovado a existência de sintomas mais ligeiros, mas idênticos ao autismo nos familiares, a que se convencionou intitular de *Broad Autism Phenotype* (BAP), procurando-se desenvolver questionários que melhor o caracterizassem. A avaliação do número de sintomas, a sua gravidade e interferência com o funcionamento psicossocial será a forma de fazer a distinção. Para as crianças que apesar de apresentarem problemas da comunicação e interação social não evidenciem padrões de atividades e comportamentos repetitivos, foi criada uma nova categoria diagnóstica no DSM-5 denominada de Perturbação da Comunicação-Socialização (Santos & Freitas, 2014).

1.3. Prevalência

Nos Estados Unidos da América e outros países foram reportadas taxas próximas de 1% da população, com estimativas semelhantes em amostras de crianças e adultos (APA, 2014). De acordo com Capucha (2008), embora se desconheça qual o número de indivíduos com PEA existente em todo o mundo, estudos revelam que a sua prevalência é de 1 em cada mil, ocorrendo predominantemente no sexo masculino – 3 rapazes para 1 rapariga. Portanto, a PEA é diagnosticada 4 vezes mais no sexo masculino do que no feminino (APA, 2014).

Contudo, Lobo Antunes et al. (2021) referem que formas subtis da perturbação são mais difíceis de diagnosticar no sexo feminino, porque um certo grau de “recato” não é considerado atípico e pode até ser bem recebido. Esta diferença pode ser parcialmente responsável pela desigualdade entre os géneros. Ainda assim, não há dúvidas de que a PEA é mais comum no sexo masculino.

Na perspetiva de Lima (2012), o aumento da prevalência está relacionado com vários fatores, como por exemplo, o aumento da consciência dos pais/mães; uma melhor definição dos critérios de diagnóstico que são mais abrangentes, uma vez que existe um conhecimento mais alargado dos profissionais que intervêm com crianças com PEA; e devido ao aumento de instrumentos de rastreio e diagnóstico. Estes fatores podem estar relacionados com uma maior sinalização e um melhor diagnóstico.

1.4. Dificuldades de adaptação e intervenção com crianças/jovens com PEA

A PEA interfere de forma significativa no desenvolvimento do indivíduo, fazendo, assim, com que este apresente um modo muito específico de pensamento e de funcionamento caracterizado por dificuldades em compreender e responder de forma adequada às diversas situações do meio ambiente;

selecionar e processar informação pertinente; e responder a estímulos sensoriais (hipo ou hipersensibilidade). A PEA tanto se pode manifestar em indivíduos que apresentam dificuldades muito severas na aprendizagem, como em outros com um nível intelectual elevado. Logo, algumas pessoas com PEA poderão ter sucesso académico, serem bons alunos, terem êxito nas suas opções profissionais e ao mesmo tempo demonstrar algumas dificuldades sociais e de comunicação, necessitando de ajudas para se adaptarem. Já outros indivíduos apresentarão dificuldades na aprendizagem, sendo imprescindível um apoio para realizar as tarefas mais simples do dia-a-dia (Capucha, 2008).

Para além da tríade clínica da PEA – comunicação, interação social e comportamento – a identificação das características específicas desta perturbação, especialmente, nos défices de processamento sensorial, capacidade de atenção, sequencialização, motivação, resolução de problemas, memorização, cognição social e linguagem, tem possibilitado reconhecer e tentar compensar os fatores condicionantes da aprendizagem. Identificar todas estas características é reconhecer que os alunos com PEA precisam de respostas educativas diferenciadas, que, sustentadas pelas áreas fortes, proporcionem a estimulação para a aprendizagem e ajudem a colmatar as dificuldades de comunicação, de interação e problemas de comportamento (Capucha, 2008).

Na prática estas características traduzem-se por algumas dificuldades, sendo estas: comunicação expressiva; comunicação não verbal; compreensão; perceber a tarefa como um todo; sequencialização; consequencialização; concentração e atenção; generalização; abstração e simbolismo; motivação; empatia; cognição social; alteração de rotinas; gestão de imprevistos; *input* sensorial; imaginação; capacidades especiais e interesses restritos; comportamentos estereotipados e rígidos; rotinas, preocupações e rituais; alteração de sono/vigília; particularidades do padrão alimentar; entre outras (Capucha, 2008).

Devido à sua especificidade, e em especial ao facto de os seus sintomas se manifestarem de forma constante, independentemente dos contextos ou situações, a PEA envolve não apenas o indivíduo com esta problemática, mas todos os contextos em que está inserido. A ambiguidade desta perturbação bem como, muitas vezes, a invisibilidade das suas características, no que concerne aos aspetos físicos, faz com que, frequentemente, as competências e as emoções das famílias sejam subavaliadas ou mal interpretadas por aqueles que desconhecem esta problemática. Como tal, é importante que os profissionais e as escolas que atendem crianças e jovens com PEA tenham presente que estas famílias enfrentam dificuldades acrescidas (Capucha, 2008).

Grande parte destas crianças ou jovens partilham poucos ou mesmo nenhuns aspetos, episódios ou conteúdos da vida escolar em casa e, com frequência, não generalizam as competências anteriormente aprendidas noutros contextos da sua vida. Neste sentido, envolver a família em todo o processo é extremamente importante, para colaborar e participar na avaliação, considerando o conhecimento que tem do seu filho(a) (interesses, rotinas, rituais...); conhecer as preocupações da família relativamente ao futuro; atender às suas necessidades/prioridades na organização e elaboração do Programa Educativo Individual (PEI); e criar espaços de comunicação para a família poder expressar preocupações, desejos, perceções, necessidades, e para informar a família sobre os progressos, dificuldades e alterações do PEI decorrentes de avaliações e reavaliações (Capucha, 2008).

Neste seguimento, as crianças/jovens com PEA são crianças/jovens com Necessidades de Saúde Específicas (NSE), de acordo com a legislação em vigor no nosso país. Desta forma, e como já foi mencionado, necessitam de uma intervenção adequada consoante o diagnóstico, que deve ser efetuado precocemente. Os sinais são detetados pelos pais/mães ou professores, tornando-se, assim, necessária uma equipa multidisciplinar para realizar a avaliação e a intervenção ajustada (Cumine, 1998, cit. por Castanheira, 2016).

De acordo com os pontos n.º 1 e n.º 2 do artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 54/2018, de 6 de julho, o presente decreto-lei estabelece os princípios e as normas que garantem a inclusão, procurando assim responder à diversidade das necessidades e potencialidades de todos e de cada um dos alunos, através do aumento da participação nos processos de aprendizagem e na vida da comunidade educativa. Este reconhece as medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão, as áreas curriculares específicas e, ainda, os recursos específicos que devem ser mobilizados para responder às necessidades educativas de todas e de cada uma das crianças e jovens durante o seu percurso escolar, nas diversas ofertas de educação e formação.

Neste sentido, o decreto-lei vem reforçar o direito de uma educação congruente com as potencialidades, expectativas e necessidades de cada aluno, num conjunto de respostas planeadas, no âmbito de um projeto educativo comum e plural que proporcione a todos a participação e o sentido de pertença em verdadeiras condições de equidade. A diferenciação pedagógica tem em atenção todos os alunos na relação com as tarefas de aprendizagem, que poderão ser adaptadas consoante as finalidades e os seus conteúdos, quanto ao tempo e ao modo de as realizarem, quanto aos recursos, condições e apoios que são disponibilizados (Pereira et al., 2018).

Segundo Mello (2005) os métodos de intervenção mais utilizados na PEA no âmbito do Ensino Estruturado para Alunos (EEA) são: a Análise do Comportamento Aplicada/ *Applied Behavioral Analysis* (ABA); o Tratamento e Educação para Crianças Autistas e com Distúrbios Correlatos da Comunicação/ *Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children* (TEACCH); e o Sistema de Comunicação através da Troca de Figuras/ *Picture Exchange Communication System* (PECS). Desta forma, será feita uma breve abordagem destes três métodos de intervenção.

Os programas de intervenção baseados na ABA requerem validação detalhada de fatores ambientais e da sua interferência no comportamento de crianças com PEA, para identificar aspetos determinantes do comportamento e outros que podem levar à sua repetição (Fernandes & Amato, 2013). A ABA mais conhecida baseia-se no princípio ABC, isto é, *Antecedent – Behaviour – Consequence*, para ensinar à criança as competências pretendidas. O antecedente pode ser um estímulo verbal ou físico (como por exemplo um pedido), o comportamento resultante diz respeito à resposta da criança e a consequência dependerá do comportamento resultante. Esta consequência pode incluir um reforço positivo do comportamento desejado (elogio ou outro prémio motivador) ou nenhuma reação para respostas incorretas. A maior parte dos programas ABA são altamente estruturados, com as competências a alcançar bem definidas, sendo que cada competência é decomposta em passos progressivos e implementada utilizando *prompts* (sinais), gradualmente excluídos conforme as competências são alcançadas. A criança pratica cada passo em várias situações e cada vez que obtém o resultado desejado recebe um reforço positivo. O número de horas de intervenção é elevado, entre 25 a 40 horas por semana. Esta metodologia comportamental é bem reconhecida e obtém bons resultados, segundo a literatura (Lobo Antunes et al., 2021).

O TEACCH é um programa de educação especial, sendo que a sua abordagem de intervenção é muito utilizada nas escolas portuguesas, mais concretamente nas salas de “Unidades de Ensino Estruturado”. Este método baseia-se no facto de estas crianças, no geral, aprenderem com mais facilidade através do processamento visual. No EEA é desenvolvido um plano individualizado para cada aluno, para tal, é criado um ambiente altamente organizado, utilizando pistas visuais para que a criança consiga facilmente prever e compreender as atividades diárias. Os suportes visuais também são usados para tornar as tarefas individuais compreensíveis. Porém, esta metodologia é criticada pela dependência dos apoios visuais e pela necessidade de adaptar constantemente os espaços exteriores (Lobo Antunes et al., 2021).

O PECS é um método de intervenção em comunicação suplementar e/ou alternativa baseado nos princípios comportamentais básicos – modelagem, reforço diferencial e transferência de controlo de estímulos – no qual a criança aprende a requisitar objetos ou atividades de interesse (potenciais reforçadores) através da troca de figuras. Este sistema é muito utilizado para a comunicação de pessoas com PEA, pois salienta a relação interpessoal, em que ocorre um ato comunicativo entre o indivíduo com dificuldade de fala e um adulto, por meio de troca de figuras, e a estimulação com apoio visual, numa sequência lógica possibilitando à pessoa com PEA expressar os seus desejos e sentimentos. O PECS inicialmente era composto por sete fases, em que cada uma delas possui o seu objetivo específico, mas atualmente este apresenta seis fases. Assim que o objetivo de cada fase é alcançado, a criança avança para a fase seguinte, sendo que esta progride nas fases seguintes mediante alguns requisitos que constam no manual de instruções do PECS. Este método de intervenção tem demonstrado resultados positivos, de acordo com a literatura (Luz & Branco, 2021).

Posto isto, para que a intervenção seja adequada é necessário, primeiramente, compreender a função ou objetivo de cada comportamento. Os comportamentos estão relacionados com as obsessões e interesses das crianças, representam satisfação positiva e têm a função de diminuir a tensão. Quer no contexto familiar, quer no contexto escolar, os ambientes físicos devem ser calmos, com uma estrutura bem definida e bem organizada, previsível e equilibrada do ponto de vista dos estímulos. Os fatores desencadeadores de tensão devem ser removidos para que a criança consiga superar as suas dificuldades (Cumine, 1998, cit. por Castanheira, 2016).

Existem outras estratégias de intervenção que têm demonstrado resultados positivos no âmbito desta perturbação, como é o caso da Musicoterapia. Esta abordagem terapêutica é o foco do presente trabalho de investigação e, portanto, será abordada no próximo ponto.

2. A Musicoterapia: benefícios do uso terapêutico da música na PEA

2.1. Caracterização da Musicoterapia

São várias as abordagens utilizadas no tratamento de indivíduos com PEA, como já foi referido no capítulo anterior, devendo estas contemplar as particularidades de cada caso. Desta forma, não existe uma abordagem exclusiva no tratamento de pessoas com esta incapacidade (Brasil, 2015, cit. por Fleury & Santos, 2016). A musicoterapia tem demonstrado resultados positivos no âmbito desta perturbação, centrando-se, assim, o presente trabalho de investigação nesta abordagem terapêutica. Neste sentido, segue-se um enquadramento teórico sobre esta estratégia de intervenção.

A Musicoterapia, que se destina à utilização profissional do som e dos seus elementos para fins terapêuticos (WFMT, 2011, cit. por Freire et al., 2018), considera a musicalidade inata como reflexo da sensibilidade universal à música e as suas componentes, estando presente em todo o indivíduo, independentemente dos desafios, atrasos e incapacidades que ele possa apresentar (Kirkland, 2013, cit. por Freire et al., 2018). Assim, a musicoterapia é entendida como uma abordagem terapêutica essencial no desenvolvimento e na procura do ser social que existe em cada indivíduo (Fleury & Santos, 2016).

Segundo Bruscia (2007, cit. por Brito, 2016) definir terapia é tão difícil quanto descrever música, tal como é difícil separar a música das artes, também é delicado distinguir terapia de educação, de desenvolvimento, de crescimento, de cura e de uma variedade de fenómenos descritos como terapêuticos. Para este autor, terapia é toda a intervenção que procura tratar problemas corporais, psíquicos ou espirituais e que, através das suas causas e sintomas, consiga obter um restabelecimento de saúde ou bem-estar da pessoa (Brito, 2016).

De acordo com Sousa (2010, cit. por Brito, 2016), pelo facto de se tratar de um comportamento humano, a música exerce uma influência única, poderosa e benéfica sobre o ser humano, qualquer que seja o propósito – alegria, tristeza, exaltação cívica, intelectual ou espiritual. Esta relaciona-se com o ser humano e, atuando sobre a pessoa de forma saudável, é reconhecida desde os povos antigos, até aos dias de hoje, pelo seu poder de cura e diversão (Brito, 2016).

Benezon (1988, cit. por Brito, 2016, p. 50) considera que a musicoterapia é uma especialização científica que consagra o estudo e a investigação do complexo som/ser, seja este som musical ou não. Visa procurar os elementos diagnósticos e métodos terapêuticos do mesmo, destinando-se

concomitantemente a campos de indagação relacionados entre si. Por um lado, faz referência a uma ciência cujo objeto de estudo é o (...) som/ser humano, assim como a busca de elementos, diagnósticos e métodos terapêuticos derivados; por outro lado, o mesmo termo é utilizado para definir um método terapêutico específico, que tende a modificar a estrutura da personalidade humana e a superar sintomas patológicos.

São diversas as conceções de musicoterapia, segundo vários autores. Para Bruscia (1997, cit. por Brito, 2016) a musicoterapia é um processo de intervenção sistemática, em que o cliente é ajudado pelo terapeuta na obtenção de saúde através de experiências musicais e das relações que se desenvolvem através delas. Essas relações serão as forças dinâmicas para a mudança, bem como da aproximação sensorial sonora, com a intenção terapêutica, a certo número de dificuldades psicológicas e patológicas mentais. Os seus procedimentos e métodos variam conforme a linha, abordagem, objetivos da terapia e as necessidades do indivíduo ou grupo. As experiências musicais utilizadas variam entre audição, recriação, improvisação e composição, podendo ser aplicadas em conjunto ou separadamente (Bruscia, 2000, cit. por Freire, 2014).

Segundo Lecourt (1986, cit. por Brito, 2016) o termo musicoterapia refere-se ao uso da música, do som, do ritmo, numa relação psicoterapêutica. Blasco (1999, cit. por Brito, 2016) menciona que as depressões, certos estados neuróticos, o alcoolismo e principalmente a psicose e a PEA, reagem de uma forma particularmente interessante. Através da música é possível expressar facilmente sentimentos de amor, ódio, tristeza, temor, alegria, desespero, terror, medo, angústia, entre outros.

Ainda neste contexto, a WFMT (2011, cit. por Brito, 2016) considera que a musicoterapia é a utilização da música e dos seus elementos, num processo sistematizado de modo a simplificar e progredir na comunicação, no relacionamento, na aprendizagem, na mobilidade, na expressão e organização de processos psíquicos de um ou mais indivíduos, para que assim possa recuperar as suas funções (mentais, físicas ou emocionais), no desenvolvimento do seu potencial e na aquisição de uma melhor qualidade de vida. Assim, a musicoterapia é o uso da música na obtenção de objetivos terapêuticos, como a restauração e o aumento da saúde física e mental. É também a aplicação científica da música, dirigida pelo terapeuta num determinado contexto com vista a provocar mudanças no comportamento (Brito, 2016). Já segundo Rodrigo (2008, cit. por Brito, 2016), estas mudanças facilitam à pessoa o tratamento que deve receber a fim de que possa compreender-se melhor a si mesmo e ao que o rodeia, para que se consiga ajustar melhor e mais adequadamente à sociedade.

O objetivo primordial da musicoterapia, na perspetiva de Leite (2008, cit. por Brito, 2016), não é o saber música, mas o alívio do sofrimento psíquico através de produções no mundo dos sons. É irrelevante o tipo de sons, de música ou de ruídos que os indivíduos produzem, mas sim que os produzam, que os criem e que através deles expressem os seus sentimentos e emoções. Uma das ideias base 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 (Brito, 2016). Como objetivo fundamental do musicoterapeuta, este, procura ajudar os seus pacientes a abrirem canais de comunicação e a reabilitar as necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas (Fernandes, 2016).

Deste modo, é possível concluir que a musicoterapia oferece a oportunidade de uma nova comunicação terapêutica, podendo ser eficaz e suprir lacunas de outras terapias, todavia, é necessário que se criem as condições básicas para o seu desenvolvimento (Fernandes, 2016).

Em jeito de curiosidade, é relevante mencionar que o Dia Mundial da Musicoterapia se comemora no dia um do mês de março.

2.2. Os efeitos da Musicoterapia

Os pioneiros da musicoterapia foram explicando ao longo dos tempos as qualidades terapêuticas da música sobre o organismo do ser humano (Brito, 2016). Segundo Rodrigo (2008, cit. por Brito, 2016) a musicoterapia, através da sua qualidade não verbal, tem acesso a todos os níveis de funcionamento humano, fisiológico e emocional, conseguindo modificá-los. Porém, estas variações dependem da inter-relação entre os diferentes elementos da música, sendo o elemento mais próximo da emoção e da afetividade, a melodia. Já o ritmo transforma o organismo produzindo efeitos de energia, relaxamento e até mesmo sono. O timbre produz efeitos a nível emocional e a harmonia, através do encadeamento de acordes, produz inquietude e ansiedade, ou paz e equilíbrio. Por fim, a altura parece estar relacionada com o estado de ânimo, pois, quando os sons são graves atraem-se sentimentos de tristeza e quando são agudos invoca-se a alegria (Rodrigo, 2008, cit. por Brito, 2016).

No que concerne ao nível fisiológico, Slaughter (s.d., cit. por Brito, 2016) refere que a música pode aumentar o nível de resistência à dor, sendo por isso mesmo utilizada em odontologia e ginecologia. Por outro lado, através do relaxamento muscular, alivia a ansiedade e a depressão e facilita a participação em atividade física. A música contém sempre um elemento de prazer e ajuda o indivíduo a esquecer as dificuldades de ordem física, mental ou social, atuando sobre o sistema nervoso central.

Relativamente ao nível psicológico, Rodrigo (2008, cit. por Brito, 2016) menciona que, através da libertação emocional, a música provoca, desenvolve e cria fantasias libertando estados emocionais capazes de expressar sentimentos. Reforça, ainda, a identidade, o autoconceito, promove a expressão verbal e estimula a imaginação, sendo considerada uma linguagem universal de sentimentos. Ainda segundo este autor, a música que o indivíduo escolhe reflete a sua personalidade, demonstrando as suas características e distúrbios, trazendo à memória factos e emoções, permitindo abrir canais de comunicação. Ao nível intelectual, a música atua sobre áreas como a atenção, a memória, o pensar, a criatividade e a imaginação, mantendo ativos os neurónios cerebrais e favorecendo a aprendizagem. Desenvolve também a capacidade artística e o gosto e estimula o gozo estético, promovendo o autodomínio e beneficiando a meditação e o relaxamento (Brito, 2016).

No que diz respeito ao nível social, a música pode constituir-se como um veículo de comunicação e autoexpressão, um agente de socialização, devido ao facto de fomentar relação entre as pessoas, promovendo a participação em grupo, o entretenimento e a discussão. Sendo um princípio socializante, desenvolvendo assim a comunicação, a música é um complemento fulcral no desenvolvimento integral do ser humano (Rodrigo, 2008, cit. por Brito, 2016).

Por fim, ao nível espiritual, a música desempenha um papel relevante de carácter transcendente e divino, confinado à área da religião. Este contacto fomenta um ambiente de conforto espiritual facilitando a expressão de dúvidas, sentimentos, valores, emoções, libertando os aspetos mais íntimos do ser humano, visto que aparece em todas as liturgias, cultos e espiritualidades (Rodrigo, 2008, cit. por Brito, 2016).

2.3. Os benefícios do uso terapêutico da música na PEA

A história da implementação da musicoterapia em indivíduos com PEA possui uma estreita relação com o início da sistematização da musicoterapia como profissão a partir da década de 1940, nomeadamente nos Estados Unidos (Reschke-Hernández, 2011, cit. por Fleury & Santos, 2016). Nas décadas seguintes, ocorreram episódios fundamentais que sistematizaram e propagaram a prática clínica da Musicoterapia a pessoas com PEA, tais como: criação da *National Association of Music Therapy* nos EUA, a *Society of Music Therapy and Remedial Music* no Reino Unido, a fundação do *Journal of Music Therapy*, os trabalhos de *Paul Nordoff*, *Clifford Madsen et al.*, *Juliete Alvin*, *Rolando Benenzon* e a criação de modelos de Musicoterapia como Musicoterapia Orff e Musicoterapia Criativa (Gattino, 2015, cit. por Fleury & Santos, 2016).

A música desperta especial interesse nos indivíduos com PEA, sendo este o principal motivo do sucesso das técnicas musicoterapêuticas no tratamento desta patologia (Berger, 2003, cit. por Freire, 2014).

Tal como foi apresentado na primeira parte do trabalho, a PEA caracteriza-se por uma tríade clínica de perturbações que afetam as áreas da comunicação, interação social e comportamento (Capucha, 2008). Segundo Faria (2008, cit. por Brito, 2016) as crianças com PEA revelam atenção e sensibilidade excecionais face a estímulos musicais, respondendo, habitualmente, de maneira positiva à música. A autora refere algumas respostas observadas num grupo de crianças com PEA, as quais demonstraram uma memória melódica excecional, identificando excertos de música clássica de forma quase imediata e manifestando um extraordinário interesse por tocar piano, cantar e ouvir música. Constituindo-se a música como uma ponte de comunicação que alcança em primeiro lugar a emoção e depois as reações físicas, promovendo estados de espírito que transmitem energias positivas, contribuindo para o equilíbrio da personalidade e para o bem-estar emocional (Brito, 2016).

De acordo com Molnar-Szakacs e Heaton (2012, cit. por Freire, 2014), indivíduos com PEA, de uma forma geral, revelam notável interesse por música e podem até mesmo ter uma habilidade excecional na área musical, o que faz da música uma janela única para o mundo do autismo. Num estudo anterior, os mesmos autores discorrem sobre outra hipótese, a partir de estudos da Psicologia da Música, de que atividades musicais estão intrinsecamente associadas a atividades sociais. Portanto, atividades musicais proporcionariam convívio e interação, permitindo, conseqüentemente, a aquisição de linguagem e de habilidades motoras (Molnar-Szakacs et al., 2009, cit. por Freire, 2014).

Existem pesquisas experimentais que confirmam estas hipóteses. Nos últimos cinco anos há um número crescente de estudos que investigam tanto a relação neurofisiológica entre a música e a PEA, como investigam a música no tratamento da PEA na área da saúde. Nas Neurociências, investiga-se principalmente o processamento auditivo-musical, comparando pessoas com PEA e pessoas com desenvolvimento típico. Entre elas, investigações sobre o processamento auditivo local e global indicam relações significativas entre gravidade da PEA e disfunção em conectividades locais, embora o processamento global esteja intacto nessa população (Ouimet et al., 2012; Khan et al., 2013, cit. por Freire, 2014).

Segundo Rodrigo (2008, cit. por Brito, 2016) conseguir a mínima comunicação, um determinado *feedback*, é uma vitória, pois, por pequena que seja, constitui uma das experiências mais encorajadoras e gratificantes que um profissional pode ter. Sendo a música bastante maleável, facilmente se

consegue adaptar a qualquer ambiente, adequando-se às necessidades de cada indivíduo. O objetivo primordial da musicoterapia com crianças com PEA, consiste na superação da barreira do isolamento, entrando no seu mundo interior, abrindo canais de comunicação (Brito, 2016).

As atividades musicais promovem a inclusão da criança com PEA devido ao seu caráter lúdico e de livre expressão, visto que não apresentam pressões nem cobram resultados. Por outro lado, aliviam e relaxam a criança, auxiliando a desinibição, contribuindo para o envolvimento social, despertando noções básicas de respeito e consideração pelo outro, abrindo espaço para outras aprendizagens (Brito, 2016).

Os autores Wan e Schlaug (2010, cit. por Freire, 2014) referem que os indivíduos com PEA apresentam diferenças na massa total cerebral, na simetria e integração entre áreas da fala e na conexão entre regiões auditiva e motora. Quanto à música, estes associam-na à neuroplasticidade, mostrando que a prática musical intensiva leva ao crescimento de áreas cerebrais frontal, temporal, motora e corpo caloso. Mostram também que a música tem potencial de aumentar conexões entre lobos frontal e temporal, nos dois hemisférios, e de ativar áreas cerebrais associadas a emoções. Ainda segundo os mesmos autores, estas descobertas justificariam a utilização da música em tratamentos para a PEA, nomeadamente no desenvolvimento da linguagem e na regulação das emoções. Fabricius (2012, cit. por Freire, 2014) confirma que as componentes sensorio-motoras e as áreas ativadas para a linguagem e canto são as mesmas, e acrescenta que sistemas neurológicos responsáveis pela fala e pelo som são mais requisitados na perceção auditiva de pessoas com PEA do que os sistemas responsáveis apenas pela fala.

Os resultados dos estudos sobre processamento auditivo e PEA integram-se aos resultados dos estudos sobre intervenções musicais e PEA encontrados na área da saúde. Pesquisas em Musicoterapia revelam evoluções positivas nas habilidades comunicacionais e/ou sociais, bem como na redução de comportamentos estereotipados, em crianças com PEA submetidas a tratamento musicoterapêutico (Finnigan & Starr, 2010; Simpson & Keen, 2011; Lanovaz et al., 2012, cit. por Freire, 2014).

A abordagem musicoterapêutica mais comum em pesquisas com a PEA é a Musicoterapia Improvisacional, sendo também a mais próxima da realidade clínica (Wigram & Gold, 2006; Gattino, 2012, cit. por Freire, 2014). As técnicas de improvisação musical clínica são utilizadas de forma específica nesta abordagem, sendo uma forma de terapia musical bastante recorrente na estimulação de crianças com PEA (Wigram & Gold, 2006, cit. por Freire & Parizzi, 2015). Nela, o musicoterapeuta espelha, sustenta, reforça, provoca ou complementa a expressão sonora da criança, com o objetivo de a envolver no ato musical coativo e estabelecer contacto e comunicação (Freire & Parizzi, 2015). A improvisação musical clínica motiva o manuseio de instrumentos musicais e a utilização da voz, de forma lúdica, estimulando a comunicação e a interação (Nordoff & Robbins, 2007, cit. por Freire, 2014).

No que concerne à Musicoterapia Improvisacional, Gattino (2012, cit. por Freire, 2014) salienta a melhoria na comunicação não verbal como um dos principais efeitos dessa abordagem. Os autores Sarapa e Katusic (2012, cit. por Freire, 2014) apontam que a criação musical através da improvisação clínica pode proporcionar comunicação musical, originando melhorias também em outros níveis de comunicação. Para além disto, pode promover melhorias na atenção conjunta e na imitação, bem como a diminuição de comportamentos indesejáveis como o choro e as vocalizações estereotipadas (Wigram & Gold, 2006; Kim et al., 2008; Kim et al., 2009, cit. por Freire, 2014).

Sintetizando, cada sessão de musicoterapia tem as suas próprias características, todas com pontos em comum, visto que todos coincidem em que o cliente é o centro da terapia e que esta deve protagonizar o seu próprio processo terapêutico através da Música. Contudo, o objetivo final é que o cliente possa, com as ajudas pertinentes, aumentar a consciência emocional, a autoestima, o autocontrolo e as habilidades socioafetivas para a vida diária (Fernandes, 2015).

Posto isto, a música é considerada um meio de expressão não verbal, é um tipo de linguagem que facilita relacionamentos, aprendizagem, autoexpressão e comunicação (Brito, 2016), promovendo assim o bem-estar do paciente e compensando as incapacidades de desenvolvimento (Ambrós, 2016, cit. por Herdy & Carmo, 2016). Por ser motivadora e envolvente, a música desenvolve a comunicação e a exteriorização de sentimentos, possibilitando às pessoas descobrir ou redescobrir o que há no seu interior e partilhá-lo com os seus pares (Brito, 2016).

Em jeito de conclusão, a terapia através da Música assume-se, assim, como um novo subterfúgio com novas potencialidades no tratamento de indivíduos com PEA (Fernandes, 2015).

CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO EMPÍRICO

1. Apresentação do estudo

Com o presente trabalho de investigação pretende-se conhecer os benefícios da musicoterapia na PEA, ao nível das competências comunicacionais, relacionais e comportamentais de uma criança com esta perturbação. Este estudo consiste numa metodologia qualitativa, especificamente estudo de caso – sujeito único. Desta forma, segue-se um breve enquadramento acerca da investigação qualitativa e do estudo de caso.

Na metodologia qualitativa a teoria surge através da análise dos dados, fundamentando-se na perspetiva dos sujeitos e não nas conceções prévias do investigador que estatisticamente as comprovaria, como é o caso da quantitativa. A primeira, mais uma vez, dá ênfase a significados individuais e estabelece um plano de investigação flexível, em que se procuram fatores universais concretos aos quais se chega estudando um caso específico em detalhe e depois comparando com outros casos, também estudados de forma detalhada (Coutinho, 2018).

São utilizadas, preferencialmente, técnicas de observação para recolher dados em meio natural – observação naturalista – e o investigador geralmente participa de forma ativa – observação participante –. Utilizam-se técnicas como a análise de conteúdo na análise de dados e perspetiva-se uma investigação de índole prática, em que o seu objetivo é melhorar a prática individual, contribuindo assim para a descrição e compreensão de situações concretas (Coutinho, 2018).

Na investigação qualitativa é necessário assegurar os critérios de rigor que se seguem: credibilidade – obtida através do contraste entre fontes de investigação distintas, considerando que a realidade é múltipla, dinâmica e construída pelos próprios indivíduos; generalizações naturalísticas – questiona-se a generalização e sustenta-se que cada situação é única, assim como cada pessoa é uma pessoa; dependência – incongruências são importantes, pois permitem interpretações do fenómeno que se traduzem na riqueza de significados, já que a consistência é vista como possibilidade de chegar aos mesmos resultados a partir de informações e perspetivas semelhantes; e confirmabilidade – apela a critérios intersubjetivos que permitam evitar viés/juízos pessoais (Coutinho, 2018).

Para além disto, a metodologia qualitativa estipula objetivos para a investigação, tais como: descobrir, gerar e construir (investigando um contexto mais específico) – metodologia adequada para problemas em que seja necessária a compreensão em profundidade, podendo optar-se pelo estudo de caso, etnografia, investigação histórica, etc. (a metodologia qualitativa é sempre não experimental) e pela recolha, preferencialmente, através de observação participante, entrevista em profundidade e análise de documentos (estratégias menos estruturadas – valoriza-se a compreensão); e, por fim, avaliar, valorar e julgar (Coutinho, 2018).

No que respeita ao estudo de caso, este consiste numa estratégia que possibilita estudar de forma pormenorizada um caso, que pode ser algo bem definido ou concreto, como um indivíduo – sendo o presente trabalho de investigação desta natureza –, um grupo ou uma organização, mas também algo menos definido ou num plano mais abstrato, como decisões, programas ou mudanças organizacionais (Meirinhos & Osório, 2010). A utilização da investigação suportada por estudos de caso tem vindo a aumentar e a ganhar reputação. Esta crescente notoriedade no campo da educação e das ciências sociais muito se deve a autores como Yin e Stack, que, embora em perspetivas não integralmente coincidentes, têm procurado aprofundar, sistematizar e credibilizar o estudo de caso no âmbito da metodologia de investigação (Meirinhos & Osório, 2010).

Na sua essência, parece herdar as características da investigação qualitativa, regendo-se dentro da lógica que guia as contínuas etapas de recolha, análise e interpretação da informação dos métodos qualitativos, com a particularidade de que o propósito da investigação é o estudo intensivo de um ou poucos casos (Latorre et al., 2003, cit. por Meirinhos & Osório, 2010). Portanto, esta estratégia considera-se relevante para o presente trabalho de investigação, uma vez que consiste no estudo de um caso específico de forma pormenorizada.

Yin (2018), considerado uma referência no âmbito do estudo de caso, apresenta de forma mais concreta as etapas deste tipo de investigação: escolha da questão de estudo e objetivos específicos; escolha da teoria; elaboração de um plano inicial de investigação, com um primeiro objetivo, seleção dos aspetos/dados a observar/recolher, assim como das fontes de informação e realização das primeiras observações/recolha de dados; há o ajustamento permanente do plano consoante os resultados; repetição das fases englobadas no plano inicial; e a descrição/compreensão da questão de estudo, com as conclusões; procedendo-se à elaboração do relatório de investigação.

Este tipo de estudo consiste numa investigação empírica que investiga um fenómeno contemporâneo em profundidade e no seu contexto de vida real – sendo o estudo em questão desta natureza –, especialmente quando os limites entre o fenómeno e o contexto não são claramente evidentes (Yin, 2010). Apesar de alguma diferenciação, por vezes concetual, existe um conjunto de características que ajudam a dar forma à metodologia dos estudos de caso: a natureza da investigação; o seu carácter holístico; o contexto e sua relação com o estudo; a possibilidade de poder fazer generalizações; assim como a importância de uma teoria prévia e o seu carácter interpretativo constante (Meirinhos & Osório, 2010).

A recolha e análise da informação, no tipo de investigação aqui discutido, devem ser baseadas no caso e no seu contexto, bem como no problema, nas proposições e respetivas questões orientadoras (Meirinhos & Osório, 2010). De acordo com Frago (2004, cit. por Meirinhos & Osório, 2010), o investigador deve certificar-se que os métodos e técnicas de recolha de informação são empregues de informação suficiente e pertinente. Para isso, o investigador deve recolher e organizar dados de múltiplas fontes e de forma sistemática (Dooley, 2002, cit. por Meirinhos & Osório, 2010) – o que, neste estudo, foi feito através de entrevista semiestruturada e observação naturalista –.

Yin (2010) clarifica, também, que a investigação do estudo de caso enfrenta a situação tecnicamente diferenciada em que existirão muito mais variáveis de interesse do que pontos de dados e, como resultado, conta com múltiplas fontes de evidência, convergindo os dados de forma triangular. Para além disto, beneficia do desenvolvimento anterior das proposições teóricas para orientar a recolha e a análise de dados. Portanto, compreende-se que a pesquisa de estudo de caso envolve um método abrangente, cobrindo a lógica do projeto, as técnicas de recolha de dados e as abordagens específicas à

análise de dados. Nesse sentido, o estudo de caso não é apenas limitado a uma técnica de recolha de dados isolada ou mesmo a uma característica de projeto isolada (Stoecker, 1991, cit. por Yin, 2010).

Assim sendo, o estudo de caso recorre a uma diversidade de formas de recolha de informação, dependendo da natureza do caso e tem por finalidade possibilitar o cruzamento de ângulos de estudo ou de análise. Para além da observação participante ou não participante, entre os instrumentos de recolha de informação encontra-se o diário, o questionário, as fontes documentais, a entrevista individual e de grupo e outros registos que as modernas tecnologias da informação e comunicação nos permitem obter (Meirinhos & Osório, 2010) – neste estudo recorreu-se à observação naturalista e à entrevista semiestruturada –.

2. Definição da questão de estudo

Uma investigação envolve sempre um problema, formular o problema consiste em dizer, de forma explícita, clara, compreensível e operacional qual a dificuldade com que nos deparamos e que pretendemos resolver, delimitando o seu campo e apresentando as suas características (Coutinho, 2018; Freixo, 2012).

Na mesma linha de pensamento, Quivy e Campenhoudt (2008) assumem que uma boa pergunta de partida deve ser passível de tratamento, ou seja, deve possibilitar um bom trabalho a partir dela. Como tal, ainda de acordo com os autores, deve fornecer dados possíveis de responder, pelo que a clareza e concisão são cruciais, já que a sua exequibilidade está diretamente relacionada com o caráter realista da investigação para que a questão aponta.

Considerando o que foi referido, a questão de estudo a que se pretende dar resposta é a seguinte:

- Compreender os benefícios da musicoterapia no desenvolvimento de competências comunicacionais, relacionais e comportamentais de uma criança com PEA.

3. Objetivos de investigação

Face à questão colocada anteriormente, torna-se imprescindível definir os objetivos para os quais este estudo se propõe alcançar. Os objetivos são os seguintes:

Objetivo geral:

- Perceber os benefícios da Musicoterapia na criança com PEA.

Objetivos específicos:

- Caracterizar as dimensões desenvolvimentais, clínicas e contextuais da criança com PEA;
- Conhecer os interesses musicais da criança com PEA e o seu comportamento face a distintos estilos/estímulos musicais;
- Perceber os efeitos da frequência de sessões de musicoterapia, em especial os benefícios para lidar com dificuldades e promover competências da criança com PEA;
- Aferir as metodologias de intervenção utilizadas no domínio da musicoterapia para potenciar o desenvolvimento da criança com PEA;
- Analisar o nível de conhecimento e envolvimento da família neste tipo de abordagem terapêutica.

4. Participantes

Este estudo, como já foi referido, consiste num estudo de caso de sujeito único e teve como participantes uma criança com PEA, sendo o foco deste trabalho, a sua Encarregada de Educação e dois técnicos que trabalham com a criança. Esta é apoiada por uma instituição para crianças, jovens e pessoas adultas com PEA, da zona centro de Portugal.

O caso em estudo é uma criança (sexo masculino) de 6 anos de idade com Perturbação do Espectro do Autismo, que apresenta dificuldades sobretudo ao nível da comunicação e da interação social. No que diz respeito a competências comportamentais, a criança encontra-se estável. Relativamente à Encarregada de Educação da criança, esta é a sua mãe que tem 33 anos, tem como habilitações literárias o Mestrado e é enfermeira. O seu agregado familiar é constituído por 7 elementos. Um dos técnicos/terapeutas relevantes para o presente estudo é o Musicoterapeuta, este tem 30 anos, tem como habilitações literárias a Licenciatura em Animação Cultural, porém, tirou várias formações em diversos tipos de terapia, desde comportamental, brincar estruturado e, claro, musicoterapia. Este exerce funções como terapeuta há 4 anos e conhece a criança em estudo há 2 anos, referindo conhecê-la bem. Por fim, também participou neste estudo a Terapeuta da Fala, esta tem 28 anos e tem como habilitações literárias a Licenciatura em Terapia da Fala. Esta exerce a sua profissão há 5 anos, mas apenas trabalha com crianças com PEA há 4 anos e conhece a criança em estudo há 3 anos, referindo também conhecê-la bem.

Os dois técnicos/terapeutas consideram tanto a intervenção individual como a intervenção em grupo importantes. No entanto, neste momento, para o Musicoterapeuta o trabalho individual com a criança em estudo acaba por ser mais benéfico, já para a Terapeuta da Fala o trabalho em grupo poderá ser muito positivo para trabalhar a interação com os pares. Os técnicos/terapeutas intervêm não só com o caso em estudo, mas também com outras crianças com PEA e, quando não há diagnóstico, com crianças que tenham algum défice ao nível do desenvolvimento. Ambos referem ser muito gratificante trabalhar com crianças com esta perturbação.

5. Técnicas e instrumentos de recolha de dados

Neste estudo de caso as técnicas de recolha de dados utilizadas foram a observação naturalista e a entrevista semiestruturada, passando, deste modo, a fundamentá-las e a descrevê-las.

A observação consiste na recolha de informação, de modo sistemático, através do contacto direto com situações específicas. Esta técnica existe desde que o ser humano necessitou de estudar o mundo social e natural (de Aristóteles a Comte, até aos dias de hoje) e constitui uma técnica básica de pesquisa (Aires, 2011). A observação científica distingue-se das observações espontâneas devido ao seu caráter intencional e sistemático (Adler & Adler, 1994, cit. por Aires, 2011) e permite-nos obter uma visão mais completa da realidade de forma a articular a informação proveniente da comunicação intersubjetiva entre os indivíduos com a informação de caráter objetivo (Aires, 2011).

No que diz respeito especificamente à observação naturalista, esta é sistematizada e realiza-se em meio natural, descrevendo as circunstâncias das situações e os comportamentos dos indivíduos, através de um observador distanciados em relação à realidade por ele observada (Dias, 2009).

Este tipo de observação, preocupando-se com a descrição dos comportamentos do observado (segundo a etologia) ou preocupando-se com a descrição da situação (segundo a ecologia) da qual resulta o comportamento, é uma técnica que tem como finalidade a descrição de biografias com base na observação realizada (Dias, 2009). Para essa descrição biográfica, Estrela (1986, cit. por Dias, 2009) estipula quatro princípios para esta técnica, sendo estes: princípio da não seletividade da observação – os dados são acumulados sem seleção, ainda que possam ser passíveis de análise posterior; princípio da precisão da situação – define-se concretamente qual a situação em que se produziu determinado(a) comportamento/atitude observado(a); princípio da composição – as unidades de comportamento constituídas em grande número fundem-se umas nas outras para constituírem as biografias; e princípio da continuidade – assegura-se uma observação correta com o enquadramento global do observado durante toda a situação ou atividade, estabelecendo o *continuum* comportamental do observado.

Desta forma, para a observação das sessões de musicoterapia, frequentadas pelo caso em estudo, foi utilizada uma Grelha de Observação Naturalista. Esta grelha consiste no registo descritivo/factual, ou seja, na descrição exata dos acontecimentos, bem como no registo de inferências, isto é, no registo de informação relevante para a situação observada.

A entrevista é uma das técnicas mais comuns e importantes no estudo e compreensão do ser humano. Possui uma grande variedade de usos e uma grande multiplicidade de formas que vão da mais comum (entrevista individual falada) à entrevista de grupo, ou até às entrevistas mediatizadas pelo correio, telefone ou computador (Fontana & Frey, 1994, cit. por Aires, 2011). Pode ser usada para fins comerciais, políticos, terapêuticos ou científicos e a sua duração pode ser de uns breves minutos ou de longos dias (como é o caso da entrevista nas histórias de vida) (Aires, 2011).

No que respeita especificamente à entrevista semiestruturada, esta permite obter, com maior facilidade, os pontos de vista dos entrevistados, comparativamente aos outros géneros de entrevista. Caracteriza-se por não ser completamente aberta, isto é, as questões são colocadas de forma direta, com um guião que pode ser flexível quanto à ordem das questões, que se fundamenta nos objetivos do estudo (Quivy & Campenhoudt, 2008). Desta forma, a entrevista semiestruturada configura-se uma técnica de recolha de dados que permite investigar o que as pessoas sabem, creem, esperam, sentem ou desejam, bem como, as razões e explicações a respeito das coisas presentes (Ghiglione & Matalon, 2001).

Neste sentido, foram elaborados Guiões de Entrevista (semiestruturada) para a Encarregada de Educação, Musicoterapeuta e Terapeuta da Fala (Anexo A). Procurou-se que os guiões incluíssem questões que permitissem a triangulação essencial à garantia de rigor nesta metodologia. Relativamente a este instrumento, as questões foram organizadas em vários blocos, dependendo do participante a ser entrevistado. Portanto, o guião de entrevista do Musicoterapeuta é constituído por dez blocos, o da Terapeuta da Fala é composto por nove e o da Encarregada de Educação é formado por sete blocos. De uma forma geral, o conteúdo dos guiões é o seguinte:

- Apresentação da entrevista – tem como objetivos apresentar o entrevistador, criar uma relação empática com o entrevistado, de modo a que se sinta à vontade para responder às questões propostas, explicar o objetivo da entrevista, solicitar a sua gravação áudio, a colaboração do entrevistado e garantir a confidencialidade;
- Apresentação do entrevistado – com o propósito de obter dados de caracterização sociodemográfica dos técnicos/Encarregada de Educação, conhecer o agregado familiar da Encarregada de Educação e perceber, no caso dos técnicos, há quanto tempo exercem a sua profissão e trabalham com crianças/jovens com PEA;
- Conhecer o trabalho dos técnicos com a criança em estudo – aferir há quanto tempo conhecem a criança em estudo, saber se a conhecem bem, perceber quando é que a criança iniciou as sessões musicoterapêuticas/de terapia da fala e qual a frequência destas e saber se a criança é recetiva às sessões de musicoterapia/terapia da fala;
- Conhecer a criança em estudo – compreender as especificidades da criança a ser estudada, mais concretamente as dificuldades e capacidades, conhecer o passado da criança, quando e como foi diagnosticada na entrevista à Encarregada de Educação e perceber que estratégias são utilizadas com a criança;
- A relação da criança com a música – conhecer o género musical pelo qual a criança tem preferência, compreender se a criança reage de forma positiva aos sons musicais, perceber, na entrevista à terapeuta da fala, se a técnica coloca música nas sessões, entender se há evolução na criança ao nível do comportamento, comunicação e interação e perceber, no caso da Encarregada de Educação, se há envolvimento dos pais/cuidadores no desenvolvimento da criança;
- Compreender como se processam as sessões de musicoterapia – perceber se a criança gosta de ouvir e manipular os instrumentos musicais, aferir que instrumentos funcionam melhor com a criança e quais lhe suscitam maior curiosidade, compreender se o técnico recorre à voz nas sessões musicoterapêuticas e se isso suscita interesse na criança;

- A importância e os benefícios da musicoterapia na PEA – conhecer a perspectiva dos técnicos e dos pais/cuidadores acerca da influência da musicoterapia no desenvolvimento de crianças/jovens com PEA, mas também no desenvolvimento da criança em estudo;
- A importância da musicoterapia/terapia da fala na evolução da criança – entender se a criança revela evolução ao frequentar as sessões musicoterapêuticas/de terapia da fala, perceber se a criança demonstra alguma evolução ao nível do comportamento, interação e comunicação, conhecer os conteúdos trabalhados nas sessões de musicoterapia/terapia da fala e, na entrevista à Encarregada de Educação, conhecer a perspectiva dos pais/cuidadores acerca da musicoterapia;
- As potencialidades/benefícios da musicoterapia/terapia da fala na PEA – conhecer quais os efeitos que se verificam nas crianças/jovens que frequentam a musicoterapia, bem como no caso de estudo, perceber que atividades revelam maior interesse por parte das crianças/jovens, bem como na criança em estudo e, no caso da musicoterapia, verificar se os três elementos da música estão presentes nas sessões musicoterapêuticas;
- Por último, o encerramento – permitir que o entrevistado exponha alguma informação que possa não ter sido abordada e agradecer a sua colaboração e disponibilidade.

6. Procedimentos

Um procedimento é uma forma de progredir com vista a atingir um objetivo. Expor o procedimento científico consiste em descrever os princípios fundamentais a colocar em prática em qualquer trabalho de investigação (Quivy & Campenhoudt, 2008).

Neste seguimento, para proceder à recolha dos dados, tornou-se necessário efetuar vários procedimentos. Primeiramente, foi pedida a autorização à instituição (Anexo B) frequentada pela criança para realizar a observação das sessões de musicoterapia e as entrevistas, bem como a autorização para estudar o caso à Encarregada de Educação (Anexo C), tendo sido, para tal, preparado e assinado por esta o consentimento informado (Anexo D). Foram também preparados e assinados os consentimentos informados pelos técnicos participantes no estudo (Anexo E).

Após todas as autorizações concedidas, o investigador assistiu como observador não participante às sessões semanais de musicoterapia, dando um total de oito sessões, efetuadas de maio a julho de 2022 (Anexo F). Para efetuar os registos das observações, como já foi referido, foi utilizada a Grelha de Observação Naturalista. As entrevistas aos técnicos foram feitas na instituição frequentada pela criança em estudo, já a entrevista à Encarregada de Educação foi realizada fora da instituição. Estas foram feitas entre agosto e setembro de 2022, de acordo com a disponibilidade dos participantes. As entrevistas da Terapeuta da Fala e da Encarregada de Educação tiveram uma duração de 20/25 minutos, já a entrevista do Musicoterapeuta teve uma duração de aproximadamente 45 minutos. Os participantes responderam prontamente às questões propostas, não colocaram qualquer dúvida nem acrescentaram mais informação à entrevista, referindo não ser necessário (Anexo G).

7. Técnica de análise de dados

Concluída a recolha de dados, foi realizada uma sistematização, análise e interpretação dos dados em função das informações recolhidas. A técnica de análise de dados utilizada para as observações naturalistas e para as entrevistas foi a análise de conteúdo, tendo sido realizada com base em categorias emergentes. Desta forma, segue-se um breve enquadramento teórico sobre em que consiste esta técnica e da sua importância para este tipo de estudo.

A análise da informação constitui um aspeto-chave e também problemático do processo de investigação. O investigador dispõe de diversos métodos de recolha de material empírico que vão da entrevista à observação direta, à análise de artefactos, documentos, registos culturais, registos visuais ou experiências pessoais (Miles & Huberman, 1994, cit. por Aires, 2011). Porém, esta diversidade de métodos e técnicas envolve uma grande minúcia no processo analítico aplicado à informação recolhida (Aires, 2011). O carácter aberto e flexível da metodologia qualitativa e a grande diversidade de perspectivas e, por vezes, a escassez de orientações e de sistematizações constituem a dimensão mais complexa da análise da informação (Colás, 1998; Miles & Huberman, 1994; Tesch, 1987, cit. por Aires, 2011).

Assim, concluída a recolha de dados, segue-se a tarefa de sistematização, análise e interpretação de dados, de acordo com os objetivos propostos no início da investigação (Afonso, 2014). Deste modo, a análise de conteúdo constitui uma técnica bastante relevante para a análise de informação obtida através dos instrumentos de recolha já mencionados.

Neste contexto, para Bardin (2016), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de informação, com o objetivo de sistematizar de forma compreensiva os conteúdos das mensagens. Este tipo de análise tem sido muito utilizado nas investigações qualitativas, configurando-se uma técnica de pesquisa que possibilita a descrição com objetividade e sistematização, tanto qualitativamente, como quantitativamente, do conteúdo recolhido de forma a interpretá-lo. Portanto, este método permite a aplicação de um conjunto de técnicas de análise das comunicações, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens e indicadores recolhidos, possibilitando a sua inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/resseção (variáveis inferidas) destas mensagens (Bardin, 2016).

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1. Resultados das entrevistas

Para que fosse possível conhecer melhor o caso em estudo, de forma a aprofundar os elementos significativos na sua vida, foi efetuada uma análise de conteúdo às respostas dadas pelos participantes nas entrevistas, sendo estes, o Musicoterapeuta, a Encarregada de Educação e a Terapeuta da Fala (Anexo G).

Neste sentido, segue-se a Tabela 1 com a respetiva análise de conteúdo.

Tabela 1

Análise de conteúdo das entrevistas aos Técnicos e à Encarregada de Educação

Categories	Subcategorias	Musicoterapeuta	Encarregada de Educação	Terapeuta da Fala	Total
1 – Dificuldades	Comunicação / comunicação funcional (expressão e compreensão, mas sobretudo expressão)	✓	✓	✓	3
	Interação social	✓		✓	2
	Intencionalidade comunicativa	✓		✓	2
	Compreensão da instrução verbal	✓			1
					8
2 – Capacidades	Procura o outro quando necessita	✓			1
	Imitação (tanto física como verbal)	✓		✓	2
	Capacidade motora		✓		1
	Vocabulário compreensivo			✓	1
	Letras e números			✓	1
	Exploração funcional dos objetos	✓			1
					7
3 – Estratégias de intervenção	Pedir o que quer para ter acesso	✓	✓		2
	Trabalhar a nomeação através da fala musicada (estimular a fala)	✓			1
	Utilizar os interesses da criança a favor – ajudá-la a pedir o que pretende (estimular a intencionalidade comunicativa)			✓	1
	Pedir o que precisa para ter ajuda (p. ex. para vestir)		✓		1
	Utilizar pistas – dar a resposta à criança antes de lhe ser feita a pergunta, para depois ela imitar e não gerar frustração			✓	1
	Exploração livre dos instrumentos musicais	✓			1
	Improvisação musical	✓			1
					8
4 – Gosto pela música	Sim	✓	✓	✓	3
	Não				0
					3
5 – Géneros musicais pelos quais tem preferência	Músicas com um nível de som baixo	✓			1
	Músicas sem grande complexidade	✓			1
	Músicas com uso de instrumentos, com ritmo (os sons chamam à atenção)		✓		1
	Músicas infantis	✓	✓		2
					5

6 – Géneros musicais pelos quais tem menos preferência	Músicas com um nível de som alto	✓		1
	Músicas melancólicas, com poucos sons/ritmo		✓	1
	Músicas complexas	✓		1
				3
7 – Utilização da música	Sim	✓	✓	2
	Não			0
	Já utilizou		✓	1
				3
8 – Forma como é utilizada a música	Produzida pela criança através da exploração dos instrumentos	✓		1
	Coloca música para a criança ouvir (músicas infantis)		✓	1
	Cantava/colocava música para a criança se focar na tarefa / deixar de estar ausente e para a tranquilizar		✓	1
				3
9 – Instrumentos musicais utilizados	Xilofone	✓		1
	Ukulele	✓		1
	Tambor	✓		1
	Acordeão	✓		1
	Casulos e flautas	✓		1
				5
10 – Recurso à fala musicada	Falar dando musicalidade à voz de forma a cativar/estimular a criança para a aprendizagem	✓		1
				1
11 – A importância da música e musicoterapia para o caso	Maior nível de contacto ocular	✓	✓	2
	Alguma perceção do outro e do efeito que tem no outro	✓		1
	Melhora a interação social	✓	✓	2
	Desperta interesse		✓	1
	Estimula a comunicação (expressão oral)	✓		1
	Acalma		✓	1
	Promove a imitação	✓		1
	Maior envolvimento na tarefa		✓	1
	Ajuda a criança a tolerar certos sons/ruídos		✓	1
	Maior nível de atenção	✓		1
	Regula a criança		✓	1
Diminui as estereotipias	✓	✓	2	
				15
12 – A importância da música e musicoterapia na PEA	Maior interesse de aprendizagem	✓	✓	2
	Cativa as crianças/jovens com PEA	✓		1
	Melhora a interação social	✓	✓	2
	Relaxa/acalma	✓	✓	2

	Promove a comunicação / intencionalidade comunicativa	✓	✓	2
	É muito importante	✓	✓	2
	Maior envolvimento na tarefa		✓	1
	É mais fácil trabalhar certos conteúdos	✓		1
	Estimula o contacto ocular	✓	✓	2
	É uma terapia menos invasiva	✓		1
	Estimula a nível cognitivo e emocional	✓		1
	É uma terapia muito boa, estimula muito		✓	1
	Os diferentes tons estimulam várias partes do cérebro	✓		1
				19
13 – A evolução do caso com as sessões de musicoterapia	Interação social	✓		1
	Alguma perceção do outro e do efeito que tem no outro	✓		1
	Maior tolerância relativamente aos sons/ruídos (já não reage mal como inicialmente, tanto em casa como no exterior)		✓	1
	Comunicação (expressão oral)	✓		1
				4
14 – Trabalho individual ou em grupo com o caso	Individual	✓		1
	Em grupo			0
	Ambos		✓	1
				2
15 – Atividades pelas quais as crianças/jovens com PEA têm preferência	Exploração livre dos instrumentos musicais (nomeadamente o ukulele)	✓		1
	Jogos de encaixe		✓	1
	Legos		✓	1
	Brincar com as letras/números, fazer palavras e números (p. ex. com plasticina)		✓	1
	Fazer torres para depois deitar abaixo e repetir o mesmo procedimento		✓	1
	Alinhar os objetos		✓	1
				6
16 – Atividades pelas quais a criança em estudo tem preferência	Exploração livre dos instrumentos musicais (especialmente o ukulele)	✓		1
	Brincar com as letras/números – utiliza a plasticina para fazer letras, números e o abecedário		✓	1
	Jogos de encaixe		✓	1
				3
17 – Atividades pelas quais a criança em estudo tem menos preferência	Exploração do acordeão (o som provoca-lhe alguma confusão)	✓		1
				1

No que respeita à categoria das dificuldades apresentadas pela criança, a subcategoria assinalada por todos os entrevistados foi a da comunicação – expressão e compreensão, mas sobretudo expressão. As subcategorias da “Interação social” e da “Intencionalidade comunicativa” foram também referidas pelos técnicos, seguindo-se a subcategoria da “Compreensão da instrução verbal”, mencionada pelo Musicoterapeuta. Esta categoria foi assinalada num total de 8 vezes. Na categoria das capacidades, a subcategoria da imitação – física e verbal – é a mais referida, sendo assinalada pelos dois técnicos. As subcategorias “Procura o outro quando necessita” e “Exploração funcional dos objetos” foram assinaladas pelo Musicoterapeuta, já o “Vocabulário compreensivo” e “Letras e números” foram as subcategorias mencionadas pela Terapeuta da Fala. Por fim, a Encarregada de Educação referiu a capacidade motora como um ponto forte da criança. Esta categoria foi assinalada num total de 7 vezes. Neste contexto, é possível verificar que a grande dificuldade da criança é a comunicação, esta que também está bem evidente, mais à frente, na análise das observações naturalistas. De acordo com Capucha (2008) a PEA caracteriza-se por uma tríade clínica de perturbações que afetam as áreas da comunicação, interação social e comportamento, áreas em que a criança sobre a qual recai este estudo apresenta dificuldades.

Relativamente à categoria das estratégias de intervenção, o Musicoterapeuta e a Encarregada de Educação referem ser importante para a criança pedir o que quer para poder ter acesso, não só para estimular a comunicação mas também para perceber o valor da interação com o outro, que são as suas grandes dificuldades. Para o Musicoterapeuta é importante trabalhar a nomeação através da fala musicada e fazer músicas com a criança, ou seja, recorrer à improvisação musical, técnicas estas que também procuram estimular a fala e a interação social. A exploração livre dos instrumentos musicais é também referida por este como uma estratégia utilizada, esta tem como objetivo, novamente, fomentar a interação com o outro, isto é, o Musicoterapeuta deixa que a criança comece a explorar um instrumento e depois começa a interagir com ela através de outro instrumento, promovendo uma maior receptividade à interação e à terapia em geral. As estratégias utilizadas pela Terapeuta da Fala passam por utilizar os interesses da criança a seu favor, ou seja, ajudá-la a pedir o que pretende com o intuito de fomentar a intencionalidade comunicativa e pela utilização de pistas para não gerar frustração, isto é, dar a resposta à criança antes de lhe ser feita a pergunta para, posteriormente, ela imitar. Por último, a Encarregada de Educação assinalou outra estratégia utilizada, esta passa por a criança ter de pedir o que precisa para ter ajuda, como é exemplo a tarefa de vestir, esta espera que ela peça para depois a ajudar, já que foi referido na entrevista que a criança evita falar se não a estimularem. Esta categoria foi assinalada num total de 8 vezes.

O gosto pela música é mencionado por todos os entrevistados, o Musicoterapeuta constata que a criança diz mais facilmente certas palavras e frases através da música cantada, o que se verificou nas observações efetuadas, e a Encarregada de Educação relata que coloca música em casa com frequência porque a criança gosta muito. A Terapeuta da Fala, apesar de atualmente não utilizar a música nas suas sessões, menciona que inicialmente cantava a música do alfabeto com a criança e que esta gostava. Portanto, esta categoria foi assinalada 3 vezes. A literatura demonstra que os indivíduos com PEA revelam especial interesse pela música, sendo este o principal motivo do sucesso das técnicas musicoterapêuticas no tratamento desta perturbação (Berger, 2003, cit. por Freire, 2014).

Na categoria dos géneros musicais pelos quais a criança tem preferência, o Musicoterapeuta refere que a criança não tem um género específico, no entanto, existem algumas especificidades em termos de músicas, há um nível de som que esta não tolera, por exemplo, se houver demasiado som ela tapa os ouvidos e começa a “fechar-se”. Logo, e como é possível verificar na tabela, esta tem preferência por músicas com um nível de som baixo, músicas infantis e, portanto, sem grande complexidade, já que quanto mais simples for a música mais fácil se torna de ela acompanhar e de interagir. A Encarregada de Educação refere que a criança tem preferência por músicas que tenham o uso de instrumentos, com ritmo, pois os sons chamam-na à atenção e que também gosta muito de músicas infantis, o que vai ao encontro do referido pelo Musicoterapeuta. Esta conta, ainda, que quando colocam música em casa para a criança ouvir que ela já é capaz de acompanhar, de cantar, demonstrando assim o seu interesse pela música. A Terapeuta da Fala não assinalou nenhum género musical, uma vez que não costuma colocar música nas suas sessões e, portanto, não tem ideia de quais possam ser as preferências musicais da criança. A presente categoria foi assinalada num total de 5 vezes. A categoria dos géneros musicais pelos quais a criança tem menos preferência vai ao encontro da categoria anterior, pois, como foi acima referido, o Musicoterapeuta menciona que esta não tolera um certo nível de som, logo, músicas com um nível de som alto e complexas são os géneros musicais assinalados por este como aqueles que a criança tem menos preferência. A Encarregada de Educação refere que músicas melancólicas, com poucos sons/ritmo são as que despertam menos interesse na criança. A respetiva categoria foi assinalada num total de 3 vezes.

Quanto à utilização da música, tanto o Musicoterapeuta como a Encarregada de Educação referem recorrer à sua utilização com a criança. No entanto, a Terapeuta da Fala relata que já utilizou mas que atualmente não necessita porque a criança já está envolvida na dinâmica das sessões, pois, esta recorre à música principalmente com as crianças mais pequenas com o intuito de captar a atenção destas e de as envolver na sessão. Assim, esta categoria foi assinalada 3 vezes. Relativamente à forma como é utilizada a música, o Musicoterapeuta opta, nas sessões com a criança, pela produção de música através da exploração livre dos instrumentos musicais, o que se verifica nos registos efetuados das observações naturalistas e pela sua respetiva análise de conteúdo, que será apresentada no próximo ponto. Inicialmente este colocava música para a criança ouvir, contudo, começou a perceber que não captava tanto a sua atenção, que não modificava muito o seu comportamento e, portanto, teve de alterar a estratégia que estava a utilizar passando, então, para a exploração de instrumentos e produção de música. A Encarregada de Educação coloca música em casa para a criança ouvir, nomeadamente músicas infantis, visto ser um grande interesse da criança. A Terapeuta da Fala relata que inicialmente cantava e colocava música para a criança se focar nas tarefas e/ou deixar de estar ausente e para a tranquilizar, pois, uma vez esta estava bastante instável e foi necessário colocar uma música de relaxamento para a ajudar a acalmar. Esta categoria foi assinalada num total de 3 vezes. Neste contexto, a música é considerada um meio de expressão não verbal, é um tipo de linguagem que facilita relacionamentos, aprendizagem, autoexpressão e comunicação (Brito, 2016), promovendo assim o bem-estar do cliente e compensando as incapacidades de desenvolvimento (Ambrós, 2016, cit. por Herdy & Carmo, 2016).

Respeitante à categoria dos instrumentos musicais utilizados nas sessões, o Musicoterapeuta mencionou vários instrumentos, como se verifica na

tabela, e ao longo das observações foi possível registrar mais do que os referidos. De todos os instrumentos utilizados este assinala o xilofone e o ukulele como os instrumentos musicais que suscitam mais interesse na criança, devido ao som que produzem, da parte harmoniosa e da sensação ao tocar estes instrumentos. O xilofone foi o instrumento mais utilizado pela criança ao longo das sessões observadas, como se pode confirmar na respetiva análise de conteúdo. A Encarregada de Educação apesar de nunca ter dado um instrumento musical à criança, considera que poderia ser benéfico e que possivelmente irá experimentar. Esta categoria foi assinalada num total de 5 vezes. A fala musicada é uma estratégia bastante utilizada pelo Musicoterapeuta nas suas sessões, esta consiste em falar dando musicalidade à voz de forma a promover a interação, comunicação e imitação por parte da criança, estimulando-a, assim, para a aprendizagem. Segundo o Musicoterapeuta, a criança para além de ter a comunicação bastante atrasada quando iniciou as terapias, fala num tom monocórdico, o que é uma dificuldade acrescida, algo que foi possível verificar ao longo das observações. Neste sentido, a fala musicada é fundamental para trabalhar todas estas dificuldades da criança. Assim, a respetiva categoria foi assinalada 1 vez. A literatura constata que as técnicas de improvisação musical clínica são bastante recorrentes na estimulação de crianças com PEA (Wigram & Gold, 2006, cit. por Freire & Parizzi, 2015). Na musicoterapia improvisacional o musicoterapeuta espelha, sustenta, reforça, provoca ou complementa a expressão sonora da criança (Freire & Parizzi, 2015), através do manuseamento de instrumentos musicais e da utilização da voz, de forma a promover o seu envolvimento e estimular a comunicação e a interação (Nordoff & Robbins, 2007, cit. por Freire, 2014).

No que concerne à categoria da importância da música e da musicoterapia para o caso em estudo, tanto o Musicoterapeuta como a Terapeuta da Fala consideram que melhoram o nível de contacto ocular, a interação social e diminuem as estereotipias, que na criança em estudo são as vocalizações estereotipadas e que foram bem evidentes durante as observações, como se pode verificar na respetiva análise de conteúdo. Contudo, esta não é uma grande dificuldade da criança. O Musicoterapeuta menciona, ainda, que promovem a imitação e um maior nível de atenção, estimulam a comunicação e ajudam a criança a ter uma maior perceção do outro e do efeito que tem no outro. A Terapeuta da Fala acrescenta, ainda, que despertam interesse, regulam a criança, isto é, estabilizam-na e promovem um maior envolvimento na tarefa. A Encarregada de Educação refere que acalmam a criança e ajudam-na a tolerar certos sons/ruídos, pois, inicialmente esta não reagia bem a vários sons/ruídos, tanto em casa como no exterior, por isso a família evitava sair com a criança para locais públicos com receio da sua reação. A presente categoria foi assinalada num total de 15 vezes. Os autores Sarapa e Katusic (2012, cit. por Freire, 2014) apontam que a criação musical através da improvisação clínica pode proporcionar comunicação musical, originando melhorias também noutros níveis de comunicação. Para além disto, pode promover melhorias na atenção conjunta e na imitação, bem como a diminuição de comportamentos indesejáveis como o choro e as vocalizações estereotipadas (Wigram & Gold, 2006, cit. por Freire, 2014).

A categoria da evolução do caso em estudo com as sessões de musicoterapia vai ao encontro da categoria anterior, uma vez que o Musicoterapeuta menciona novamente a maior perceção do outro e do efeito que tem no outro, o que por sua vez vai promover a interação social e a comunicação, sendo estas as dificuldades em que se observou uma maior evolução na criança. Respeitante à comunicação, grande dificuldade do caso em estudo, este refere que a criança já diz mais facilmente e de forma espontânea algumas palavras mesmo fora do contexto das sessões, o que é bastante positivo. Porém, ainda há muito a melhorar relativamente a todas estas dificuldades. A Encarregada de Educação volta a destacar a maior tolerância relativamente aos sons/ruídos, salientando que atualmente a família já consegue ir com a criança para qualquer lugar sem que esta reaja mal, o que é muito gratificante para a família. Esta categoria foi assinalada num total de 4 vezes. Desta forma, é possível comprovar que a musicoterapia estimula as habilidades comunicacionais e/ou sociais, bem como a redução de comportamentos estereotipados das pessoas com PEA (Finnigan & Starr, 2010; Simpson & Keen, 2011; Lanovaz et al., 2012, cit. por Freire, 2014).

Os técnicos entrevistados consideram tanto a intervenção individual como a intervenção em grupo importantes, contudo, ambos salientam que depende do caso e de qual for o objetivo da intervenção. O Musicoterapeuta refere que há vantagens no trabalho em grupo, pois, trabalhar a interação com os pares é muito positivo. Porém, o técnico considera que com o caso em estudo, atualmente, é mais benéfico o trabalho individualizado, mas ressalta que o trabalho em grupo terá de ser realizado mais tarde. As sessões musicoterapêuticas observadas foram sempre realizadas individualmente, constatando-se assim o referido pelo Musicoterapeuta. A Terapeuta da Fala menciona, também, que o trabalho em grupo tem muitas vantagens, pois, trabalhar a questão da interação ajuda a perceber se as competências que, à partida, já estão adquiridas com o adulto, poderão ou não estar também com os pares. A técnica refere que a criança em estudo prefere “estar no seu canto” e, por isso, juntá-la com outras crianças poderá ser benéfico para trabalhar a interação, a partilha, a atenção conjunta e a comunicação. A categoria foi assinalada 2 vezes. Segundo Rodrigo (2008, cit. por Brito, 2016) a modalidade de intervenção individual é mais benéfica porque permite um melhor conhecimento do cliente, uma intervenção mais personalizada, sendo esta modalidade mais destinada a problemas ao nível da PEA e distúrbios da personalidade.

Para concluir, relativamente à categoria das atividades pelas quais a criança tem preferência, o Musicoterapeuta indica a exploração livre dos instrumentos musicais, especialmente o ukulele, talvez devido à sensação ao tocar este instrumento e ao som harmonioso que produz, como referido anteriormente. A Terapeuta da Fala menciona que a criança gosta muito de brincar com as letras e com os números e que utiliza a plasticina para fazer letras, números e o abecedário, sendo este um grande interesse da criança. Os jogos de encaixe são também assinalados pela Técnica como uma das atividades favoritas. Esta acrescenta, ainda, que a criança em estudo gosta muito de trabalhar e, portanto, não há nenhuma atividade que não goste de fazer. Esta categoria foi assinalada 3 vezes. Na categoria das atividades pelas quais a criança tem menos preferência, apenas o Musicoterapeuta assinala uma, sendo esta a exploração do acordeão, pois, o som deste instrumento musical provoca alguma confusão à criança. Assim, esta categoria foi assinalada 1 vez.

2. Resultados das observações naturalistas

Foram efetuadas oito observações naturalistas às sessões de musicoterapia frequentadas pela criança em estudo (Anexo F). As quatro grandes categorias da análise de conteúdo das observações serão apresentadas em tabelas diferentes, quatro respetivamente.

Neste sentido, segue-se a primeira tabela referente às dificuldades típicas da PEA no caso em estudo, depois a segunda tabela que diz respeito às tarefas musicais realizadas nas sessões de musicoterapia, seguidamente da terceira tabela que analisa as reações da criança às tarefas musicais e, por último, a quarta tabela que inclui as tarefas desempenhadas pela criança nas sessões musicoterapêuticas.

Tabela 2

Dificuldades típicas da PEA no caso em estudo

Categorias	Subcategorias	1. ^a	2. ^a	3. ^a	4. ^a	5. ^a	6. ^a	7. ^a	8. ^a	Total
		Sessão	Sessão	Sessão	Sessão	Sessão	Sessão	Sessão	Sessão	
1 Interação/comunicação com o Musicoterapeuta	Imita o ritmo produzido pelo musicoterapeuta	✓			✓	✓	✓			4
	Repete palavras/frases cantadas pelo musicoterapeuta (fala musicada)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
	Imita gestos e/ou sons (p. ex. sons dos animais e gestos que os representem)		✓				✓		✓	3
	Pede o que quer com a ajuda do musicoterapeuta (repete o que tem de dizer)	✓	✓	✓	✓			✓	✓	6
	Faz a nomeação dos objetos (p. ex. dizer o nome dos animais)		✓	✓			✓	✓	✓	5
2 Estereotipias	Produce algumas vocalizações estereotipadas	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	7
3 Interação com o animal (coelho) utilizado em algumas sessões	Demonstra algum desconforto com a sua presença				✓			✓	✓	3
	Por vezes faz-lhe festas, mas com algum receio (muitas vezes utilizando instrumentos musicais)				✓				✓	2
	Olha atentamente para o animal				✓			✓	✓	3
	Pega no animal com a ajuda do musicoterapeuta								✓	1
	Tenta dar a flauta diafragma ao animal				✓					1
										10

No que respeita à categoria da interação e comunicação com o Musicoterapeuta, a subcategoria “Repete palavras/frases cantadas pelo musicoterapeuta” foi a única observada em todas as sessões. De facto, o Musicoterapeuta recorreu sempre à fala musicada na sua intervenção e a criança acabava sempre por repetir algumas palavras, ainda que, por vezes, não o fizesse de imediato. A subcategoria “Pede o que quer com a ajuda do musicoterapeuta” também obteve bastantes registos, o Técnico primeiro fazia o pedido com o propósito de a criança repetir e, por norma, esta acabava por imitar. Contudo, tal como na subcategoria anterior, por vezes tinha de reforçar o que foi dito porque a criança não repetia de imediato. Segue-se a subcategoria “Faz a nomeação dos objetos”, que passava por a criança ter de dizer o que eram os objetos que o Musicoterapeuta lhe indicava, como é exemplo, dizer o nome dos animais ou até das cores. “Imita o ritmo produzido pelo musicoterapeuta” é outra das subcategorias identificadas, esta consistia em que a criança reproduzisse o que o Musicoterapeuta tocava, o que se verificou em algumas sessões. A última subcategoria é “Imita gestos e/ou sons”, a criança em algumas sessões imitou alguns gestos e sons feitos pelo Terapeuta, como por exemplo, o som dos animais e gestos que os representam. Na análise de conteúdo das entrevistas verifica-se que a imitação é assinalada pelos dois técnicos como uma das capacidades da criança. O Musicoterapeuta na sua intervenção procura sempre fazer atividades com a criança que estimulem a interação e, principalmente, a comunicação, as duas grandes áreas em que esta revela maior dificuldade. A presente categoria foi assinalada num total de 26 vezes.

Relativamente à categoria das estereotipias, foi possível verificar ao longo das sessões musicoterapêuticas observadas que a criança em estudo produz algumas vocalizações estereotipadas, ainda assim, esta não é uma dificuldade significativa da criança. Na entrevista feita ao Musicoterapeuta, este menciona que a criança inicialmente começou a fazer terapia comportamental, mas que atualmente já não frequenta essa terapia porque a nível de comportamentos está estável, não tem comportamentos disruptivos que necessitem de trabalho focado. Neste sentido, tornou-se uma prioridade trabalhar mais a nível da fala/comunicação e da interação com o outro. Para tal, principiou com a terapia da fala e, posteriormente, a musicoterapia para complementar a intervenção que estava a ser feita. A Terapeuta da Fala também refere, na sua entrevista, que as estereotipias que a criança apresenta são as vocalizações e que as faz quando está em tempo livre, ou seja, quando a Técnica está a dirigir tarefa com ela não costuma fazer. Esta esclarece que se a criança estiver a brincar, por exemplo, com a plasticina, recorre a esses sons para estar ocupada e para se autorregular, mas em sessão direta não os faz. Portanto, é possível compreender que a criança produz algumas vocalizações estereotipadas nas sessões musicoterapêuticas devido ao seu carácter mais livre, uma vez que não é uma terapia tão estruturada como a terapia da fala, por exemplo. O Musicoterapeuta também menciona, na sua entrevista, que a musicoterapia é uma terapia mais solta, menos invasiva, mais livre e, por isso, não há aquele nível de exigência que outras terapias têm, o que vai ao encontro do descrito anteriormente. Esta categoria foi assinalada num total de 7 vezes.

O que foi descrito anteriormente vai ao encontro da literatura, constatando que as atividades musicais promovem a inclusão das crianças com PEA devido ao seu carácter lúdico e de livre expressão, visto que não apresentam pressões nem cobram resultados (Brito, 2016). Para além disto, a terapia com música estimula a comunicação, a atenção conjunta e a imitação, bem como a diminuição de comportamentos repetitivos como as vocalizações estereotipadas (Wigram & Gold, 2006, cit. por Freire, 2014).

Respeitante à categoria da interação com o animal (coelho) utilizado em algumas sessões, nomeadamente na 4.^a, 7.^a e 8.^a, é possível constatar que a criança demonstrou algum desconforto com a sua presença em todas as sessões, como se verifica na tabela. Contudo, esta queria sempre o animal na sala mesmo tendo algum medo. Observou-se também que por vezes lhe fazia festas, mas com algum receio e muitas vezes utilizando instrumentos musicais, por exemplo, com o guizo/chocalho ou com uma baqueta. Muitas vezes olhava atentamente para o animal, não só por ter algum receio, mas também por curiosidade. O animal costumava andar pela sala e a criança estava constantemente a tentar ver onde é que ele estava, isto devia-se à sua curiosidade, mas também ao facto de haver um ser que andava pela sala e que estava fora do seu controlo, pois, como sabemos, os indivíduos com PEA necessitam de ter controlo sobre tudo, ou seja, têm necessidade de saber o que os espera para se sentirem seguros. Numas sessões, quando já estava mais à vontade com o animal, tentou-lhe dar a flauta diafragma e pegou nele com a ajuda do musicoterapeuta, ao fazer isto a criança começou-se a rir e a querer ir brincar com ele, demonstrando já estar mais confortável com a sua presença. Neste contexto, a criança que inicialmente revelou algum medo relativamente ao animal, nas últimas sessões já demonstrou aceitar a sua presença e gostar de interagir mais com ele, prova disso foi que as vocalizações estereotipadas que ela fazia em resposta a esse estímulo com que não se sentia confortável, foram diminuindo de intensidade. A categoria foi assinalada num total de 10 vezes.

Tabela 3

Tarefas musicais realizadas nas sessões de musicoterapia

Categorias	Subcategorias	1. ^a	2. ^a	3. ^a	4. ^a	5. ^a	6. ^a	7. ^a	8. ^a	Total
		Sessão	Sessão	Sessão	Sessão	Sessão	Sessão	Sessão	Sessão	
1 Tarefas musicais	Toca instrumentos musicais	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	7
	Segue/imita o ritmo produzido pelo terapeuta	✓			✓	✓	✓			4
	Canta músicas com a ajuda do musicoterapeuta	✓	✓		✓	✓			✓	5
										16
2 Instrumentos musicais utilizados	Xilofone	✓	✓	✓	✓	✓	✓			6
	Ukulele				✓					1
	Tambor	✓			✓	✓			✓	4
	Acordeão			✓		✓			✓	3
	Pandeireta	✓								1
	Flauta diafragma				✓					1
	Castanholas							✓		1
	Reco-reco	✓					✓			2
	Maracas			✓	✓					2
	Guizo/chocalho				✓				✓	2
	Pau de chuva	✓								1
	Harmónica				✓					1
Prato				✓					1	
Caixa de música			✓						1	
										27
3 Músicas cantadas	Música “Atirei o pau ao gato” (trabalha os fonemas a cantar)	✓								1
	Música do alfabeto		✓							1
	Música “As rodas do autocarro”		✓			✓				2
	Música “Eu sou um coelhinho”				✓				✓	2
										6
4 Tarefas com recurso à fala musicada	Jogos pedagógicos			✓			✓	✓	✓	4
	Animais de brincar para a criança fazer a nomeação		✓							1
	Livros educativos		✓							1
	Sinos de cores diferentes, todos numerados, com o objetivo de trabalhar a relação com os números			✓						1

No que concerne à categoria das tarefas musicais, a subcategoria “Toca instrumentos musicais” foi a que obteve mais registos, pois foram utilizados instrumentos em praticamente todas as sessões. A criança em estudo demonstrava interesse em tocar instrumentos musicais e, por vezes, focava-se no som que estes produziam. Segue-se a subcategoria “Canta músicas com a ajuda do musicoterapeuta”, esta que também se observou em bastantes sessões, o Musicoterapeuta ao cantar tentava estimular a fala/comunicação da criança. Para tal, este ia fazendo pausas enquanto cantava para a criança ir dizendo algumas palavras da música, esta acabava sempre por dizer, ainda que, por vezes, não fosse de imediato. “Segue/imita o ritmo produzido pelo terapeuta” é a última subcategoria identificada, esta consistia em que a criança reproduzisse o que o Musicoterapeuta tocava, o que se verificou em algumas sessões. A criança com alguma ajuda conseguia executar corretamente esta tarefa. O Musicoterapeuta refere, na entrevista, que nas suas sessões está sempre a utilizar os três elementos da música – ritmo, harmonia e melodia –, explicando que quando está na exploração livre dos instrumentos musicais se foca mais na parte rítmica, uma vez que é aquela que capta mais a atenção da pessoa e quando é para trabalhar a nomeação, dizer palavras, foca-se na parte harmónica e melódica, tentando que a voz soe de forma diferente para as diversas palavras/frases. A respetiva categoria foi assinalada num total de 16 vezes.

Relativamente à categoria dos instrumentos musicais utilizados, foram diversos os instrumentos usados pela criança ao longo das sessões musicoterapêuticas observadas, como se pode confirmar na Tabela 3, o xilofone foi o mais assinalado, seguindo-se o tambor e o acordeão. Porém, de todos os instrumentos utilizados o Musicoterapeuta assinala o ukulele como um dos instrumentos que suscita mais interesse na criança, apesar de apenas se verificar um registo da sua utilização, visto que foi mais utilizado pelo Musicoterapeuta do que pela criança durante as sessões. O xilofone foi também destacado por este como outro dos instrumentos que desperta mais interesse na criança, constatando-se que foi utilizado em praticamente todas as sessões. O Musicoterapeuta menciona, na entrevista, que a preferência da criança relativamente a estes dois instrumentos se deve ao som que produzem, da parte harmoniosa e da sensação ao tocar os instrumentos. O tambor também obteve alguns registos, contudo, não é dos favoritos da criança, o Musicoterapeuta refere que apesar de ser um instrumento extremamente sensorial esta não aprecia muito tocar nele, talvez devido à sua pele. O acordeão também foi utilizado algumas vezes pela criança e esta demonstrava curiosidade pelo instrumento, porém, o som produzido por este causava-lhe alguma confusão e por isso a sua exploração foi assinalada pelo Musicoterapeuta, na entrevista, como a atividade pela qual a criança tem menos preferência, como é possível verificar na respetiva análise de conteúdo. O Musicoterapeuta menciona que a utilização deste instrumento tem como objetivo trabalhar a resistência da criança a sons mais fortes. Este acrescenta, ainda, que instrumentos que tenham algum efeito para além da audição, produzindo um efeito em termos de vibração, são os instrumentos pelos quais a criança tem preferência, porque promovem o seu lado tátil. Esta categoria foi assinalada num total de 27 vezes.

No que respeita à categoria das músicas cantadas, as que obtiveram mais registos foram “As rodas do autocarro” e “Eu sou um coelhinho”, as músicas “Atirei o pau ao gato” e do alfabeto foram as menos assinaladas. Do que se observou, a música “As rodas do autocarro” era familiar para a criança e esta demonstrava bastante interesse quando a cantava juntamente com o Musicoterapeuta, tanto que numa sessão (5.ª) em que a criança esteve muito instável o Terapeuta recorreu a esta música para a acalmar e a ajudar a focar novamente na tarefa, visto que as músicas que criam suspense e que são familiares para estas crianças são boas para treinar a atenção, tornando-as mais recetivas. A música “Eu sou um coelhinho” foi cantada em duas das sessões em que o Musicoterapeuta utilizou o animal, de facto, o coelho era branco tal como refere a letra da música. O Terapeuta enquanto cantava esta música pegava no animal e aproximava-o da criança, com o propósito de que esta percebesse que não era uma ameaça e se adaptasse a ele. A música “Atirei o pau ao gato” foi utilizada para trabalhar os fonemas, a pronúncia de certas palavras e a criança correspondeu de forma positiva à tarefa. A música do alfabeto vai também ao encontro dos interesses da criança, pois como já foi referido na análise de conteúdo das entrevistas, esta demonstra bastante interesse pelas letras e quando cantou esta música não revelou grande dificuldade, sendo capaz de dizer o alfabeto todo sem precisar da ajuda do Musicoterapeuta. A presente categoria foi assinalada num total de 6 vezes.

Na categoria das tarefas com recurso à fala musicada os jogos pedagógicos foram os materiais mais utilizados, através destes o Musicoterapeuta trabalhava a capacidade de nomeação da criança, como é exemplo, dizer o nome das cores, dos animais, dos objetos, etc., e ainda promovia a associação dos números à respetiva quantidade, pedindo à criança, por exemplo, que lhe desse 5 peças de cor azul. A nomeação foi também trabalhada com os livros educativos e com os animais de brincar. Os sinos de cores diferentes, todos numerados, tinham como objetivo principal trabalhar a relação com os números, pois, a criança tinha de os ordenar, mas também possibilitavam a nomeação das cores. A criança não revelou dificuldade nestas tarefas e muitas vezes executava-as sem grande ajuda. No entanto, outra capacidade que o Musicoterapeuta quis promover consistiu em desconstruir a ideia de padrão, este ia colocando os sinos fora da sua respetiva ordem numérica, como por exemplo, tirava o sino n.º 4 e ficavam os sinos n.º 1, 2, 3 e 5, o que causou alguma confusão à criança quando teve de os contar, não conseguiu compreender de imediato que o objetivo da tarefa era dizer quantos sinos tinham ficado e não referir o número correspondente a cada um, revelando inicialmente alguma dificuldade na compreensão da tarefa. Os indivíduos com PEA têm preferência por atividades estruturadas, que tenham alguma previsibilidade, porque se sentem mais confortáveis e seguros, por isso, quando o Musicoterapeuta quis promover a última capacidade a criança não correspondeu de imediato ao que era pretendido. Ainda assim, acabou por conseguir compreender o que lhe era pedido após algumas tentativas. O Musicoterapeuta falava sempre dando musicalidade à voz, de forma a promover a fala/comunicação da criança, a dicção, a interação, a imitação, o contacto ocular e a relação com os números. A categoria foi assinalada num total de 7 vezes.

Posto isto, o Musicoterapeuta esclarece, na entrevista, que a improvisação musical é uma das capacidades que qualquer musicoterapeuta deve ter e que não há melhor maneira de trabalhar do que através dela, porque a improvisação é algo inesperado, é algo que sai no momento e de acordo com as necessidades da pessoa com quem se está a fazer a intervenção. Com o caso em estudo este recorre bastante à improvisação musical, mencionando que tenta ir sempre ao encontro dos interesses da criança e ter sempre em conta a sua disposição no dia da sessão, uma vez que não pode esperar que consiga realizar as tarefas sempre no mesmo nível de exigência, sendo, neste sentido, a improvisação a melhor estratégia. Relativamente à fala musicada, é importante salientar que era sempre utilizada pelo Terapeuta em qualquer atividade, mesmo quando estava na exploração dos instrumentos musicais com a criança, no entanto, nas tarefas em que eram utilizados jogos, livros e brinquedos a fala musicada estava mais presente, sendo usada com mais frequência.

Tabela 4*Reações da criança às tarefas musicais*

Categorias	Subcategorias	1. ^a	2. ^a	3. ^a	4. ^a	5. ^a	6. ^a	7. ^a	8. ^a	Total
		Sessão	Sessão	Sessão	Sessão	Sessão	Sessão	Sessão	Sessão	
1 Reação às tarefas musicais	Reage bem aos diferentes sons e/ou às músicas	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	7
	Foca a atenção no(s) som/sons do(s) instrumento(s)	✓			✓				✓	3
	Pede para utilizar/trocar um/de instrumento	✓		✓	✓				✓	4
	Foca a atenção na(s) música(s)		✓	✓						2
	Repete algumas palavras das músicas		✓		✓	✓			✓	4
	Por vezes fica ausente, deixa de estar focada na tarefa	✓		✓	✓		✓	✓	✓	6
	Encontra-se instável e bastante ausente/desconcentrada						✓			1
										27
2 Reação às tarefas com recurso à fala musicada	Reage bem à(s) tarefa(s)		✓	✓			✓	✓	✓	5
	Foca a atenção na(s) tarefa(s)		✓	✓			✓	✓		4
	Pede para utilizar/trocar de material		✓							1
	Por vezes fica ausente, deixa de estar focada na tarefa		✓	✓			✓	✓	✓	5
										15

Respeitante à categoria da reação da criança às tarefas musicais, a subcategoria que mais se verificou foi “Reage bem aos diferentes sons e/ou às músicas”. De facto, a criança em estudo regia sempre bem aos diversos sons e às músicas, não lhe causavam qualquer confusão e, por vezes, focava a atenção nos sons dos instrumentos e nas músicas. Houve apenas uma sessão (5.^a) em que isto não se observou, em que a criança esteve instável e bastante ausente/desconcentrada, como se pode constatar na tabela, não se conseguia focar nas tarefas e fez imensas vocalizações estereotipadas. Na altura, em conversa com o Musicoterapeuta, concluiu-se que algo se teria passado noutra contexto fora da instituição, talvez uma alteração nas rotinas, o que modificou completamente o comportamento da criança e a sua disposição para a terapia. Como referido acima na análise da Tabela 3, nesta sessão, o Musicoterapeuta utilizou uma música que era familiar para a criança, com o intuito de a acalmar e a ajudar a focar novamente na tarefa e no Terapeuta, pois, músicas que criam suspense e que são familiares para estas crianças são boas para treinar a atenção, tornando-as mais recetivas. Sempre que o Musicoterapeuta cantava músicas esta repetia algumas das palavras e, por norma, demonstrava interesse nesta tarefa, principalmente se fosse uma música da sua preferência. Por vezes a criança ficava ausente, deixava de estar focada na tarefa por um momento e o Musicoterapeuta tentava captar novamente a sua atenção alterando ou adicionando algo diferente à atividade. Salvo poucas exceções, este conseguia que a criança se voltasse a focar e a demonstrar interesse pela tarefa. Ao longo das sessões a criança ia pedindo para utilizar ou trocar de instrumento musical, muitas vezes tentava tirar o instrumento que o Terapeuta estava a utilizar, mas este nunca lho dava sem antes ela pedir. Como tal, este dizia, por exemplo, “D., quero trocar” ou “D., quero o guizo”, com o propósito de a criança repetir e assim fazer o pedido, esta acabava por imitar sobretudo as últimas palavras. A categoria foi assinalada num total de 27 vezes.

Quanto à categoria da reação da criança às tarefas com recurso à fala musicada, a subcategoria “Reage bem à(s) tarefa(s)” foi a mais assinalada, visto que a criança regia sempre bem às tarefas em que o Musicoterapeuta utilizava, maioritariamente, a fala musicada. Por norma, a criança focava a atenção nas tarefas e correspondia ao que era pretendido, no entanto, por vezes ficava ausente e deixava de estar focada na tarefa por um momento. Neste sentido, tal como descrito na categoria anterior, o Musicoterapeuta para tentar captar novamente a sua atenção acrescentava algo novo à atividade ou, em último caso, mudava de tarefa. Salvo raras exceções, este conseguia que a criança se voltasse a focar e a demonstrar interesse pela atividade. A criança, por vezes, pedia para utilizar ou trocar de material, como livros, jogos, brinquedos, etc., e como era habitual, o Musicoterapeuta só lhe dava o que ela

pretendia quando repetisse o que este lhe dizia, com o objetivo de fazer o pedido. A criança em estudo demonstrava muito mais interesse quando o Musicoterapeuta falava dando musicalidade à voz, suscitava-lhe muito mais curiosidade, prestava mais atenção ao outro e imitava mais facilmente, o que vai ao encontro do descrito pela literatura. Esta categoria foi assinalada num total de 15 vezes.

Segundo Rodrigo (2008, cit. por Brito, 2016) conseguir a mínima comunicação, um determinado *feedback*, é uma vitória. Sendo a música bastante “maleável”, facilmente se consegue adaptar a qualquer ambiente, adequando-se às necessidades de cada indivíduo. O objetivo primordial da musicoterapia com crianças com PEA, consiste na superação da barreira do isolamento, entrando no seu mundo interior e abrindo canais de comunicação (Brito, 2016).

Tabela 5

Tarefas desempenhadas pela criança nas sessões musicoterapêuticas

Categories	Subcategorias	1. ^a Sessão	2. ^a Sessão	3. ^a Sessão	4. ^a Sessão	5. ^a Sessão	6. ^a Sessão	7. ^a Sessão	8. ^a Sessão	Total
1 Arrumação do material no final da sessão/tarefa	Arruma os instrumentos musicais na caixa de arrumação	✓		✓	✓	✓			✓	5
	Arruma o material utilizado (livros, brinquedos, jogos, etc.)		✓	✓						2
										7
2 Escolha de material	Escolhe instrumentos musicais	✓		✓				✓		3
	Escolhe algum material (livros, brinquedos, jogos, etc.)		✓							1
										4

Para concluir, as últimas categorias dizem respeito às tarefas desempenhadas pela criança nas sessões musicoterapêuticas, sendo estas a arrumação do material no final da sessão e/ou da tarefa e a escolha de material. Na primeira categoria verifica-se que a criança fez a arrumação dos instrumentos musicais em várias sessões, isto observou-se maioritariamente no final da sessão. Habitualmente, quando a sessão terminava, o Musicoterapeuta pedia à criança para arrumar, dizendo a cantar, por exemplo, “Nós vamos arrumar, na caixa colocar. Vai mais um para dentro, vais meter sim senhor o instrumento lá dentro”, com o propósito de que a criança colocasse os instrumentos na caixa de arrumação, esta desempenhava sem qualquer dificuldade a tarefa e em simultâneo repetia algumas das palavras. O mesmo se observava para a arrumação de outro material, como livros, jogos, brinquedos, etc., apesar de não se verificar tantas vezes. Esta categoria foi assinalada num total de 7 vezes. Na segunda categoria constata-se que a criança escolheu alguns instrumentos musicais e algum material, o mesmo que descrito anteriormente, mas o Musicoterapeuta insistia sempre com ela para pedir o que queria e só depois lhe dava acesso a isso. Porém, a categoria da arrumação obteve mais registos do que esta categoria, pois, não foram muitas as vezes em que a criança escolheu material. No final da sessão o Musicoterapeuta, por norma, despedia-se da criança dizendo a cantar “Já acabou. Adeus P. e adeus D.. Adeus!”, levantando em simultâneo os seus braços e os da criança, enquanto esta ia repetindo algumas das palavras. A respetiva categoria foi assinalada num total de 4 vezes.

3. Síntese dos resultados obtidos

De acordo com os dados obtidos, através das entrevistas e das observações das sessões musicoterapêuticas, foi possível perceber que o caso em estudo apresenta dificuldades sobretudo ao nível da comunicação e da interação social, tendo sido estas as áreas mais comprometidas referidas pelos técnicos que trabalham com a criança, bem como pela Encarregada de Educação. No que diz respeito aos aspetos comportamentais, a criança encontra-se estável. Segundo o Musicoterapeuta, a criança para além de ter a comunicação bastante atrasada quando iniciou as terapias, fala num tom monocórdico, o que é uma dificuldade acrescida e prejudicial na sua aprendizagem, por exemplo, em termos da flexibilidade de aprendizagem de palavras e se assim continuar vai ser cada vez mais difícil aprender novos sons e fonemas. Neste sentido, o técnico recorre à fala musicada para promover a fala/comunicação da criança, já que inicialmente esta não falava, nem gestos fazia e não demonstrava interesse pela interação com o outro. Esta técnica estimula também a interação e a imitação. Os técnicos referiram que inicialmente a criança também tinha dificuldade na compreensão recetiva, visto que não era capaz de associar uma palavra a um determinado objeto, algo que agora já é capaz de fazer. No início, a criança não tinha comunicação funcional e efetiva, sendo esta uma das áreas que necessitava de maior intervenção.

Ao longo das observações foi possível verificar que a criança tinha muitas capacidades, uma vez que sabia o alfabeto completo, porém, tinha a fala bastante atrasada. A fala/comunicação vem da necessidade de comunicar com os outros para satisfação das necessidades. Neste caso, se a criança não for estimulada e conseguir alcançar o que pretende fazendo apenas vocalizações estereotipadas, esta vai assumir que não precisa de falar para obter o que deseja. Desta forma, a criança não consegue ver funcionalidade na fala e, por isso, não a utiliza. A musicoterapia tem ajudado bastante, visto que a criança demonstra gostar muito de música e, portanto, há palavras e frases que passou a dizer por ação direta da música cantada. Verificou-se que através da fala musicada a criança melhorou as suas capacidades de comunicação, o que não acontecia por meio da fala natural/espontânea. Importa realçar que algumas dificuldades se deviam ao facto de esta ainda não perceber algumas associações da palavra ao objeto ou da palavra ao conceito. Relativamente à interação, alguns instrumentos musicais estimulavam mais a interação da criança com o outro, como por exemplo, o xilofone e o ukulele. Portanto, era notória a sua recetividade para interagir com o musicoterapeuta. No entanto, um dos instrumentos que lhe causava alguma confusão era o acordeão, devido aos sons que este produz, pois há sons que a criança tolera mais do que outros. Por vezes, esta utilizava as vocalizações como forma de demonstrar que não queria ou para interromper a interação com o outro, este tipo de comportamento revelava a necessidade que tinha em controlar tudo à sua volta.

Em suma, através das sessões musicoterapêuticas, conclui-se que ao nível da comunicação a criança alvo de estudo foi desenvolvendo mais a capacidade da fala e da produção verbal. Deste modo, verificou-se que as palavras cuja verbalização inicial era mais difícil para a criança, registaram alguns progressos que parecem ficarem a dever-se à ação da musicoterapia, a qual contribuiu para melhorar o nível de articulação de certos vocábulos, na perspetiva das fontes consultadas. A estratégia aplicada fazia com que a criança imitasse o musicoterapeuta, que cantava determinados sons e vocábulos, acabando assim por desenvolver e melhorar a articulação de fonemas e tons. Ao nível da interação a criança foi demonstrando algum interesse pelo outro, procurando-o quando precisava, apesar de ainda não perceber o valor do outro interagir com ela.

CONCLUSÃO

Com a elaboração deste trabalho foi possível compreender a importância da Musicoterapia na intervenção na PEA, uma vez que são diversos os benefícios/potencialidades que esta abordagem terapêutica promove nos indivíduos com esta perturbação. Desta forma, como se verificou na revisão da literatura neste estudo, esta perturbação do neurodesenvolvimento caracteriza-se por uma tríade clínica de dificuldades nas áreas da comunicação, interação social – sendo estas as duas áreas em que a criança sobre a qual recai este estudo apresenta mais dificuldades – e comportamento, pois, mais do que um conjunto fixo de características, esta manifesta-se através de várias combinações possíveis de sintomas num contínuo de gravidade de maior ou menor intensidade. Em suma, os critérios de diagnóstico inserem-se em duas grandes áreas: os défices persistentes na comunicação social e interação social e os padrões de comportamentos, interesses ou atividades restritos e repetitivos. Não existem duas pessoas afetadas de igual forma e, portanto, podem ser muito diferentes entre si, não constituindo um grupo homogêneo (APA, 2014; Capucha, 2008).

Para além do referido, estes indivíduos podem ter dificuldade em apresentar empatia, ou seja, em se colocar no lugar do outro, muitas vezes têm gestos, sons ou atividades repetitivas – a criança em estudo tem as vocalizações estereotipadas –, fixação por determinados temas, jogos ou objetos – no caso em estudo são as letras e os números o seu grande interesse –, rigidez cognitiva, isto é, dificuldade em encontrar estratégias alternativas para a resolução de um problema, marcada ansiedade perante o inesperado ou as circunstâncias que não pode controlar – a criança investigada demonstrava este tipo de comportamento com o animal utilizado em algumas sessões, sempre que ele andava pela sala era notória a sua instabilidade –, hipersensibilidade aos estímulos sensoriais (sons, cheiros, luz ou texturas) e desajeitamento motor (Lobo Antunes et al., 2021).

Relativamente à Musicoterapia, é possível concluir que o principal motivo do sucesso das técnicas musicoterapêuticas no tratamento da PEA, se deve ao especial interesse que a música desperta nestes indivíduos – os participantes do estudo referiram o interesse da criança pela música – (Berger, 2003, cit. por Freire, 2014). São várias as pesquisas em Musicoterapia que demonstram evoluções positivas nas habilidades comunicacionais e/ou sociais, bem como na redução de comportamentos estereotipados (Finnigan & Starr, 2010; Simpson & Keen, 2011; Lanovaz et al., 2012, cit. por Freire, 2014). Deste modo, a criação musical através da improvisação clínica – Musicoterapia Improvisacional –, esta que é a abordagem musicoterapêutica mais comum na PEA e a utilizada com o caso em estudo, pode proporcionar comunicação musical, originando melhorias também noutros níveis de comunicação (Sarapa & Katusic, 2012, cit. por Freire, 2014) e, ainda, promover o desenvolvimento da atenção conjunta e da imitação, bem como a diminuição de comportamentos indesejáveis como o choro e as vocalizações estereotipadas – na criança em estudo constataram-se estas melhorias (Wigram & Gold, 2006; Kim et al., 2008; Kim et al., 2009, cit. por Freire, 2014).

Com base no que foi exposto, este trabalho teve como orientação a seguinte questão de estudo: “Compreender os benefícios da musicoterapia no desenvolvimento de competências comunicacionais, relacionais e comportamentais de uma criança com PEA.”. Os autores Quivy e Campenhoudt (2008) consideram que uma boa pergunta de partida deve permitir um bom trabalho a partir dela, para tal, deve fornecer dados possíveis de responder, pelo que a clareza e concisão são essenciais, já que a sua exequibilidade está diretamente relacionada com o carácter realista da investigação para que a questão aponte.

Os resultados obtidos neste estudo permitiram verificar que a Musicoterapia potencia as capacidades e minimiza as dificuldades da criança, principalmente ao nível da comunicação e da interação social, áreas em que revela maior dificuldade. A fala musicada é uma das estratégias utilizadas pelo Musicoterapeuta para promover a fala/comunicação da criança, mas também a interação e a imitação. No que respeita à comunicação, a criança apresenta bastantes dificuldades em comunicar e, para além disso, fala sempre num tom monocórdico, o que é uma dificuldade acrescida e prejudicial na sua aprendizagem, por exemplo, em termos da flexibilidade de aprendizagem de palavras e se assim continuar poderá ser cada vez mais difícil aprender novos sons e fonemas. Porém, através da fala musicada esta começou a dizer palavras e frases que não dizia por meio da fala natural/espontânea, verificando-se melhorias nas suas capacidades de comunicação. Outra estratégia utilizada pelo Musicoterapeuta consiste em que a criança peça sempre o que quer para poder ter acesso, visto que evita falar. Para tal, o Terapeuta transmitia à criança o pedido com o intuito de ela imitar, reforçando-o mais do que uma vez até ela o fazer, esta repetia sobretudo as últimas palavras. A exploração livre dos instrumentos musicais era utilizada, principalmente, para promover a interação social, alguns instrumentos estimulavam mais a interação da criança com o Musicoterapeuta, como por exemplo, o xilofone e o ukulele. No entanto, um dos instrumentos que lhe causava alguma confusão era o acordeão, devido aos sons que este produz, pois há sons que a criança tolera mais do que outros.

Nas sessões musicoterapêuticas observadas, constatou-se nas áreas da interação e da comunicação que a criança repetia palavras e frases cantadas pelo Musicoterapeuta, imitava o ritmo produzido por este, pedia o que queria com a sua ajuda, fazia a nomeação dos objetos e imitava gestos e/ou sons. Neste sentido, verifica-se que ao nível da comunicação a criança alvo de estudo foi desenvolvendo mais a capacidade da fala e da produção verbal e ao nível da interação foi demonstrando algum interesse pelo outro, procurando-o quando precisava, apesar de ainda não perceber o valor do outro interagir com ela. Contudo, não é possível afirmar que estas mudanças tenham sido significativas, visto que a investigação foi de curta duração. Portanto, é fundamental continuar a acompanhar a evolução do caso, uma vez que será necessário mais tempo de intervenção para que estas mudanças se tornem mais evidentes.

Este trabalho apresenta algumas limitações, visto que se trata de um estudo de caso de sujeito único, em que os participantes foram apenas a Encarregada de Educação, o Musicoterapeuta e a Terapeuta da Fala, não permitindo chegar a conclusões mais representativas relativamente à temática em estudo ou generalizar para além deste caso. Para a recolha de dados foram utilizados dois instrumentos, a entrevista semiestruturada e a grelha de observação naturalista, o que não permitiu diversificar e aprofundar muito os dados a recolher. Importa também mencionar que inicialmente estava previsto incluir mais um participante no estudo, outra Técnica que trabalhava com a criança, porém, existiram alguns constrangimentos que impediram a sua participação. Para além disso, estava ainda previsto o acesso aos documentos do caso em estudo (relatórios pedagógicos/psicológicos), contudo, apesar do acordo da Encarregada de Educação e de se ter efetuado vários contactos nesse sentido, não foi possível esse acesso. Desta forma, o estudo apresentado poderia estar

mais completo.

Neste sentido, é importante continuar o desenvolvimento de estudos sobre o impacto da Musicoterapia na PEA, não só para produzir literatura científica nesta área, mas também para consciencializar e informar a sociedade acerca desta perturbação do neurodesenvolvimento, sustentar as práticas e dar a conhecer esta abordagem terapêutica, que se assume tão relevante na intervenção nesta perturbação. Partindo do tema do presente estudo, em futuros trabalhos seria pertinente: *i)* incluir mais participantes no estudo, como Professores/Educadores de Infância e outros Técnicos que acompanhem a criança/jovem com PEA; *ii)* utilizar mais instrumentos de recolha de dados para aprofundar e diversificar a investigação, preferencialmente instrumentos validados; *iii)* realizar um estudo de casos múltiplos, com o objetivo de compreender os benefícios/potencialidades que a musicoterapia apresenta nos diversos sujeitos investigados, de que forma cada caso evolui, através de que estratégias e em que áreas, permitindo assim fazer um termo de comparação e obter mais conclusões.

Finalizando, espera-se que este estudo contribua para novas investigações nesta área, que consciencialize a sociedade acerca da PEA e suscite curiosidade relativamente à Musicoterapia, de modo a promover um maior conhecimento sobre as suas implicações no desenvolvimento destas crianças/jovens, para que esta abordagem terapêutica, futuramente, se assuma cada vez mais imprescindível na intervenção no âmbito desta perturbação.

BIBLIOGRAFIA

- Afonso, N. (2014). *Investigação Naturalista em Educação: Um guia prático e crítico*. Fundação Manuel Leão.
- Aires, L. (2011). *Paradigma qualitativo e práticas de investigação educacional*. Universidade Aberta. https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/2028/4/Paradigma_Qualitativo%20%281%c2%aa%20edi%c3%a7%c3%a3o_atualizada%29.pdf
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5* (5.ª ed.) (M. Nascimento, P. Machado, R. Garcez, R. Pizzato, & S. Rosa, Trans.). Artmed. http://dislex.co.pt/images/pdfs/DSM_V.pdf
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. Edições 70. <https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf>
- Brito, I. (2016). *Importância da musicoterapia nas capacidades e dificuldades de uma adolescente com Perturbação do Espectro do Autismo: Um estudo de caso* [Trabalho de Projeto de Mestrado, Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viseu]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/4522/1/Projeto%20Mestrado%20In%c3%aas%20Brito%20-%20Volume%20I.pdf>
- Capucha, L. (Dir.). (2008). *Unidades de ensino estruturado para alunos com perturbações do espectro do autismo: Normas orientadoras*. Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular, Direcção de Serviços da Educação Especial e do Apoio Sócio-Educativo. <http://www.appdaleiria.pt/index.php?r=documento/download&id=10>
- Castanheira, M., C. (2016). *Perturbação do Espectro do Autismo – Estratégias de intervenção em situações de crise de agressividade protagonizadas por crianças com PEA*. [Dissertação de Pós Graduação, Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti, Porto]. Repositório ESEPF. <http://hdl.handle.net/20.500.11796/2370>
- Coutinho, C. (2018). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática* (2.ª ed.). Edições Almedina.
- Decreto-Lei n.º 54/2018, de 6 de julho. *Diário da República n.º 129/2018 – Série I* (pp. 2918–2928). Ministério da Educação. Lisboa. <https://files.dre.pt/1s/2018/07/12900/0291802928.pdf>
- Dias, C. (2009). Olhar com Olhos de Ver. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 43(1), 175-188. https://doi.org/10.14195/1647-8614_43-1_9
- Fernandes, P. (2015). Sons e Silêncios: A importância da musicoterapia em indivíduos com perturbação do espectro do autismo. *Perspectivas em Diálogo: Revista de Educação e Sociedade*, 2(3), 18-38. <https://periodicos.ufms.br/index.php/persdia/article/view/819>
- Fernandes, P. (2016). Musicoterapia e perturbação do espectro do autismo. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 16(1), 725-730. <https://doi.org/10.1111/1471-3802.12209>
- Fernandes, F., & Amato, C. (2013). Análise de Comportamento Aplicada e Distúrbios do Espectro do Autismo: Revisão de literatura. *CoDAS*, 25(3), 289-296. <https://www.scielo.br/j/codas/a/vgGhzWvhgWXJXp5PrvBK9Nr/>
- Fleury, E., & Santos, K. (2016). Musicoterapia na interação social de pessoas com TEA: Estudo de revisão. *Revista InCantare*, 7(2), 30-48. http://periodicos.unespar.edu.br/index.php/incantare/article/view/1754/pdf_73
- Freire, M. (2014). *Efeitos da Musicoterapia Improvisacional no tratamento de crianças com Transtorno do Espectro do Autismo* [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais]. Repositório Institucional da Universidade Federal de Minas Gerais. https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-9PFJSA/1/dissertacao_marina_horta_freire.pdf
- Freire, M., Martelli, J., Estanislau, G., & Parizzi, B. (2018). O desenvolvimento musical de crianças com transtorno do espectro do autismo em musicoterapia: Revisão de literatura e relato de caso. *Orfeu*, 3(1), 145-171. <http://dx.doi.org/10.5965/2525530403012018145>
- Freire, M., & Parizzi, M. (2015). As relações dos efeitos terapêuticos da musicoterapia improvisacional e o desenvolvimento musical de crianças com autismo. *Revista Nupeart*, 14(14), 46-55. <https://doi.org/10.5965/2358092514142015046>
- Freixo, M. (2012). *Metodologia Científica: Fundamentos, Métodos e Técnicas* (4.ª ed.). Instituto Piaget.
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (2001). *O Inquérito: Teoria e Prática* (4.ª ed.). Celta Editora.
- Herdy, A., & Carmo, C. (2016). Os efeitos da musicoterapia em pacientes portadores do transtorno do espectro autista. *Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico*, 2(2), 283-301. <http://dx.doi.org/10.20951/2446-6778/v2n2a17>
- Lima, C. (2012). *Perturbações do Espectro de Autismo: Manual Prático de Intervenção*. LIDEL.
- Lobo Antunes, N., Leitão, I., Almeida, C., & Jesus, G. (2021). Perturbações do Espectro do Autismo. In N. Lobo Antunes, & Equipa Técnica do PIN, *Sentidos* (5.ª ed., pp. 115-218). Lua de Papel.
- Luz, F., & Branco, A. (2021). A contribuição da comunicação alternativa PECS - (método por troca de figuras) na comunicação funcional de crianças autistas. *Research, Society and Development*, 10(1), 1-9. <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/11798/10582>
- Meirinhos, M., & Osório, A. (2010). O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. *EDUSER*, 2(2), 49–65. <http://dx.doi.org/10.34620/eduser.v2i2.24>
- Mello, A. (2005). *Autismo: Guia prático* (4.ª ed.). Corde. <http://www.appdaleiria.pt/index.php?r=documento/download&id=8>
- Pardal, L., & Lopes, E. (2011). *Métodos e Técnicas de Investigação Social*. Areal Editores.
- Pereira, F. (Coord.), Crespo, A., Trindade, A., Cosme, A., Croca, F., Breia, G., Franco, G., Azevedo, H., Fonseca, H., Micaelo, M., Reis, M., Saragoça, M., Carvalho, M., & Fernandes, R. (2018). *Para uma Educação Inclusiva: Manual de Apoio à Prática*. Ministério da Educação, Direcção-Geral da Educação. https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/EEspecial/manual_de_apoio_a_pratica.pdf
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (5.ª ed.). Gradiva.

- Sampaio, R., Loureiro, C., & Gomes, C. (2015). A Musicoterapia e o Transtorno do Espectro do Autismo: Uma abordagem informada pelas neurociências para a prática clínica. *Per Musi*, (32), 137-170. <https://doi.org/10.1590/permusi2015b3205>
- Santos, M., & Freitas, P. (2014). Perturbações do Espectro do Autismo. In P. Monteiro (Coord.), *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência* (pp. 137-157). LIDEL.
- Tuckman, B. (2012). *Manual de Investigação em Educação*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- World Federation of Music Therapy. (2017). *Home*. <https://wfmt.info/>
- Yin, R. (2018). *Case study research and applications: Design and methods*. SAGE Publications.
- Yin, R. (2010). *Estudo de caso: Planejamento e métodos* (4.ª ed.). Bookman.

ANEXOS

Anexo A – Guiões de Entrevista

Tabela 6

Guião de entrevista direcionado ao Musicoterapeuta

Guião de Entrevista			
Entrevistadora: Carolina Rodrigues		Entrevistado: Musicoterapeuta	
Local:		Data:	Duração:
Temáticas	Objetivos	Questões	Observações
Apresentação dos objetivos da entrevista	- Criar uma relação empática com o entrevistado, de modo a que se sinta à vontade para responder às questões propostas; - Apresentar o trabalho e garantir o anonimato.	1. Esta entrevista será utilizada apenas para fins académicos. Posso fazer a gravação áudio da entrevista?	
Apresentação do entrevistado	- Conhecer o entrevistado.	2. Que idade tem? 2.1. Quais as suas habilitações literárias? 2.2. Há quantos anos exerce a sua profissão? Há quanto tempo trabalha com crianças/jovens com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA)? 2.3. Gosta de trabalhar com estas crianças/jovens?	
Conhecer o trabalho do técnico com a criança em estudo	- Perceber quando é que a criança iniciou as sessões musicoterapêuticas e qual a frequência destas; - Saber se a criança é recetiva às sessões de musicoterapia.	3. Há quanto tempo conhece a criança em estudo? 3.1. Considera que a conhece bem? 3.2. Quando é que ela iniciou as sessões de musicoterapia? 3.3. Quantas vezes por semana é que está com a criança? Qual a duração de cada sessão? 3.4. Qual a recetividade da criança às sessões de musicoterapia?	
Conhecer a criança em estudo	- Compreender as especificidades da criança a ser estudada, mais concretamente as dificuldades e capacidades; - Perceber que estratégias são utilizadas com a criança.	4. Quais as principais dificuldades da criança? E capacidades? 4.1. Que estratégias utiliza para lidar com as dificuldades que a criança apresenta atualmente?	
A relação da criança com a música	- Conhecer o género musical pelo qual a criança tem preferência; - Compreender se a criança reage de forma positiva aos sons musicais; - Entender se há evolução na criança ao nível do comportamento, comunicação e interação.	5. Na sua perspetiva, a criança gosta de música? Porquê? 5.1. Se sim, de que género de música gosta mais? E menos? 5.2. Costuma pôr música para ela ouvir nas sessões ou é a criança que produz a música? 5.3. Como é que ela reage aos sons? Nota alguma diferença no seu comportamento em função do tipo de música/canções? 5.4. Verifica alguma diferença nas estereotipias (comportamento) da criança quando esta ouve música? Ao nível da comunicação e interação, também verifica?	
Compreender como se processam as sessões de musicoterapia	- Perceber se a criança gosta de ouvir e manipular os instrumentos musicais; - Aferir que instrumentos funcionam melhor com a criança e quais lhe suscitam maior curiosidade; - Compreender se o técnico recorre à voz nas sessões musicoterapêuticas e se isso suscita interesse na criança.	6. Costuma utilizar instrumentos musicais nas sessões musicoterapêuticas? 6.1. Se sim, apenas o terapeuta ou também a criança? 6.2. Quais os instrumentos musicais que são mais utilizados nas sessões? 6.3. De que forma são utilizados? São utilizados para tocar melodias ou apenas para produzir sons? 6.4. Qual/quais é que funciona/funcionam melhor com a criança em estudo? Porquê? 6.5. Qual o instrumento que suscita maior curiosidade na criança? De que forma o manipula? 6.6. Nas sessões musicoterapêuticas também recorre à voz? Improvisa músicas? De que forma e quando o faz? 6.7. A criança demonstra interesse quando canta (técnico)? De que forma reage?	Perceber como é que são as sessões musicoterapêuticas, o que é feito habitualmente com a criança.
A importância e os benefícios da musicoterapia	- Conhecer a perspetiva do técnico acerca da influência da musicoterapia no desenvolvimento de crianças/jovens com PEA, mas também no desenvolvimento da criança em estudo.	7. Considera que a musicoterapia é importante para este caso em estudo? Porquê? 7.1. E em geral para o desenvolvimento global de uma criança e/ou jovem com PEA? 7.2. De que forma a música, os sons e os silêncios	

na PEA		influenciam/estimulam estas crianças/jovens? 7.3. No geral, que mudanças se verificam? E benefícios?	
A importância da musicoterapia na evolução da criança	<ul style="list-style-type: none"> - Entender se a criança revela evolução ao frequentar as sessões musicoterapêuticas; - Perceber se a criança demonstra alguma evolução ao nível do comportamento, interação e comunicação; - Conhecer os conteúdos trabalhados nas sessões de musicoterapia. 	8. Quais as principais mudanças sentidas na criança desde que iniciou as sessões? 8.1. Em que circunstâncias verificou essas mudanças? Dentro ou fora das sessões? 8.2. A musicoterapia teve algum efeito até ao momento nas estereotípias do caso em estudo? De que forma? 8.3. E nas suas capacidades de comunicação e de interação social? 8.4. Que conteúdos trabalha com esta criança nas sessões de musicoterapia? Com que objetivos? 8.5. Costuma ter necessidade de reformular estratégias devido a respostas imprevisíveis da criança? 8.6. De um modo geral, são estes conteúdos que costuma trabalhar nas sessões de musicoterapia com crianças/jovens com PEA?	
As potencialidades da musicoterapia na PEA	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer quais os efeitos que se verificam nas crianças/jovens que frequentam a musicoterapia, bem como no caso de estudo; - Perceber que atividades revelam maior interesse por parte das crianças/jovens, bem como na criança em estudo; - Verificar se os três elementos da música estão presentes nas sessões musicoterapêuticas. 	9. Normalmente, a partir de que idade se iniciam as sessões de musicoterapia? 9.1. As sessões são feitas apenas com crianças/jovens com Necessidades de Saúde Específicas (NSE)? Que tipo de NSE? 9.2. Os efeitos que verifica na criança em estudo são semelhantes aos dos outros casos com PEA que acompanha? Que diferenças encontra? 9.3. O que é mais positivo, trabalhar com as crianças/jovens com PEA individualmente ou em grupo? E no caso em estudo? 9.4. Existem atividades específicas que as crianças/jovens gostem mais de fazer nas sessões? Como por exemplo? 9.5. A criança em estudo tem alguma preferência? E alguma que não aprecie tanto? 9.6. Para concluir, atendendo aos três elementos da música – ritmo, harmonia e melodia – consegue evidenciá-los numa mesma sessão? 9.7. Consegue evidenciá-los com a criança em estudo? Que efeitos verifica?	
Encerramento	<ul style="list-style-type: none"> - Permitir que o entrevistado exponha alguma informação que possa não ter sido abordada; - Agradecer ao entrevistado a colaboração e disponibilidade. 	10. Acha relevante salientar mais algum aspeto?	

Tabela 7

Guião de entrevista direcionado à Encarregada de Educação

Guião de Entrevista			
Entrevistadora: Carolina Rodrigues		Entrevistada: Encarregada de Educação (Grau de parentesco: Mãe)	
Local:		Data:	Duração:
Temáticas	Objetivos	Questões	Observações
Apresentação dos objetivos da entrevista	- Criar uma relação empática com o(a) entrevistado(a), de modo a que se sinta à vontade para responder às questões propostas; - Apresentar o trabalho e garantir o anonimato.	1. Esta entrevista será utilizada apenas para fins académicos. Posso fazer a gravação áudio da entrevista?	
Apresentação do(a) entrevistado(a)	- Conhecer o(a) entrevistado(a) e o seu núcleo familiar.	2. Que idade tem? 2.1. Quais as suas habilitações literárias? 2.2. Qual a sua profissão? 2.3. O seu agregado familiar é constituído por quantos elementos?	
Conhecer a criança em estudo	- Compreender as especificidades da criança a ser estudada, mais concretamente as dificuldades e capacidades; - Conhecer o passado da criança, quando e como foi diagnosticada; - Perceber que estratégias são utilizadas com a criança.	3. Qual a idade do P.? 3.1. Quais as principais dificuldades do seu educando? E capacidades? 3.2. Pode falar-me um pouco sobre o passado do seu educando? Quando e como é que foi diagnosticado com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA)? (apoios que já teve, capacidades que foi adquirindo, etc.) 3.3. Que estratégias utiliza diariamente para lidar com as dificuldades que o P. apresenta atualmente? 3.4. Como é que a família lida com essas dificuldades?	
A relação da criança com a música	- Conhecer o género musical pelo qual a criança tem preferência; - Compreender se a criança reage de forma positiva aos sons musicais; - Entender se há envolvimento dos pais/cuidadores no desenvolvimento da criança.	4. O P. gosta de música? 4.1. Se sim, de que género de música gosta mais? E menos? 4.2. Em casa costuma pôr música para ele ouvir? 4.3. Se sim, como é que ele reage aos sons? 4.4. Já lhe deu algum instrumento musical para tocar em casa? 4.5. Se sim, como é que ele reage ao som? Se não, consideraria experimentar? Acha que poderia ser benéfico?	
A importância da musicoterapia na evolução da criança	- Conhecer a perspetiva dos pais/cuidadores acerca da musicoterapia; - Entender se a criança revela evolução ao frequentar as sessões musicoterapêuticas; - Perceber se a criança demonstra alguma evolução ao nível do comportamento, interação e comunicação.	5. Considera importante a musicoterapia para o seu educando? 5.1. Há quanto tempo o P. frequenta as sessões de musicoterapia? 5.2. Quantas vezes por semana? E qual a duração de cada sessão? 5.3. Desde que iniciou as sessões de musicoterapia houve alguma evolução no seu comportamento? 5.4. No(s) dia(s) em que frequenta as sessões de musicoterapia observa alguma diferença no P.?	
A perspetiva dos pais/cuidadores acerca da importância da musicoterapia na PEA	- Conhecer a opinião dos pais/cuidadores acerca da influência da musicoterapia no desenvolvimento de crianças/jovens com PEA, mas também no desenvolvimento do seu filho.	6. Na sua opinião, de que forma as sessões de musicoterapia podem influenciar o desenvolvimento global de uma criança e/ou jovem com PEA? 6.1. E de que forma podem influenciar o desenvolvimento do seu educando?	
Encerramento	- Permitir que o(a) entrevistado(a) exponha alguma informação que possa não ter sido abordada; - Agradecer ao(à) entrevistado(a) a colaboração e disponibilidade.	7. Acha relevante salientar mais algum aspeto?	

Tabela 8

Guião de entrevista direcionado à Terapeuta da Fala

Guião de Entrevista			
Entrevistadora: Carolina Rodrigues		Entrevistada: Terapeuta da Fala	
Local:		Data:	Duração:
Temáticas	Objetivos	Questões	Observações
Apresentação dos objetivos da entrevista	- Criar uma relação empática com a entrevistada, de modo a que se sinta à vontade para responder às questões propostas; - Apresentar o trabalho e garantir o anonimato.	1. Esta entrevista será utilizada apenas para fins académicos. Posso fazer a gravação áudio da entrevista?	
Apresentação da entrevistada	- Conhecer a entrevistada.	2. Que idade tem? 2.1. Quais as suas habilitações literárias? 2.2. Há quantos anos exerce a sua profissão? Há quanto tempo trabalha com crianças/jovens com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA)? 2.3. Gosta de trabalhar com estas crianças/jovens?	
Conhecer o trabalho da técnica com a criança em estudo	- Perceber quando é que a criança iniciou as sessões de terapia da fala e qual a frequência destas; - Saber se a criança é recetiva às sessões de terapia da fala.	3. Há quanto tempo conhece a criança em estudo? 3.1. Considera que a conhece bem? 3.2. Quando é que ela iniciou as sessões de terapia da fala? 3.3. Quantas vezes por semana é que está com a criança? Qual a duração de cada sessão? 3.4. Qual a recetividade da criança às sessões de terapia da fala?	
Conhecer a criança em estudo	- Compreender as especificidades da criança a ser estudada, mais concretamente as dificuldades e capacidades; - Perceber que estratégias são utilizadas com a criança.	4. Quais as principais dificuldades da criança? E capacidades? 4.1. Que estratégias utiliza para lidar com as dificuldades que a criança apresenta atualmente?	
A importância da terapia da fala na evolução da criança	- Entender se a criança revela evolução ao frequentar as sessões de terapia da fala; - Perceber se a criança demonstra alguma evolução ao nível do comportamento, interação e comunicação; - Conhecer os conteúdos trabalhados nas sessões.	5. Que conteúdos trabalha com a criança em estudo nas sessões de terapia da fala? Com que objetivos? 5.1. Costuma ter necessidade de reformular estratégias devido a respostas imprevisíveis da criança? 5.2. De um modo geral, são estes conteúdos que costuma trabalhar nas sessões com as crianças/jovens com PEA? 5.3. Sentiu alguma mudança desde que a criança iniciou as sessões? 5.4. Em que circunstâncias verificou essas mudanças? No momento da sessão ou em qualquer outro momento? 5.5. A terapia da fala teve algum efeito até ao momento nas estereotipias (comportamento) do caso em estudo? De que forma? 5.6. E nas suas capacidades de comunicação (sendo este o foco na intervenção da terapia da fala) e de interação social?	
Os benefícios da terapia da fala na PEA	- Conhecer quais os efeitos que se verificam nas crianças/jovens que frequentam a terapia da fala, bem como no caso de estudo; - Perceber que atividades revelam maior interesse por parte das crianças/jovens, bem como na criança em estudo.	6. As sessões são feitas apenas com crianças/jovens com Necessidades de Saúde Específicas (NSE)? Que tipo de NSE? 6.1. Os efeitos que verifica na criança em estudo são semelhantes aos dos outros casos com PEA que acompanha? Que diferenças encontra? 6.2. O que é mais positivo, trabalhar com as crianças/jovens com PEA individualmente ou em grupo? E no caso em estudo? 6.3. Existem atividades específicas que as crianças/jovens gostem mais de fazer nas sessões? Como por exemplo? 6.4. A criança em estudo tem alguma preferência? E alguma que não aprecie tanto?	
A relação da criança com a música	- Conhecer o género musical pelo qual a criança tem preferência; - Perceber se a técnica coloca música nas sessões de terapia da fala; - Entender que influência a música pode ter na criança ao nível do comportamento, comunicação e interação.	7. Sabe se a criança gosta de música? Se sim, sabe de que géneros musicais gosta mais? E menos? 7.1. Alguma vez colocou música para ela ouvir nas sessões de terapia da fala? Se sim, que tipo de música? (podem ser músicas de relaxamento) 7.2. Se nunca colocou música, consideraria começar a utilizar? Se sim, que tipo de música?	

		<p>7.3. Pensa que poderia ter influência no comportamento, interação e comunicação?</p> <p>7.4. Que género de música poderia ser mais benéfico para a criança em estudo? E mais prejudicial?</p>	
A importância e os benefícios da música e da musicoterapia na PEA	- Conhecer a perspetiva da técnica acerca da influência da música/musicoterapia no desenvolvimento de crianças/jovens com PEA, mas também no desenvolvimento da criança em estudo.	<p>8. Para finalizar, considera que a música, e mais especificamente a musicoterapia, são importantes para este caso em estudo? Porquê? Quais os benefícios?</p> <p>8.1. E em geral para o desenvolvimento global de uma criança e/ou jovem com PEA?</p>	
Encerramento	- Permitir que a entrevistada exponha alguma informação que possa não ter sido abordada; - Agradecer à entrevistada a colaboração e disponibilidade.	9. Acha relevante salientar mais algum aspeto?	

Anexo B – Pedido de colaboração à Instituição

Exma. Diretora Técnica da Instituição
para crianças, jovens e adultos com
Perturbação do Espectro do Autismo
da zona centro

Assunto: Pedido de colaboração em Projeto de Mestrado

O meu nome é Carolina Rodrigues, sou aluna do 2.º ano do Mestrado em Educação Especial, especialização Domínio Cognitivo e Motor, da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viseu e encontro-me a elaborar o Projeto Final de Mestrado, que tem como temática *As Potencialidades da Musicoterapia na Perturbação do Espectro do Autismo: Um estudo de caso*, realizado sob a orientação das Professoras Doutoras Rosina Fernandes e Cristina Aguiar.

Neste seguimento, venho por este meio solicitar a V. autorização para que, através da V. prestigiada instituição, possa recolher dados que possibilitem a concretização de um estudo de caso sobre um dos clientes da Instituição para crianças, jovens e adultos com Perturbação do Espectro do Autismo.

Desta forma, pretendo recolher dados através da observação das sessões de Musicoterapia frequentadas pelo respetivo cliente. Será também essencial a aplicação de uma escala para avaliar a criança no que se refere aos aspetos característicos da Perturbação do Espectro do Autismo, a consulta de documentos sobre o caso e a realização de entrevistas junto dos pais/cuidadores e de técnicos que intervêm com a criança (sendo exemplo, o técnico de Musicoterapia e outros que se disponibilizem para colaborar). Atendendo aos princípios éticos envolvidos em qualquer investigação, numa fase inicial entrarei em contacto com os responsáveis educativos da criança para pedir autorização para a realização do estudo de caso e também solicitarei a colaboração dos mesmos para efetuar uma entrevista. Importa salientar que os dados recolhidos serão de carácter confidencial, anónimo e voluntário.

Se a resposta a este pedido for favorável, entrarei em contacto com V. Ex^a. para articular os procedimentos necessários neste âmbito da recolha de dados.

Manifesto, ainda, a minha inteira disponibilidade para prestar qualquer esclarecimento que considere necessário, facultando, para tal, os meus contactos:

Na certeza de que este pedido merecerá a melhor atenção de V. Ex^a., apresento os melhores cumprimentos.

Viseu, ____ de _____ de 2022

A Mestranda de Educação Especial,

Carolina Rodrigues

Estudante da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viseu

Anexo C – Pedido de colaboração à Encarregada de Educação

Exma. Sra.
Encarregada de Educação

Assunto: Pedido de colaboração em Projeto de Mestrado

O meu nome é Carolina Rodrigues, sou aluna do 2.º ano do Mestrado em Educação Especial, especialização Domínio Cognitivo e Motor, da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viseu e encontro-me a elaborar o Projeto Final de Mestrado, que tem como temática *As Potencialidades da Musicoterapia na Perturbação do Espectro do Autismo: Um estudo de caso*, realizado sob a orientação das Professoras Doutoras Rosina Fernandes e Cristina Aguiar.

Neste seguimento, venho por este meio solicitar a V. autorização para que possa realizar um estudo de caso sobre o seu educando. O estudo implicará recolher dados através da observação das sessões de Musicoterapia frequentadas pela criança. Solicito também a V. autorização para que possa aplicar uma escala para avaliar o seu educando no que se refere aos aspetos característicos da Perturbação do Espectro do Autismo, consultar documentos sobre o caso e realizar entrevistas sobre a criança junto dos técnicos e da família.

Informo que também será efetuado um pedido à Instituição para crianças, jovens e adultos com Perturbação do Espectro do Autismo, para poder recolher dados na instituição. Importa salientar que os dados recolhidos serão de carácter confidencial, anónimo e voluntário.

Manifesto, ainda, a minha inteira disponibilidade para prestar qualquer esclarecimento que considere necessário, facultando, para tal, os meus contactos:

Na certeza de que este pedido merecerá a melhor atenção de V. Ex^a., apresento os melhores cumprimentos.

Viseu, ____ de _____ de 2022

A Mestranda de Educação Especial,
Carolina Rodrigues

Estudante da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viseu

Anexo D – Consentimento informado da Encarregada de Educação

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM RECOLHA DE DADOS

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: As Potencialidades da Musicoterapia na Perturbação do Espectro do Autismo: Um estudo de caso.

Enquadramento: O projeto de investigação insere-se no âmbito do Mestrado em Educação Especial – Domínio Cognitivo e Motor da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viseu, estando sob a orientação das Professoras Doutoras Rosina Fernandes e Cristina Aguiar.

Explicação do estudo: Esta investigação consiste no estudo de um caso de forma pormenorizada. Para tal, serão realizadas entrevistas aos técnicos que acompanham o caso em análise e aos pais/cuidadores. Serão também efetuados registos de observação de sessões de musicoterapia. Para além disto, poderão ainda ser aplicados alguns questionários/instrumentos estandardizados. Com a análise da informação recolhida (através das entrevistas, da observação e dos questionários), será possível perceber quais os efeitos da frequência das sessões de musicoterapia, em especial os benefícios para lidar com dificuldades e promover as competências.

Condições: A participação neste projeto de investigação é de carácter voluntário, assegurando-se a ausência de prejuízos caso não queira participar.

Confidencialidade e anonimato: Todos os dados recolhidos serão única e exclusivamente utilizados para o presente estudo, garantindo-se assim a confidencialidade. Também não serão registados elementos de identificação, pelo que se garante o anonimato.

Agradeço a colaboração e disponibilidade!

A Mestranda de Educação Especial,

Ana Carolina Lemos Rodrigues, estudante da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viseu

Contactos:

Assinatura:

-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações escritas que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para este fim e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome:

Assinatura:

Data: / /

<p>SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)</p> <p>NOME:</p> <p>BI/CC Nº: DATA OU VALIDADE: / /</p> <p>GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:</p> <p>ASSINATURA:</p>

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

Anexo E – Consentimento informado dos Técnicos

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM RECOLHA DE DADOS

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: As Potencialidades da Musicoterapia na Perturbação do Espectro do Autismo: Um estudo de caso.

Enquadramento: O projeto de investigação insere-se no âmbito do Mestrado em Educação Especial – Domínio Cognitivo e Motor da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viseu, estando sob a orientação das Professoras Doutoras Rosina Fernandes e Cristina Aguiar.

Explicação do estudo: Esta investigação consiste no estudo de um caso de forma pormenorizada. Para tal, serão realizadas entrevistas aos técnicos que acompanham o caso em análise e aos pais/cuidadores. Serão também efetuados registos de observação de sessões de musicoterapia. Para além disto, poderão ainda ser aplicados alguns questionários/instrumentos estandardizados. Com a análise da informação recolhida (através das entrevistas, da observação e dos questionários), será possível perceber quais os efeitos da frequência das sessões de musicoterapia, em especial os benefícios para lidar com dificuldades e promover as competências.

Condições: A participação neste projeto de investigação é de carácter voluntário, assegurando-se a ausência de prejuízos caso não queira participar.

Confidencialidade e anonimato: Todos os dados recolhidos serão única e exclusivamente utilizados para o presente estudo, garantindo-se assim a confidencialidade. Também não serão registados elementos de identificação, pelo que se garante o anonimato.

Agradeço a colaboração e disponibilidade!

A Mestranda de Educação Especial,

Ana Carolina Lemos Rodrigues, estudante da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viseu

Contactos:

Assinatura:

-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações escritas que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para este fim e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome:

Assinatura: Data:/...../.....

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

Anexo F – Registos das observações das sessões de musicoterapia

Tabela 9

Registo da primeira sessão observada

Observador: Carolina Rodrigues		Foco da observação: Criança com Perturbação do Espectro do Autismo (6 anos)	
Local:	Data: 4/05/2022	Início: 14h45min.	Fim: 15h30min.
Descritivo/Factual		Inferências	
<p>1. A criança começa a tocar no xilofone com a ajuda do terapeuta. O musicoterapeuta toca no xilofone e, de seguida, a criança reproduz o que ele tocou. Esta toca apenas com uma mão inicialmente, mas depois começa a tocar com as duas com ajuda e por vezes faz vocalizações. O técnico toca tambor para ajudar no ritmo e a criança faz o mesmo ritmo no xilofone. A criança começa a explorar o pau de chuva.</p> <p>2. O musicoterapeuta pronuncia a palavra “hipopótamo” a cantar e a criança repete a palavra. O terapeuta começa a cantar a música “Atirei o pau ao gato” e a criança vai cantando com ele sem grande dificuldade.</p> <p>3. A criança vai buscar uma bola pequena e começa a bater com ela no tambor e, em simultâneo, vai fazendo vocalizações. O musicoterapeuta pega noutro instrumento, na pandeireta, e começa a tocar. A criança pega de imediato na pandeireta e começa a explorar o instrumento. A bola que tinha na mão cai e começa a tentar pedir a bola. O terapeuta diz a cantar “quero a bola”, com o intuito de ela pedir a bola de forma correta, repete esta frase várias vezes até a criança conseguir dizer. A criança continua a explorar a pandeireta, utilizando também a bola nessa exploração. Bate com ela na pandeireta de forma a reproduzir som e fica focada nesta tarefa. A criança começa também a fazer algumas vocalizações e a ficar “ausente”, não prestando atenção ao que a rodeia. A criança deixa a pandeireta e começa a tentar pedir outro instrumento. Para tal, começa a levantar-se e a dirigir-se à caixa onde estão alguns dos instrumentos, fazendo também alguns sons. O musicoterapeuta tira o instrumento que ela quer, o reco-reco, e diz novamente a cantar “quero este”, até que a criança o repita. Depois este começa a tocar e de seguida deixa que seja a criança a fazê-lo, esta começa a tocar da mesma forma que o terapeuta tocou. O terapeuta pega no pau de chuva e a criança foca a sua atenção no som que este instrumento produz. Esta começa a explorar o instrumento, virando-o para cima e para baixo.</p> <p>4. O musicoterapeuta pede à criança para arrumar dizendo a cantar “Nós vamos arrumar, na caixa colocar. Vai mais um para dentro, vais meter sim senhor o instrumento lá dentro” e vai fazendo com que a criança repita algumas das palavras. A criança vai arrumando os instrumentos enquanto o terapeuta vai cantando.</p> <p>O terapeuta chama a criança e pede-lhe que olhe para ele, depois diz a cantar “Já acabou, adeus P. e adeus D. Adeus!”, tentando sempre que a criança repita o que ele diz. Esta vai repetindo algumas palavras.</p>		<p>- A sala onde são realizadas as sessões de musicoterapia é também a sala onde são realizadas as sessões da terapia do brincar estruturado. Esta sala, para além de instrumentos musicais, tem também vários brinquedos espalhados. O desafio passa por conseguir manter a atenção da criança na tarefa desejada, pois, por vezes, ela pede para ir brincar.</p> <p>2. Desta forma, trabalha os fonemas a cantar. O terapeuta vai fazendo pausas consoante vai cantando, para que a criança reproduza o que ele acabou de cantar.</p> <p>- Ao longo da sessão a criança mostrou-se muitas vezes “ausente” e ia fazendo algumas vocalizações.</p>	

Tabela 10

Registo da segunda sessão observada

Observador: Carolina Rodrigues		Foco da observação: Criança com Perturbação do Espectro do Autismo (6 anos)	
Local:	Data: 11/05/2022	Início: 14h45min.	Fim: 15h30min.
Descritivo/Factual		Inferências	
<p>1. A criança começa a tocar no xilofone com a ajuda do terapeuta.</p> <p>2. A criança começa a apontar para um barco de brincar com animais lá dentro e a dizer “barco”. O musicoterapeuta começa a cantar ao mesmo tempo que pega num elefante “O barco de Noé tinha um elefante”, a criança repete a palavra elefante e o terapeuta pede para ela fazer o som do elefante e o gesto da tromba do animal com o braço, esta demonstra alguma dificuldade em imitar o som do animal, mas consegue fazer o gesto. O terapeuta arruma o elefante e a criança diz novamente “barco”, o terapeuta começa a cantar dizendo “D., quero mais” e a criança vai dizendo apenas “mais”, evitando dizer a frase completa. Como o foco da criança está no barco, ela começa a dizer “quero barco”, só após algumas tentativas por parte do terapeuta é que a criança diz “quero mais”. A criança começa a emitir sons, vocalizações, mas o musicoterapeuta tenta evitar esse comportamento ao continuar com a terapia. Este pega noutro animal, uma girafa, e diz a cantar “No barco também havia uma...” e a criança diz “girafa”, o terapeuta reforça ao dizer novamente o nome do animal.</p> <p>A criança começa a tirar os animais para fora do barco e o terapeuta começa a contrariar esse comportamento dizendo “não quero” algumas vezes e começa a arrumar os animais, levando a criança também a arrumar. Depois pergunta à criança “o que queres? Diz-me um animal”, como a criança não corresponde ao seu pedido, ele utiliza a fala musicada dizendo algumas vezes “vamos dizer um animal”, a criança repete a palavra animal, o terapeuta pergunta-lhe se quer o elefante ou o leão e a criança diz “o leão”, o terapeuta reforça “qual queres?” e a criança diz com ajuda “quero o leão”, mas de seguida começa a fazer vocalizações.</p> <p>3. O terapeuta começa a cantar o alfabeto e a criança vai acompanhando sem grande dificuldade. Algumas das letras é a criança que as diz, sem grande ajuda.</p> <p>4. O musicoterapeuta começa a cantar uma música: “As rodas do autocarro andam à roda, à roda, à roda. As rodas do autocarro andam a girar, sem parar. A buzina do autocarro faz pi pi pi, pi pi pi, sem parar”. Conforme vai cantando, vai fazendo algumas pausas para que seja a criança a dizer algumas das palavras da música – roda, girar, parar, pi pi pi, sem parar. A criança vai fazendo esta tarefa com sucesso. O contacto ocular é quase sempre escasso.</p> <p>5. A criança pede um livro dizendo corretamente a palavra “livro”. O musicoterapeuta pergunta “o que queres?”, a criança volta a dizer “livro”, o terapeuta diz a cantar “eu quero o livro”, volta a repetir e vai fazendo pausas para a criança dizer da mesma forma. A criança repete as suas palavras corretamente após algumas tentativas. Esta evita quase sempre o contacto ocular. O terapeuta vai então buscar o livro e começa a improvisar músicas de acordo com as imagens que aparecem no livro. Ele vai apontando com a mão da criança para algumas das imagens, para ela dizer o que são – flor, ovo, pintainho, arco-íris, borboleta – e a criança desempenha de forma positiva esta tarefa. A criança demonstra alguma dificuldade ao pronunciar algumas palavras, como pintainho, arco-íris.</p>		<p>- Nas sessões o técnico utiliza bastante a fala musicada, isto é, fala a cantar de forma a promover a interação, comunicação e imitação por parte da criança. Para além desta técnica, utiliza outra designada música em prol do outro. Esta passa por fazer música através da improvisação, quer seja cantada quer seja tocada, em prol das ações do outro.</p> <p>- A criança para além de ter a comunicação bastante atrasada quando iniciou as terapias, isto segundo o musicoterapeuta, fala num tom monocórdico, fala sempre neste tom o que é uma dificuldade acrescida. A fala musicada é usada com a criança no sentido de promover a fala dela, porque não falava nada, nem mesmo gestos fazia, não demonstrava interesse nenhum pela interação com o outro. No entanto, é também utilizada para trabalhar nomeações básicas (p. ex.: utilizar a música “A quinta do tio Manel” para fazer nomeação dos diferentes animais). A musicoterapia implica usar a música e o som para trabalhar diferentes capacidades.</p> <p>- Segundo o musicoterapeuta, inicialmente a criança também tinha dificuldade na compreensão recetiva, não era capaz de associar uma palavra a um objeto (p. ex.: o terapeuta pedia que ela lhe desse o brinquedo que era uma vaca e ela não sabia fazer essa associação), algo que agora já é capaz de fazer. Também não tinha comunicação funcional e efetiva.</p> <p>2. As vocalizações são a forma que a criança tem de demonstrar que não quer a interação do outro, este tipo de comportamento revela a necessidade que esta tem de controlar tudo à sua volta. A criança tem necessidade de ver o que está no barco e como é que as coisas estão organizadas. É notório que a criança já sabe dar o respetivo animal que lhe é pedido.</p> <p>3. É notório que a criança sabe o alfabeto, no entanto, a fala está um pouco atrasada. Isto acontece porque a fala/comunicação vem da necessidade e se a criança não for estimulada e lhe derem o que ela quer apenas por fazer vocalizações estereotipadas ou gestos, esta vai assumir que não precisa de falar para ter o que quer. Desta forma, a criança não consegue ver funcionalidade na fala e por isso não a utiliza.</p> <p>5. É visível que a criança sabe dizer o que são as imagens que lhe foram sendo mostradas. Contudo, esta evita falar e só o faz quando o terapeuta lhe pede. A criança mostra-se focada nesta tarefa.</p> <p>6. A criança demonstra alguma dificuldade em compreender o que lhe é pedido quando o terapeuta pergunta de que cor é a bola, acabando por repetir o que este lhe pergunta, em vez de responder dizendo a cor da bola. É notória a dificuldade na compreensão.</p>	

6. O musicoterapeuta pega numa bola verde e, em fala musicada, pergunta à criança de que cor é a bola. A criança não compreende o que lhe é pedido e começa a repetir o que o terapeuta perguntou. Esta não consegue manter o foco na tarefa e, desta forma, o terapeuta tenta fazer com que ela olhe para ele e diz a cantar “a cor é verde” e após algumas tentativas a criança acaba por repetir “verde”.

Tabela 11

Registo da terceira sessão observada

Observador: Carolina Rodrigues		Foco da observação: Criança com Perturbação do Espectro do Autismo (6 anos)	
Local:	Data: 25/05/2022	Início: 14h45min.	Fim: 15h30min.
Descritivo/Factual		Inferências	
<p>1. O musicoterapeuta pega nas mãos da criança e leva-as à sua cara, de forma a que esta olhe para si e começa por lhe perguntar “qual é o meu nome?” (do terapeuta) e a criança repete “meu nome”, então o terapeuta logo de seguida diz “D.” e a criança repete o nome. Depois pergunta também à criança “qual é o nome dela?”, referindo-se a mim e apontando na minha direção, esta repete “nome dela”, então eu digo “qual é o meu nome?” e ela mais uma vez repete “meu nome”. O musicoterapeuta diz para ela dizer “qual é o teu nome?”, como se fosse a criança a perguntar o meu nome, ela repete “o teu nome” e eu digo “Carolina” e logo de seguida esta diz o meu nome.</p> <p>2. O musicoterapeuta vai buscar um jogo que tem algumas frutas (cada fruta dá para dividir em duas partes, têm velcro para colar, dando a ideia de que a fruta foi cortada ao meio) e diz recorrendo à fala musicada “vamos cortar as frutas”, volta ainda a reforçar “vamos cortar” e a criança repete “cortar”. O terapeuta reforça novamente “cortar as frutas...” e faz uma pausa com o intuito de a criança dizer “faca”, mas esta não o faz, então o musicoterapeuta diz “...com a faca”. De seguida, este pergunta à criança que fruta quer escolher primeiro e diz a cantar “kiwi ou abacate?”, esta diz “kiwi”, ele então canta novamente dizendo “eu quero kiwi”, voltando a repetir lentamente para que a criança consiga dizer. Esta consegue repetir o que foi dito pelo terapeuta. A criança pega na fruta e na faca de brincar e “corta-a” ao meio. O terapeuta diz a cantar “P., P., dá-me o kiwi”, apesar da criança se mostrar um pouco “ausente”, consegue fazer o que lhe é pedido e entrega o kiwi ao técnico. O musicoterapeuta pergunta-lhe qual é a fruta que quer a seguir e diz cantando “laranja ou abacate?”, mas a criança continua focada na fruta utilizada anteriormente e diz kiwi duas vezes, este diz que o kiwi não e volta a reforçar “laranja ou abacate?”, ao que a criança responde “laranja”. Esta “corta” a fruta ao meio. O terapeuta pergunta agora à criança se quer o abacate ou a melancia, ela escolhe a melancia. Após lhe dar a melancia, este pergunta “vais cortar com a...?”, tentando com que ela diga “faca”, a criança mais uma vez apenas repete o que lhe é dito e revela estar completamente “ausente”. Este então diz utilizando a fala musicada “com a faca... vamos cortar”, faz uma pausa assim que diz “faca” e a criança acaba por repetir a respetiva palavra. Desta forma, deixa-a “cortar” a melancia e de seguida pede para lhe dar, a criança faz o que lhe é pedido. Por fim, faz o mesmo procedimento para a última fruta, o abacate, a criança “corta-a” também sem dificuldade. O musicoterapeuta diz para arrumar e a criança começa por pegar no abacate e, com a ajuda do musicoterapeuta, diz o nome da respetiva fruta e coloca-a na caixa do jogo. Depois faz o mesmo procedimento com o kiwi, a laranja e, finalmente, a melancia. Esta diz corretamente o nome de todas as frutas, mas demonstra alguma dificuldade em pronunciar “abacate”.</p> <p>3. O musicoterapeuta coloca os instrumentos musicais à disposição da criança. Esta começa por pegar numa maraca, feita com uma garrafa de plástico com berlindes no seu interior, e começa a abanar com ela, de forma a ouvir o som e a observar os berlindes a andarem de um lado para o outro. A criança quer trocar de instrumento e o terapeuta diz a cantar “vamos</p>		<p>1. É visível que a criança não consegue compreender o que lhe é pedido, acabando por repetir o que lhe perguntam, em vez de responder. O contacto ocular é escasso e nota-se que a criança não está muito focada no que lhe é pedido.</p> <p>2. A criança não demonstra qualquer dificuldade neste tipo de tarefa, consegue “cortar” as frutas sem dificuldade. Esta atividade passava por estimular a motricidade fina e foi possível perceber que a criança a este nível não tem dificuldades. O terapeuta recorre à música para criar interação com ela e para a levar a completar a música através do uso de suspense, este para a música em certos momentos ao mesmo tempo que aponta para certos materiais (como por exemplo a faca) para ela dizer o nome dos objetos. Mais uma vez a dificuldade da criança passa por não compreender o que lhe é pedido, por isso em vez de dizer “faca” quando o terapeuta lhe pergunta, acaba por repetir o que este lhe diz.</p> <p>3. Nesta atividade o musicoterapeuta utilizou mais uma vez a técnica da fala musicada, pois dando entoação musicada à voz torna-se mais apelativo para estas crianças imitarem, e a improvisação em função do outro, ou seja, este deixou a criança tocar livremente e depois tocava de acordo com a forma como a criança o fazia.</p> <p>4. A criança demonstrou alguma dificuldade nesta tarefa quando o terapeuta lhe pergunta quantos sinos ficam, após retirar um. Compreender isto torna-se complicado para estas crianças e para a criança em estudo cada sino já tinha o seu respetivo número e, por isso, não entendia porque tinha de dizer que o sino n.º 5 era o n.º 4, para ela não fazia qualquer sentido. Através do recurso à música o terapeuta foi promovendo a fala da criança, a dicção, dizer palavras diferentes, mas também foi estimulando o contacto ocular e trabalhando a relação com os números, nesta última competência a criança não demonstra grande dificuldade. Outra capacidade que este quis promover foi o desconstruir da ideia de padrão, uma vez que ia colocando os sinos fora da sua respetiva ordem numérica, ele tirou o sino n.º 4 e ficaram os sinos n.º 1, 2, 3 e 5, por isso a confusão da criança quando teve de os contar, não conseguiu compreender de imediato que o objetivo da tarefa era dizer quantos sinos tinham ficado e não referir o número correspondente a cada um.</p>	

trocar, sim senhor, eu também cá troco, vamos lá então”, ao mesmo tempo que esta pega no acordeão e começa a fazer música. O terapeuta começa a tocar o reco-reco em simultâneo com a criança. Esta acaba por arrumar o instrumento na respetiva caixa e começa a pedir para ir brincar, o terapeuta diz-lhe que vai mais daqui a pouco. Este tira o xilofone da caixa e pega nas baquetas para tocar, a criança começa a tentar tirar uma delas e o musicoterapeuta pergunta “queres?” e diz de seguida “dá o pauzinho”, com o objetivo de a criança pedir corretamente, esta consegue repetir o que foi dito. Entretanto, começam os dois a tocar em simultâneo, a criança revela interesse por esta tarefa. Esta começa a pedir para arrumar e o terapeuta diz com recurso à fala musicada “quero arrumar” e faz pausa para que a criança diga o mesmo. Esta diz e arruma o xilofone na caixa. O musicoterapeuta pega numa caixa de música que é em forma de carrossel, a criança mostra logo bastante interesse por ela, o terapeuta diz “carrossel” e esta repete. De seguida, o terapeuta põe a caixa de música a tocar e dá à criança, ela fica focada nesta tarefa a explorar o objeto e a ouvir o som da música. A caixa de música para de tocar e a criança fica muito séria a olhar para ela e para o musicoterapeuta. Então tenta pedir para voltar a pô-la a tocar. O terapeuta diz através da fala musicada “oh oh, oh oh, eu quero mais”, a criança repete e assim este volta a dar corda à caixa de música. A caixa de música volta a deixar de dar e a criança começa a explorá-la com o intuito de a tentar pôr novamente a tocar. Entretanto, com a ajuda do terapeuta consegue pô-la a tocar.

4. O musicoterapeuta pega em cinco sinos de diversas cores – vermelho (n.º 1), laranja (n.º 2), amarelo (n.º 3), verde claro (n.º 4) e verde escuro (n.º 5) – que estão numerados e começa a colocá-los, juntamente com a criança, por ordem crescente. Consoante os vai colocando por ordem, a criança vai dizendo o número de cada sino sem grande dificuldade e de seguida o terapeuta começa a cantar “5 bombeiros numa fila estão, 1, 2, 3, 4, 5 lá vão, num carro de bombeiros encarnado e depressa o fogo é apagado”, ao mesmo tempo que vai fazendo som com cada um dos sinos. O terapeuta pede à criança para lhe dar o n.º 4, ela rapidamente executa o que lhe é pedido corretamente. Contudo, este pergunta à criança quantos sinos ficaram e começa a contá-los – 1, 2, 3, 4 –, mas esta em vez de dizer quatro quando chega ao último sino, diz cinco por ser o número daquele sino. O musicoterapeuta reforça que ficaram quatro e a criança já consegue dizer o número correto, depois volta a cantar “4 bombeiros numa fila estão, 1, 2, 3, 4 lá vão, num carro de bombeiros encarnado e depressa o fogo é apagado”. Este faz o mesmo procedimento com todos os sinos, a criança executa de forma correta o que lhe é pedido e com a sua ajuda já consegue dizer quantos sinos ficam, em vez de dizer o número correspondente a cada um.

Tabela 12

Registo da quarta sessão observada

Observador: Carolina Rodrigues		Foco da observação: Criança com Perturbação do Espectro do Autismo (6 anos)	
Local:	Data: 1/06/2022	Início: 14h45min.	Fim: 15h30min.
Descritivo/Factual		Inferências	
<p>1. Enquanto a criança explora alguns instrumentos, o musicoterapeuta, que levou um dos animais de estimação da instituição para a terapia, pega no coelho branco e começa a cantar “de olhos vermelhos, de pelo branquinho, aos saltos bem alto eu sou um coelhinho, comi uma cenoura com casca e com tudo, ela era muito grande e fiquei barrigudo”. Ao ir cantando a música, vai levando o coelho na direção da criança, para que esta se habitue à sua presença. Esta vai-se chegando sempre para trás, cada vez que o terapeuta aproxima o animal e por vezes também faz algumas vocalizações, demonstrando algum desconforto. O musicoterapeuta faz pausas enquanto canta para que a criança diga algumas das palavras, como “branquinho”, “coelhinho”, “tudo” e “barrigudo”. Inicialmente esta não estava focada na tarefa, quando o terapeuta faz a pausa para dizer “branquinho”, ela diz “pinguim”, olhando e apontando para o fundo da sala. Contudo, a criança acaba por dizer as respetivas palavras. Assim que termina de cantar, o musicoterapeuta coloca o coelho ao pé da criança, que apesar de lhe ir tocando, demonstra algum desconforto e ao mesmo tempo diz “quero” e “mais”. Desta forma, o terapeuta vai colocando o animal cada vez mais junto da criança, para que esta entenda o que está a querer dizer com aquelas palavras e que não fazem sentido. O terapeuta diz à criança “ajuda”, fazendo em simultâneo o gesto associado a esta palavra*, com o objetivo de ela pedir ajuda, esta acaba por pedir e o terapeuta diz de seguida “tira” e a criança acaba por repetir a mesma palavra. O musicoterapeuta acaba então por tirar o coelho de ao pé da criança.</p> <p>O terapeuta começa a tocar xilofone e dá uma baqueta à criança, mas esta não mostra grande interesse. Este continua a tocar e a criança começa a explorar outro instrumento musical, o guizo/chocalho, juntamente com a baqueta. De seguida, este volta a colocar o coelho ao pé da criança que inicialmente fica a olhar seriamente para ele, depois o animal começa a cheirar os objetos que ela tem na mão e esta começa a tocar-lhe com a baqueta, como se lhe estivesse a fazer festas. A criança vai fazendo música com o guizo e a baqueta, ao bater com a baqueta no guizo, enquanto o musicoterapeuta vai tocando xilofone, no início parece estar desconcentrada, um pouco “ausente”, mas depois começa a acompanhar o ritmo do terapeuta. Este agora troca de instrumento e começa a tocar reco-reco, a criança começa a olhar novamente para o coelho e dirige-se a ele, fazendo-lhe uma leve festa. A criança começa a tocar tambor com a baqueta e o musicoterapeuta pega numa maraca, feita com uma garrafa de plástico com berlindes por dentro, e começa a tocar ao mesmo tempo que toca xilofone. Esta foca a sua atenção na maraca e tenta tirá-la ao terapeuta, quando o faz este diz “troca”, a criança repete e entrega-lhe o tambor em troca da maraca. O musicoterapeuta começa então a tocar tambor e a criança faz som com a maraca, os dois em simultâneo. Esta foca a sua atenção no som que a maraca faz e observa os berlindes a balançar de um lado para o outro e o terapeuta começa a cantar, ao mesmo tempo que toca o tambor, “oh oh oh oh salta o coelho, oh oh oh oh salta bem ligeiro”, faz uma pausa antes de dizer “coelho” com o intuito de a criança dizer a palavra, mas ela está tão focada no som e nos berlindes a balançar que não chega a dizer. Entretanto, enquanto</p>		<p>- O musicoterapeuta nas suas terapias tenta não se focar apenas na musicoterapia, gosta de incluir outros métodos de intervenção. Neste caso, ele incluiu um animal na sessão, um coelho, uma vez que a criança demonstra algum medo. Desta forma, o terapeuta aliou a musicoterapia à terapia com animais.</p> <p>1. A criança durante esta tarefa demonstrou algum desconforto com a presença do animal. Como tal, esta recorreu à comunicação em emergência, isto é, recorreu a toda a comunicação que sabe com o objetivo de que alguém tirasse de ao pé dela o coelho. A criança acabava por dizer palavras que naquele contexto não faziam sentido, como “quero” e “mais”, porque o que dizia não correspondia à sua expressão não-verbal, ao seu comportamento. O musicoterapeuta tentou que a criança percebesse o sentido das palavras que estava a dizer, aproximando cada vez mais o coelho desta e fazendo com que ela pedisse ajuda para o tirar de lá, uma vez que era isto que ela pretendia e não continuar com o animal.</p> <p>Foram utilizadas algumas técnicas como música em prol do outro e fazer música em função de um objetivo, esta última passava por fazer com que a criança se adaptasse ao coelho, que percebesse que o animal não era uma ameaça.</p> <p>A meio da sessão a criança começou a ficar bem desconcentrada, não se focava nas tarefas que o musicoterapeuta propunha. Durante o resto da sessão esteve sempre com a ideia de ir brincar, ia pedindo ao terapeuta mas este não autorizava, já que não era o momento para isso.</p> <p>* Na instituição há um gesto associado à palavra “ajuda” e sempre que as crianças precisam de ajuda os terapeutas dizem “ajuda” fazendo em simultâneo o respetivo gesto, com o objetivo de a criança reproduzir o mesmo. O gesto facilita a memorização e compreensão da palavra por parte das crianças, sendo para elas também mais fácil pedir ajuda através de um gesto.</p>	

canta, o musicoterapeuta pega no coelho e coloca-o em cima do xilofone, que se encontra à frente da criança, e esta assusta-se um pouco, já que não estava a contar com isso. A criança continua focada no seu instrumento. Desta vez o terapeuta pega no animal e coloca-o junto da criança, esta volta a assustar-se, mas de seguida começa a tocar-lhe com outro instrumento, o guizo/chocalho, o coelho começa a cheirá-la e ela começa a rir-se e o terapeuta continua a cantar tentando que a criança diga a palavra “ligeiro”, a qual ela acaba por dizer. O coelho acaba por sair de ao pé da criança e o musicoterapeuta continua a cantar e a tocar tambor, na parte da música “salta o coelho” este faz pausa para que a criança diga “coelho”, ela diz e este coloca o animal no seu colo. A criança mais uma vez demonstra algum desconforto, mas depois começa a fazer-lhe festas devagar.

A criança volta a pegar na maraca e começa a fazer som com ela, enquanto o musicoterapeuta toca ukulele, este diz-lhe “troca” e ela troca de instrumento com ele. A criança começa a tocar ukulele da forma que consegue e o terapeuta vai tocando com a maraca e com o tambor, de repente esta começa a explorar o ukulele de outra forma, batendo nele com uma baqueta. Esta acaba por se desconcentrar e deixa de estar focada na tarefa que estava a executar, ficando “ausente”. O terapeuta começa a chamar por ela, com o intuito de voltar a ficar focada na sessão. Este começa a tocar xilofone, devagar, e começa a contar “1, 2, 3”, tocando a este ritmo e pede que a criança faça o mesmo, esta consegue executar bem algumas vezes mas sempre com muita ajuda do terapeuta, uma vez que demonstra alguma dificuldade em focar a sua atenção no que lhe está a ser pedido. O musicoterapeuta percebe que não vale a pena continuar a insistir e diz-lhe segurando na sua mão “chega”, com o propósito de ela o dizer, ela diz e então terminam esta atividade. A criança já não consegue focar a sua atenção na sessão e começa a pedir para ir brincar, como o terapeuta não deixa ela começa a ficar mais agitada e desconcentrada. O musicoterapeuta para tentar evitar isso, começa outra atividade diferente para tentar captar novamente a sua atenção. Este começa então a tocar pandeireta juntamente com o xilofone, a criança pega imediatamente na maraca e começa a tocar. No entanto, começa a fazer algumas vocalizações. O terapeuta volta a trocar de instrumento, desta vez começa a tocar com um prato juntamente com o xilofone, apesar de a criança continuar um pouco desconcentrada, esta começa a tocar também no prato e, posteriormente, no xilofone. De seguida, o musicoterapeuta começa a tocar outro instrumento, a harmónica, que depois dá à criança para ela tocar. Esta quando tenta tocar não consegue, então o terapeuta explica como é que ela tem de soprar e de imediato começa a tocar harmónica. Entretanto, o terapeuta pega numa flauta diafragma e começa a soprar, a criança para logo de tocar harmónica e pega na mão do terapeuta para lhe dar em troca do outro instrumento, este diz “troca” e depois dá a flauta diafragma à criança, mas esta, mais uma vez, não consegue tocar, então o musicoterapeuta explica que som tem de fazer para tocar corretamente e esta rapidamente começa a tocar. De repente a criança tira a flauta diafragma da boca e tenta dá-la ao coelho, que está perto de si, demonstrando menos receio em interagir com o animal. O musicoterapeuta começa a tocar harmónica e a criança, em simultâneo, começa a tocar novamente a flauta diafragma.

2. O musicoterapeuta pede à criança para arrumar os instrumentos e esta de imediato começa a colocá-los na respetiva caixa. Por fim, este pede à criança para olhar para si e despede-se dela a cantar “Já acabou. Adeus D. e adeus P.. Adeus!”.

Tabela 13

Registo da quinta sessão observada

Observador: Carolina Rodrigues		Foco da observação: Criança com Perturbação do Espectro do Autismo (6 anos)	
Local:	Data: 8/06/2022	Início: 14h45min.	Fim: 15h30min.
Descritivo/Factual		Inferências	
<p>1. O musicoterapeuta tem à sua disposição dois instrumentos, o tambor e o xilofone, este começa a tocar no tambor fazendo um certo ritmo, primeiro toca apenas uma vez e diz “pé” e pede à criança para tocar da mesma forma, depois toca duas vezes e diz “pé, pé” e, por fim, toca três vezes e diz “pé, pé, pé”. A criança repete o que o terapeuta faz, apesar de revelar estar um pouco “ausente”. O musicoterapeuta começa a tocar agora nos dois instrumentos, fazendo os seguintes ritmos: “pá (xilofone), pé (tambor)”; “pé (tambor), pá (xilofone)”; “pá (xilofone), pé (tambor), pá (xilofone)”. A criança repete de forma correta, mas no último ritmo demonstra alguma dificuldade, pois começa a ficar novamente “ausente”. O terapeuta pega noutro instrumento, o reco-reco, e começa a tocar fazendo os seguintes ritmos: “pi”; “pi, pi”; “pi, pi, pi”. A criança nesta tarefa já tem alguma dificuldade, não porque não consiga executar, mas sim porque se encontra bastante desconcentrada e “ausente”. O terapeuta tenta captar a atenção dela mas não consegue e então decide parar a atividade.</p> <p>Após uma pequena pausa, o musicoterapeuta retoma a sessão. Este volta a utilizar o xilofone, o tambor e o reco-reco e começa por fazer os seguintes ritmos: “pá (xilofone), pé pé (tambor), pi pi pi (reco-reco), pá (xilofone), pé (tambor)”; “pé (tambor), pi (reco-reco)”. A criança continua a demonstrar imensa dificuldade em se focar na tarefa e por isso não consegue executar corretamente. O terapeuta tenta ajudá-la e captar a sua atenção, mas ainda assim não se consegue focar e está sempre a tentar fazer estereotípias e vocalizações. Este decide então parar novamente a atividade e diz “parou, não quero, acabou”, tentando fazer com que a criança pare de choramingar e, neste sentido, pare de fazer estereotípias e vocalizações. Esta chora para tentar fazer com que o musicoterapeuta desista da sessão e a deixe fazer o que quiser. O musicoterapeuta retoma a atividade, começando por utilizar o xilofone. Este ao tocar no instrumento diz “A”, depois diz duas vezes “A, A” e depois diz três vezes “A, A, A”. De seguida toca duas vezes no tambor e diz “E, E” e depois toca três vezes e diz “E, E, E”. A criança consegue repetir algumas vezes o que o terapeuta faz, mas com muita ajuda, pois continua completamente “ausente”.</p> <p>O musicoterapeuta vai buscar o acordeão e começa a tocar um pouco, acabando por captar a atenção da criança, este diz-lhe “faz tu” e explica-lhe como tocar. Esta começa a tocar e o terapeuta pega no ukulele e começa também a tocar, a criança começa a explorar o acordeão de outra forma e o terapeuta volta a explicar-lhe como se toca. Com a ajuda do musicoterapeuta consegue tocar um pouco, mas continua muito desconcentrada e a fazer estereotípias. O terapeuta senta a criança numa cadeira, esta que antes estava sentada no chão, para tentar que ela se foque mais na tarefa. Este pega no xilofone, fica com uma baqueta e dá outra à criança, entretanto começa a tocar os seguintes ritmos: “pá”; “pá, pá”; “pá, pá, pá”. A criança com ajuda consegue tocar corretamente mas com alguma dificuldade, pois continua a choramingar e completamente instável. Desta forma, o musicoterapeuta percebe que o melhor é não insistir mais com este tipo de exercício e inicia</p>		<p>1. O musicoterapeuta decidiu utilizar instrumentos diferentes para fazer os ritmos, com o intuito de dificultar um pouco mais a atividade. A criança ao choramingar durante a sessão está a tentar fazer com que o terapeuta desista da atividade, sendo isto um comportamento de fuga. Provavelmente ela está habituada a que isto resulte noutras circunstâncias e por isso tenta utilizar o mesmo método na sessão. Este comportamento tem também surgido noutras sessões.</p> <p>2. As músicas que criam suspense e que são familiares para as crianças são boas para treinar a atenção. Quando o musicoterapeuta faz as pausas nas músicas a criança olha de imediato para ele, uma vez que sabe o que vem a seguir e por isso acaba por dizer a palavra que se segue. Desta forma, a criança vai aos poucos focando-se mais no terapeuta. A familiaridade torna estas crianças mais recetivas.</p> <p>- Nesta sessão a criança estava bastante “ausente”, não se conseguia focar nas tarefas e fez muitas estereotípias e vocalizações, isto pode ser indício de que algo se passou noutro contexto fora da instituição.</p>	

uma nova atividade.

2. O musicoterapeuta começa a cantar uma música e vai fazendo pausas para que a criança complete a palavra em falta, mas a criança continua desconcentrada e são poucas as vezes que consegue dizer a respetiva palavra e quando consegue é o terapeuta que a ajuda. Este opta por cantar outra música, uma que é mais familiar para a criança com o intuito de captar mais a sua atenção. O musicoterapeuta começa a cantar “As rodas do autocarro andam à roda, à roda à roda, à roda à roda, as rodas do autocarro andam a girar, sem parar. E a buzina do autocarro faz pi pi pi, pi pi pi, pi pi pi, sem parar. E os limpa para-brisa fazem swish swish swish, swish swish swish, swish swish swish, sem parar”. A criança com esta música já se consegue focar um pouco e dizer algumas das palavras sem ajuda, pois como esta lhe é familiar capta mais a sua atenção.

3. O musicoterapeuta pede à criança para arrumar e esta de imediato começa a colocar os instrumentos na caixa, este diz a cantar “vamos arrumar” e a criança repete “arrumar”.

Tabela 14

Registo da sexta sessão observada

Observador: Carolina Rodrigues		Foco da observação: Criança com Perturbação do Espectro do Autismo (6 anos)	
Local:	Data: 15/06/2022	Início: 14h45min.	Fim: 15h30min.
Descritivo/Factual		Inferências	
<p>1. O musicoterapeuta começa a terapia com um jogo lúdico, que tem vários tabuleiros com imagens diferentes e que consiste em ensinar as cores. Este, através da fala musicada, pergunta à criança que animal está a ver, esta muito baixinho mas corretamente diz “pato”, o terapeuta volta a perguntar o mesmo mais algumas vezes, dizendo ele também “pato”, de forma a reforçar. Numa das vezes a criança diz “quá”, o som produzido pelos patos. O musicoterapeuta pergunta se na imagem que estão a ver há a cor vermelha e verde, a criança diz que não e este diz a cantar “não não há, muito bem”, ao mesmo tempo que faz um gesto com a mão e ajuda a criança a fazer também. Depois pergunta se há a cor azul e a criança de imediato tenta pegar nas peças azuis que encaixam na zona azul da imagem do jogo, contudo, o terapeuta não deixa tirar a peça e diz primeiro a cantar “há aqui, aqui e neste aqui”, apontando para a parte azul enquanto a criança o acompanha, apontando também. De seguida o musicoterapeuta começa a contar os buracos onde encaixam as peças azuis, a criança acompanha-o e conta alguns sem ajuda, mas o terapeuta diz-lhe para falar mais alto, uma vez que a criança fala sempre num tom monocórdico e por isso este tenta contrariar isso. O terapeuta diz a cantar “5 azuis” e volta a perguntar para ser a criança a dizer, com a sua ajuda ela diz e faz o gesto com a mão aberta, com os cinco dedos levantados. Este pega então nas cinco peças azuis para a criança encaixar e esta vai logo tentar tirar as peças mas o terapeuta diz a cantar “D. dá cá o azul” e faz algumas pausas para a criança repetir o que ele diz, ela repete sempre. Ele faz este procedimento para as cinco peças. A criança encaixa sem dificuldade as peças nos buracos correspondentes à cor azul. Depois o musicoterapeuta pega no xilofone e toca cinco vezes, dizendo a cantar “1, 2, 3, 4, 5 azuis” e pede à criança para também contar e ela faz esta tarefa sem grande dificuldade.</p> <p>O terapeuta volta a pegar no jogo e pergunta à criança qual é aquela cor, apontando para o pato e ela com a ajuda deste diz “amarelo”. Este pergunta quantos amarelos são e ela sussurrando diz, apontando com o terapeuta para os respetivos buracos, “1, 2, 3, 4 amarelos”. O musicoterapeuta estende a mão com a peça amarela e a criança tenta tirá-la sem pedir, este vai tirando a mão para trás à espera que ela o faça, ela diz apenas “dá” e depois “mais”, fazendo de tudo para conseguir a peça. Este diz a cantar “D. dá cá o amarelo” e a criança após algumas tentativas consegue dizê-lo com a sua ajuda, acabando assim por lhe entregar a peça. Este procedimento é feito para as quatro peças. De seguida, o terapeuta coloca na mão da criança uma baqueta para tocar quatro vezes no xilofone, a criança toca e o terapeuta diz a cantar “1, 2, 3, 4 amarelos” e depois a criança repete “4 amarelos”.</p> <p>2. A criança pega num instrumento, umas castanholas, e começa a explorá-lo, sem saber bem como é que funciona. O musicoterapeuta explica-lhe como é que se toca, colocando as castanholas corretamente na sua mão e conforme vai fazendo som vai contando até cinco. A criança toca algumas vezes mas depois volta a explorar o instrumento, enquanto o musicoterapeuta vai tocando xilofone. Esta fica completamente “ausente” e o terapeuta tenta captar a sua atenção. O terapeuta diz “troca” e trocam de instrumentos, passando a criança</p>		<p>1. e 3. Nesta sessão o musicoterapeuta tentou estimular a criança ao nível da fala, mais concretamente o tom de voz que esta utiliza. Ia dizendo à criança para falar mais alto e tentava motivá-la para tal. Esta fala sempre num tom monocórdico o que é prejudicial na sua aprendizagem, por exemplo, em termos de flexibilidade de aprendizagem de palavras e se assim continuar vai ser cada vez mais difícil aprender novos sons e fonemas.</p>	

a tocar xilofone e ele castanholas. Contudo, a criança não se mostra muito interessada e volta-se a distrair, o musicoterapeuta tenta motivá-la e com a sua ajuda volta a tocar xilofone. O terapeuta percebe que é melhor não continuar com esta atividade porque a criança já não está focada. Portanto, decide voltar à atividade anterior.

3. O musicoterapeuta volta a ir buscar o jogo anterior, colocando agora uma imagem de um carro. Este pergunta à criança o que é a imagem, após uma pausa breve o terapeuta diz a cantar que é um carro, a criança não repete logo, mas depois de alguma insistência acaba por dizer “carro”. Quando esta diz o terapeuta diz-lhe para dizer mais alto. De seguida, aponta para uma parte do jogo e pergunta à criança que cor é aquela, mas esta repete algumas das palavras que o terapeuta diz em vez de dizer que cor é. O musicoterapeuta diz a cantar “é o azul” e a criança acaba por dizer “azul”. Este aponta agora para outra parte da imagem e pergunta que cor é aquela e começa por dizer “vermelho”, mas apenas diz o início da palavra, deixando que a criança a complete. Esta acaba assim por dizer “vermelho” e o musicoterapeuta começa a cantar utilizando a palavra vermelho, recorrendo assim à improvisação musical. O terapeuta aponta para outra parte do jogo que tem a cor amarela e pergunta que cor é aquela, a criança tenta dizer o começo da palavra amarelo, demonstrando saber que cor é. O musicoterapeuta completa o resto da palavra e pede para a criança dizer bem e ela diz “amarelo”. Este começa novamente a cantar, mas desta vez utilizando a palavra amarelo. Faz o mesmo procedimento mas agora para a cor verde e a criança diz, mais uma vez, a respetiva cor. O musicoterapeuta pergunta quantos amarelos, ou seja, quantas peças amarelas, a criança vai precisar, este diz-lhe “1”, fazendo em simultâneo o respetivo gesto, com o dedo indicador levantado. A criança acaba por dizer “1”, mas começa a ficar muito desconcentrada, “ausente” da atividade. O terapeuta pega na peça amarela para lhe dar, mas esta em vez de pedir tenta tirar a peça e o terapeuta não lhe dá até ela pedir. Então este diz a cantar “D., dá cá o amarelo” e a criança acaba por repetir, após algumas tentativas. Assim, a criança acaba por colocar a peça amarela no respetivo lugar. O musicoterapeuta pergunta à criança de quantos azuis é que precisa, ao mesmo tempo que pega na mão dela e com o dedo indicador aponta para os respetivos sítios onde as peças encaixam, contando com a criança “1 e 2” e depois diz a cantar “2 azuis”. Depois volta a dizer a cantar “D., dá cá o azul”, a criança após algumas tentativas repete e então o terapeuta entrega-lhe as peças azuis que as encaixa corretamente. Faz o mesmo procedimento para as peças verdes e vermelhas e a criança consegue contar as peças necessárias, sempre com ajuda do terapeuta, e colocá-las no sítio correto. O musicoterapeuta está sempre a tentar estimular a criança para falar mais alto.

4. O musicoterapeuta, como é habitual, despede-se da criança dizendo a cantar “Adeus P. e adeus D.. Adeus!” e esta repete algumas das palavras.

Tabela 15

Registo da sétima sessão observada

Observador: Carolina Rodrigues		Foco da observação: Criança com Perturbação do Espectro do Autismo (6 anos)	
Local:	Data: 21/06/2022	Início: 15h30min.	Fim: 16h15min.
Descritivo/Factual		Inferências	
<p>1. Nesta sessão o musicoterapeuta leva novamente o coelho para a sala. Este pega no jogo da sessão anterior e coloca o tabuleiro com a imagem do carro e pergunta à criança o que é isto, ela com a sua ajuda diz que é um carro. O terapeuta reforça que é um carro, fazendo também o som do carro e o gesto de como se estivesse a conduzir um. Depois este começa a cantar improvisando “vamos lá ver, as cores que temos aqui”, ao mesmo tempo que toca xilofone. De seguida o musicoterapeuta pergunta à criança que cor é aquela, apontando para o respetivo sítio, ela corretamente e sem ajuda diz “azul” e este toca xilofone ao mesmo tempo que diz o nome da cor. O musicoterapeuta aponta para outra cor e pergunta à criança qual é, esta de imediato e sem ajuda diz “amarelo” e este começa a tocar xilofone ao mesmo tempo que diz o nome da cor, tentando que a criança diga o nome da cor mas noutra tom de voz. Após algumas tentativas a criança consegue dizer amarelo num tom um pouco diferente do habitual. Depois o terapeuta entrega à criança a peça amarela para ela colocar no respetivo sítio, mas antes diz-lhe para pedir e esta diz “quero amarelo”. Esta coloca a peça no sítio correto. A criança por vezes vai olhando para o coelho que anda pela sala. Como o musicoterapeuta ainda não tinha dado à criança as peças da cor azul, que foi trabalhada anteriormente, começa a tocar no xilofone e a dizer “azul”, apontando também para a cor azul no jogo. A criança vai repetindo o nome da cor. Entretanto o terapeuta pega nas peças azuis e pergunta à criança quantas peças são, com a sua ajuda esta conta as peças que são duas e então este entrega-lhas, mas, mais uma vez, este espera que a criança peça as peças para depois lhas dar. A criança com a sua ajuda diz “dá-me azul”. O musicoterapeuta faz o mesmo procedimento para as restantes cores, verde e vermelho, e a criança consegue executar de forma positiva esta tarefa. No final da atividade o terapeuta pede à criança para lhe dar primeiro as peças azuis, depois as verdes, de seguida as vermelhas e por fim as amarelas e esta, apesar de por vezes se distrair um pouco, entrega-lhe sempre as peças corretas. O musicoterapeuta tenta sempre puxar pela sua fala e então diz sempre o nome das cores quantas vezes forem necessárias, até que a criança diga também. Esta acaba sempre por dizer.</p> <p>O musicoterapeuta troca agora de tabuleiro e coloca o da imagem da tartaruga e pergunta à criança o que é aquilo. Entretanto começa a tocar ukulele ao mesmo tempo que vai dizendo “tartaruga” e diz à criança para dizer também e para olhar para ele, pois está a ficar desconcentrada e começa a mexer nuns instrumentos musicais. O terapeuta tira estes elementos distratores do seu alcance e continua a tocar dizendo “tartaruga”, a criança continua um pouco desconcentrada mas apesar disso acaba por dizer tartaruga. A tartaruga tem quatro cores, cada uma delas tem um certo número de peças da respetiva cor – verde (cinco peças verdes), amarelo (quatro peças amarelas), azul (três peças azuis) e vermelho (duas peças vermelhas). O musicoterapeuta continua a tocar ukulele mas agora vai dizendo as cores a cantar e vai perguntando à criança, esta que vai repetindo com ele o nome das cores. Por vezes esta vai fazendo vocalizações estereotipadas. Primeiro o terapeuta pergunta-lhe quantos vermelhos são e com a sua ajuda esta conta dois vermelhos, depois este pega nas peças vermelhas e espera que a criança peça, esta com a sua ajuda diz “dá vermelho” e coloca as peças no devido sítio. O</p>		<p>1. Para o fim da atividade, a criança demonstrou alguma dificuldade em compreender o que lhe era pedido, pois o musicoterapeuta dificultou a tarefa ao tocar apenas os acordes respetivos ao nome de cada cor, ou seja, sem dizer o nome da cor. Esta tarefa exigia bastante concentração e compreensão por parte da criança e por isso foi difícil para ela, acabando mesmo, em certos momentos, por se sentir um pouco frustrada. Contudo, para o fim, e com mais alguma ajuda do terapeuta, esta conseguiu perceber melhor o que lhe era pedido.</p>	

terapeuta diz a cantar ao som do instrumento “1, 2 vermelhos”. De seguida pergunta à criança quantos azuis são, esta rapidamente e sem a sua ajuda diz três, então este pega nas peças azuis para lhe dar mas espera que esta peça, a criança com a sua ajuda acaba por dizer “dá azul” e coloca as peças no devido lugar. O musicoterapeuta diz a cantar “1, 2, 3 azuis”, ao mesmo tempo que toca ukulele. Agora o terapeuta pergunta quantos amarelos são e a criança, mais uma vez, conta quatro sem precisar de ajuda e este pega nas peças e espera que ela peça, após algumas tentativas esta acaba por dizer “dá amarelo”. O terapeuta canta ao som do ukulele “1, 2, 3, 4 amarelos”. Foi feito o mesmo processo para a cor verde e a criança correspondeu da mesma forma. Por vezes a criança dispersa-se um pouco com o que está à sua volta, como o coelho, por exemplo.

Após esta atividade, o musicoterapeuta pede à criança para contar todas as peças, os dois contam ao som do ukulele e a criança facilmente executa esta tarefa. Depois o terapeuta pede à criança para lhe dar duas peças verdes, mas a atividade torna-se complicada, uma vez que a criança tem de perceber qual é a cor que lhe está a ser pedida através do som produzido pelo ukulele, pois cada cor é tocada de maneira diferente, com acordes diferentes. Quando o musicoterapeuta pede “dois verdes” (ele diz o número de peças que pretende e depois é que faz os acordes respetivos a cada cor), a criança automaticamente pega nas peças vermelhas por serem apenas duas, associando ao número de peças daquela cor (as peças verdes são cinco). Com alguma ajuda do terapeuta ela consegue perceber que são duas peças verdes, mas antes começa por pegar nas peças todas da respetiva cor e só depois, após o terapeuta reforçar que são “dois”, é que lhe dá apenas duas das peças verdes. Depois o terapeuta pede, utilizando novamente o ukulele, “2 azuis”, mas mais uma vez a criança demonstra alguma dificuldade na compreensão, esta começa por pegar em duas peças verdes e depois em duas amarelas. Com a ajuda do musicoterapeuta a criança então pega em duas peças azuis e entrega-lhas. De seguida o musicoterapeuta pede uma peça vermelha e mais uma vez a criança não compreende qual é a cor que lhe está a ser pedida, dando-lhe primeiro uma peça verde e depois uma azul. A criança começa a ficar um pouco frustrada por não conseguir fazer esta tarefa e começa a fazer vocalizações. Com a ajuda do terapeuta esta dá-lhe então uma peça vermelha. O terapeuta pede três peças amarelas, a criança automaticamente vai buscar as três peças verdes que restam (há quatro peças amarelas), então este para a ajudar, ao tocar os acordes respetivos à palavra amarelo, começa por dizer as primeiras letras do nome da cor “ama...”. A criança assim percebe o que lhe está a ser pedido e entrega três peças amarelas ao musicoterapeuta. Desta vez o musicoterapeuta já pede as peças dizendo o nome da respetiva cor e então começa por pedir “1 verde” e “1 vermelho”, mas a criança baralha-se um pouco e começa a ficar confusa, pois não sabe bem que cor dar primeiro. O terapeuta reforça que primeiro é a peça verde e depois a vermelha e após algumas tentativas a criança acaba por dar uma peça verde e uma peça vermelha, tal como solicitado. Das vezes seguintes o musicoterapeuta pede primeiro uma peça verde e uma azul e depois pede uma peça amarela e uma verde. Apesar de por vezes se distrair um pouco com o coelho, que anda pela sala, destas duas últimas vezes a criança já conseguiu executar com mais facilidade a tarefa. O musicoterapeuta termina a atividade dizendo a cantar as cores – vermelho, azul, amarelo e verde – ao som do ukulele.

Tabela 16

Registo da oitava sessão observada

Observador: Carolina Rodrigues		Foco da observação: Criança com Perturbação do Espectro do Autismo (6 anos)	
Local:	Data: 12/07/2022	Início: 15h30min.	Fim: 16h15min.
Descritivo/Factual		Inferências	
<p>1. O musicoterapeuta dá o tambor à criança e depois pega no acordeão e começa a tocar. A criança foca-se no som do acordeão e começa a rir-se, acabando por não querer ficar com o tambor. Esta tenta tirar o acordeão ao terapeuta mas este diz para pedir, dizendo “D., quero trocar”, esta acaba por repetir e então trocam de instrumento. O musicoterapeuta começa a tocar tambor e a criança começa a tentar perceber como é que se toca acordeão, explorando o instrumento.</p> <p>2. O musicoterapeuta vai buscar um jogo que tem como objetivo trabalhar a nomeação e os opostos. Este coloca as peças do puzzle para a criança o construir, começando por dizer a cantar “P., vamos fazer o puzzle” e esta repete “puzzle”. A criança imediatamente começa a construir o puzzle, demonstrando bastante facilidade nesta tarefa. Estando o puzzle feito, o terapeuta pergunta à criança onde está a vaca e ela aponta logo para esse animal e este diz a cantar “está aqui a vaca e a vaca é muito grande”, fazendo em simultâneo o gesto respetivo a “grande”, ao abrir os dois braços. A criança repete “grande” e após algumas tentativas acaba por fazer também o gesto. Por vezes esta dispersa-se um pouco, tendo o terapeuta de a tentar focar novamente na atividade. O musicoterapeuta pega agora na peça com um pintainho e diz a cantar “o pintainho é pequenino”, fazendo o gesto correspondente a pequeno com uma mão fechada. A criança repete “pintainho”, o terapeuta tenta que ela diga “pequenino” mas esta mais uma vez deixa de estar focada e não o diz. Depois o musicoterapeuta pergunta à criança que animal está a chorar no puzzle, esta com a sua ajuda diz qual é e o terapeuta começa a dizer a cantar “o panda está a chorar”, fazendo o gesto de quem está a chorar com as mãos nos olhos e a criança imita-o, fazendo de contas que está a chorar. O terapeuta diz que o rinoceronte está a rir e faz um sorriso, a criança imita-o e diz “rir”, depois este diz a cantar “o rinoceronte está a rir”. O musicoterapeuta agora pega na peça com um barco e diz a cantar “o barco está bem perto” e a criança diz “perto”. Depois este aponta para a peça ao lado, com um barco longe e diz a cantar “este aqui está longe”, abrindo um dos braços juntamente com a criança, fazendo assim o gesto representativo de “longe”. A criança faz o gesto e diz “longe”.</p> <p>O musicoterapeuta pega no tambor e ao tocar, pede também a cantar que a criança lhe dê a peça que representa “longe”, mas esta demonstra alguma dificuldade nesta tarefa, pois primeiro tenta dar a peça que representa “perto” e depois a que representa “grande”. Desta forma, o terapeuta ajuda a criança apontando para a respetiva peça, assim a criança pega nela e entrega-lhe. Este volta a reforçar cantando “o barco está longe e agora foi-se embora” e fazendo o respetivo gesto e a criança repete “barco” e “longe”. Desta vez, o musicoterapeuta pede a peça que representa “rir”, fazendo ao mesmo tempo um sorriso e a criança facilmente percebeu qual era a peça e entrega-lha. Este diz a cantar “é o rinoceronte que está a rir e vai-se embora” e a criança diz “rinoceronte” e “está a rir”. O terapeuta diz agora a cantar “vais-me dar quem é pequenino”, fazendo o respetivo gesto,</p>		<p>- Uma das desvantagens das sessões de musicoterapia serem feitas na mesma sala que as sessões da terapia do brincar estruturado, é que a criança está sempre com o intuito de ir brincar, pedindo constantemente para brincar durante as sessões. O musicoterapeuta tenta sempre contrariar isso, dizendo à criança que não é o momento para isso.</p> <p>- A criança ao longo da sessão foi-se distraíndo um pouco por causa do animal que andava pela sala. Isto deve-se à curiosidade da criança, mas também ao facto de haver um ser que anda pela sala e que está fora do seu controlo, pois, como sabemos, estas crianças necessitam de ter controlo sobre tudo, ou seja, têm necessidade de saber o que as espera para se sentirem seguras.</p> <p>2. Na atividade com o jogo dos opostos a criança demonstrou alguma dificuldade, uma vez que são conceitos um pouco complexos e por isso foi necessário o musicoterapeuta ajudar bastante nesta tarefa.</p>	

mas a criança pega na peça que representa “grande” e depois na que representa “chorar”. O terapeuta volta a reforçar “dá-me o que é pequenino”, a criança hesitante aponta para a peça correta e o terapeuta faz o gesto para lhe dar, esta dá-lhe a peça e este diz a cantar “o pintainho é pequenino e vai-se embora”. A criança a meio começa a distrair-se um pouco, a fazer vocalizações, mas este capta novamente a sua atenção e ela acaba por dizer “pequenino”. O musicoterapeuta toca novamente tambor e diz a cantar “tu vais-me dar quem é grande”, fazendo o respetivo gesto, mas a criança, mais uma vez, demonstra dificuldade em fazer o que lhe é pedido e começa a repetir algumas palavras que o terapeuta diz, por não perceber o que ele pretende. Sobram três peças e o musicoterapeuta para a ajudar diz a cantar e apontando para cada uma das peças “perto, grande, a chorar”, mas com uma entoação mais forte quando diz “grande”. Assim a criança já consegue entregar a peça correta ao terapeuta, que volta a reforçar cantando “a vaca é grande e agora vai-se embora”, fazendo também o respetivo gesto e a criança acaba por dizer “grande”. O musicoterapeuta pede a cantar “vais-me dar quem está perto”, mas a criança pega na peça que representa “chorar”, então este volta a reforçar fazendo o gesto e dizendo “perto”, assim a criança entrega-lhe a peça correta e este diz a cantar “o barco está perto, perto e agora foi-se embora” e a criança diz “perto”. Como só falta a peça que representa “chorar”, o musicoterapeuta diz a cantar “o panda está a chorar”, fazendo o respetivo gesto e a criança diz “chorar”.

3. O musicoterapeuta começa outra atividade, ele começa a tocar ukulele e dá à criança o tambor, mas esta está completamente distraída, olhando para a sala à procura do coelho. Desta forma, o terapeuta vai buscar o animal e coloca-o no seu colo. Então este recomeça a tocar ukulele e a criança começa a tocar tambor, ao mesmo tempo que vai olhando para o animal. Entretanto, o coelho sai do colo do musicoterapeuta e a criança continua a tocar mas sempre interessada em ver onde anda o coelho. O musicoterapeuta vai buscar novamente o coelho, pega nele e começa a cantar “De olhos vermelhos de pelo branquinho, aos saltos bem alto eu sou um coelhinho. Comi uma cenoura com casca e com tudo, ela era muito grande e fiquei barrigudo”, a criança está sempre atenta a olhar para o animal, o terapeuta vai fazendo pausas enquanto canta para a criança ir dizendo algumas palavras, esta diz “branquinho”, “saltos”, “coelhinho”, “casca”, “grande” e “barrigudo”, mas fala sempre no seu tom habitual, no tom monocórdico. A criança começa a tentar pedir o coelho, começando como que a fazer uma pequena birra por não saber como pedir. Então o musicoterapeuta diz a cantar “D., quero o coelho” e a criança rapidamente repete o que foi dito. Desta forma, o terapeuta dá o coelho à criança, que o pega com as duas mãos, depois começa a rir-se e a fazer algumas vocalizações e a querer ir brincar com o animal, mas o terapeuta diz que não pode ir brincar. Entretanto, o musicoterapeuta volta a pegar no coelho e pergunta à criança de que cor ele é, ela por vezes dispersa-se um pouco mas acaba por repetir o que diz o terapeuta “é branquinho”. A criança já está a dispersar um pouco, tendo dificuldade em se focar nas atividades e começa a pedir para ir brincar, mas o terapeuta diz que hoje não é o dia de brincar.

4. O musicoterapeuta começa a tocar com um prato e consoante vai batendo com a baqueta, vai passando o prato à volta da criança, promovendo assim a estimulação sensorial. Esta primeiro fica muito focada no som e depois começa a rir-se ao sentir o vibrar do som emitido pelo prato. O terapeuta começa a tocar flauta diafragma e, em simultâneo, o guizo/chocalho. A

criança apesar de estar um pouco desconcentrada à procura do coelho, que anda pela sala, começa a interagir um pouco quando este começa a tocar e até se começa a rir. O musicoterapeuta dá-lhe um guizo/chocalho para a mão, mas esta prefere o guizo/chocalho que o terapeuta tem e tenta trocar pelo dele mas sem pedir, então este diz “troca” e a criança repete e assim entrega-lhe o outro guizo/chocalho. O terapeuta continua a tocar flauta diafragma e o guizo/chocalho, enquanto a criança vai tocando também com o seu guizo/chocalho e, ao mesmo tempo, o vai explorando.

5. O musicoterapeuta começa a dizer a cantar “vamos arrumar, arrumar”, a criança repete “arrumar” e imediatamente começa a colocar os instrumentos musicais na respetiva caixa. Estando os instrumentos arrumados, o terapeuta diz a cantar levantando os seus braços e os da criança “Já acabou. Adeus P. e adeus D.. Adeus!” e vai fazendo algumas pausas para a criança ir repetindo e ela repete sem grande dificuldade.

Entrevista ao Musicoterapeuta

1. Esta entrevista será utilizada apenas para fins académicos. Posso fazer a gravação áudio da entrevista?

Sim.

2. Que idade tem?

30 anos.

2.1. Quais as suas habilitações literárias?

Eu fiz uma licenciatura e estou constantemente à procura de diferentes formações para dar mais força ao meu trabalho. A Licenciatura é em Animação Cultural, nada a ver com terapia, mas depois fui acumulando formações em diversos tipos de terapia, desde comportamental, brincar estruturado, musicoterapia, que é o que apliquei neste caso em específico.

2.2. Há quantos anos exerce a sua profissão?

Há 4 anos que exerço funções como terapeuta.

Há quanto tempo trabalha com crianças/jovens com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA)?

Tecnicamente eu já trabalhava com as crianças antes de vir trabalhar para aqui, embora era mais em termos de voluntariado e de apoio em atividades da associação, mas no sentido profissional seriam também 4 anos.

2.3. Gosta de trabalhar com estas crianças/jovens?

No autismo cada caso é um caso, cada caso é único e abre todo um novo leque de interações às quais nós nem conseguimos prever, devido ao quão diferente cada caso é. Eu acho que o diagnóstico é extremamente fascinante, há casos que são muito mais difíceis e que admito que até tenha alguma dificuldade, mas em geral adoro trabalhar com este tipo de crianças e jovens.

3. Há quanto tempo conhece a criança em estudo?

Já conheço há 2 anos.

3.1. Considera que a conhece bem?

Sim sim. Conheço bastante bem.

3.2. Quando é que ela iniciou as sessões de musicoterapia?

Ela começou connosco em comportamental, no início ela estava mais comigo em comportamental. Musicoterapia ela só começou no início deste ano para tentar dar algum apoio à terapia da fala, porque ela está com alguns atrasos a nível da fala e pensou-se que usar a musicoterapia poderia ajudar em termos de criar mais interação dela para com o outro e de lhe libertar um pouco a voz.

Ela antes só tinha terapia ABA?

Ela começou com terapia comportamental e depois também teve terapia da fala. Ela agora já não tem comportamental, mais porque a nível de comportamentos está estável, não tem assim comportamentos disruptivos que necessitem de trabalho focado. Portanto, tornou-se uma prioridade trabalhar mais a nível da fala e da interação com o outro. Portanto, começou a ter terapia da fala, tem brincar estruturado também comigo, mas depois sugeriu-se ter musicoterapia para complementar o trabalho que estava a ser feito.

3.3. Quantas vezes por semana é que está com a criança? Qual a duração de cada sessão?

Eu estou com a criança duas vezes por semana, uma sessão de musicoterapia e uma sessão de brincar estruturado, cada sessão é à volta de 45 minutos. Às vezes estendemo-nos mais um bocadinho, outras vezes menos um pouco, mas em geral são 45 minutos cada sessão. Um total de 1 hora e 30 minutos por semana.

3.4. Qual a receptividade da criança às sessões de musicoterapia?

O P. tem algum interesse pelos instrumentos, mas não vê o valor da interação através deles ainda, ainda tem alguma dificuldade nessa área. Portanto, ele gosta de explorar os diferentes instrumentos e gosta de pegar e ver o que faz, mas nem sempre se apercebe do efeito que faz no outro nem a interação que o outro tenta fazer com ele. Portanto, em termos de receptividade eu diria que não é a melhor, não é completamente recetivo, mas não por uma questão de colaboração, mais por ele ainda não perceber o valor dessa interação.

4. Quais as principais dificuldades da criança?

As maiores dificuldades é o enorme atraso a nível da fala e de compreensão da instrução verbal, no qual ela ainda está ali a aprender em si o que as palavras significam e, portanto, muitas vezes não percebe o que lhe é pedido. Também há este lado de ela não perceber o valor da interação, se ela precisar de

alguma coisa ela chama pelo outro, ela vai à procura do outro, mas ela ainda não percebeu o valor de vir o outro comunicar com ela, de vir o outro interagir com ela. Portanto, ainda tem essas dificuldades neste momento, são as mais importantes.

E capacidades?

As capacidades dela neste momento, ela já procura o outro, ou seja, apesar de ainda não perceber o valor do outro interagir com ela, ela já procura o outro quando precisa, já procura ajuda quando precisa. Neste momento a nível de imitação está muito melhor, ela antes tinha muita dificuldade em perceber que tinha de imitar o outro ou como imitar o outro, agora já vai imitando muito mais, quer em termos de imitação física, como em termos de imitação verbal. E a exploração dela dos objetos em volta em geral é funcional, ela pode ter um ou outro comportamento mais ritualístico, por exemplo, pegar numa caixa e só tirar os objetos que estão lá dentro para voltar a colocar, que é um comportamento ritualístico que lhe permite ter o controlo do espaço, mas em geral tem um bom manipular dos objetos que estão à volta dela.

4.1. Que estratégias utiliza para lidar com as dificuldades que a criança apresenta atualmente?

A primeira estratégia que eu acho que é a mais importante é qualquer coisa que ela queira ela tem de passar pela pessoa para ter acesso, ela não pode perder esta ideia de que o outro é importante e quanto mais ela tiver esta ideia, mais aberta estará à interação com o outro. Portanto, qualquer coisa que ela queira na sala, eu tenho de ser aquele passo entre ela e o objeto. A segunda forma como eu trabalho as dificuldades dela, nomeadamente o atraso da fala, tento fazer músicas com ela, tento trabalhar a nomeação com ela com vários objetos diferentes, sempre dando musicalidade à voz, porque lhe chama mais à atenção dessa forma. Outra estratégia que eu uso com o P. é uma estratégia de exploração livre quanto aos instrumentos, porque na música o forçar da interação não vai resultar em nada. Se eu simplesmente pegar nele e metê-lo no colo e estar a forçá-lo a tocar num instrumento, aquilo não é prazeroso para a criança, ela não sente qualquer interesse na música, não vai querer interagir. Enquanto que se ela estiver a explorar, pegar num instrumento, começar a explorar o instrumento e depois eu começar a entrar dentro desse espaço, começar a interagir com ela através de outro instrumento, aí eu consigo que ela esteja mais aberta à interação e mais aberta à terapia em geral.

5. Na sua perspetiva, a criança gosta de música? Porquê?

Sim. O P. gosta muito de música, há palavras e frases que ele diz mais com música cantada, do que ele diz por fala normal, porque ele ainda não percebe algumas associações de palavra ao objeto ou palavra ao conceito. No entanto na música, lá vai no meio da lengalenga e ele já diz com mais facilidade.

5.1. Se sim, de que género de música gosta mais? E menos?

O P. neste momento não tem um género específico, há no entanto algumas especificidades em termos de músicas, por exemplo, há um nível de som que ele não tolera, a partir desse nível de som ele não tolera. Portanto, se houver demasiado som ele tapa os ouvidos e começa a fechar-se. Portanto, músicas que sejam abaixo desse nível é sempre preferível e atendendo à idade dele, quanto mais simples for a música mais fácil será de ele acompanhar e de interagir. Portanto, músicas infantis em geral.

5.2. Costuma pôr música para ela ouvir nas sessões ou é a criança que produz a música?

Numa altura inicial eu punha música para ela ouvir, neste momento eu estou na parte da produção da música e da exploração. Eu passei de ter a música simplesmente a tocar para a produção, porque a música tocada ela não prestava tanta atenção, a não ser que fosse uma música muito alta que lhe incomodasse, ela podia ter o que quisesse na sala e não modificava muito o comportamento. Quando eu me comecei a aperceber disso, comecei a perceber que eu tinha de mudar a estratégia, então passei para a exploração de instrumentos e a produção de música, que é onde ela está neste momento.

5.3. Como é que ela reage aos sons? Nota alguma diferença no seu comportamento em função do tipo de música/canções?

Como já referi, há um limite no qual ela não tolera. No entanto, dentro do limite que é tolerável, há sons que ela tolera mais do que outros, há timbres que ela tolera mais que outros. O tambor, por exemplo, diz-lhe muito pouco, apesar de eu até estar a usar mais com ela, o tambor acaba por lhe dizer pouco em comparação, por exemplo, com o xilofone que lhe puxa muito mais a interação. O ukulele de cordas geralmente também puxa pela interação, porque tem aquela componente tátil. No entanto, por exemplo, o acordeão que eu tenho na minha sala causa-lhe extrema confusão se eu puser várias notas ao mesmo tempo, mesmo que seja baixinho causa-lhe muita confusão. Portanto, há algumas especificidades aqui e ali.

5.4. Verifica alguma diferença nas estereotipias (comportamento) da criança quando esta ouve música?

Depende, se ela estiver numa parte de produção musical e eu começar a interagir com ela há alguma diferença, porque geralmente a técnica que eu uso com ela é a técnica de, está-me a faltar o termo técnico, mas eu chamo-lhe o toque-reação, ou seja, ela toca e eu reajo ao que ela toca, de forma a ela perceber eu tenho efeito no outro. Portanto, nesse sentido, eu acho que ela já começa a ter alguma diferença, porque já se apercebe do efeito que tem à volta dela. Se eu tiver só música a tocar de fundo, das duas uma, ou eu tenho só uma coluna a dar música e ela não reage tanto, a não ser que seja muito alto, ou eu tenho, por exemplo, o telemóvel ligado com uma música no *youtube* e ela fica interessada mas é na imagem e acaba por seguir a música mas é mais pelo apoio visual que vem daí.

Ao nível da comunicação e interação, também verifica?

Aí tenho verificado muito mais diferenças, a nível da comunicação ela vai desenvolvendo mais a capacidade de fala e de produção verbal, palavras que antes eram muito mais difíceis já lhe estão a sair mais facilmente, porque ela acaba por cantá-las, acaba por desenvolver esses fonemas, acaba por desenvolver esses tons. Na interação, como disse, ela está a começar, nas últimas sessões, a mostrar interesse pelo efeito que tem nos outros, que era um

passo extremamente importante que eu queria dar, portanto foi muito bom. Ela começa a perceber que as ações dela afetam o outro e essa é a base da maior parte da nossa interação, nós percebermos que o que nós dizemos, o que nós fazemos, afeta o que está à nossa volta, afeta os outros que estão à nossa volta. Portanto, sim, houve melhorias, bastantes, embora em certa medida, ainda há aqui muito trabalho a fazer, porque ela agora já vai desenvolvendo a capacidade de dizer algumas palavras, mas ela ainda não tem associada a palavra ao objeto, ainda não tem essa associação da palavra ao conceito. Geralmente quando falamos de conceitos, conceitos é extremamente difícil de explicar, por exemplo, não pode só dizer “quero bola”, tem de dizer “quero a bola”, porquê aquele “a” no meio, como é que eu vou explicar aquele “a”. Às vezes há aqui alguns conceitos que ainda não estão lá e que vai ser ainda difícil de introduzir.

6. Costuma utilizar instrumentos musicais nas sessões musicoterapêuticas?

Sim, costume usar sim.

6.1. Se sim, apenas o terapeuta ou também a criança?

Ambos, sem dúvida. Não há hipótese, até como eu disse, ela música não lhe interessa muito a não ser que tenha alguma influência nela, que ela tenha tido algum efeito na criação da música. Ela vira e vai preferir brincar com alguma coisa, do que ouvir a música.

6.2. Quais os instrumentos musicais que são mais utilizados nas sessões? De que forma são utilizados? São utilizados para tocar melodias ou apenas para produzir sons?

Eu uso uma variedade de instrumentos, entre vários instrumentos de percussão que são relativamente simples, qualquer pessoa consegue utilizar, como tambores, o xilofone em que é só preciso pegar numa baqueta e bater, sempre sem grandes exigências, porque a ideia não é exigir muito, eu não estou a treinar um músico. Mas pronto, tenho objetos de percussão, tenho um ukulele, que geralmente costume usar quando tento puxar mais pela harmonia, um acordeão que neste momento estou a usar mais para treinar a resistência dela a sons mais fortes. Tenho alguns instrumentos de sopro, que normalmente uso mais para chamar à atenção, estou a falar tipo casulos e flautas, em que a ideia não é tanto de puxar para ela fazer, a não ser que eu tente alguma imitação através das flautas, a ideia é mesmo chamar à atenção se ela estiver mais distraída.

6.3. Qual/quais é que funciona/funcionam melhor com a criança em estudo? Porquê?

Portanto, como eu referi, instrumentos que tenham algum efeito para além da audição, que tenham um efeito, por exemplo, em termos de vibração, porque puxa pelo lado tátil dela, que puxe por esse lado são preferíveis para ela. O xilofone, por exemplo, porque a sensação da baqueta a bater, é muito específico e em geral instrumentos que tenham esse efeito são preferíveis. Curiosamente, apesar de tudo, o tambor não é um deles, que seria aquele que seria mais, porque o tambor é extremamente sensorial e tudo e não é, eu acho que é mesmo pela pele que ela não aprecia de todo tocar no tambor. Ela não se importa que o outro toque, não há essa questão, mas ela tocar não quer, em geral. Portanto, xilofone, o ukulele devido à sensação das cordas, a parte harmoniosa, são os preferidos dela de todos os que lá tenho.

6.4. Qual o instrumento que suscita maior curiosidade na criança? De que forma o manipula?

De todos eles o que suscita mais interesse é o ukulele, talvez porque primeiro em termos de toque as cordas fininhas dão uma sensação completamente diferente e depois dependendo de como é tocada a corda sai um som completamente diferente. Então há todo este novo nível de exploração que, por exemplo, com o xilofone basta bater no sítio certo, bato aqui tenho um som, bato ali tenho outro som. Numa guitarra eu basta mudar o meu dedo já está um som completamente diferente e isso suscita-lhe grande interesse, porque ela já se começa a aperceber desse lado, claro que depois tenta explorar sozinha e aí já não faz o mesmo efeito, mas sim.

6.5. Nas sessões musicoterapêuticas também recorre à voz? Improvisa músicas? De que forma e quando o faz?

Sim. Constantemente. Eu costume dizer que não há musicoterapeuta que não consiga improvisar, é uma daquelas capacidades que qualquer musicoterapeuta tem de ter, até porque não há melhor maneira de trabalhar do que através da improvisação. Simplesmente, porque a improvisação é algo inesperado, é algo que sai no momento a partir da pessoa com quem estamos a interagir. E como já disse, o P. tem este explorar muito específico dele e esta forma de interagir com os instrumentos, portanto, eu não posso ter uma música completamente planeada no dia anterior, porque eu não sei se vou conseguir fazer essa música, se vou conseguir seguir esse plano. Por outro lado, por exemplo, ele hoje tem interesse em algum brinquedo com cores, ok, vamos fazer alguma coisa com cores e pego aqui no xilofone para dar uma harmonia qualquer. Não só, mas também há o lado que nós nunca sabemos como é que a criança vem para nós, basta que aconteça alguma coisa na vida do P. e ele venha um bocadinho mais destabilizado, eu não posso estar à espera que ele consiga sempre realizar no mesmo nível de exigência, como tal, a improvisação é a melhor ferramenta.

6.6. A criança demonstra interesse quando canta (técnico)? De que forma reage?

Sim. Ela presta muito mais atenção ao que quer que eu diga se tiver musicalidade associada. Não tem de ser uma música “xpto”, não tem de ser algo complexo, pode ser uma coisa tão simples como “Olá P., olá olá olá!” (o musicoterapeuta diz isto dando musicalidade à voz e depois bate palmas), só por isto lhe dá mais interesse do que eu simplesmente dizer “Olá P.”. Suscita muito mais curiosidade e leva-a a imitar muito mais facilmente e presta mais atenção ao outro.

7. Considera que a musicoterapia é importante para este caso em estudo? Porquê?

Eu considero que é importante porque a música é uma maneira muito mais fácil de chegar à pessoa e muito menos invasiva do que outras terapias. Por exemplo, uma das grandes questões da terapia comportamental é que é uma forma de terapia que exige algum confronto, tu vais fazer o que eu quero, dentro do que eu quero, se tu te desviares desta tarefa eu tenho de te levar a fazer esta tarefa. Na musicoterapia eu entro numa sala, ela se pega num brinquedo em vez de um instrumento, eu pego nesse brinquedo e vamos fazer os dois uma música com o brinquedo. É uma terapia mais solta, mais livre e, portanto, como não há aquele nível de exigência inato, que outras terapias têm, é mais fácil para a criança de integrar e de seguir assim a terapia.

7.1. E em geral para o desenvolvimento global de uma criança e/ou jovem com PEA?

Em geral eu acho que é importante. A música é algo único que nos toca em várias formas a nível cognitivo e, portanto, há muitas coisas que conseguimos trabalhar através da música que às vezes não é tão fácil de trabalhar de outras formas. Por isso, em geral eu acho que a musicoterapia é importante para as crianças com autismo, até para crianças que não têm qualquer patologia, em geral eu acho que a musicoterapia é algo que é importante, o contacto com a música é extremamente importante.

7.2. De que forma a música, os sons e os silêncios influenciam/estimulam estas crianças/jovens?

Como eu estava a dizer, a música toca-nos a nível cognitivo e emocional, os diferentes tons estimulam diferentes partes do nosso cérebro, quer por ser um ritmo acelerado, então acelera-nos um bocadinho o pulso, quer seja algo mais lento, mais calmo que também nos ajuda a relaxar. Pode ser algo tão simples como, eu vou dar um exemplo, eu tive uma criança do Brasil que a melhor maneira de a levar a interagir comigo foi ter música brasileira a tocar de fundo, porque essa sensação de familiaridade fê-la sentir-se mais à vontade. Portanto, algo tão simples quanto isso. A música toca-nos a todos de formas diferentes, é uma experiência extremamente subjetiva, mas é uma experiência que nos toca a todos.

7.3. No geral, que mudanças se verificam? E benefícios?

Como já referi, depende do caso, depende de como é que a música está a ser utilizada e para que fim. Pode ajudar alguém a relaxar mais, pode ajudar alguém a sentir-se com mais vontade para interagir, pode ajudar a trabalhar a pronúncia de certas palavras, por exemplo, uma pessoa que tem dificuldade a dizer o “T” – “Atirei o pau ao gato to” – já estamos ali a trabalhar, ajuda a reforçar de novo, de uma maneira que não parece tão exigente, de forma mais lúdica.

8. Quais as principais mudanças sentidas na criança desde que iniciou as sessões?

Primeiro um maior nível de contacto ocular e percepção do outro. Como eu referi, uma das maiores dificuldades era o ela perceber o valor do outro e perceber de que forma é que influencia o outro e em ambas essas questões melhorou imenso. Ao ponto que já me foi referido na escola, que ela agora já interage mais com os colegas. É muito bom, abrimos esta criança há interação com os pares, não só, mas há várias palavras que ela já começa a dizer mais facilmente e de forma mais espontânea, fora do contexto de musicoterapia. Porque uma coisa é dizer “ah dentro da musicoterapia ela faz isto e aquilo”, se ela fora da minha sessão não faz isso o valor é reduzido, não é insignificante, mas é reduzido. Por outro lado, há já palavras que ela já vai dizendo fora do contexto de musicoterapia, ou seja, ela já está a generalizar certas capacidades fora das sessões de musicoterapia.

8.1. Em que circunstâncias verificou essas mudanças? Dentro ou fora das sessões?

Como acabei de referir, em ambas as circunstâncias.

8.2. A musicoterapia teve algum efeito até ao momento nas estereotipias do caso em estudo? De que forma? E nas suas capacidades de comunicação e de interação social?

Até certo ponto teve alguma influência, houve várias estereotipias dela que foram diminuindo, nomeadamente estereotipias que ela fazia em resposta a estímulos com que ela não se sente confortável. A reação dela ao coelho nas sessões, por exemplo, foi mudando, mesmo quando ela ainda tinha algum medo já ia tocando e já ia aceitando e a estereotipia dela nesse contexto foi diminuindo de intensidade. Portanto, sim, houve uma diminuição do nível de estereotipias em vários contextos.

8.3. Que conteúdos trabalha com esta criança nas sessões de musicoterapia? Com que objetivos?

De novo, a ideia é trabalhar a interação com o outro e trabalhar a produção verbal. Já referi também como faço esse trabalho, em geral, por exploração livre de instrumentos em que eu vou tentando interagir com ela e crio ali um momento de “dueto”, digamos assim. Fora dessas questões, fala musicada, ou seja, falar dando musicalidade à voz, para criar mais atenção nela para com o outro. São em si as técnicas principais que eu uso com o P.

8.4. Costuma ter necessidade de reformular estratégias devido a respostas imprevisíveis da criança?

Não tanto como já tive. O P. já foi mais imprevisível, porque era um miúdo que não tinha tanta rotina na vida dele e, portanto, havia momentos imprevisíveis até no desenvolvimento dele, em que havia momentos em que se estava a desenvolver bem, depois estagnava, voltava a cair o desenvolvimento, tínhamos de voltar a pegar do início. Agora está muito mais estável, portanto, o desenvolvimento dele ainda está um bocadinho lento em comparação com os pares, mas pelo menos já está a ir de uma maneira estável.

8.5. De um modo geral, são estes conteúdos que costuma trabalhar nas sessões de musicoterapia com crianças/jovens com PEA?

Sim, embora sempre adaptando a cada caso, porque cada caso é um caso.

9. Normalmente, a partir de que idade se iniciam as sessões de musicoterapia?

Não há uma idade específica, em qualquer idade se pode começar, embora, as técnicas é que mudam. Eu não vou, por exemplo, pegar num bebé de 5 ou 6 meses e meter-lhe uma baqueta na mão para tocar xilofone, num caso como este seria mais música de fundo, estaria mais a fazer diferentes tipos de músicas, cujo foco é estimular certas partes do cérebro. Mas não há assim uma idade específica, não há essa ideia, porque a musicoterapia não é invasiva, não há aquilo de “tu tens de saber este nível de coisas”, não, qualquer criança pode fazer o uso de musicoterapia, qualquer pessoa pode usufruir de musicoterapia.

9.1. As sessões são feitas apenas com crianças/jovens com Necessidades de Saúde Específicas (NSE)? Que tipo de NSE?

Aqui nós trabalhamos especificamente com crianças/jovens com autismo ou com atraso do desenvolvimento, é bom marcar isso porque nem todo o atraso de desenvolvimento é autismo. Enquanto não tiver diagnóstico é só atraso de desenvolvimento. Mas sim, este é o foco da associação é nesse quadro que trabalhamos.

9.2. Os efeitos que verifica na criança em estudo são semelhantes aos dos outros casos com PEA que acompanha? Que diferenças encontra?

Como eu disse, cada caso é um caso, mas em geral há um ou outro ponto que são semelhantes. O facto de ela começar a perceber que as ações dela têm efeito no outro, é algo que costuma acontecer em geral e quando começa a acontecer é quando a interação deles começa a aumentar, porque começam a perceber “eu se fizer isto, ele faz aquilo”, ok, agora eu vou ver o que é que acontece se eu fizer outra coisa. Portanto, há uma ou outra coisa, mas em geral sim, há especificidades do P., ele tem esta relação de amor-ódio com certos objetos e situações, por exemplo, o facto de que ele quer sempre o coelho na sala mas depois tem medo de tocar no coelho, que é algo que é extremamente fascinante. Portanto, como eu digo, há estas especificidades, mas em geral o trabalho que está a ser feito e a resposta que tenho tido é mais ou menos dentro do esperado.

9.3. O que é mais positivo, trabalhar com as crianças/jovens com PEA individualmente ou em grupo? E no caso em estudo?

Novamente depende do caso, mas eu acho que em geral há vantagens no trabalho em grupo, se devidamente acompanhado, porque, por exemplo, se tivermos um grupo de três crianças extremamente dependentes e só tivermos um musicoterapeuta na sala, o musicoterapeuta vai-se sentir um bocado atrapalhado porque não consegue dar resposta a três ao mesmo tempo. Por outro lado, se tivermos um grupo de cinco em que um ou dois têm necessidades extremas, mas os outros são mais funcionais, eu posso, por exemplo, pôr um dos mais funcionais a cargo de um dos miúdos que têm mais dificuldade, eu fico com o outro e podemos trabalhar assim até a interação entre eles e torna-se mais positivo. No caso em estudo, o P. neste momento está a começar a ter interesse pelo outro, mas em geral ainda é muito individualizado esse interesse, ainda é uma pessoa no máximo. Portanto, neste momento o trabalho individual ainda vale mais em termos de ganho de capacidades e assim. Agora, vai ter de ser feito trabalho em grupo até porque nós não vivemos numa “bolha”, então vai ter de ser.

9.4. Existem atividades específicas que as crianças/jovens gostem mais de fazer nas sessões? Como por exemplo?

Dentro de musicoterapia, em geral, toda a criança gosta de explorar os objetos de forma livre, porque há sempre este lado de que “eu consigo fazer, eu posso fazer, eu tenho esta liberdade, eu vou mexer, eu tenho curiosidade”. Portanto, sim há esse lado, especificamente mais o ukulele do que os outros instrumentos, talvez devido ao lado tátil também.

9.5. A criança em estudo tem alguma preferência? E alguma que não aprecie tanto?

Como já referi, tem maior preferência pelo ukulele e aquele instrumento que ela não gosta tanto é o acordeão.

9.6. Para concluir, atendendo aos três elementos da música – ritmo, harmonia e melodia – consegue evidenciá-los numa mesma sessão?

Nós estamos sempre a usar os três, não há momento em que não estamos a usar os três, porque por muito que eu queira, mesmo quando estou só a bater na perna e a dar ritmo isto tem som, isto tem um som melódico lá dentro, é sempre o mesmo tom, mas é um tom. Claro que podemos focar uma parte mais do que os outros, por exemplo, quando estou numa exploração mais livre dos instrumentos eu foco-me mais na parte rítmica, do que em si na parte harmónica e melódica, porque a parte rítmica é aquela que salta mais ao ouvido da pessoa. Por outro lado, se eu estiver a tentar fazer uma palavra vou pegar pela parte harmónica e melódica, vou tentar que a voz soe de formas diferentes para diferentes palavras, para ser mais fácil de dizer certas frases. Portanto, depende muito da situação, mas em geral todos eles são usados em qualquer sessão.

9.7. Consegue evidenciá-los com a criança em estudo? Que efeitos verifica?

Em específico com o P., de novo, parte rítmica quando está na exploração mais livre, quando é para trabalhar palavras, nomeação e assim é mais a harmonia.

Entrevista à Encarregada de Educação (Grau de parentesco: Mãe)

1. Esta entrevista será utilizada apenas para fins académicos. Posso fazer a gravação áudio da entrevista?

Sim.

2. Que idade tem?

33 anos.

2.1. Quais as suas habilitações literárias?

Mestrado.

2.2. Qual a sua profissão?

Enfermeira.

2.3. O seu agregado familiar é constituído por quantos elementos?

7 elementos.

3. Qual a idade do P.?

6 anos.

3.1. Quais as principais dificuldades do seu educando?

A fala é a principal dificuldade.

E capacidades?

Acho que nenhuma, mas com a relação motora eu vejo que não há nenhuma, então mas aquilo que ele não perceber ele não vai fazer, mas se ele perceber ele faz. Então se for falar daquilo que é visível, eu posso dizer que nenhuma, não consigo ver assim algo que ele não faça a não ser que ele não consiga fazer, por conta de não perceber ou por conta da idade, mas aquilo que tem a ver com a motricidade por si só ele faz tudo.

Então tem várias capacidades, correto?

Sim sim, correto.

3.2. Pode falar-me um pouco sobre o passado do seu educando? Quando e como é que foi diagnosticado com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA)? (apoios que já teve, capacidades que foi adquirindo, etc.)

Nós descobrimos ele tinha 3 anos de idade. Eu sou enfermeira e já era mãe de duas meninas e eu percebia que alguma coisa não estava bem no meu filho. Depois assim mais à base do comportamento em relação a mim como mãe, não reconhecia, eu sentia que ele não fazia essa distinção, se eu sou a mãe ou se uma outra pessoa era a mãe, não tinha aquela afeição. Ele não era aquela criança de abraçar, por exemplo, o peito, ele pegava e queria mamar em qualquer peito, então isso também me chamou muito à atenção, por eu ser enfermeira e por ser também mãe, era mãe de duas meninas, algumas pessoas diziam “ah não, é normal, vai passar, é por ser homem”, mas eu achava que alguma coisa não estava bem. E partindo deste princípio que eu sentia que alguma coisa não estava bem, procurei alguns médicos, uns, claro com pouca experiência, disseram que era normal, mas outros mais atentos foram pedindo alguns exames. Por exemplo, na altura em que eu estava em Angola eu cheguei ao ponto de ir para África do Sul para ele fazer um exame a um ouvido, já não me lembro bem qual é o exame, mas tivemos de ir porque em Angola não se faz e aqui em Portugal também estava muito demorado, então conseguimos marcar na África do Sul e fomos para lá, ele foi para o bloco, mas felizmente deram conta que ele não tinha nada no ouvido, que a audição dele estava perfeita. Depois daí, pediram então para consultar acho que um neurologista, também disse que era normal.

Quando fomos para uma fonoaudióloga, como ela já tinha alguma experiência, ela antes de começar o exame olhou para o meu filho e disse que ele era autista. Isso foi um choque para o meu marido, eu já suspeitava, para mim aquilo foi uma base de confirmação, não tinha assim muita dúvida e resistência. Então com aquela fonoaudióloga, ela disse que ele era autista e disse-nos que havia um espaço onde nós podíamos ir para que o meu filho fosse acompanhado e fomos para esse espaço, uma psicóloga já com alguma experiência na área confirmou o diagnóstico e deu-nos um programa de terapias.

Nós não nos sentíamos seguros em fazer as terapias em Angola e procurámos o serviço aqui em Portugal, por isso é que estamos aqui em Portugal, foi mesmo por causa do P., largámos tudo para vir e aqui estamos. Então chegámos aqui, começámos na Casa de Saúde X com a médica que o acompanha até agora, uma pedopsiquiatra, a Doutora C. A., sugeriu um plano de terapias, nós vimos na internet os paços, depois conseguimos a Instituição para crianças/jovens com PEA, fomos para lá, enquadraram logo o P. com base na disponibilidade deles e também das necessidades que ele apresentava, que era mais à base de terapias da fala, de comportamento, ele faz muita terapia, psicomotricidade. Mas o que é que acontece, como ele está a crescer, ele começou a fazer terapia com 3 anos e meio, há muita coisa que o P. agora já faz com mais facilidade, ele também é medicado por causa daquela confusão de ele correr muito e tudo o mais, independentemente de ele fazer natação, ele também é medicado e isso ajuda bastante. Ele agora controla mais as emoções, nós já conseguimos dizer P. para e ele para, senta e ele já se senta, coisa que anteriormente isso não acontecia. O P. já come bem sozinho, às vezes nós ficamos preocupados se ele estiver sozinho na sala, mas vimos ver como ele está e ele está sentadinho, já não atira nem estraga nada, já conseguimos também fazer o desfralde. Então tem coisas que nós já conseguimos ver que ele por si só já mostra respostas muito significativas. Ele já vem até nós manifestando o seu interesse para ter as coisas, coisa que ele antes não fazia, mesmo para coisas mais simples, como para beber água, para ir ao

quarto de banho, para comer, mas hoje já evoluiu bastante em relação a esses aspetos.

(Apoios) Até ao momento ele está na Escola X e ele é acompanhado com a psicóloga de lá, a educadora de infância também tem algum cuidado e algum domínio sobre como lidar com crianças autistas, eles também têm lá algumas terapias que eles fazem. Para além da psicóloga, eles têm a educadora de infância que também trabalha com crianças com necessidades especiais, já não sei qual é a área dela, mas tem lá uma senhora que também trabalha com eles. Temos a Instituição para crianças/jovens com PEA, que tem várias terapias que ele faz, fala, comportamento, psicomotricidade, natação, música, faz tanta coisa. E a médica dele, que nós temos aquele cuidado de ir duas vezes por ano, sempre que possível ir para lá para controlo mesmo, é mais ou menos isto que ele tem feito até agora.

(Capacidades) O P. foi adquirindo muitas capacidades, principalmente depois do confinamento, porque eu acho que naquela época que nós chegámos teve a pandemia e ele ficou muito fechado e de certa forma mesmo com a terapia também não ajudava muito, porque muitas das terapias acabaram por ser *online*, poucas eram presenciais. Mas depois desse confinamento, o P. só evoluiu, desde que ele vai para as terapias, vem para casa, a escola, não vejo nada de retroativo, ele não retrocede, ele só evoluiu. O P. hoje já tem algumas coisas que ele já se comunica com muita facilidade, ele sempre que tiver fome, ele já vem e sabe como pedir, por vezes a irmã faz-lhe as coisas sem antes ele pedir, mas nós temos essa coisa de “não é só ir, espera ele te comunicar para você levantar”, se fosse ele a vir a mim eu exigia, mas a irmã esqueça. Então ele já consegue pedir as necessidades básicas, “quero pão”, “tenho fome”, “quero água”, “quero sumo”, “quero mais”, “dá”. Já se senta mais tempo, já consegue ficar mais tempo a assistir a determinados bonecos, a alguma coisa no *tablet*, daquilo que ele gosta. Sentar era uma coisa que também era um problema para ele mas agora já não é, mesmo o sentar direito também, às vezes não era só sentar era sentar direito, coisa que ele também já faz. Em relação à língua tem muito gosto pelo inglês, é uma luta também, nós ficámos muito preocupados, tem a ver com os vídeos também. E ele agora escreve o abecedário em Russo, se lhe der a plasticina ele vai fazer o abecedário completo em Russo, eu por acaso não sabia que língua era porque ele escreve nas paredes e escreve nas folhas, mas quando eu fui a uma das últimas reuniões da escola a professora disse que isso era o abecedário Russo, eu disse não pode. Eu fui pesquisar na internet e vi que realmente era o abecedário Russo e é completo mesmo, exatamente igual. Ele faz com o lápis, com a esferográfica e com a plasticina o abecedário Russo, então para mim é uma preocupação. Aquilo que ele gosta ele faz, gosta de desenhar, evoluiu muito mesmo em relação à fala, sei que ele já conta o abecedário, ele já identifica os animais e as cores.

3.3. Que estratégias utiliza diariamente para lidar com as dificuldades que o P. apresenta atualmente? Como é que a família lida com essas dificuldades?

Aquilo que nós mais fazemos aqui é mesmo a motivação na fala, isso recebemos da parte das terapeutas, da escola e como mãe motivar ele mesmo a falar, porque já se provou que eles falam, é só mesmo uma questão de nós buscarmos as frases, estimulando. Por exemplo, como já expliquei, se ele tiver fome ele tem que vir “quero comer”, se for na hora de vestir eu deixo que ele vista e se eu sentir que ele tem alguma dificuldade eu fico só a olhar, para ele dizer “quero ajuda”, porque ele fala “quero ajuda”. E nas últimas vezes, a partir já da terapia, ele já começava a identificar calças, calções e admirei-me porque um dia ele disse “quero ajuda, calças”, já soube dizer que era para as calças, acrescentou mais uma vogal naquilo que ele fala. Eu digo P. dá as calças, dá os calções, dá o chapéu, ele já sabe, já identifica a roupa dele, então nós motivamos muito em relação à fala, é uma área que estamos a tentar trabalhar da melhor forma possível, porque o resto ele faz sozinho. E mesmo em relação ao desfralde, eu estava muito preocupada para o desfraldar, por ele não pedir, como ele não tem vontade em vir falar comigo, ele às vezes queria ir para o quarto de banho e eu ficava como se eu não soubesse o que é que ele queria, ele não vinha ter connosco para pedir e então começou a ir sozinho e ele fazia mesmo e a fralda saiu rápido, só para não ter que falar comigo.

4. O P. gosta de música?

Gosta sim.

4.1. Se sim, de que género de música gosta mais? E menos?

Músicas que têm o uso de instrumentos, os sons chamam-lhe à atenção. Se for uma música meio melancólica, com poucos sons, não lhe interessa tanto. Nós damos conta que algumas músicas ele já acompanha, estamos sempre a pôr músicas infantis, se nós não estivermos na sala somos capazes de o ouvir a cantar a música, do jeito dele. Mas sim, há esse interesse pela música.

4.2. Em casa costuma pôr música para ele ouvir?

Sim sim, com frequência, porque ele gosta muito.

4.3. Se sim, como é que ele reage aos sons?

Muito bem. Já tivemos problemas quando ele era mais pequeno, estava constantemente a colocar as mãos nos ouvidos e no princípio até pensámos que era algum problema com os ouvidos. Mas não, depois fomos percebendo que eles têm mesmo dificuldades com alguns sons. Mas com as terapias isso foi melhorando e hoje ele já não tem problemas com os sons. Nós associávamos muitas vezes estando em casa, mas quando saíamos mesmo o barulho das pessoas o incomodava. Eu acredito que as terapias também trabalham em relação a esses barulhos, a esses sons e hoje o P. não chora por causa de barulho de pessoas, de música, já está ultrapassado, já não o incomoda.

4.4. Já lhe deu algum instrumento musical para tocar em casa?

Não, por acaso não.

4.5. Se sim, como é que ele reage ao som? Se não, consideraria experimentar? Acha que poderia ser benéfico?

Talvez sim. Acredito que sim, como ele gosta, é uma área que ele gosta, eu acredito que poderia ser benéfico. Por acaso nunca pensei nisso, mas se calhar vou experimentar.

5. Considera importante a musicoterapia para o seu educando?

Bastante. Acalma e além de acalmar, trabalha muito em relação aos barulhos, eu acho que o P. evoluiu muito em relação aos barulhos. Eu acredito que a musicoterapia trabalha muito isso e isso é uma satisfação que eu tenho. Eu sei que ele faz música com o D. e isso ajuda bastante. Nós não conseguíamos ter música a tocar que ele reagia muito mal, mas hoje em dia já não. Até com o barulho do secador ele reagia muito mal, ele procurava um lugar para se esconder, por exemplo. Mas hoje em dia já não. Então eu sei que ele já consegue dominar o barulho da música, ele consegue ficar nesse ambiente e não fazer aquelas birras que fazia antes.

5.1. Há quanto tempo o P. frequenta as sessões de musicoterapia?

Há 1 ano.

5.2. Quantas vezes por semana? E qual a duração de cada sessão?

Uma vez por semana. 45 minutos cada sessão.

5.3. Desde que iniciou as sessões de musicoterapia houve alguma evolução no seu comportamento?

Como já referi, houve bastante evolução.

5.4. No(s) dia(s) em que frequenta as sessões de musicoterapia observa alguma diferença no P.?

Ele chega a casa e já vem a cantar, a fazer sons, mas como ele por vezes faz por dia três sessões custa diferenciá-lo mais. Eu sei que ele faz música e tem ajudado muito, faz toda a diferença, estimula muito.

6. Na sua opinião, de que forma as sessões de musicoterapia podem influenciar o desenvolvimento do seu educando?

A música como envolve sons, instrumentos, eu acredito que seja algo muito importante para ele conseguir lidar ou estar em lugares públicos. Por exemplo, uma coisa que nós tínhamos muita dificuldade, nós quase que não saíamos e uma das últimas vezes antes de nós sabermos que ele já conseguia lidar com o barulho, nós fomos até ao centro comercial, íamos a subir no elevador e ele estava todo sorridente, ficámos admirados, já domina aquele barulho. Eu cheguei a ir ver algumas das sessões e sei que o D. coloca as crianças a tocar, a explorar os instrumentos, mas eu sinto que ele nessa parte trabalhou bastante, hoje o P. já não tem dificuldade em andar em sítios públicos, só se ele estiver irritado porque aí já não tem muita paciência. Mas eu acredito que toda a criança mesmo não sendo autista não gosta de estar nas compras, não tem muita paciência para esperar. Mas eu sinto que a própria música em si trabalhou muito em relação aos barulhos exteriores, de outros lugares.

6.1. E de que forma podem influenciar o desenvolvimento global de uma criança e/ou jovem com PEA?

Eu acho que podem influenciar bastante. É muito bom.

Entrevista à Terapeuta da Fala

1. Esta entrevista será utilizada apenas para fins académicos. Posso fazer a gravação áudio da entrevista?

Sim.

2. Que idade tem?

28 anos.

2.1. Quais as suas habilitações literárias?

Tenho Licenciatura em Terapia da Fala.

2.2. Há quantos anos exerce a sua profissão? Há quanto tempo trabalha com crianças/jovens com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA)?

Exerço desde 2017, há 5 anos. Trabalho com crianças com autismo desde 2018, portanto, há 4 anos.

2.3. Gosta de trabalhar com estas crianças/jovens?

Gosto muito. É aquela área que é diferente a cada hora, todos os meninos são diferentes e acaba por ser nada monótono e muito gratificante. Cada caso é um caso e acabamos por ter de nos reinventar, porque se uma estratégia não funciona vamos a outra, é muito interessante.

3. Há quanto tempo conhece a criança em estudo?

Eu comecei a trabalhar com o P. pouco tempo antes da pandemia. Portanto, para aí desde 2019, não sei precisar ao certo, mas penso que é desde aí.

3.1. Considera que a conhece bem?

Sim, conheço.

3.2. Quando é que ela iniciou as sessões de terapia da fala?

Eu acho que foi por volta dessa altura, logo em 2019. Porque nós temos aqui a questão do sistema de rotatividade e eu não me lembro se ela começou logo comigo, acho que não, depois é que passou para mim. Mas terá sido no ano de 2019, mais mês menos mês, mas acho que foi por volta dessa altura.

3.3. Quantas vezes por semana é que está com a criança? Qual a duração de cada sessão?

Agora estou uma vez por semana com ela. Porque tivemos que fazer algumas alterações devido à gestão de técnicos, então ela antes estava comigo duas vezes por semana. Mas agora em setembro retoma o bissemanal. As sessões são de 45 minutos.

3.4. Qual a recetividade da criança às sessões de terapia da fala?

O P. gosta muito das sessões. Ele não gosta de estar em tempo livre, ele gosta de estar sentado em trabalho estruturado. E, portanto, como a sessão é toda estruturada e é orientada por alguém, não é livre, ou seja, não tem que ser ele a definir nada, acaba por lhe dar um conforto e ele gosta muito de trabalhar. Portanto, ele assim que chega à sessão sabe que tem ali 2/3 minutos no cesto e tem os brinquedos à maneira dele, mas depois gosta de ir para a cadeira e de trabalhar. Não gosta cá de tempos mortos durante a sessão, não. Gosta é de trabalhar. O que é bom, nem todas as crianças são assim.

4. Quais as principais dificuldades da criança? E capacidades?

As dificuldades, principalmente a comunicação funcional. Ela tem muitas dificuldades em expressar aquilo que ela quer. Por outro lado, ela evoluiu muito ao nível da compreensão e evoluiu ao nível da imitação, não só motora como verbal e ela agora já faz muitas nomeações espontâneas, já faz alguns pedidos de forma espontânea, mas ali a intencionalidade comunicativa também é um ponto fraco. No entanto, vocabulário compreensivo, números, letras, são os pontos fortes dela. Ela adora.

4.1. Que estratégias utiliza para lidar com as dificuldades que a criança apresenta atualmente?

Utilizo muitas pistas, antes de gerar frustração damos-lhe a resposta para ela então imitar a resposta e depois fazemos-lhe a pergunta novamente, para não gerar ali frustração e ajudá-la e explicar-lhe que ela tem que dar aquela resposta aquela pergunta. Então tem sido mais assim e muito o usar os interesses dela a meu favor, ou seja, eu ponho os interesses do meu lado e jogo ali por causa da intencionalidade comunicativa, eu sei que ela quer aquilo, então ajudo-a a pedir. Portanto, é muito à base disso.

5. Que conteúdos trabalha com a criança em estudo nas sessões de terapia da fala? Com que objetivos?

Trabalho muito ao nível de aumento de vocabulário, de construção de frases para descrever imagens, os pedidos mais complexos, em vez de ser só “água” é “quero água” ou “dá água”, coisas assim mais e depois agora também estamos numa fase de aumentar os enunciados dela do “dá-me a plasticina azul” ou “dá a plasticina” ou “dá-me o brinquedo roxo”, ou seja, tentar aumentar ali os enunciados, porque ela tem essas competências, consegue e, portanto, tentarmos ali de forma espontânea potenciar isso. O objetivo é tornar a comunicação acima de tudo funcional e usar o que ela tem de forma funcional, porque ela tem lá tudo e é ela saber que aquilo é uma bola, ok, então eu vou usar a palavra bola para pedir, é usar o que ela lá tem no contexto e com os parceiros comunicativos certos.

5.1. Costuma ter necessidade de reformular estratégias devido a respostas imprevisíveis da criança?

Ah sim. Às vezes ela acaba por vir mais destruturada ou mais agitada e não reage tão bem quando é contrariada, ou não reage tão bem quando há um tempo morto, ou não reage tão bem quando eu troco de tarefa, ou quando eu exijo mais alguma coisa que ela não está à espera e então aí temos que dar ali a volta e adaptar as estratégias. Acontece por vezes. Por exemplo, nas férias, agora em tempo de férias, é muito mais fácil ela destruturar, porque lá está, não está naquele ambiente controlado, é mais livre, as coisas não são tão antecipadas porque são muitos miúdos, então acaba por ser mais difícil. Em sessão ela acaba por perceber facilmente a dinâmica da sessão e o que é que vai acontecer, seja este jogo ou aquele, não muda muito e então acaba por ser menos diferente.

5.2. De um modo geral, são estes conteúdos que costuma trabalhar nas sessões com as crianças/jovens com PEA?

Sim. Acaba por ser muito isto à base da comunicação funcional, do aumento do vocabulário, as frases, introduzir isso de forma a potenciar a comunicação funcional com todos os parceiros comunicativos e nos contextos. Acaba por ser muito à volta disso, sim.

5.3. Sentiu alguma mudança desde que a criança iniciou as sessões?

Ai sem dúvida. Ela quando iniciou a terapia da fala não falava e na altura conseguiram, não fui eu que iniciei com ela mas lembro-me perfeitamente das primeiras sessões, através do alfabeto que era um grande interesse dela trabalhar ali a imitação e então foi um bocado por aí. E depois já aprendeu comigo o “dá”, o “mais”, foi assim, porque ela como gostava muito de trabalhar e de usar os jogos de encaixe, ela começou no “mais” e depois passou para o “dá” e depois a partir daí teve uma grande evolução.

5.4. Em que circunstâncias verificou essas mudanças? No momento da sessão ou em qualquer outro momento?

No momento da sessão foi quando ela começou a perceber como é que se faziam os pedidos, mas depois tínhamos sempre o feedback de casa e isso também acontecia. A mãe também referia muitas vezes que ela já fazia as coisas em casa, claro com estímulo.

5.5. A terapia da fala teve algum efeito até ao momento nas estereotípias (comportamento) do caso em estudo? De que forma?

O P. em termos de estereotípias é mais aqueles sons que ele faz e lá está, ele faz isso em tempo livre, ou seja, quando eu estou a dirigir tarefa com ele, ele em momento algum faz, ou seja, se eu tiver em reforço, o reforço a plasticina por exemplo, ele vai estar a brincar com a plasticina e recorre a esses sons para estar ocupado e para se estar a autorregular. Em sessão direta não faz nada. Se eu estiver a dirigir tarefa não faz, agora se ele estiver no cesto a brincar sim e se estiver em reforço também para se autorregular.

5.6. E nas suas capacidades de comunicação (sendo este o foco na intervenção da terapia da fala) e de interação social?

Sim, ela agora e eu reparo isso cá fora, nós temos essa vantagem de conseguir vê-la em contexto livre, muitas vezes ela fica aí a lanchar agora em contexto de férias, conseguimos perceber que ela já aponta, pede, ela agora está numa fase em que recorre à cor para fazer os pedidos, mas efetivamente teve impacto noutros contextos, não é só em contexto de sala que ela faz os pedidos mas cá fora também, o que é bom.

6. As sessões são feitas apenas com crianças/jovens com Necessidades de Saúde Específicas (NSE)? Que tipo de NSE?

Sim. Nós aqui temos a questão de ser a perturbação do desenvolvimento e autismo, a verdade é que também abrangemos outras crianças que na área da terapia da fala podem só ter, não precisam de ter necessidades educativas especiais, mas basta terem alguma necessidade que exija acompanhamento em terapia da fala e nós fazemos esse acompanhamento, seja apenas questões de linguagem, apenas questões de fala e nós fazemos esse acompanhamento. Basta precisar de acompanhamento e fazemos uma avaliação caso precise, não tem que ter um diagnóstico por base.

6.1. Os efeitos que verifica na criança em estudo são semelhantes aos dos outros casos com PEA que acompanha? Que diferenças encontra?

Sim, mas há crianças com quem começamos a trabalhar e passado duas sessões já desbloqueou e já conseguem fazer os pedidos, se calhar não em todos os contextos mas em sala e em terapia sim. Há outras que demoram muito mais tempo, há outras que ainda só estamos no gesto. Portanto, a PEA acaba por ser um espectro tão largo que é muito difícil conseguirmos prever que uma criança demore meio ano ou demore uma sessão, portanto, é muito difícil conseguirmos prever isso. Cada caso é um caso e são todas completamente diferentes. Se calhar com outros diagnósticos, como por exemplo, uma paralisia cerebral é mais fácil de prever, no espectro é muito complicado. E mesmo os de alto funcionamento são todos diferentes, uns são mais sociáveis outros não, uns conseguem compreender as coisas mais facilmente outros não. Além de que podem ter ou não o défice cognitivo associado, porque por si só a PEA tem um determinado desenvolvimento, se tiver outras comorbilidades então aí é pior e acaba por ser muito mais difícil de definir quanto tempo. Portanto, aqui voltamos um bocadinho atrás e as estratégias aí e os objetivos vão mudando mais vezes, porque acabamos por ou atingi-los mais rápido ou não.

6.2. O que é mais positivo, trabalhar com as crianças/jovens com PEA individualmente ou em grupo? E no caso em estudo?

Depende de qual for o objetivo nessa altura. Por exemplo, com os mais crescidos trabalhar o jogo a dois em sessão e depois eu preciso de outra pessoa, um par, em que se eu estiver a trabalhar o jogo a dois eu coordeno, mas se calhar com um par é preciso perceber se ele já adquiriu essa competência. Portanto, nós usamos muitas vezes essa questão da interação para perceber se as competências que nós achamos que já estão adquiridas com o adulto, se estão também com os pares, por exemplo. Eles estão muito mais habituados a fazer pedidos a adultos e então trabalhar também a interação com os pares. Muitas

vezes nós juntamos os miúdos para trabalhar isso. O P. é uma criança que prefere estar no seu canto, prefere estar com os números e com as letras, acaba por ser isso que o consola e que o regula e por isso o juntá-lo com outras crianças acaba por ser benéfico para trabalhar todas estas questões, não só de pedidos, mas mais de interação, mais de estar e brincar com as mesmas coisas, a partilha, a atenção conjunta, porque ok, ele pode estar com outra criança mas vai estar a brincar com as coisas dele e a outra criança com as coisas dela. Portanto, trabalharmos aqui a partilha de brinquedos acaba por ser muito importante.

6.3. Existem atividades específicas que as crianças/jovens gostem mais de fazer nas sessões? Como por exemplo? A criança em estudo tem alguma preferência? E alguma que não aprecie tanto?

Letras, brincar com as letras, fazer palavras. Por exemplo, o P. usa a plasticina para fazer letras, para fazer o abecedário e para fazer números. Portanto, acaba por ser esse um interesse muito grande. Os jogos de encaixe, porque elas põem e sabem o que vai acontecer, põem e tiram, os legos, basicamente jogos que lhes dão uma previsibilidade, que elas sabem o que é que vai acontecer. Por exemplo, fazerem as torres, deitarem as torres abaixo, fazerem outra vez, o alinharem as coisas, acaba por ser uma das coisas que elas também gostam. E depois também depende, há outras que gostam mais dos carros, depende dos gostos de cada criança. Eu acho que o P. não é esquisito, ele gosta muito de trabalhar, portanto, não acho que haja assim alguma coisa que ele não goste, mesmo a plasticina, aquelas coisas que elas às vezes não gostam por causa das texturas, não é um problema, pelo menos na minha sessão. Claro que eu não sei se ele gosta de areia, se ele gosta de praia, mas na minha sessão não há assim alguma coisa que ele não aprecie.

7. Sabe se a criança gosta de música? Se sim, sabe de que géneros musicais gosta mais? E menos?

Eu acho que sim, porque no início nós cantávamos a música do alfabeto e ela gostava. Portanto, muito por aí, mas como ela já é mais crescida, já está mais envolvida, eu não uso tanto a música com ela como uso com os mais pequeninos, por exemplo, porque ela já está naquela dinâmica, já está envolvida, já percebe. Portanto, não uso para a trazer para a realidade como uso com outras crianças mais pequeninas. Mas ela gosta sim.

7.1. Alguma vez colocou música para ela ouvir nas sessões de terapia da fala? Se sim, que tipo de música (podem ser músicas de relaxamento)?

Sim. Houve uma vez que ela estava muito desorganizada, lembro-me perfeitamente, acho que foi no verão do ano passado, porque estavam lá em baixo nas férias e eu tive que a trazer para cima para a terapia e não foi o tirar das férias que gerou ali uma certa desorganização, foi o termos que subir as escadas, ela ficou completamente desorganizada. Então eu tive que a pôr dentro da sala com música de relaxamento e ela aí acabou por regular, com a música de relaxamento ela acabou por tranquilizar. Portanto, teve impacto sim.

7.2. Pensa que a música poderia ter influência no comportamento, interação e comunicação?

Sim sem dúvida. Porque muitas vezes podem estar mais ausentes e o facto de nós começarmos a cantar, acaba por despertar-lhes interesse, elas olham para nós e acabam por ficar mais envolvidas. A música ajuda muito sem dúvida, nós usamos muito com os mais pequeninos. Com os mais pequeninos ou com aqueles que ainda não estão despertos, ainda estão mais no mundo deles, ainda estão mais fechados sobre eles próprios, usamos muito a música para os trazer para nós, para despertar interesse, para eles olharem para nós, trabalhar o contacto ocular. E muitas das vezes pegamos neles e é os gestos muito durante a música, porque eles por norma gostam muito de música.

7.3. Que género de música poderia ser mais benéfico para a criança em estudo? E mais prejudicial?

Não sei. Como eu nunca pus, a não ser a música de relaxamento, eu não sei se uma música mais mexida vai gerar ali alguma coisa, não sei. Sei que naquele dia a de relaxamento se adequou. Eu no outro dia até pus músicas do panda mas ela não estava, estava de férias nesse dia, portanto, eu nem sei. Mas na semana passada, lembrei-me agora, eu pus música do canal panda e ela continuou a preferir brincar com a plasticina, ou não estava para aí virada ou então a plasticina sobrepôs-se à música, por estar focada naquela tarefa.

8. Para finalizar, considera que a música, e mais especificamente a musicoterapia, são importantes para este caso em estudo? Porquê? Quais os benefícios?

Sim, porque acaba por ser muito importante a questão da interação e a música e mesmo o explorar os instrumentos de forma funcional, tudo isso é mesmo muito importante e lá está, as melodias e tudo isso acaba por poder regulá-la de certa forma e ela não estar tão envolvida naquelas estereotipias verbais dela. Portanto, acho que sem dúvida, para ela e para qualquer outra criança, eu acho que sim.

8.1. E em geral para o desenvolvimento global de uma criança e/ou jovem com PEA?

Sim, como já referi. Porque os instrumentos fazem sons diferentes e elas acabam por gostar disso e muitas das vezes nós usamos até esses materiais para potenciar aqui a intencionalidade comunicativa, do género, eu pego em qualquer coisa e faço um som, a criança gostou do som e então vai ter de me pedir para fazer outra vez. Então nós usamos muito às vezes esses objetos, não só os sensoriais como os que fazem sons, fazem barulho, para poder trabalhar um bocadinho a intencionalidade comunicativa, o elas olharem para nós, o envolverem-se, eu estou aqui a brincar com alguma coisa ela está ali, o vir para aqui interagir. Portanto, acaba por ser muito positivo e nós por vezes sem saber ou sem lhe chamar um nome, acabamos por usar a musicoterapia ou terapia com música nas nossas sessões sem lhe chamarmos isso. As crianças com PEA gostam muito de música, acaba por lhes despertar ali interesse e perceberem que nós lhes damos acesso a isso.