

Inês Prata Brito

Importância da Musicoterapia nas capacidades e dificuldades de uma adolescente com Perturbação do Espectro do Autismo: Um estudo de caso

VOLUME I

Trabalho de Projeto em Educação Especial

Mestrado em Educação Especial, área de especialização
Domínio Cognitivo e Motor

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

Viseu, novembro de 2016



DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE CIENTÍFICA

Inês Prata Brito, n.º 9756, do Curso de Mestrado em Educação Especial – Domínio Cognitivo e Motor, declara sob compromisso de honra, que o Trabalho de Projeto é inédito e foi especialmente concebido para o efeito.

Viseu, 14 de novembro de 2016

O aluno, _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, sempre.

Pelo que me ensinaram e transmitiram.

Pelo apoio incondicional e incessante, pelo que sou.

A todos aqueles que na ausência, foram presença.

Aos meus avós maternos por todo o apoio.

À minha avó paterna, Maria José, por quem não pude chorar.

Ao Pedro molde de âncora ...

A todos os cidadãos com Perturbação do Espectro do Autismo do mundo.

AGRADECIMENTOS

Ao longo de todo este processo, tive a ocasião de referir que um relatório/tese/projeto, apesar do processo solitário a que qualquer aluno no seu Mestrado está destinado, reúne contributos de várias pessoas. Reitero tal afirmação, com a certeza que nunca foi tão verdadeira quanto agora.

À Professora Doutora Rosina Inês Fernandes, excelsa orientadora de projeto de mestrado, apaziguadora de inquietudes académicas, agradeço a partilha do saber, os conselhos, as sugestões, as valiosas contribuições para o trabalho, bem como as palavras de ânimo e encorajamento. À Professora Doutora Maria Cristina Aguiar, sublime coorientadora do projeto de mestrado, agradeço o apoio incondicional e a ajuda crucial que se disponibilizou a facultar sempre. Acima de tudo, obrigada por me acompanharem nesta jornada e por estimularem o meu interesse pelo conhecimento.

À Escola Superior de Educação de Viseu, em particular à Coordenadora do Mestrado em Educação Especial, área do domínio cognitivo e motor, Professora Doutora Sara Alexandra Felizardo, sempre disponível e graciosa. Aos docentes, agradeço por me fazerem acreditar que tudo seria possível.

À Associação de Apoio frequentada pela adolescente, que por motivos de garantia de anonimato não poderei identificar, agradeço pela generosidade com que abraçou esta investigação e em todos os momentos participou nesta jornada.

A todos os Técnicos, Encarregada de Educação e Adolescente alvo do estudo, generosos participantes, o meu muito obrigada.

Agradeço ainda aos meus amigos em geral que, apesar de ausentes, estiveram sempre presentes e, em particular, ao Pedro Henriques e à Diana Morais, pela confiança depositada em mim, fazendo-me acreditar que era possível concluir com sucesso mais uma etapa.

Por último, tendo consciência que sozinha nada disto teria sido possível, dirijo um agradecimento especial aos meus pais, por serem modelos de coragem, pelo seu apoio incondicional, incentivo, amizade e paciência demonstrados e total ajuda na superação dos obstáculos que ao longo desta caminhada foram surgindo.

O meu profundo e sentido agradecimento a todas as pessoas que contribuíram para a concretização deste projeto de Mestrado, estimulando-me intelectual e emocionalmente.

RESUMO

Este estudo pretende explorar a importância da Musicoterapia no âmbito das capacidades e dificuldades de uma adolescente com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA). Procurou-se perceber a sua relevância como meio facilitador de comunicação, socialização, inclusão e reabilitação psicossocial desta adolescente. Posto isto, a música, cujo efeito sobre a mente é inegável, apresenta a vantagem de geralmente ser apreciada pela adolescente com PEA.

A metodologia de investigação foi de natureza qualitativa, recorrendo ao estudo de caso de uma adolescente com 16 anos, diagnóstico de PEA, a frequentar o 3º CEB e sessões de Musicoterapia. Participaram no estudo, elementos da família (a mãe), docentes (professora de educação especial) e técnicos que a acompanham (terapeuta ocupacional e musicoterapeuta). Recorremos a diferentes técnicas de recolha de dados: análise documental do seu processo enquanto aluna; entrevistas e questionários - Questionário de Capacidades e Dificuldades (Fleitlich, Loureiro, Fonseca, & Gaspar, 2005) - aos participantes; e observação de 12 sessões de Musicoterapia (observação naturalista e grelha estruturada - Ficha de Observação da Criança: Oportunidades Educativas).

Os resultados permitem-nos concluir que, na perspetiva dos participantes, a Musicoterapia desempenha um papel importante como meio facilitador da promoção de capacidades e minimização das dificuldades desta adolescente com PEA, nomeadamente ao nível da comunicação/interação social. Também a investigadora, nas sessões observadas, verificou estes benefícios.

Ainda assim, revela-se fundamental continuar a acompanhar a evolução do caso, visto que será necessário mais tempo de intervenção para se consolidarem estas eventuais mudanças que serão certamente mais evidentes a longo prazo.

PALAVRAS-CHAVE: Musicoterapia; Perturbação do Espectro do Autismo.

ABSTRACT

This study aims to explore the importance of Music Therapy in the context of the abilities and difficulties of a teenager with Autism Spectrum Disorder (ASD). It was sought to understand its relevance as a facilitating mean of communication, socialization, inclusion and psychosocial rehabilitation of this adolescent. Music, whose effect on the mind is undeniable, has the advantage of being generally appreciated by the adolescent with ASD.

The research methodology was of qualitative nature, using the case study of a 16-year-old adolescent with a diagnosis of ASD, attending the 3rd CEB and music therapy sessions. Family members (mother), teachers (special education teacher) and other technicians (occupational therapist and music therapist) participated in this study. We used different techniques of data collection: documentary analysis of her process as a student, interviews and questionnaires - Skills and Difficulties Questionnaire (Fleitlich, Loureiro, Fonseca, & Gaspar, 2005) - and observation of 12 sessions of Music Therapy (naturalistic observation and structured grid - Child Observation: Educational Opportunities).

The results allow us to conclude that, from the perspective of the participants, Music Therapy plays an important role as a facilitator of capacity building and minimization of the difficulties of this adolescent with ASD, namely at the level of communication/social interaction. Also, the researcher, in the observed sessions, verified these benefits.

Nevertheless, it is essential to continue monitoring the evolution of the case, since more time will be needed to consolidate these eventual changes that will certainly be more evident in the long term.

KEY WORDS: Music therapy; Autism Spectrum Disorder.

ÍNDICE

VOLUME I

ÍNDICE DE TABELAS	ix
ÍNDICE DE FIGURAS	x
LISTA DE SIGLAS	xi
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – PERTURBAÇÃO DO ESPETRO DO AUTISMO	4
1. CONCEITO, CARACTERIZAÇÃO E PREVALÊNCIA	4
2. PERSPETIVA HISTÓRICA E ATUALIDADE	9
3. CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO, INSTRUMENTOS E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	15
4. PRINCIPAIS DIFICULDADES E OUTRAS MANIFESTAÇÕES.....	21
5. PERSPETIVAS TEÓRICAS E INTERVENÇÃO.....	26
CAPÍTULO II – A MÚSICA E AS SUAS PROPRIEDADES TERAPÊUTICAS.....	44
1. INTRODUÇÃO	44
2. A MÚSICA E A SAÚDE	45
2.1. O potencial terapêutico da música e os cinco modelos de trabalho.....	47
3. A MUSICOTERAPIA.....	49
3.1. Efeitos da Musicoterapia	51
3.2. Função do musicoterapeuta e metodologia utilizada	53
3.3. Musicoterapia aplicada na Perturbação do Espectro do Autismo	55
CAPÍTULO III – PLANO DE INVESTIGAÇÃO	57
1. APRESENTAÇÃO DO ESTUDO	57
2. FORMULAÇÃO DA QUESTÃO DE ESTUDO	58
3. DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	58
4. PARTICIPANTES.....	58
5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	59
6. PROCEDIMENTOS.....	62
7. TÉCNICAS DE ANÁLISE DE DADOS.....	63
CAPÍTULO IV - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	65
1. RESULTADOS DA ANÁLISE DO PROCESSO DA ADOLESCENTE.....	65
2. RESULTADOS DA FICHA DE OBSERVAÇÃO DA CRIANÇA: OPORTUNIDADES EDUCATIVAS	69
3. RESULTADOS DAS OBSERVAÇÕES NATURALISTAS	79

4. RESULTADOS DAS ENTREVISTAS.....	91
5. RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO SDQ	102
CONCLUSÃO	114
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117

VOLUME II

ANEXOS	124
ANEXO A –Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) - pais e técnicos, respetiva cotação e versão follow up	125
ANEXO B – Guiões de Entrevista	135
ANEXO C – Grelha de Observação Naturalista.....	161
ANEXO D - Ficha de Observação da Criança: Oportunidades Educativas	162
ANEXO E – Pedido de Autorização à Instituição X para observação das sessões....	164
ANEXO F – Pedido de Autorização para consultar o processo da adolescente	165
ANEXO G – Consentimento Informado dos Técnicos	166
ANEXO H – Consentimento Informado da Encarregada de Educação e respetivo Pedido de autorização.....	167
ANEXO I – Pedido de autorização ao autor do instrumento SDQ	169
ANEXO J - Resultados da Ficha de Observação da Criança: Oportunidades Educativas (registo de todas as sessões).....	170
ANEXO K – Resultado das Observações Naturalistas (registo de todas as sessões)	194
ANEXO L – Respostas às Entrevistas de todos os participantes do estudo	212

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Entidades englobadas nas PGD pela APA (DSM-IV e DSM-IV-TR) e OMS (CID-10)	13
Tabela 2 – Evolução do Conceito de Diagnóstico de Acordo com o DSM da APA	14
Tabela 3 – Critérios de Diagnóstico para PEA (DSM-V)	16
Tabela 4 – Resultados da Ficha de Observação da Criança: Oportunidades Educativas (registo de todas as sessões)	70
Tabela 5 - Dificuldades típicas da PEA no caso em estudo (registo de todas as sessões)	80
Tabela 6 - Reações da adolescente em fase menstrual ou não (registo de todas as sessões)	83
Tabela 7 - Tarefas que a adolescente desempenha nas sessões de musicoterapia (registo de todas as sessões)	85
Tabela 8 - Tarefas musicais realizadas nas sessões de musicoterapia (registo de todas as sessões)	87
Tabela 9 - Reações às tarefas musicais (registo de todas as sessões)	89
Tabela 10 - Análise de Conteúdo das Entrevistas aos Técnicos e Encarregada de Educação	92
Tabela 11 – Resultados do SDQ num primeiro momento, início da intervenção	103
Tabela 12 – Resultados do SDQ num segundo momento, depois da última observação	103

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de Patamar Comum. Retirada de “Perturbações do Espectro do Autismo – Ensaio de uma Intervenção Construtivista Desenvolvimentista com Mães” de E. Marques, 2000, p.33.	32
Figura 2. Gráfico relativo às interações da adolescente/jovem com o adulto.....	73
Figura 3. Gráfico relativo aos comportamentos solitários	75
Figura 4. Gráfico relativo às estereotipias	77
Figura 5. Gráfico relativo aos totais dos domínios da Ficha de Observação da Criança: Oportunidades Educativas	79

LISTA DE SIGLAS

ABA – Análise Comportamental Aplicada
ADIR – Autism Diagnostic Interview Revised
ADOS – Autism Diagnostic Observation Schedule
APA – American Psychological Association
BOS – Behavioural Observation Scale for Autism
CAO – Centro de Atividades Ocupacionais
CARS – Childhood Autism Rating Scale
CHAT – Checklist for Autism in Toddlers
CID – Classificação Internacional de Doenças
DGIDC – Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular
DIR – Desenvolvimento, Diferenciações Individuais e Relação
DNA – Ácido Desoxirribonucleico
DSM – III – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3ª Edição
DSM – III – R - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3ª Edição Revista
DSM – IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª Edição
DSM – IV – TR – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª Edição Revista
DSM – V - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5ª Edição
GIM – Guided Imagery and Music
NAMT – National Association for Music Therapy
NEE – Necessidades Educativas Especiais
OMS – Organização Mundial de Saúde
PEA – Perturbação do Espectro do Autismo
PECS – Picture Exchange Communication System
PEP – R – Psychoeducational Profile Revised
PGD – Perturbações Globais de Desenvolvimento
PHDA – Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção
PIT – Plano Individual de Transição
SDQ – Strengths and Difficulties Questionnaire
SPSS – Statistical Package for the Social Sciences
TEACCH – Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children
WFMT – World Federation of Music Therapy

INTRODUÇÃO

O presente trabalho apresenta um projeto realizado no âmbito do Mestrado em Educação Especial, na área do domínio cognitivo e motor. Este projeto tem como finalidade realizar um estudo de caso sobre a importância da Musicoterapia nas capacidades e dificuldades de uma adolescente com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA).

A PEA é uma desordem complexa de desenvolvimento que surge frequentemente nos primeiros três anos de vida e que afeta essencialmente a capacidade de comunicação da criança, bem como a sua interação com os outros (Sociedade Americana de Autismo, 2008). Podemos dizer que o universo desta perturbação é uma realidade complexa que engloba conceitos distintos. A evolução que se tem verificado na sua terminologia tem convergido para um melhor esclarecimento da perturbação, embora seja necessário ter em conta que as características identificadas não estão presentes em todos os indivíduos, nem se manifestam sempre do mesmo modo. Embora a palavra autismo já tenha entrado no léxico comum, persistem muitos mitos e confusões acerca desta perturbação. Segundo Norte (2008), quem nasce com a perturbação, morre com a mesma. O que não significa que não haja nada a fazer. O tratamento adequado pode fazer a diferença entre uma vida de dependência ou de relativa funcionalidade. E pode, acima de tudo, fazer uma grande diferença para as famílias que cuidam destes indivíduos.

De acordo com a literatura sobre o tema e recorrendo ao *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* - 5, as dificuldades mais iminentes nesta perturbação são ao nível da comunicação, interação e comportamento, além do interesse restrito em atividades. No âmbito da comunicação, Hewitt (2006) entende que a incapacidade para interpretar, usar e responder apropriadamente a comunicação, é uma dificuldade enfrentada regularmente por todos os indivíduos com PEA. Relativamente ao ponto de vista social, Siegel (2008) considera que estas crianças não denotam o interesse habitual na interação. Quanto aos aspetos comportamentais, verificam-se sobretudo estereotípias e interesses restritos.

Para apoiar a adequação no processo de ensino e de aprendizagem e a inclusão destas crianças, as escolas podem desenvolver respostas específicas diferenciadas para alunos com PEA, designadamente através das unidades de ensino estruturado. Para além disto, existem terapias que podem ajudar os indivíduos a ter uma maior independência, tais como terapia ocupacional, *snoezelen* e musicoterapia, entre outras.

Existem ainda respostas como o Centro de Atividades Ocupacionais (CAO) para que possam ser ajudados na transição para uma vida adulta. Mais especificamente no que se refere à Musicoterapia, central no estudo que apresentamos neste trabalho, salienta-se que a literatura é consensual quanto à importância da música, nomeadamente quando utilizada no âmbito terapêutico com crianças com PEA. Desde cedo que estas crianças, jovens ou adultos manifestam um tumulto severo do seu desenvolvimento, concretamente relacionado com a interação social e comunicação. No entanto, por outro lado, podem apresentar diversas habilidades noutras áreas, nomeadamente ao nível da música. A presença da música tem significado para cada sujeito na medida em que se une à experiência vivida, ao passado e ao presente. Daí, podermos afirmar que os significados na música são arquitetados, reproduzidos nas relações e correspondem com o que é vivido (Torres, 1998). A música, cujo poder sobre a mente é incontestável, é hoje muito usada como técnica de relaxamento por parte dos profissionais e tende a ser muito apreciada pelos indivíduos com PEA, daí se afirmar que a musicoterapia é uma das primeiras técnicas que mais perto consegue ir destes sujeitos. A musicoterapia permite a aproximação a estas pessoas, no que se refere ao ouvir, sentir e tocar. Através deste tipo de atividades, as áreas a trabalhar são inúmeras, desde a motricidade, ao executar gestos e até mesmo dança, passando ainda por desenvolver uma acuidade auditiva e também trabalhar o ritmo e a atenção. Enquanto corpo de conhecimento e prática, a Musicoterapia surge repartida por dois campos: música e terapia. Não é uma disciplina simples e isolada, com fronteiras claramente definidas e imutáveis. É também uma arte, uma ciência e um processo interpessoal. Enquanto arte, está relacionada com a subjetividade, a individualidade, a criatividade e a beleza. Enquanto ciência, está relacionada com objetividade, universalidade e verdade.

Assim sendo, e enquanto futura profissional de Educação Especial, é um dever contribuir cientificamente para uma possível melhoria desta área. Posto isto, o principal objetivo deste trabalho é explorar a importância e o contributo desta terapia para a reabilitação psicossocial, num caso específico de uma criança com PEA. Neste trabalho, além da exploração dos contributos científicos já publicados neste âmbito, apresentamos todas as etapas desenvolvidas. Assim, o primeiro capítulo é referente à PEA, partindo-se da definição dos conceitos à reflexão e esclarecimento da sua evolução, referindo ainda aspetos inerentes ao diagnóstico, dificuldades sentidas, perspetivas teóricas e intervenção neste âmbito. O segundo capítulo, referente à música e musicoterapia, é mais um capítulo conceptual, onde pode ser verificada toda uma

abordagem à música desde os antepassados até aos dias de hoje, podendo também verificar ainda o seu caráter terapêutico. No capítulo seguinte, terceiro capítulo, encontra-se a componente empírica do trabalho, onde é apresentado o método utilizado na realização do estudo, justificando-se a opção metodológica, explicitando e caracterizando a amostra, os instrumentos de recolha utilizados e os procedimentos considerados na concretização da pesquisa. De seguida, no quarto e último capítulo, serão apresentadas a análise e a discussão dos resultados. Por último, encontram-se as conclusões do estudo.

CAPÍTULO I – PERTURBAÇÃO DO ESPETRO DO AUTISMO

1. CONCEITO, CARACTERIZAÇÃO E PREVALÊNCIA

Abordar o universo autista é uma realidade complexa que engloba aspetos distintos. A evolução que se verifica na sua terminologia, de autismo para Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), tem convergido para um melhor esclarecimento desta perturbação, embora seja necessário ter em conta que as características identificadas não estão presentes em todos os indivíduos, nem se manifestam sempre da mesma forma. São diversos os autores que apresentam definições do conceito, salientando algumas características fundamentais para a sua compreensão, como veremos em seguida.

O termo autismo provém da palavra grega “*Autos*”, que significa Eu/Próprio, e “*Ismo*”, que significa orientação ou estado. Assim surge a palavra autismo, através desta junção, que em sentido lato pode ser definida como: o estado de alguém que está invulgarmente absorvido em si próprio (Marques, 2000).

Segundo Correia (2010) este é um problema do foro neurológico que afeta a perceção, o pensamento e a atenção, manifestando-se numa desordem desenvolvimental vitalícia com perturbações ao nível das competências físicas, sociais e de linguagem. De facto, de acordo com o autor, é uma perturbação que afeta o desenvolvimento de uma criança nos seus vários aspetos, nomeadamente na forma de compreender e de se relacionar com o mundo. Também segundo Schopler, Mesibov e Shea (2004), é uma desordem desenvolvimental causada por uma disfunção neurológica que afeta a maneira de comunicar, de pensar, de vestir, de comer, de como se passam os tempos livres, em síntese, a maneira como se compreende o mundo. O autismo é um termo que se refere então a uma série de distúrbios que afetam o desenvolvimento cerebral (Quinn, 2006). Também este autor refere que estes distúrbios afetam a habilidade de uma pessoa comunicar, construir relacionamentos com outras pessoas e responder apropriadamente ao mundo exterior. Após diversas pesquisas sobre o desenvolvimento e intervenção precoce em crianças com esta perturbação percebemos as dificuldades que sentem. É-lhes difícil prestar atenção às pessoas que as rodeiam, sendo também árduo partilhar sentimentos, acabando por evitar mensagens emocionais através das suas expressões faciais, gestos e sons ou palavras. Embora experimentem uma gama completa de emoções, podem não as partilhar de uma forma fácil de entender (Rogers, Dawson, & Vismara, 2015).

As crianças com esta perturbação não têm necessidade natural de contacto social, a relação e interação com os que a rodeiam é-lhes indiferente (Marques, 2000). O autor acrescenta que se refere a uma manifestação sintomática final de uma lesão cerebral que ocorreu devido a vários tipos de lesões, e que ocorre em diferentes graus e sintomas, manifestando-se numa tríade de incapacidades: défice na interação social, dificuldades de comunicação e rigidez de pensamento e comportamento. O défice na interação social faz com que o indivíduo não desenvolva relações adequadas com os colegas ao nível de desenvolvimento em questão, demonstrando pouco ou nenhum interesse em estabelecer amizades ou partilhar prazeres, interesses ou objetivos com os outros (Marques, 2000). Segundo o autor, os indivíduos com esta perturbação evitam, inclusivamente, o contacto ocular. O mesmo acrescenta ainda que as aptidões verbais e não-verbais são atingidas pela dificuldade na comunicação, verificando-se nas primeiras um atraso ou até mesmo ausência total do desenvolvimento da linguagem oral. Quando esta existe pode não ser suficiente para uma conversa com os outros ou apresentar uma repetição constante de determinadas palavras, aliás, o volume, a velocidade, a entoação, a acentuação ou o ritmo podem também ser atípicos (Marques, 2000). Nas aptidões não-verbais, verifica-se uma diminuição ou ausência das técnicas de comunicação corporais, ou seja, dos movimentos corporais com significado (Pereira, 1999). De acordo com o mesmo autor, estes indivíduos possuem ainda padrões de comportamento estereotipados, apresentam ser aparentemente inflexíveis e movimentam-se através de rotinas ou rituais específicos, aliás, ficam em pânico se lhe mudam a ordem de algo que lhes é pessoal, podendo reagir à mudança de forma violenta. Em síntese, Pereira (2006) afirma que o autismo é visto como uma Perturbação Global do Desenvolvimento (PGD) ou Perturbação Pervasiva do Desenvolvimento que se revela a nível social através de disfunções envolvendo a relação comunicacional e a nível individual através das insuficiências afetivas e do jogo imaginativo, para além da realização de um número de atividades restritas e repetitivas.

Também Jordan (2000) salienta que é um distúrbio severo neuro-desenvolvimental que se manifesta através de dificuldades muito específicas da comunicação e da interação, associadas a dificuldades em utilizar a imaginação ou em aceitar alterações de rotinas, bem como na exibição de comportamentos estereotipados e restritos. Segundo o autor, estas dificuldades implicam um défice na flexibilidade do pensamento e uma especificidade na forma de aprender que comprometem, em particular, o contacto e a comunicação do indivíduo com o meio. Para Jordan (2000), é

esta tríade que caracteriza estas perturbações, manifestando dificuldades nas três áreas de desenvolvimento. Acrescenta que é o seu conjunto que anuncia se a criança estará ou não a seguir um padrão de desenvolvimento normativo, isto é, para o diagnóstico da perturbação, é necessário haver sintomas nos três domínios que temos vindo a enunciar. O primeiro refere-se, como já vimos, às dificuldades de relacionamento social, quer com os seus pares, quer com adultos. Segundo o autor, o desenvolvimento social é atípico, diferente dos padrões habituais. De facto, a criança com PEA pode isolar-se e ser alheia a tudo o que a rodeia, ou pode também interagir socialmente, apesar de uma forma estranha e imprevisível (Jordan, 2000). Relembramos o segundo, que diz respeito às dificuldades de comunicação notórias em todos os aspetos, na perspetiva do autor. O mesmo salienta que a criança apesar de ter um bom domínio da gramática poderá apresentar uma entoação estranha, sendo frequentes também dificuldades em manter conversas, na compreensão, no uso da expressão facial e na postura corporal. Segundo Jordan (2000), a sua comunicação tem como finalidade a satisfação das suas necessidades, muito mais do que a partilha ou troca de interesses. Finalmente, o autor, tal como os que referimos anteriormente, aponta a falta de flexibilidade, rigidez do pensamento e do comportamento, isto é, a exibição de comportamentos estereotipados repetitivos e, em alguns casos, reações exaltadas face a alterações inesperadas da rotina. Há também ausência de jogo imaginativo e interesses obsessivos. De acordo com Jordan (2000), a compreensão da ficção é muito limitada.

Hewitt (2006) é outro autor que explica as três dificuldades principais que caracterizam esta perturbação. Quanto à competência comunicacional, o autor salienta que ocorrem dificuldades em usar e responder adequadamente à comunicação, bem como lacunas no contacto visual, na expressão facial e na postura corporal. Apesar destas dificuldades, o autor refere que é possível melhorar a capacidade de comunicação com auxílio de uma intervenção especializada. No que diz respeito à socialização, há preferência para o isolamento social, centrando-se em objetos (Hewitt, 2006). Segundo o autor, verifica-se também uma incapacidade em decifrar e reagir a situações sociais de forma adequada, assim como dificuldade na compreensão de regras sociais. Salienta, novamente, que com uma intervenção especializada é possível adquirir competências de socialização mais eficazes. Relativamente à competência da imaginação, de acordo com Hewitt (2006), verifica-se uma redução na capacidade imaginativa, fazendo com que haja um limitado repertório comportamental, muitas vezes repetitivo e estereotipado. Acrescenta que surgem também dificuldades na resolução de problemas e na compreensão das consequências dos seus comportamentos. Para

além disso, esta incapacidade resulta, com frequência, na resistência a qualquer tipo de mudança (Hewitt, 2006).

As mesmas três dificuldades principais são salientadas por Wing (2006) que refere que a PEA é a subjacente combinação de três aspetos no desenvolvimento da criança, conhecida como a tríade de perturbações. A autora salienta que esta tríade se manifesta no domínio da comunicação e da linguagem e no domínio do pensamento e do comportamento. Aliás, esta autora e sua colega Judith Gould são as que propõem pela primeira vez esta tríade, tal como veremos no ponto seguinte sobre o percurso histórico da perturbação.

Esta tríade de dificuldades está atualmente presente em todos os critérios de diagnóstico relativos ao espectro das perturbações ligadas ao autismo.

Para Pereira (1999), estas dificuldades são evidentes desde tenra idade (dos três meses aos dois anos), constatando-se normalmente que o bebé não sorri para a mãe/pai, não a/o reconhecendo, sendo indiferente à solicitação dos adultos. Para além disso, a criança não procura comunicar com o olhar e aos dois anos não costuma apresentar a fala minimamente desenvolvida (Pereira, 1999). De facto, de acordo com Quinn (2006), geralmente, estas dificuldades manifestam-se por volta dos três anos de idade, apesar de algumas crianças serem diagnosticadas em faixas etárias mais avançadas. O autor acrescenta ainda que a severidade da perturbação é bastante variável.

Encerramos esta abordagem do conceito e sua caracterização apresentando a definição da perturbação no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) - versão IV-TR, APA (2002, cit. por Kuperstein & Missalglia, 2005, p.1)

sendo o autismo um transtorno que consiste na presença de um desenvolvimento comprometido (...) da interação social e da comunicação e um repertório muito restrito de atividades e interesses. As manifestações do transtorno variam imensamente, dependendo do nível de desenvolvimento e da idade cronológica do indivíduo.

Em 2013, com a edição do DSM-V, surge algo inovador. Esta edição, não só define critérios de diagnóstico para a Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), que vem substituir a expressão autismo, como inclui anomalias sensoriais, a hipo ou hiper-reatividade a estímulos sensoriais, que vão juntar-se ao domínio das atividades, dos comportamentos e dos interesses repetitivos e restritos (APA, 2014) já previstos na

edição anterior e referidos nas propostas de definição do conceito que temos vindo a enunciar.

Nos inúmeros estudos feitos sobre a prevalência da PEA presentes na bibliografia especializada, existe uma grande disparidade de números e uma grande falta de consenso. Os números variam consoante a definição de autismo utilizada nos estudos.

Nos anos 60 do século passado, os estudos realizados apontavam para uma incidência de 4 indivíduos em cada 10.000, tendo mais tarde, nos anos oitenta, definido uma prevalência com um intervalo de 4 a 6 casos em cada 100.000 nascimentos (Pereira, 2006). Segundo o autor, a razão da variação existente prende-se com a evolução do conceito do autismo ao longo dos anos, passando-se a aceitar como uma perturbação ampla, intrínseca a vários domínios de incapacidade, que se expressam de múltiplas formas. O autor salienta ainda que quanto mais exigente for o critério de diagnóstico, tanto menor será o número de casos identificados. Estudos de Wing e Gould (1979, cit. por Pereira, 2000), utilizaram um critério mais amplo, onde concluíram que a prevalência era de cerca 4,9 casos em cada 100.000. A mesma autora refere que, de acordo com a evolução dos critérios de diagnóstico, estudos mais atualizados apontam para um número aproximado de 1 a 1,2 em cada 1.000 indivíduos. Seguindo a tendência de aumento da taxa de prevalência, vários especialistas declaram que estes valores podem aumentar em estudos futuros. Wing (1996, cit. por Marques, 2000) referia presença de uma das perturbações do desenvolvimento englobadas no espectro do autismo em aproximadamente 1 em cada 100 indivíduos.

Atualmente, alguns autores consideram que o diagnóstico destas patologias pode evoluir. Contudo, a grande maioria das crianças diagnosticadas com a perturbação vão manter este diagnóstico quando crescerem (Marques, 2000). Segundo o autor, o número de critérios assim como a severidade dos sintomas pode variar com a maturidade, especialmente se a criança for alvo de uma intervenção educacional adequada às suas limitações, mas os défices centrais tendem a manter-se. Para alguns indivíduos com PEA, o número e a severidade dos critérios de diagnóstico podem diminuir suficientemente para que a criança passe a apresentar um diagnóstico de Perturbação Pervasiva do Desenvolvimento sem outra denominação, por natureza menos incapacitante (Marques, 2000). Segundo o autor, esta evolução depende de vários fatores, nomeadamente da natureza de fatores etiológicos, das patologias associadas e, essencialmente, do tipo de intervenção terapêutica de que a criança é alvo.

Relativamente à prevalência por género, investigações recentes referem que as PEA afetam quatro vezes mais indivíduos do sexo masculino do que do sexo feminino (Hewitt, 2006). Amostras clínicas apontam que o sexo feminino tende a apresentar sintomas de incapacidade intelectual, revelando que sem estes sintomas ou atrasos, um indivíduo do sexo feminino pode facilmente passar despercebido, uma vez que consegue expressar-se melhor socialmente e estabelecer uma conversa com uma comunicação razoável (APA, 2014). Pereira (2000), afirma que todas as investigações concluem sobre uma maior proporção de rapazes *versus* raparigas, embora as porções variem entre 2/1 e 4/1.

Após a apresentação do conceito, sua caracterização e prevalência, importa perceber com mais pormenor o percurso histórico da perturbação, por forma a entender depois o seu diagnóstico na atualidade.

2. PERSPETIVA HISTÓRICA E ATUALIDADE

Na perspetiva de Ajuriaguerra (1986) o termo autismo foi introduzido em 1911, por Bleuler, com o intuito de designar a perda de contacto com a realidade, o que terá como consequência uma impossibilidade ou uma grande dificuldade para se comunicar com os demais. Por outro lado, Pereira (1999) pensa que Bleuber se refere a um conjunto de comportamentos básicos de esquizofrenia.

Neste sentido, surge na literatura, de forma consensual, a consideração de que o autismo foi definido pela primeira vez em 1943, pelo psiquiatra Leo Kanner, sendo que até aos dias de hoje já foram feitas várias revisões do termo baseadas nos resultados de múltiplas investigações (Lima, 2012). Segundo Lima (2012), Kanner (médico austríaco, residente em Baltimore, nos Estados Unidos da América), apresenta o conceito num artigo escrito originalmente em inglês intitulado de *Autistic Disturbances of Affective Contact*. Nesse artigo, Kanner apresentou um estudo com um grupo de onze crianças com comportamentos marcadamente diferentes dos das outras identificando um conjunto de caraterísticas típicas destes indivíduos, tais como: i) limitação nas competências de interação social; ii) relação obsessiva por objetos; iii) uma marcada resistência à mudança; iv) uma hipersensibilidade a estímulos ambientais; v) preferência por atividades estereotipadas e rotineiras, nas quais se verifica uma boa capacidade de memorização; e vi) um atraso na aquisição da linguagem ou o seu uso sem interação comunicativa (Lima, 2012).

Hans Asperger definiu, na mesma altura, mais concretamente em 1944, uma síndrome mais ligeira denominada de *Asperger Syndrome*, onde eram observados comportamentos ligeiramente diferentes dos propostos pelo primeiro autor, mas o núcleo central da perturbação era semelhante (Lima, 2012). Segundo Lima (2012), Asperger publicou igualmente descrições acerca de crianças análogas às de Kanner, através de um artigo intitulado de *Die Autistischen Psychopathen in Kindesalter*. De acordo com Asperger (1944, cit. por Pereira, 1999), os comportamentos que, quando existentes, constituem a síndrome do autismo, são os seguintes: i) incapacidade de interação social; ii) grave deficiência na comunicação verbal e não-verbal; iii) ausência de atividades de imaginação; iv) presença de comportamentos repetitivos; e v) existência de centros de interesse muito limitados.

Segundo Pereira (1999) Asperger desenvolveu toda a sua atividade em Viena, não tenho qualquer conhecimento dos trabalhos de Kanner em Baltimore. Contudo, é interessante verificar que as descrições de Kanner e de Asperger são similares em determinados aspetos e a sua opção pelo termo autismo para conseguir cognominar os seus doentes é igualmente semelhante, refletindo a convicção comum de que o problema social destas crianças era a característica mais importante desta perturbação (Pereira, 1999). Aliás, também Frith (1989) refere que, embora vivendo distantes um do outro, por coincidência, ambos elegeram o termo autismo para definir a perturbação observada.

Tanto Kanner como Asperger admitiam que o isolamento social presente na perturbação era inato, de acordo com as palavras de Kanner “constitucional”, segundo as palavras de Asperger, “perdurando por toda a adolescência e idade adulta” (Marques, 2000). Segundo Marques (2000), ambos os autores presenciaram nestas crianças um contacto visual muito precário, estereotipias verbais e comportamentais, bem como a estigmatizada oposição à mudança. Por outro lado, notaram também uma constante propensão para o isolamento e para interesses especiais, alusivos a objetos e comportamentos bizarros. Por fim, os dois autores surpreenderam-se com o aspeto fascinante e aparentemente natural das crianças que observavam (Marques, 2000). Por conseguinte, Kanner e Asperger ambicionaram consumir uma efetiva distinção entre a esquizofrenia e o autismo, a partir de três pontos, que consideravam fundamentais: i) a possibilidade de melhoria dos seus doentes; ii) a inexistência de alucinações; iii) e o facto de estas crianças manifestarem um desenvolvimento perturbado desde os primeiros anos de vida, contrariamente ao facto de constatarem um declínio das suas capacidades depois de um período inicial de um desenvolvimento normal, característico

da esquizofrenia (Marques, 2000). Neste sentido, ambos acreditavam que estavam a observar traços muito semelhantes nos pais/mães de muitas crianças que observavam: isolamento e incapacidade social, envolvimento em rotinas e persistência em atividades e interesses rotineiros (Happé, 1994, cit. por Marques, 2000).

Segundo Marques (2000) embora existam estas conformidades entre estes dois autores, há três grandes áreas de divergência entre os mesmos. Assim, a primeira reporta-se às capacidades linguísticas, ou seja, enquanto Kanner refere que três dos seus onze pacientes iniciais nunca falaram e que os restantes não usavam a linguagem para comunicar, Asperger relatou que cada um dos quatro casos estudados falava fluentemente como pequenos adultos na idade entre os seis e os nove anos (Marques, 2000). Aliás, segundo o autor, Asperger salientava a sua originalidade e liberdade no uso da linguagem e mencionava que dois dos casos manifestavam uma inclinação para relatar histórias fantásticas. Em segundo lugar, a descrição de Asperger difere também da de Kanner no que respeita às capacidades motoras e de coordenação (Marques, 2000). De acordo com a mesma fonte, Kanner referia-se a comportamentos desajeitados num único caso no que concerne à motricidade fina e global, mas a boas capacidades, em termos de coordenação dos músculos finos. Asperger, pelo contrário, descreveu os seus quatro pacientes como pouco capazes para atividades motoras e referia que os problemas não se reportavam apenas ao desporto escolar, nomeadamente na coordenação da motricidade global, mas que também se estendiam às capacidades motoras finas, como a escrita (Marques 2000). Esta característica é parte de uma gama de contraste entre Kanner e Asperger. Por último, segundo Marques (2000), a área final de desacordo entre ambos refere-se às capacidades de aprendizagem. Kanner acreditava que estas crianças aprendiam mais facilmente através de rotinas e mecanizações, enquanto Asperger referia que os pacientes aprendiam mais facilmente se produzissem espontaneamente e sugeria que eles seriam “pensadores do abstrato” (Marques, 2000). Neste sentido, perspetiva-se a possibilidade da existência de uma Síndrome de Asperger, relacionada com o autismo, mas com as especificidades que temos vindo a apontar.

A Síndrome de Asperger não foi alvo de grande atenção até à análise clínica do distúrbio feita por Lorna Wing e só depois no DSM-IV, é que se reconheceu esta síndrome como um distúrbio específico no âmbito de um espectro da perturbação. Aliás, em 1979, Lorna Wing e Judith Gould, criaram a expressão “*espectro do autismo*” (Lima, 2012) por forma a poder incluir distúrbios específicos numa categoria mais global da perturbação que tem vindo a ser descrita.

Wing e Gould (1979, cit. por Hewitt, 2006), a partir de um estudo com crianças autistas, confirmaram a existência das três áreas de incapacidade que referimos no primeiro ponto deste capítulo, nomeadamente a linguagem e comunicação, competências sociais e flexibilidade de pensamento ou de imaginação, definindo a “tríade de incapacidades” como base do diagnóstico. As autoras referidas anteriormente identificaram características típicas da perturbação que se manifestaram de forma mais ou menos acentuada nas crianças em estudo. No entanto, apresentaram também diferenças notórias quanto às descrições dos grupos de estudo, em função da perspectiva de Kanner e da de Asperger. Face a esta variabilidade, passou-se a pensar na perturbação como um distúrbio que afeta o neurodesenvolvimento, definido do ponto de vista comportamental, com etiologias múltiplas e vários graus de severidade (Hewitt, 2006). Segundo o autor, este é um distúrbio contínuo, podendo variar de suave a grave, daí a designação de espectro ou *continuum* de condições, que apresenta uma tríade em comum de características muito específicas. Surgiu, deste modo, a Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) que se baseia numa “tríade de dificuldades” do domínio social, de comunicação e imaginação (Hewitt, 2006).

Sintetizando o percurso histórico desta perturbação, pode dizer-se que após a apresentação da mesma nos anos 40 do século passado, os anos 50 e 60 foram períodos dominados por correntes psicanalistas, onde o autismo continuou frequentemente a ser confundido com esquizofrenia (Oliveira, 2006). Assim, segundo Oliveira (2006), nos primeiros manuais das perturbações mentais da *American Psychological Association* (APA), nomeadamente no DSM, o autismo foi considerado inicialmente uma psicose. Segundo o autor, os pais/mães eram culpabilizados da revelação do comportamento autista, acreditava-se que era provocado por uma relação afetiva inadequada. Nesta altura, o afastamento entre pais/mães e crianças era uma forma de terapia frequente (Oliveira, 2006).

De acordo com o mesmo autor, somente nos anos 70 e no seu terceiro manual é que a APA incluiu o autismo como uma nova classe de Perturbações Globais do Desenvolvimento (PGD), com início na infância. O autor acrescenta que esta nova classe fazia parte de um conjunto de distúrbios clínicos que apresentava em comum o início precoce e também o envolvimento simultâneo de múltiplas áreas básicas do comportamento e do desenvolvimento. Devido à ausência de alucinações e delírios, o autismo é finalmente diferenciado da esquizofrenia infantil e das outras psicoses (Oliveira, 2006).

Na terceira edição do DSM, de 1980, foi constituído como requisito na definição do autismo o aparecimento dos distúrbios antes dos 30 meses. Para além disto, considerou-se a tríade de incapacidades anteriormente descrita por Wing e Gould (1979) como critérios de diagnóstico (Marques, 2000).

Em 1994, a classificação da APA no DSM-IV, tal como na sua revisão de 2000 (DSM-IV-TR), refere cinco entidades clínicas com a denominação de Perturbações Globais de Desenvolvimento, o mesmo número que aparece na décima Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da Organização Mundial de Saúde (OMS), tal como podemos verificar na Tabela 1.

Tabela 1

Entidades englobadas nas PGD pela APA (DSM-IV e DSM-IV-TR) e OMS (CID-10)

DSM-IV e DSM-IV-TR (APA, 1994, 2000)	CID-10 (OMS, 1994)
Perturbação autística	Autismo infantil
Perturbação de Asperger	Síndrome de Asperger
Perturbação desintegrativa da 2ª infância	Perturbação desintegrativa da infância
Perturbação de Rett	Síndrome de Rett
PGD sem outra especificação (autismo atípico)	Outras PGD não especificadas

Nota. Retirada de “Autismo: História, Clínica e Diagnóstico” de G. Oliveira, 2006, Diversidades, 14, p. 20.

A tabela seguinte (Tabela 2) resume ainda a evolução do conceito de diagnóstico presente nas várias publicações do DSM da APA até à atualidade.

De facto, a evolução da perturbação é notória no percurso histórico sintetizado neste segundo ponto do capítulo. Na atualidade o diagnóstico assenta nos critérios apresentados na última versão do DSM, tal como veremos com mais pormenor no ponto que se segue neste trabalho.

Tabela 2

Evolução do Conceito de Diagnóstico de acordo com o DSM da APA

	DSM-III (1980)	DSM-III-R (1987)	DSM-IV (1994)	DSM-5 (2014)
Nome da Perturbação	Autismo Infantil	Distúrbio Autista	Distúrbio Autista	PEA
Início	Antes dos 30 meses	Durante a 1ª e 2ª infância	Início antes dos 3 anos	2º ano de vida (12-24 meses)
Comportamento	Ausência marcante de respostas face aos outros	Alteração qualitativa da interação social	Alteração qualitativa da interação social	Défices nos comportamentos não-verbais da interação social
Linguagem e Comunicação	Défices notórios no desenvolvimento da linguagem	Alteração qualitativa da comunicação, verbal e não-verbal e no jogo imaginativo	Alteração qualitativa na comunicação	Défices verbais e não-verbais na comunicação e défices da linguagem, desde uma completa ausência de fala até atrasos.
Atividades e Interesses	Respostas bizarras a vários aspetos do ambiente	Reportório de atividades e interesses restritos	Padrão de comportamentos, interesses e atividades restritos e estereotipados	Comportamentos estranhos e repetitivos, ausência de brincadeiras típicas; padrões do brincar estranhos.
Crítérios de Exclusão	Ausência de delírios, alucinações e incoerências típicas da esquizofrenia	Nada estabelecido	Síndrome de Rett; de Asperger; Perturbação Desintegrativa da Infância	Sintomatologia psiquiátrica; Esquizofrenia.

Nota. Retirada de “*Perturbações do Espectro do Autismo – Ensaio de uma Intervenção Construtivista Desenvolvimentista com Mães*” de E. Marques, 2000, p. 38.

3. CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO, INSTRUMENTOS E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

A delimitação deste diagnóstico é muito controversa e não escapa a algumas contradições (Marques, 2000). É realizado através da avaliação direta do comportamento do indivíduo, baseando-se em critérios clínicos presentes nos sistemas de classificação (Pereira, 2006). Pode ser feito a qualquer momento da vida, no entanto, a PEA é usualmente diagnosticada de forma precoce entre os doze e os vinte e quatro meses, uma vez que nesta fase as características são mais discriminativas (APA, 2014).

O DSM-V, um dos manuais de classificação usado com mais frequência e um dos mais difundidos, possui um conjunto de itens fundamentais para que se determine um diagnóstico rigoroso. Este é feito segundo critérios designados por A, B, C e D (APA, 2014). Segundo a mesma fonte, relativamente ao critério A, este refere-se a défices na reciprocidade social-emocional, défices nos comportamentos comunicativos não-verbais usados para a interação social e défices em desenvolver, manter e compreender relacionamentos. A gravidade fundamenta-se nos défices da comunicação social e nos padrões de comportamento restritos e repetitivos (APA, 2014). No que respeita o critério B, a mesma fonte salienta os movimentos estereotipados e restritos, padrões ritualizados de comportamento verbal e não-verbal, bem como intolerância às mudanças de rotina, interesses bastante restritos e fixos e híper ou hipo-reatividade a estímulos sensoriais ambientais. Os pacientes deverão apresentar pelo menos 2 dos sintomas referidos anteriormente, atualmente ou no passado (APA, 2014). Segundo o manual, aqui a gravidade é fundamentada nas deficiências na comunicação social e nos padrões de comportamento restritos e repetitivos. Relativamente aos critérios C e D, estes referem-se aos sintomas que estão presentes desde os 0 aos 6 meses de idade (1ª infância) e comprometem os comportamentos diários (APA, 2014). Os critérios podem ser consultados na síntese apresentada na Tabela 3.

Segundo a APA (2014), para além destes critérios existem três níveis de gravidade que completam o diagnóstico. Os níveis de gravidade estão por ordem decrescente, ou seja, o nível de maior gravidade é o 3, seguidamente e com uma gravidade intermédia está o nível 2 e, por fim, com uma gravidade menor, temos o nível 1. No nível 3 as dificuldades na comunicação verbal são bastante graves e as respostas às questões muito limitadas (APA, 2014). Segundo a mesma fonte, o indivíduo raramente inicia uma conversa e, quando o faz, fala com poucas palavras. Os comportamentos são inflexíveis e não lidam bem com mudanças de rotina, pelo que

requer ajuda total (APA, 2014). De acordo com o DSM-V, no nível 2 o indivíduo requer alguma ajuda pois existem erros verbais na comunicação e a iniciação de conversa é limitada, tal como as respostas. O comportamento continua a ser inflexível e existem dificuldades em lidar com a mudança, o que leva a dificuldades também em manter a concentração (APA, 2014). De acordo com a mesma fonte, no nível 1 o sujeito precisa apenas de algum apoio, pois sem ajuda existem alguns prejuízos na comunicação social, havendo dificuldades em iniciar uma conversa e existência de respostas atípicas. Relativamente ao comportamento, o indivíduo tem dificuldades em organizar-se e planear as suas atividades, o que dificulta a sua independência (APA, 2014).

Tabela 3

Critérios de Diagnóstico para PEA (DSM-V)

Défices persistentes na comunicação social e na interação social em diversos contextos, não explicados por atrasos do desenvolvimento global e manifestando-se atualmente ou na história por: - Défices na reciprocidade emocional/social; - Défices nos comportamentos de comunicação não-verbal usados na interação social; - Défices para desenvolver, manter e compreender relacionamentos.
Padrões de comportamentos, interesses ou atividades restritos e repetitivos, manifestados por pelo menos dois dos seguintes: - Movimentos motores, uso de objetos ou discurso estereotipado ou repetitivo; - Resistência à mudança, adesão inflexível a rotinas, padrões ritualizados de comportamento verbal ou não-verbal; - Hiper ou hipo-reatividade a estímulos sensoriais ou interesse invulgar em aspetos sensoriais do ambiente.
Os sintomas devem estar presentes na infância precoce (mas podem não se manifestar plenamente até as exigências sociais excederem as limitações das capacidades, ou podem estar “mascarados” por estratégias aprendidas mais tarde).
Os sintomas causam um prejuízo clinicamente significativo a nível social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento atual.
<i>Nota.</i> Adaptada de “ <i>Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência</i> ” de M. Santos & P. Freitas, 2014, p. 141.

No diagnóstico são fundamentais os instrumentos de avaliação. Inúmeros instrumentos de diagnóstico da PEA têm sido criados sob a forma de entrevistas, escalas e listas semiológicas para avaliação psicológica e comportamental da criança com a perturbação, relevantes para um diagnóstico diferencial com outras patologias de desenvolvimento (Oliveira, 2006). Segundo o autor, a validade e estabilidade destes instrumentos dependem muito da experiência do observador. Dadas as vantagens e desvantagens de cada instrumento de diagnóstico é importante a sua utilização em conjunto de modo a obter informações clínicas precisas (Oliveira, 2006). Em seguida, serão descritos alguns instrumentos de avaliação utilizados para o devido efeito (Pereira, 2006).

Segundo Pereira (2006), o *Psychoeducational Profile* (PEP-R) foi criado em 1990 por um grupo de professores e investigadores, nomeadamente Schopler e colaboradores, que pertenciam ao programa *Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children* (TEACCH). É atualmente o teste de avaliação mais utilizado na PEA (Schopler, Lansing, Reichler, & Marcus, 2004). Segundo esta fonte, o teste permite a determinação de um perfil funcional e de desenvolvimento da criança, com idade entre os seis meses e os doze anos. São avaliadas as áreas de imitação, perceção, motricidade fina, motricidade global, integração óculo-manual, competências cognitivas e capacidade de cognição verbal, quanto ao seu desenvolvimento funcional (Schopler et al., 2004). Da mesma forma, permite identificar o grau de perturbação nas áreas de: relação, cooperação e interesse pelos outros; jogos e interesses materiais; e modalidades sensitivas, linguagem e afeto. Segundo os autores, após a aplicação do teste, as pontuações são distribuídas por sete escalas, resultando num perfil de desenvolvimento funcional. Este instrumento apresenta algumas vantagens face a outros, uma vez que permite a flexibilidade na apresentação das tarefas, minimiza o papel da linguagem que por vezes influencia os resultados e permite o tempo suficiente para a realização das tarefas propostas (Schopler et al., 2004). De acordo com a mesma fonte, a última revisão foi efetuada em 2004 e foi desenvolvida a partir da escala existente em 1990.

A aplicação da *Childhood Autism Rating Scale* (CARS), criada por Schopler, Robert e Renner, em 1989, assenta na observação direta, podendo ser utilizada em qualquer criança com mais de dois anos. Consiste num total de quinze itens, nos quais se avalia o comportamento da criança nos domínios das relações sociais, imitação, respostas emocionais, utilização do corpo, utilização de objetos, adaptação à mudança, respostas visuais e auditivas, respostas ao paladar, ao olfato e medo, ansiedade,

comunicação verbal e não-verbal, ao nível da afetividade e funcionamento intelectual (Pereira, 2006). A cotação final desta escala diferencia o não autismo (< 30), o autismo moderado (entre a 30 a 30.5) e o autismo severo (entre 37 a 60) (Oliveira, 2006).

Publicada por Lord, em 1989, com revisões em 1995 e 1998, a *Autism Diagnostic Observation Schedule* (ADOS), constitui-se como técnica de avaliação dos comportamentos autistas aplicável desde a infância à idade adulta, onde o investigador dirige atividades com o propósito de avaliar a comunicação, a interação social, o jogo, o comportamento estereotipado, os interesses restritos e outras anomalias comportamentais (Oliveira, 2006).

Outro instrumento de observação é a *Behavioural Observation Scale for Autism* (BOS), criada por Freeman, Ritvo e Schroth, em 1984, com o objetivo de distinguir os indivíduos com PEA, dos com incapacidade intelectual severa, identificar subgrupos de autistas e desenvolver um instrumento objetivo para a descrição da perturbação em termos de investigação comportamental e biológica. Segundo Pereira (2006), este instrumento integra vinte e quatro tipos de comportamentos, divididos em quatro grupos: isolamento, relação com os objetos, relações sociais e a linguagem. A metodologia utilizada é a observação por filmagens, onde a criança brinca com brinquedos adequados com a sua idade cronológica. Os comportamentos observados são contabilizados e posteriormente tratados por um programa informático (Pereira, 2006).

A *Autism Diagnostic Interview Revised* (ADIR), criada por Le Couteur, Lord e Rutter, em 1994, consiste numa entrevista estruturada dirigida aos pais/mães e aos que cuidam da criança e avalia as áreas nucleares da PEA. Consiste num instrumento utilizado sobretudo em investigação devido à sua duração e ao facto de se necessitar de treino específico e procedimentos de validação do entrevistador (Oliveira, 2006).

Finalmente, a *Checklist for Autism in Toddlers* (CHAT), criada por Baron-Cohen, Allen e Gillberg, em 1992, é uma escala composta por nove questões fechadas (sim/não) para pais/mães e cinco itens observacionais a serem completados pelo médico. Segundo Marques (2000) foi utilizada com crianças com cerca de dezoito meses e elevado risco genético, com a finalidade de diagnosticar precocemente a perturbação. São considerados os seguintes itens: jogo simbólico, apontar prodeclarativo, atenção partilhada, o interesse social e o jogo social (Marques, 2000).

São vários os instrumentos de diagnóstico que podem ser utilizados, não se esgotando nos referidos anteriormente. A sua utilização permite não só a identificação da perturbação, mas também o seu diagnóstico diferencial em relação a outras perturbações que serão exploradas em seguida.

Na Síndrome de *Rett*, o desenvolvimento pré-natal e perinatal são aparentemente normativos, observando-se uma desaceleração do crescimento cefálico entre os cinco e os quarenta e oito meses e perda de movimentos intencionais da mão entre os cinco e os trinta meses, não características das PEA. Observa-se também um atraso psicomotor severo e implicações graves na linguagem recetiva e expressiva (Pereira, 2000). Existe também uma crença que esta síndrome tem uma etiologia genética pelo facto de afetar apenas o sexo feminino. Segundo a APA (2014), a rutura da interação social pode observar-se normalmente entre o primeiro e quarto ano de vida, havendo numa proporção das jovens afetadas, características que preenchem os critérios de diagnóstico das PEA. Contudo, após este período, a maioria dos indivíduos com esta síndrome melhora as habilidades de comunicação social e as características autísticas deixam de fazer sentido ou gerar qualquer preocupação (Santos & Freitas, 2014). Segundo os autores, a PEA apenas deve ser ponderada se todos os critérios de diagnóstico forem observados. O retrocesso no desenvolvimento, com perda da linguagem e do uso das mãos, as típicas estereotipias gestuais, a desaceleração do crescimento craniano que deriva em microcefalia e o reconhecimento da sua componente de género, tornam o quadro distinto das PEA (Santos & Freitas, 2014).

No mutismo seletivo, o desenvolvimento precoce normalmente não está alterado. A criança afetada, por norma, patenteia capacidades de comunicação apropriadas em certos contextos e ambientes (APA, 2014). De acordo com a mesma fonte, mesmo quando em determinados contextos a criança está calada, a reciprocidade social não está implicada nem se observam padrões de comportamentos repetitivos ou restritos. Aqui, os problemas de comunicação verificam-se apenas em contextos fora do lar (Santos & Freitas, 2014).

Segundo Santos e Freitas (2014), nos quadros em que existe um atraso no desenvolvimento da linguagem (perturbações da linguagem e perturbação da comunicação social – pragmática), as crianças apresentam uma comunicação não-verbal de acordo com o desenvolvimento, uma normal solicitação e atividade imaginativa, mas há situações que não facilitam o diagnóstico diferencial. Segundo os autores, nalgumas formas de perturbação da linguagem, podem existir problemas de comunicação e algumas dificuldades sociais secundárias. No entanto, esta perturbação não está associada à comunicação não-verbal (gestos, expressões faciais), que geralmente é normativa e não está associada a padrões de comportamento, interesses e atividades restritos/repetitivos (APA, 2014). Quando um indivíduo apresenta défice na comunicação e interação sociais, mas não demonstra comportamentos ou interesses

restritos e repetitivos, os critérios para a perturbação da comunicação social (pragmática) são cumpridos, contrariamente à PEA que inclui os anteriores. Sempre que os critérios de PEA são cumpridos, deve existir uma avaliação cuidadosa relativamente aos comportamentos restritos/repetitivos passados ou presentes (APA, 2014).

Relativamente à incapacidade intelectual (perturbação do desenvolvimento intelectual) sem PEA, Santos e Freitas (2014) referem que em crianças mais novas pode ser árduo atribuir os problemas de comunicação, de socialização e comportamentos estereotipados a um ou a outro diagnóstico. Os autores referem que em crianças mais velhas, estas áreas estarão mais comprometidas nos quadros autísticos, tendo em conta o nível de desenvolvimento cognitivo. O mesmo pode ser referido quando as duas perturbações se associam, facto que ocorre em 60% dos casos, sendo uma percentagem bastante significativa (Santos & Freitas, 2014). As pessoas com incapacidade intelectual que não desenvolvem linguagem ou capacidades simbólicas, apresentam um desafio para o diagnóstico diferencial, uma vez que comportamentos repetitivos também se podem encontrar nestes indivíduos (APA, 2014). Segundo a mesma fonte, o diagnóstico de PEA num sujeito com incapacidade intelectual é adequado quando a comunicação e interação sociais estão comprometidas relativamente ao nível de desenvolvimento das habilidades não-verbais do indivíduo. A APA (2014) refere também que este é o diagnóstico apropriado quando não existe discordância aparente entre o nível de habilidades socio-comunicativas e outras habilidades intelectuais.

As estereotipias motoras encontram-se entre os critérios de diagnóstico da PEA, portanto, um diagnóstico adicional de perturbação de movimentos estereotipados não é atribuído quando tais comportamentos não são melhor explicados pela presença de PEA (APA, 2014). Contudo, segundo a mesma fonte, quando estas estereotipias provocam auto-lesões e se tornam o foco do tratamento, ambos os diagnósticos podem ser adequados.

Segundo a APA (2014), as anomalias de atenção (demasiado focado ou facilmente distraído) são comuns em pessoas com PEA, assim como na Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA). Um diagnóstico de PHDA deve ser tido em conta quando as dificuldades de atenção ou hiperatividade excedem o que é caracteristicamente observado em indivíduos de idade mental comparável (APA, 2014).

A APA (2014) refere que a esquizofrenia com início na infância desenvolve-se usualmente depois de um período de desenvolvimento normativo ou quase normativo. Segundo esta fonte, foi descrito um estado prodrómico onde surgiram défices sociais,

interesses e crenças atípicos, os quais se confundem com os défices sociais observados na PEA. Características que definem a esquizofrenia, como alucinações e delírios, não são características das PEA (APA, 2014). Contudo, segundo esta fonte, deve ser tido em conta pelos clínicos, o potencial que os indivíduos com PEA têm para serem consistentes na sua interpretação das perguntas sobre as características-chave da esquizofrenia.

Estas são as perturbações a considerar no diagnóstico diferencial cujas características, como pudemos constatar, acarretam inúmeras dificuldades para os sujeitos que as apresentam. Em seguida, serão exploradas com mais pormenor, atendendo ao estudo desenvolvido neste trabalho, as dificuldades que os indivíduos com PEA enfrentam, aprofundando o que já temos vindo a referir neste âmbito.

4. PRINCIPAIS DIFICULDADES E OUTRAS MANIFESTAÇÕES

A principal característica do pensamento das pessoas com PEA que as separa da população em geral, é a dificuldade de atribuírem significados às suas experiências. Mesmo que consigam funcionar no seu meio envolvente, aprender as suas competências e, nalguns casos, desenvolver a linguagem, apresentam dificuldades no que refere à compreensão do significado das suas várias atividades (Schopler et al., 2004). Estes autores expressam que na análise das relações subjacentes às características dos padrões de comportamento observáveis, é útil usar-se a metáfora de um iceberg. A ponta do iceberg representa as diferenças subjacentes e incapacidades. Queremos trabalhar e mudar os comportamentos que podemos ver, mas para isso temos de compreender os fatores abaixo da superfície (Schopler et al., 2004).

Segundo a APA (2014), as manifestações dos défices sociais e da comunicação verbal e não-verbal, bem como os comportamentos repetitivos/restritos que definem esta perturbação são notórios no período de desenvolvimento. Com o avançar da idade e com a intervenção e compensação, bem como com os suportes atuais, podemos disfarçar estas dificuldades em alguns contextos (APA, 2014). No entanto, o défice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento, é causado pelo permanecer dos sintomas. Os sintomas da PEA, principalmente os comportamentos repetitivos/restritos e estereotipados, aumentam durante alguns anos após o início, atingindo geralmente um pico na idade pré-escolar, começando a estabilizar ou declinar durante a idade escolar, denotando-se uma evolução dos

indivíduos com esta perturbação, com o passar do tempo (Ozonoff, Rogers, & Hendren, 2003).

De acordo com Rutter (1985, cit. por Pais, 2012) existem alguns comportamentos característicos da criança com PEA que acarretam dificuldades para o seu dia-a-dia: têm interesses muito restritos e concretos, vinculam-se a objetos específicos, têm rituais que se desenvolvem compulsivamente, demonstrando elevada ansiedade face às mudanças de ambiente e rotinas. Existem algumas crianças que apresentam outros problemas em simultâneo com estes, tais como a hiperatividade, agressividade e hábitos de alimentação e sono errados (Garcia & Rodriguez, 1997).

Regularmente são os pais/mães que detetam estas dificuldades e percebem que algo não está bem com a criança, obviamente por estarem mais atentos e passarem mais tempo com ela. Apercebem-se que os seus filhos têm comportamentos distintos das restantes crianças e estranham, pelo que acabam por procurar ajuda numa tentativa de perceber o que se passa. No entanto, existem sintomas ainda mais precoces de PEA que se manifestam até aos dois anos de idade e que, segundo Rocha (2002), devem ser motivo de alerta, nomeadamente: anomalias na motricidade e nos músculos; ausência de choro ao acordar ou manifestação de fome e desconforto; ausência de linguagem até aos 16 meses (sem que tenha sido diagnosticada surdez); ausência de medo, por exemplo, na presença de um barulho forte ou repentino; momentos solitários, como brincadeiras com os dedos e mãos à frente dos olhos; isolamento durante longos períodos; dificuldade em olhar nos olhos durante muito tempo; interesse, não pelas pessoas em si, mas por partes do seu corpo; ausência de comportamento de imitação; choro compulsivo sem motivo aparente; ausência de reação à dor; anorexia ou recusa de ingestão de alimentos sólidos; reação à mudança; comportamentos de autoagressão e auto embalamiento; mudanças graves do sono; risos ou sorrisos inapropriados; dificuldade em expressar as suas necessidades e utilização de gestos em vez de palavras. O autor acrescenta que uma criança com PEA pode ter problemas em responder quando algo lhe é perguntado, pode utilizar um idioma estranho, ou repetir o que lhe é dito (ecolalia), ainda que não perceba aquilo que lhe foi comunicado.

Habitualmente apresentam dificuldades na comunicação/interação social, que podem depender se estamos a falar de crianças mais novas ou mais velhas e adolescentes. Em crianças mais novas as dificuldades mais frequentes são o facto de estabelecerem pouco ou nenhum contacto ocular, não responderem quando chamadas pelo nome, não utilizarem gestos com intenção de comunicar, nem imitarem, demonstrando também desinteresse pelo outro (Santos & Freitas, 2014). Os autores

acrescentam que, mais tarde, na adolescência, as dificuldades passam mais pelo isolamento, passividade, mostrando pouco interesse na relação com o outro ou revelando ser muito ativos na procura de contactos com outras pessoas, no entanto, fazendo-o de modo inadequado. Não têm amigos preferidos, podendo demonstrar desinibição social (Santos & Freitas, 2014).

Os mesmos autores salientam que no que diz respeito às dificuldades nos comportamentos, interesses ou atividades restritos e repetitivos, não existe uma distinção entre crianças e adolescentes, sendo que as dificuldades podem variar de indivíduo para indivíduo e passam por interesses invulgares e obsessivos por objetos, partes de objetos ou temáticas particulares, sendo exaustivamente aprofundados nas temáticas em que são mais dotados (por exemplo, marcas de automóveis, astronomia e animais pré-históricos), devendo ser estimulados a vários níveis e através de diferentes metodologias. Verifica-se ainda pouca ou nenhuma tolerância à mudança, como pequenas alterações das rotinas e do ambiente pessoal e familiar (Santos & Freitas, 2014).

Muitos indivíduos com PEA também apresentam défice intelectual e/ou de linguagem (lentidão a falar ou atraso da compreensão da linguagem em relação à produção). Segundo a APA (2014), mesmo indivíduos que tenham um quociente de inteligência médio ou alto apresentam um perfil de aptidões desigual. Existem grandes lacunas entre as habilidades intelectuais e funcionais adaptativas, aliados aos défices motores que estão frequentemente presentes, incluindo movimentos desajeitados, marcha estranha e outros sinais motores atípicos como andar em bicos de pés, podendo ainda ocorrer auto-lesões, ou seja, batimentos com a cabeça e pulsos mordidos, estando também mais propensos para a depressão e ansiedade (APA, 2014). Segundo esta fonte, a ocorrência de comportamentos desafiantes é mais comum em crianças e adolescentes com PEA do que noutras perturbações, incluindo na incapacidade intelectual. Podemos também verificar que alguns indivíduos demonstram movimentos motores catatónicos (lentificação e “congelamento” a meio da ação), no entanto, não têm a magnitude de um episódio catatónico. Podem experienciar uma deterioração marcada nos sintomas motores, fazendo com que patenteiem uma circunstância catatónica completa, onde o período de risco é maior durante a adolescência, com indícios como mutismo, perseveração da postura, fazer caretas e flexibilidade cética (APA, 2014).

Em idade adulta a perturbação tende a ficar mais estável, tendo em conta o nível de competência de cada um. Se um indivíduo tiver um quociente de inteligência elevado

vai conseguir levar uma vida autónoma, se por outro lado o quociente de inteligência desse indivíduo for mais baixo, este continua a apresentar as características que foram referidas anteriormente e não conseguem viver independentemente (Federação Portuguesa de Autismo, 2015). Segundo a mesma fonte, ao chegar à terceira idade estes indivíduos têm exatamente uma velhice como qualquer outra pessoa, com os mesmos problemas e as mesmas doenças naturais da idade. Aquilo que pode dificultar são os problemas de comunicação, uma vez que a pessoa não irá conseguir comunicar aquilo que sente para poder ser tratada e medicada da melhor forma (Federação Portuguesa de Autismo, 2015).

Algumas dificuldades que as crianças revelam no seu quotidiano serão exploradas com mais pormenor em seguida.

Começamos pela adesão às rotinas. Crianças com PEA caracterizam-se por possuírem um comportamento ritualista. Aderem com frequência a rotinas em que possam confiar, podendo a quebra dessa rotina levar ao *stress* e, consequentemente, ao aparecimento de comportamentos desajustados (Jordan, 2000). Segundo o autor, um aspeto comum em indivíduos com PEA é a necessidade de uniformidade no ambiente, apresentando-se também como um perigo face a mudanças e ruturas nas rotinas. O autor acrescenta que provavelmente esta necessidade de uniformidade deriva da combinação de diferenças neuropsicológicas: ansiedade, problemas de compreensão das expectativas dos outros, problemas com a compreensão do significado da sequência de eventos e experiências sensoriais não usuais. O mundo exterior para uma criança com PEA é frequentemente confuso e stressante, ao contrário das rotinas, da previsibilidade e de um ambiente físico estável que são apreciados como confortáveis e gratificantes. Devido a este facto, as pessoas com este diagnóstico aderem fortemente a estes ambientes estáveis, protestando muitas vezes quando estes são postos em causa (Schopler et al., 2004). Segundo Pereira (2000), estes comportamentos são resultado do impedimento no acesso a formas comportamentais de nível hierárquico mais complexos ou formas superiores de adaptação. O autor acrescenta que as manifestações podem ser variadas conforme o desenvolvimento pessoal, evidenciando-se pelas seguintes expressões comportamentais: resistência à mudança e, para evitar a imprevisibilidade, a existência de rituais.

Os problemas comportamentais são considerados como uma questão urgente na intervenção com crianças com PEA. Para resolver esses problemas (comportamentos “bizarros” e agressões) é fundamental o conhecimento das suas causas e as funções que as crianças lhe atribuem (Jordan, 2000). Segundo o autor,

comportamentos desajustados como gritar sem causa aparente, destruição de objetos ou mesmo atos de autoagressão, são frequentes em crianças com PEA. Para gerirmos estes comportamentos é necessária a compreensão e a tentativa de modificar as causas subjacentes. A causa principal destas condutas desajustadas é a sua limitada capacidade em comunicar (Schopler et al., 2004). Segundo os autores, se um indivíduo não consegue expressar ideias como “ainda tenho fome”, “tenho uma ferida no pé” ou “estou cansado desta atividade”, talvez o comportamento se reduza a gritos ou a agressões. Semelhantes situações acontecem quando as pessoas não compreendem o que lhes está a ser pedido, não compreendem o que se está a passar em seu redor ou mesmo quando as rotinas são interrompidas ou o meio envolvente é alterado (Schopler et al., 2004).

Já desde a primeira descrição de Kanner que é dada grande importância às dificuldades emocionais presentes nas crianças com PEA. Segundo Jordan (2000), estas possuem capacidades irregulares na leitura da emoção dos outros como também na reflexão das suas próprias emoções. As crianças com PEA têm dificuldades frequentes ao nível da compreensão dos sentimentos e emoções dos outros, apresentando reações sem empatia e afinidade (Jordan, 2000). Competências sociais e de julgamento dependem da capacidade da pessoa interpretar as diversas informações provenientes do ambiente, organizando, de seguida, uma resposta comportamental. Indivíduos com diagnóstico de PEA são, muitas vezes, caracterizados por não terem empatia emocional para com as outras pessoas. Schopler e colaboradores (2004) explicam esta situação referindo que a empatia emocional envolve sentimentos que são muito mais abstratos do que factos ou ideias, explicando também que a empatia envolve, muitas vezes, a compreensão de como a pessoa entende as experiências sensoriais de outra pessoa. Outra explicação para este facto é o de a empatia envolver duas ideias diferentes ao mesmo tempo (o que eu sinto e o que os outros sentem) o que é difícil de entender para uma pessoa com estes distúrbios (Schopler et al., 2004).

Schopler e colaboradores (2004) referem que estes indivíduos aprendem, geralmente, mais facilmente como fazer o trabalho (pois pode ser estruturado e organizado para eles) do que a jogar (o que por definição é uma atividade descontraída, criativa e menos estruturada). Como o relaxamento e a criatividade são, muitas vezes, dificuldades presentes em pessoas com PEA, é compreensível que aprender a brincar seja uma tarefa que, não sendo impossível, é bastante complicada (Schopler et al., 2004).

Os mesmos autores referem que muitos indivíduos com PEA aparentam ser desmotivados e muito dependentes de professores e pais/mães no envolvimento em qualquer tipo de comportamento além de simplesmente estar sentado ou em pé no local. Estes comportamentos superficiais e de iniciativa limitada podem ser explicados por algumas das características subjacentes à PEA. Estes indivíduos, por terem *deficits* significativos na sua capacidade para organizar o seu comportamento, fazem muito pouco porque não sabem por onde e como começar. Apresentam também pouca compreensão cognitiva das expectativas dos outros ou o potencial das recompensas que os aguardam se agirem. Atendendo às diferenças de processamento sensorial, os habituais prémios para o comportamento, tais como o sabor do alimento, o som do brinquedo ou uma caminhada ao sol, podem ser inúteis ou até mesmo desagradáveis para o indivíduo (Schopler et al., 2004).

Estas são algumas das dificuldades que caracterizam a perturbação com implicações sérias no quotidiano destes indivíduos. São várias as explicações teóricas para a sua existência, com implicações práticas diferenciadas no que à intervenção diz respeito, como poderemos analisar no próximo ponto deste capítulo.

5. PERSPETIVAS TEÓRICAS E INTERVENÇÃO

A etiologia da PEA é complexa e, na maioria dos casos, os mecanismos patológicos subjacentes são desconhecidos. Os investigadores não têm a certeza sobre o que causa a perturbação. No entanto, acreditam que sejam causas genéticas e ambientais, em conjunto, que desempenhem um papel importante no aparecimento deste distúrbio (Farrell, 2008). Esta perturbação, ao longo dos anos, foi alvo de investigação no que à sua origem diz respeito, tendo sido formuladas várias teorias explicativas. Desde os anos 60 e 70 do século XX que muitas e variadas teorias têm sido propostas para explicar este tipo de perturbação. Com a formulação destas teorias, originou-se um processo permanente de procura e de descoberta, possibilitando um avanço lento, mas seguro e que contribui para uma melhor compreensão hoje da PEA (Pereira, 2006).

Os modelos iniciais davam como explicação defeitos cognitivos na receção da informação ou no seu processamento, bem como na capacidade de raciocínio abstrato. Estas falhas podem explicar as dificuldades de aprendizagem sentidas por estes indivíduos. No entanto, não fundamentam os sintomas nucleares das PEA, descritos pela tríade de Wing (Oliveira, 2007). Marques (2000) refere também um conjunto de

teorias comportamentais, que tentam explicar os sintomas característicos da perturbação com base nos mecanismos psicológicos e cognitivos subjacentes e, por outro, as teorias neurológicas e fisiológicas, que tentam fornecer informação acerca de uma possível base neurológica.

Apesar de várias teorias existentes para a explicação deste distúrbio, houve entre as mesmas uma complementaridade mais do que um conflito, o que permitiu uma identificação cada vez mais clara e operacional desta questão complexa (Pereira, 2006). Seguidamente são apresentadas algumas hipóteses que foram difundidas desde a primeira identificação de Kanner.

Nos primeiros documentos, Kanner colocou a possibilidade da manifestação da perturbação ser originada por uma componente genética (teorias psicogénicas). Estas crianças nascem com uma incapacidade inata para proceder de forma biologicamente correta ao contacto afetivo com os outros, tal como as outras crianças nascem com outro tipo de incapacidades físicas ou mentais (Kanner, 1943, cit. por Marques, 2000). Kanner, influenciado pela psiquiatria da altura, abandonou esta teoria passando a defender que as perturbações evidenciadas poderiam ser desencadeadas pela frieza emocional, pela rigidez parental e como resultado de um isolamento social (Pereira, 2006).

Nas décadas de cinquenta e sessenta, o fenómeno do autismo foi então explicado como resultado do ambiente próximo da criança e não de qualquer perturbação biológica. O distúrbio emocional era provocado como resposta a relacionamentos mecânicos, frios e obsessivos que recebiam do ambiente que os cercavam (Pereira, 2006). Bettelheim (1976, cit. por Marques, 2000) foi o mais influente defensor desta teoria e acreditava que os sintomas da perturbação eram reações defensivas contra o distanciamento, a falta de calor humano nas relações e a ausência de afeto por parte dos pais/mães. Segundo este autor, o autismo era a incapacidade de sair de si e de explorar o mundo, por inexistência de autoconfiança para o fazer, sendo os próprios pais/mães os responsáveis pela sua inibição e inexistência. O mito de pais/mães “geradores de frieza” é atualmente encarado como uma teoria sem fundamento, tendo sido fortemente criticada devido ao facto de não existirem dados credíveis comprovadores de que a perturbação pudesse ser originada por atitudes parentais adversas. O próprio Kanner voltou à teoria inicialmente defendida por si, recuperando a explicação da base genética do autismo e acabando por defender a existência de um défice inato, impeditivo de uma relação adequada com o meio ambiente (Pereira, 2000).

Os estudos atuais em torno das PEA puseram de parte as teorias psicogenéticas. Atualmente considera-se que esta perturbação tem uma origem neurológica. Um dos primeiros argumentos contra as teorias psicogenéticas do autismo foi apresentado por autores como Rutter (1970, cit. por Marques, 2000) e DeMayer (1973, cit. por Marques, 2000) que defendiam que a maioria dos indivíduos com esta perturbação tem grande probabilidade de sofrer de epilepsia. Estudos desenvolvidos por estes autores, indicaram a existência de uma perturbação neurológica ainda não discriminada e sem certezas quanto ao papel dos genes no aparecimento do distúrbio. Ainda assim, estes estudos começaram a evidenciar cada vez mais o papel da componente genética nesta perturbação. Aliás, segundo Ornitz (1983, cit. Marques, 2000) e Gillberg (1989, cit. por Marques, 2000), a PEA aparece associada a outros distúrbios biológicos, como a paralisia cerebral, rubéola pré-natal, toxoplasmose, infeções por citomegalovirus, encefalopatia, esclerose tuberosa, meningite, hemorragia cerebral, fenilcetonúria e vários tipos de epilepsia. Deste modo, aceita-se que a PEA resulta de uma perturbação em determinadas áreas do sistema nervoso central, que afetam a linguagem, o desenvolvimento cognitivo e intelectual, assim como a capacidade de estabelecer relações. Estes estudos também sugerem que a PEA pode ser comum a vários distúrbios cerebrais. As investigações neurológicas colocaram em evidência a origem orgânica desta perturbação, não tendo sido, contudo, identificada nenhuma anomalia, mantendo-se as implicações etiológicas pouco claras. No entanto, pode afirmar-se a existência de várias perturbações biológicas como causas da PEA (Marques, 2000). A partir dos anos setenta começou a ser contestada a base biológica e o estudo da transmissão genética teve um forte impulso a partir dessa altura. O desenvolvimento da neuro-imagem (ressonância magnética, tomografia por emissão de positrões e tomografia computadorizada), contribuiu de forma relevante, permitindo os estudos da atividade cerebral funcional e a confirmação da existência de anomalias que afetam o processamento da informação social (Santos & Freitas, 2014).

Seguidamente, serão mencionados estudos realizados a partir dos anos 80 que têm por base teorias biológicas.

Para se poder entender o papel dos fatores genéticos no aparecimento da PEA, têm sido realizadas inúmeras investigações. Segundo estudos de caso realizados por Steffenbrug e Gillberg (1989, cit. por Pereira, 2006), poderá haver um gene responsável pela manifestação da perturbação, produzindo incapacidades variáveis e que é associado a uma variedade de anomalias cromossómicas como o caso da Trissomia 21 e Síndrome de X Frágil que exploraremos em seguida. Segundo alguns autores

(Coleman & Gillberg, 1985; Lotter, 1964; Wing & Gould, 1979; cit. por Marques, 2000), a esclerose tuberosa é também um dos distúrbios genéticos mais associados à perturbação.

São vários os autores (Edelson, 1995; Gillberg & Wahlstrom, 1985; Hagerman et al., 1988; cit. por Marques, 2000) que reportam a Síndrome de X Frágil como o distúrbio genético de maior relevo na PEA, traduzindo-se numa anomalia das moléculas do Ácido Desoxirribonucleico (DNA) do cromossoma sexual. Esta falha no código genético está aparentemente correlacionada com a incapacidade intelectual (em cerca de 5 a 7% dos rapazes) e cerca de 26% destes indivíduos com incapacidade também são autistas. Se não existe X frágil nos autistas, surgem outras anomalias associadas aos cromossomas sexuais e autossomas. Apesar de se apresentar como a anomalia cromossómica mais frequentemente, apenas 8,1% dos autistas apresentam X frágil. Os rapazes são mais afetados do que as raparigas, contudo, Gillberg (1989, cit. por Marques, 2000) mostra que esta patologia também tem um papel determinante na PEA feminina. A causa mais frequente de incapacidade intelectual e a segunda causa mais frequente de incapacidade de origem genética após a Trissomia 21, é a Síndrome de X Frágil, com uma prevalência de 1/4000 no sexo masculino e 1/8000 no sexo feminino. Em indivíduos do sexo masculino com incapacidade intelectual, um caso em cada 6000 deve-se a esta síndrome, já no sexo feminino é um caso em cada 3200. No entanto, a Síndrome do X Frágil é responsável por 30% dos casos de incapacidade intelectual associada ao cromossoma X (Lima, Torgal & Gouveia, 2012).

Os estudos aqui apresentados são apenas uma ínfima parte daquilo que tem vindo a ser desenvolvido nesta área. Contudo, apesar de ter vindo a ser detetada uma grande variedade de anomalias genéticas em indivíduos com PEA, a forma como essas anomalias afetam o desenvolvimento cerebral ainda é desconhecida. Os estudos em famílias e em gémeos confirmaram a transmissão genética da PEA: existe um risco de 60 a 90% de ambos estarem afetados em gémeos monozigóticos, por outro lado, em gémeos dizigóticos o risco é menor (5 a 10%) e para os irmãos é de 5% (Santos & Freitas, 2014). Já foram detetadas mutações, deleções e modificações em vários genes, mas o diagnóstico não é permitido devido à não existência de um gene ou grupo de genes claramente definidos (Santos & Freitas, 2014). Torna-se assim aceite que a PEA apresente uma hereditariedade poligénica complexa, responsável pela suscetibilidade para a doença. Sobre esta base ocorre também a ação do ambiente, que poderá ser benéfica ou prejudicial (Lima & Levy, 2012). Segundo Lima e Levy (2012), existem diferentes abordagens possíveis para averiguar a probabilidade da perturbação ser

provocada por fatores de risco genéticos, ambientais ou ambos, quando a causa da mesma não é conhecida.

São muitas as evidências de que a PEA é do foro neurodesenvolvimental e que se inicia na vida perinatal, dentro do útero ou precocemente na vida pós-natal, contudo, a contribuição ambiental para esta perturbação tem sido muito discutida, devido ao facto da associação desfavorável com fatores pré e perinatais, ser uma especialidade de difícil avaliação pela existência de múltiplos fatores (Lima & Levy, 2012).

Recentemente surgiram novos contributos para a compreensão de base neurológica da PEA. A neuroimagem, a neuropatologia, a neurofisiologia e a neuroquímica têm unido esforços na procura de causas desta perturbação. Trevarthen e Aitken (1996, cit. por Marques, 2000), identificaram um vasto número de perturbações nas crianças com PEA que podem ser atribuídas a malformações no neocortex, gânglios basais e outras estruturas. Atualmente, considera-se evidente a existência de um defeito congénito no sistema nervoso central, que se manifesta nos aspetos sócio emocionais do comportamento. Este defeito pode produzir malformações no sistema sensorial e motor, assim como limitações linguísticas característicos da perturbação. Um estudo anátomo-patológico do tecido cerebral de um indivíduo de 29 anos, com PEA, desenvolvido por Kemper e Bauma (1994, cit. por Marques, 2000), revelou uma anatomia atípica em várias partes do cérebro. Este estudo refere a possível existência de um dano específico no sistema límbico e a existência de neurónios compactos e densos na amígdala e hipocampo das pessoas com PEA, salientando que estes neurónios são mais pequenos do que o habitual. Trevarthen (1996, cit. por Marques, 2000) refere que as conclusões dos estudos de dano cerebral nos autistas assentam na idade em que esta perturbação seria provocada por um desenvolvimento cerebral atípico, que se inicia desde o nascimento, mas que mostra os seus efeitos no comportamento durante a infância, especialmente quando a criança deveria iniciar o desenvolvimento da linguagem.

Por outro lado, as investigações neuro-químicas têm-se revelado pouco conclusivas até ao momento. No entanto, os estudos continuam no sentido de procurar novas explicações para a PEA. Um grande número das investigações bioquímicas relacionadas com a PEA tem-se desenvolvido em torno dos neurotransmissores. Estas substâncias são os mediadores bioquímicos relacionados com as contrações musculares e a atividade nervosa. O excesso ou défice de neurotransmissores podem originar alterações no comportamento (Marques, 2000). Uma das anomalias bioquímicas que há mais tempo é associada a esta perturbação é a serotonina,

substância que se produz no organismo durante a metabolização do triptofano que é necessária para o funcionamento ajustado do cérebro. Segundo Young (1982, cit. por Marques, 2000), a função desta substância encontra-se relacionada com a temperatura do corpo, medo, percepção sensorial, sono, atividade sexual, função motora, regulação endócrina, apetite, aprendizagem, memória e resposta imunológica. Contudo, a relação da serotonina e os sintomas da PEA ainda não foi clarificada, tanto a nível do líquido cefalorraquidiano, como do sangue (Marques, 2000). De facto, não se encontrou uma correlação consistente entre o nível de serotonina sanguíneo e os sintomas ou comportamentos autistas. Também certos peptídeos que atuam como neurotransmissores afetam a percepção do medo, as emoções, o apetite e o comportamento sexual. Alguns estudos detetaram a existência de peptídeos desajustados na urina dos indivíduos com PEA. Julga-se que estes podem advir de uma incapacidade para desdobrar certas proteínas em aminoácidos. Assim sendo, alguns pais/mães retiraram da dieta dos seus filhos alimentos ricos nestes elementos, evidenciando-se mudanças comportamentais, mas os resultados ainda não são conclusivos (Marques, 2000).

Surgem também algumas explicações centradas em estudos imunológicos. Alguns autores (Chess, Korn, & Fernandez, 1971; Gillberg, 1989, cit. por Marques, 2000), recolheram evidências convincentes de que a sintomatologia autista pode resultar de uma infeção viral por rubéola intrauterina. Doenças como a rubéola gravídica têm sido identificadas como fator patogénico em cerca de 5 a 10 % dos casos de PEA. Segundo outros autores (Gillberg, 1989; Stubbs, Ash & Williams, 1984, cit. por Marques, 2000), a infeção pós-natal por herpes também parece produzir quadros típicos de PEA. Nos indivíduos com PEA e as suas famílias, têm sido patenteadas alterações em certos genes que estão envolvidos na regulação imunitária e anomalias na resposta sistémica e imunitária, sendo também detetadas perturbações no sistema autoimune materno durante a gravidez. Embora não se compreenda como é que estes distúrbios afetam o neuro-desenvolvimento e a patogenia nas PEA, estas estão associadas a uma maior gravidade dos sintomas autísticos (Santos & Freitas, 2014). Os estudos realizados sugerem a existência de uma depressão na função imunológica no mecanismo de autoimunização ou de falha no mecanismo de regulação imunológica na etiologia da PEA. Porém, segundo estes autores, estas relações não são evidentes, sendo necessária a realização de estudos mais claros.

Podemos encontrar também estudos que se centram em fatores pré, peri e pós-natais. Segundo Tsai (1989, cit. por Marques, 2000), alguns estudos têm vindo a

demonstrar que estes fatores podem estar relacionados com a PEA: hemorragia, uso de medicação, alterações no líquido amniótico e gravidez tardia, surgem associados aos períodos pré, peri e pós-natal de mães com filhos com PEA. A falta de certezas sugere que podem ser vários os problemas obstétricos ou ocorridos após o parto associados à PEA.

Cohen e Bolton (1993, cit. por Marques, 2000) propuseram um modelo que designaram de “Modelo de Patamar Comum” (Figura 1) com objetivo de dar resposta a todas estas dúvidas. Segundo os mesmos, existem várias causas que poderão estar por detrás das áreas cerebrais afetadas, que seriam as áreas responsáveis pelo desenvolvimento da comunicação, do funcionamento social e do jogo. Consideram, igualmente, que pode existir uma associação com a incapacidade intelectual, uma vez que as condições médicas também tornam disruptivos os sistemas cerebrais necessários ao desenvolvimento intelectual normativo.

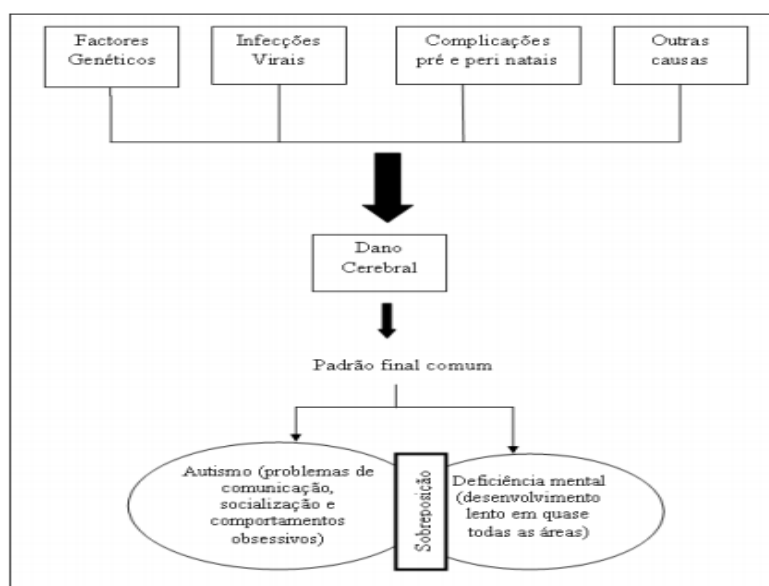


Figura 1. Modelo de Patamar Comum. Retirada de “*Perturbações do Espectro do Autismo – Ensaio de uma Intervenção Construtivista Desenvolvimentista com Mães*” de E. Marques, 2000, p.33.

No que se refere às teorias psicológicas podemos afirmar que embora a PEA seja definida em termos comportamentais, hoje, é também aceite existirem, associados a esta perturbação, défices cognitivos. O conhecimento e compreensão dos processos cognitivos são necessários para um melhor entendimento do funcionamento e

desenvolvimento destes indivíduos facilitando, deste modo, as estratégias de intervenção (Borges, 2000).

Os estudos sobre as características do funcionamento cognitivo na PAE iniciaram-se na década de 60 do século passado. Uma das primeiras teorias nesta área foi desenvolvida por Rimland (1964, cit. por Marques, 2000), defendendo que as crianças com esta perturbação falhavam na associação de estímulos recebidos com a memória resultante de experiências anteriores, teoria partilhada por De Long's (1992, cit. por Marques, 2000). As investigações de Hermelin e O'Conner (1970, cit. por Marques, 2000) identificaram o défice cognitivo básico inerente às alterações fundamentais na PEA. Estes autores sugeriam que as crianças autistas armazenavam as informações verbais de forma neutra, sem as analisar, atribuir significado ou reestruturar, ao contrário do que fariam os indivíduos sem perturbação. Estes estudos evidenciaram uma das deficiências mais importantes e específicas da PEA: a incapacidade de avaliar a ordem, a estrutura e de reutilizar a informação. Estes indivíduos são incapazes de extrair regras ou estruturas das suas experiências, tornando compreensível a sua dificuldade em realizar tarefas orientadas por leis complexas como a linguagem e as interações sociais (Happé, 1994, cit. por Marques, 2000). Segundo alguns autores (Leboyer, 1987; O'Conner, 1984; cit. por Marques, 2000), estes sujeitos não possuem uma "representação mental interior", fazendo com que não reconheçam um determinado dado se ele não for representado de uma forma idêntica à primeira vez que ele foi referido. Esta incapacidade traduz-se na dificuldade de generalização manifestada nas dificuldades de aprendizagem destas crianças. Também Rutter (1978, cit. por Marques, 2000) coloca a hipótese de que a perturbação central da PEA se deva a uma perturbação do desenvolvimento da linguagem, associada a um défice cognitivo específico. Embora inicialmente as anomalias linguísticas e cognitivas evidenciadas pelas crianças com PEA fossem entendidas como deficiências secundárias. Estudos de seguimento (DeMeyer et al., 1973; Rutter & Locker, 1967; cit. por Marques, 2000) permitiram concluir que havia uma perturbação mais central do que a inicialmente conhecida. Assim sendo, as anomalias sociais seriam devidas a falhas cognitivas e à incompreensão linguística. Esta hipótese estimulou a pesquisa de uma patologia encefálica, mais concretamente de uma anomalia das funções linguísticas que incluem um défice da comunicação verbal e não-verbal: atraso de linguagem, linguagem anómala ou idiossincrática, monótona, sem ritmo e entoação, sem transmissão de qualquer emoção. No seguimento desta hipótese, Trevarthen (1996, cit. por Marques, 2000) defende que a patologia linguística pode ser atribuída a uma disfunção dos dois

hemisférios, do corpo caloso ou do tronco cerebral (responsável pela integração motora de componentes afetivas e de proposição da linguagem).

A origem dos sintomas das PEA tem desencadeado interesse de clínicos e pesquisadores, levando ao desenvolvimento de teorias que conseguem explicar os estilos cognitivos, as características de comunicação e de socialização, bem como a tendência para atividades e interesses repetitivos, de forma incompleta (Santos & Freitas, 2014). Segundo Santos e Freitas (2014), a dificuldade de uma única teoria em integrar uma explicação única, aceite por todos e integradora dos dados da investigação, é refletida na existência de várias propostas como temos vindo a apresentar.

Uma outra explicação refere-se à “Teoria da Mente” que surge através de Uta Frith, Alan Leslie e Simon Baron-Cohen, em 1985, sugerindo que a tríade de incapacidades comportamentais da PEA resultaria de um impedimento da competência humana fundamental de “ler a mente dos outros”. Para apresentarem esta teoria, recorreram à definição de Premack e Woodruff (1978, cit. por Marques, 2000) que incluiu a inability de atribuir estados mentais autónomos a si próprio e aos outros, de modo a antecipar e explicar ações. Esta teoria procurou identificar os principais défices responsáveis pelas dificuldades sociais, como falha no mecanismo mental de metacognição, aquele que coordena o “pensar acerca do pensamento”. A teoria da mente traduz-se então na capacidade que o indivíduo possui de compreender os estados mentais dos outros, incluindo pensamentos, desejos e crenças, permitindo a compreensão e predição do comportamento dos outros. Aplicada à PEA, esta teoria sugere que as pessoas afetadas por esta perturbação falham ou se atrasam no desenvolvimento de competências sociais comunicativas e imaginativas (Happé, 1994, cit. por Marques, 2000).

Frith (1989, cit. por Marques, 2000) defende que esta limitação contribui para a tríade de incapacidades nas áreas da socialização, comunicação e imaginação. Esta teoria sugere apenas os comportamentos sociais que requerem mentalização (contar piadas ou guardar segredos) encontram-se comprometidos, enquanto os sociais, que se baseiam no comportamento observável (reconhecimento de felicidade), não se encontram afetados. A linguagem quando é usada como um código, não apresenta défices fundamentais, no entanto, quando é usada para traduzir pensamentos, ou para ser compreendida como a expressão ou um significado, nos indivíduos com PEA poderá apresentar dificuldades específicas. De acordo com alguns autores (Happé, 1994; Tager-Fluesber, 1993; cit. por Marques, 2000), serão estas as incapacidades

comunicativas que se encontram na maioria destes indivíduos. Attwood, Frith e Hermelin (1988, cit. por Marques, 2000) observaram que estas crianças descritas habitualmente como não compreendendo gestos, apenas não o faziam relativamente aos que implicavam e refletissem estados mentais (expressões de consolo ou de embaraço), mas usavam e compreendiam os que implicassem comportamentos (sinal de vem cá, vai-te embora, está quieto). Estas crianças eram ainda incapazes de usar e compreender o apontar para obter o objeto desejado (Baron-Cohen, 1989, cit. por Marques, 2000).

Baron-Cohen e Leslie (1985) desenvolveram esta teoria que provou que as crianças com PEA tinham um atraso no desenvolvimento de uma teoria da mente, ou seja, a capacidade de atribuírem e de identificarem pensamentos, sentimentos e intenções nos outros, de forma a poderem compreender e prever o seu comportamento. Segundo Santos e Freitas (2014), a aquisição desta capacidade conjetura a revelação no comportamento da criança de aptidões como a atenção conjunta, brincar ao faz-de-conta ou detetar que está a ser enganado pelo outro e conseguir enganar também. Esta teoria é relevante e explicativa de défices sociais.

Alguns aspetos ficam por esclarecer e abrem caminho para o aparecimento de novas teorias psicológicas explicativas. Estes podem agrupar-se da seguinte forma: aqueles que defendem que o insucesso do teste da teoria da mente não reflete uma falha na mentalização, mas sim outro tipo de incapacidade, uma vez que esta tarefa envolve outro tipo de competências psicológicas (linguagem, memória) e que a incapacidade de uma destas áreas pode levar ao insucesso nessa tarefa, sem que seja uma indicação clara de que existe um défice de mentalização; outros aceitam que o insucesso na tarefa reflete uma ausência de mentalização, mas negam que esta é a incapacidade principal e base de todas as limitações presentes nos indivíduos com PEA (Marques, 2000).

A complexidade do diagnóstico e as incertezas que ainda existem sobre as causas e as dificuldades principais, a forma de prever e controlar o comportamento destas crianças, assim como a diversidade de sujeitos com o mesmo diagnóstico, torna hoje o papel dos educadores e pais/mães numa função com dificuldades únicas e complexas ao nível da intervenção.

Nos anos setenta, o autismo era considerado uma doença emocional e, por isso mesmo, ao nível da intervenção, as crianças eram colocadas em turmas constituídas por crianças com distúrbios emocionais (Schopler et al., 2004). Segundo os autores, esta prática educativa era baseada na teoria de Freud que sugeria que a principal

solução para a criança com problemas emocionais consistia em retirá-la da pressão emocional exercida pelos outros dando às crianças o máximo de liberdade possível. Muito frequentemente esta prática produzia um ambiente de aprendizagem caótico (Schopler et al., 2004).

Garcia e Rodriguez (1997) referem que com o aparecimento de métodos baseados em técnicas de modificação de comportamento, a partir da década de setenta, a educação converteu-se na melhor forma de tratamento e foi reconhecida como o melhor método de melhorar a qualidade de vida destas crianças e de as aproximar do mundo das outras pessoas. Segundo os autores, os objetivos fundamentais da educação devem passar pela identificação das principais áreas de desenvolvimento que não tenham sido reconhecidas ou que tenham sido simplesmente distorcidas e elaboração posterior de planos de intervenção incluindo estratégias e ações necessárias para compensar as oportunidades perdidas. A melhor abordagem para minimizar as várias dificuldades associadas à PEA continua a ser a educação. Educação essa que é um direito inerente à criança, assumindo também um papel central na correção dos efeitos da PEA e na melhoria de qualidade de vida nas pessoas com esta perturbação.

Sendo a PEA uma condição de longa duração e não se conhecendo, até à altura, casos de cura, é possível apreciar melhorias consideráveis com o decorrer do tempo, especialmente se existir uma educação apropriada (Jordan, 2000). Devido aos problemas orgânicos que caracterizam a PEA, não se pode definir a cura como o objetivo da educação ou dos esforços terapêuticos. O papel do professor, técnicos e pais/mães de crianças com PEA deve ser o de intérprete: alguém que conhece as duas “culturas” e tem a capacidade de traduzir as expectativas e as regras de um ambiente não autista para as de uma pessoa com PEA, a fim de que a mesma possa funcionar mais facilmente nesse ambiente e com mais sucesso (Schopler et al., 2004).

Na intervenção na área da comunicação, deve-se fazer com que a criança seja capaz de compreender aquilo que lhe é pedido. Para facilitar a compreensão pode-se recorrer a gestos treinados, palavras e frases curtas. Quando a criança prevê o que se vai passar, a interação com ela irá ser facilitada. O atraso da linguagem no caso não é compensado com a comunicação gestual, ao contrário do que se passa com as crianças surdas ou com as que sofrem de perturbações específicas da linguagem (Oliveira, 2006). Para fazer face a estes défices na comunicação, a utilização de métodos alternativos de comunicação tem apresentado ótimos resultados em crianças sem linguagem verbal, pois não impede nem atrasa o aparecimento da fala e, pelo contrário,

incentiva o seu aparecimento (Garcia & Rodriguez, 1997). Schopler e colaboradores (2004) referem que devido às fortes aptidões perceptivo-visuais dos indivíduos com PEA, sistemas de comunicação com componentes visuais são, muitas vezes, mais significativos e efetivos do que a linguagem verbal. Jordan (2000) refere que a estratégia mais útil para a maioria das crianças com PEA, é a comunicação através de desenhos ou cartões escritos. Devido às dificuldades adicionais de linguagem ou de aprendizagem, muitas crianças com PEA nunca conseguirão falar. Para fazer face a essas dificuldades torna-se necessário o ensino de uma alternativa. Algumas famílias têm uma postura de renitência face à introdução de formas alternativas de comunicação, pensando que isso vai impedir o desenvolvimento da linguagem. Contudo, existem evidências de que as crianças autistas não-verbais começaram a falar com a introdução de sistemas alternativos de comunicação.

Frost e Bondy (1994, cit. por Schopler et al., 2004), reportaram que 44 de 66 crianças em idade pré-escolar, que começaram a utilizar o *Picture Exchange Communication System* (PECS) durante um ano, começaram a falar independentemente, tendo outras 14 desenvolvido alguma linguagem. Yoder e Layton (1998, cit. por Schopler et al., 2004) descreveram uma experiência onde compararam várias combinações de instruções e sinais (instruções verbais, sinais, instruções verbais e sinais em simultâneo, alteração de instruções e sinais) com 60 crianças autistas com competências verbais mínimas. No caso das crianças com fracas capacidades de imitação verbal, verificaram que o método menos eficiente era quando produziam as instruções verbais de forma isolada. Lord (2000, cit. por Schopler et al., 2004), num estudo realizado com crianças com diagnóstico autista, concluíram não haver evidências de que métodos alternativos de comunicação atrasassem o progresso de aquisição de linguagem, desde que as pessoas à sua volta continuassem a utilizar a linguagem verbal.

Na educação de crianças com PEA é necessário ensinar todos os meios ao seu alcance para comunicar. Devemos encarar todas as formas de comunicação não esquecendo as primárias, sejam expressões faciais ou gestos. Os próprios professores, técnicos e pais/mães devem refletir sobre a sua própria linguagem de forma a fomentar nas crianças as capacidades de linguagem e comunicação. Nalguns casos, será necessário recorrer a um sistema alternativo de comunicação e a escolha do melhor sistema deverá depender dos pontos fortes da criança e das características do meio envolvente (Jordan, 2000).

As estratégias de educação e a intervenção ao nível da comunicação são então fundamentais nesta perturbação, como pudemos verificar nos parágrafos anteriores. Segue-se uma sistematização de alguns modelos de intervenção neste âmbito que, segundo Jordan (2000), são cruciais para que ser portador desta perturbação, não seja tão incapacitante. O autor acrescenta que é necessária uma intervenção adequada, quer por parte da família, quer por parte da escola (e outros contextos de vida), procurando dar resposta às áreas afetadas, minimizando os défices e maximizando as competências existentes. Como cada caso é um caso, as diferentes abordagens devem ser adaptadas a cada situação. Serão apresentados em seguida cinco modelos de intervenção educacional nas PEA, finalizando-se este ponto sobre a intervenção, fazendo ainda uma breve referência à legislação sobre o apoio prestado a estas crianças.

Começamos por abordar o sistema de comunicação através da troca de figuras, intervenção mais conhecida por *Picture Exchange Communication System* (PECS), onde a comunicação é feita através da troca de símbolos, tal como o nome indica. Segundo Farrel (2008), para que a criança selecione um item ou uma atividade que deseja, esta faz a troca de um símbolo ou de uma figura que a represente. No início, de acordo com o autor, é importante que não haja impedimento das tentativas de comunicação da criança podendo antecipar-se à comunicação, sendo necessário que a mesma entregue a figura e transmita aquilo que quer. Posteriormente, numa fase seguinte, a criança é ensinada a criar frases e utilizar as figuras para fazer comentários (Farrel, 2008). É um método utilizado com crianças que não comunicam, ou que o fazem com muito pouca frequência, tendo como objetivo ajudá-las a perceber que através da comunicação podem conseguir rapidamente o que querem, estimulando-as a comunicar (Mello, 2005). Segundo o autor, este sistema é proveniente dos Estados Unidos da América e é constituído por 3200 símbolos, que são de fácil reprodução e adaptação. Está traduzido em dez línguas, incluindo o Português. São símbolos bastante simples, organizados em seis categorias que são diferenciadas através da cor: social (cor de rosa), substantivos (cor de laranja), adjetivos e advérbios (azul), pessoas (amarelo), ações (verde), artigos e preposições (branco).

Relativamente à análise comportamental aplicada (ABA), segundo modelo que iremos apresentar, podemos referir que é uma abordagem que consiste na modificação de comportamentos desajustados, através do treino de comportamentos previamente estabelecidos pelos terapeutas intervenientes (Tavares & Alarcão, 2002). Baseada no neobehaviorismo de Skinner, que considera a aprendizagem como uma forma de

condicionamento, de acordo com os autores, implica a utilização do condicionamento operante ou instrumental, incluindo a noção de reforço, ou seja, uma situação em que a relação entre o estímulo e a reação é fortalecida de tal maneira que aumenta as possibilidades para que posteriormente uma determinada reação seja associada a esse estímulo. Isto acontece sempre que uma resposta é recompensada. A recompensa entusiasma e reforça, funcionando ela própria como um estímulo, aumentando as probabilidades de sucesso (Tavares & Alarcão, 2002). A intervenção ABA significa, assim, análise aplicada do comportamento e consiste na aplicação de métodos de análise comportamental com o objetivo de modificar comportamentos. Segundo Mello (2005) a atividade é ensinada, individualmente e associada a uma indicação ou instrução. De acordo com o autor, a resposta adequada da criança tem como consequência a ocorrência de algo agradável para ela, ou seja, uma recompensa. O mesmo acrescenta que se a recompensa é utilizada de forma consciente, a criança tende a repetir a mesma resposta (as birras não são recompensadas, logo a tendência é serem menos frequentes). Todos os comportamentos são registados e analisados, com o objetivo de detetar quais são os acontecimentos que funcionam como reforço ou recompensa (Mello, 2005). Para Filipe (2012) este método de intervenção consiste em imitar comportamentos socialmente adequados, diminuindo os comportamentos inadequados, melhorando a qualidade de vida das pessoas com PEA e das suas famílias, pois a esta abordagem comportamental está implícito o treino de competências sociais, de alimentação e de higiene, bem como no controlo de comportamentos violentos.

No que respeita ao terceiro modelo, o Desenvolvimento, Diferenciações Individuais e Relação (DIR) – Modelo *Floortime*, esta é uma proposta baseada no desenvolvimento, nas diferenciações individuais e na relação, como o seu próprio nome indica (Bandeira de Lima, 2012). Segundo os autores, tem sido explorado pelo *Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders*. Este modelo associa a abordagem *Floortime* (intervenção que tem como objetivo envolver a criança numa relação afetiva e de confiança, através de atividades de jogo que promovem a relação, a interação social e emocional), que implica o envolvimento e participação da família, com diferentes especialidades terapêuticas. Implica ainda a articulação e a sua integração nas estruturas educacionais (Bandeira de Lima, 2012). Segundo os autores, trata-se de uma metodologia interativa, não dirigida, com sessões em que os adultos vão para o chão para poder interagir com a criança, ao nível dos seus olhos, tendo como objetivo principal a interação social. Os princípios subjacentes assentam no seguinte:

seguir a atividade da criança, entrando na mesma e apoiando as suas intenções, levando ainda a criança a envolver-se e a interagir connosco, através da expressão afetiva; abrir e fechar ciclos de comunicação, alargando a gama de experiências interativas da criança através do jogo, adaptando as intervenções às diferenças individuais, procurando ainda desenvolver em simultâneo a atenção, envolvimento, reciprocidade, comunicação, utilização de sequências de ideias e pensamento lógico emocional (Bandeira de Lima, 2012).

O Programa *Son-rise*, quarta proposta que vamos apresentar, iniciou-se nos anos 70, quando o casal Barry e Kaufman, fundadores deste programa, ouviram os especialistas dizer que o caso do seu filho, com “autismo severo” não tinha recuperação (Tolezani, 2010). Segundo o autor, após um trabalho intensivo de experimentação criativa e amorosa, este casal, conseguiu “recuperar” o filho que se encontrava em isolamento total. O autor acrescenta que esta intervenção consiste num método implementado pelas famílias, onde os pais/mães são colocados na posição de professores/terapeutas, sendo estes responsáveis pelos programas implementados, utilizando a casa como o ambiente mais propício para ajudar as crianças nas aprendizagens. De acordo com Tolezani (2010), o Programa *Son-rise* permite uma abordagem educacional prática e abrangente para inspirar as crianças, adolescentes e adultos com PEA a participarem ativamente em interações divertidas, espontâneas e dinâmicas com os pais/mães, outros adultos e crianças. Assim, uma criança que possa usufruir deste programa torna-se mais recetiva e motivada para aprender novas habilidades e informações (Tolezani, 2010). De acordo com o autor, sendo este programa centrado na criança com PEA, o tratamento tem início na procura de uma compreensão e apreciação da criança, da forma como se comporta, interage e comunica, bem como, os seus interesses.

Por fim, temos o Ensino Estruturado – TEACCH, uma metodologia que tem sido utilizada em muitos países na educação de crianças com PEA e com distúrbios relacionados com a comunicação (Bandeira de Lima, 2012). De acordo com o autor, em Portugal, o ensino estruturado é aplicado pelo modelo TEACCH, desde 1996, como resposta educativa para os alunos com esta perturbação. O sistema TEACCH foi criado na década de 70 por Eric Shopler e seus colaboradores, nos Estados Unidos. Tinha por objetivo, uma intervenção a partir da co-terapia entre pais/mães e terapeutas, de forma a compilar informações e recursos necessários para o desenvolvimento e a implementação de programas de tratamento psicoeducacional individualizado, para crianças com PEA (Bandeira de Lima, 2012). Segundo Carvalho e Onofre (2006) este

modelo consiste num sistema de organização do espaço, do tempo, dos materiais e das atividades, de forma a facilitar os processos de aprendizagem e da autonomia das crianças e a diminuir a ocorrência de problemas de comportamento. É um sistema flexível na medida em que, permite ao técnico estabelecer as estratégias mais adequadas de forma a responder às necessidades de cada criança. No que respeita à opinião de Farrel (2008), o ensino estruturado tem como objetivo primordial, aumentar a independência e controlar os comportamentos, tendo em conta as habilidades cognitivas, necessidades e interesses das pessoas com perturbações, adaptando o ambiente de acordo com isso mesmo. Este ensino é organizado de acordo com uma estrutura física, horários diários, sistemas de trabalho e estrutura e informações visuais. Segundo o autor, a estrutura física deve ser organizada de forma visivelmente clara, com áreas bem definidas, permitindo que a criança obtenha informação e se organize o mais autonomamente possível, sendo essencial para garantir a estabilidade e fomentar aprendizagens.

Segundo a Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular, DGIDC (2008a), o espaço existente e as necessidades dos alunos estão na base da criação de áreas necessárias e específicas do Modelo TEACCH. Podemos verificar então sete áreas distintas, tais como: área de transição (espaço onde estão os horários individuais que irão orientar as atividades diárias de cada aluno); área de reunião (desenvolvem-se atividades que promovem a comunicação e a interação); área de aprender (espaço de ensino individualizado, onde se desenvolve a atenção e a concentração, são trabalhadas novas competências e consolidadas as aprendizagens, bem como se recorre a estratégias demonstrativas, pistas visuais ou verbais e reforço positivo, sendo ainda realizadas atividades que vão ao encontro do interesse dos alunos); área de trabalhar (local onde se desenvolve trabalho individual e autónomo, onde a criança realiza as atividades que consegue fazer sozinha); área de brincar (local onde a criança faz o que quer, sem interferência do adulto, considerando-se um espaço de pausa e relaxamento); área do computador (trabalho no computador com ou sem ajuda); e área de trabalhar em grupo (desenvolvem-se trabalhos em conjunto, dando primazia às atividades de expressão como a plástica e a música). Segundo a DGIDC (2008a), existe ainda uma planificação que é estruturada e visível através de horários de atividades e planos de trabalho que oferecem à criança informação clara do que vai acontecer durante o dia. Assim pode fazer-se uma organização do tempo que proporciona um ambiente calmo e previsível. Consegue-se assim também, compensar as dificuldades que se manifestam na sequencialização e na organização, diminuindo os

comportamentos disruptivos, aumentando a motivação e melhorando a capacidade de aceitar alterações da rotina (DGIDC, 2008a).

Existem outras terapias que são aplicadas de forma isolada, mas que também devem ser contempladas, nomeadamente o apoio psicopedagógico, apoio psicológico, terapia da fala, terapia ocupacional, integração sensorial, hipoterapia, musicoterapia (como veremos com mais pormenor no capítulo seguinte), hidroterapia, entre muitas outras (Bandeira de Lima, 2012).

Independentemente do tipo de intervenção, é fundamental refletir sobre a importância da legislação no enquadramento das estratégias de apoio a estas crianças, nomeadamente em contexto escolar.

A PEA não se encontrava contemplada na legislação do sistema educativo português, de forma explícita, até há pouco tempo. Recentemente com o Decreto-Lei nº3/2008, de 7 de janeiro, esta perturbação tem um quadro legal próprio. Segundo a DGIDC (2008b), e tendo em consideração o Decreto-Lei nº3/2008, de 7 de janeiro, o sistema educativo português dá resposta aos alunos com PEA, através das Unidades de Ensino Estruturado para a educação dos alunos com essa perturbação. As Unidades de Ensino Estruturado caracterizam-se por serem uma resposta educativa especializada, desenvolvida nas escolas ou agrupamentos de escolas que possuam grupos de alunos que manifestam perturbações enquadráveis nesta problemática. De acordo com a mesma fonte, e também contemplada no Decreto-Lei nº3/2008, de 7 de janeiro, surge a indicação de que a organização de respostas educativas para alunos com PEA deve ser determinada pelo grau de severidade, nível de desenvolvimento cognitivo, linguístico e social, nível de ensino e idade dos alunos. Posto isto, a legislação supracitada define, no Artigo 25º, o funcionamento das Unidades de Ensino Estruturado para a educação dos alunos com PEA. No ponto três do referenciado artigo são estipulados os objetivos das mesmas e no ponto seis são realçadas as competências das escolas ou agrupamentos de escolas com estas unidades. Estas unidades devem integrar docentes especializados em educação especial, tendo a responsabilidade de introduzir as modificações necessárias no espaço físico, bem como apetrechar com mobiliário e equipamentos adequados às necessidades específicas desta população (DGIDC, 2008b).

O avanço na legislação foi de extrema importância, permitindo às crianças com Necessidades Educativas Especiais (NEE) o acesso às mesmas oportunidades que as restantes crianças com as devidas adaptações em função das suas dificuldades e

capacidades. Este avanço no sentido de uma educação cada vez mais inclusiva foi fundamental, permitindo que estas crianças não sejam hoje excluídas.

CAPÍTULO II – A MÚSICA E AS SUAS PROPRIEDADES TERAPÊUTICAS

1. INTRODUÇÃO

De acordo com Rodrigo (2008) a música tem uma forte influência no comportamento do Homem, influência esta conhecida desde a antiguidade, sendo reflexão nas obras de vários filósofos gregos. Aristóteles e Platão consideravam que a música provoca reações nas pessoas e que os guerreiros deveriam ouvir uma determinada escala para que ficassem mais agressivos e corajosos, defendendo ainda, que o uso racional da música ajudava a prevenir e curar enfermidades. O mesmo autor refere ainda que a utilização da música como elemento produtor de mudança nas pessoas nos transporta ao antigo Egito, onde em 1500 a.C., os papiros recomendavam o uso da música para a cura da infertilidade das mulheres. Já na China antiga, atribuíam virtudes terapêuticas a uma série de notas musicais relacionadas com órgãos específicos do corpo. Cardoso (2010) afirma que os papiros egípcios, relacionavam a música à fertilidade feminina, pois dava o poder de aumentar ou diminuir a fertilidade consoante o encantamento que proporcionasse. Podem ainda encontrar-se referências nos textos da Bíblia que falam sobre David, que tocava a sua “majestosa” harpa para o Rei Saul, atribuindo à música um papel tranquilizante, relaxante e terapêutico.

Vários pensadores seguiram esta linha de raciocínio ao longo da história, atribuindo à música outros benefícios para além do seu caráter religioso e de entretenimento. Sousa (2005) refere, no entanto, que a música como método terapêutico só começou a ser utilizada após a 2ª Guerra Mundial, nos Estados Unidos da América, com experiências realizadas com os veteranos, evidenciando melhorias significativas relativamente a traumas físicos e psíquicos. A descoberta de uma disciplina que utilizava o som para fins terapêuticos e profiláticos foi algo fascinante na altura, concluindo-se que era necessário mais pesquisa e profissionalização. Sendo a musicoterapia conhecida desde meados do século XX, foi criado, em 1944, na Universidade de Michigan, o primeiro curso universitário de musicoterapia, destinado à formação de musicoterapeutas sendo utilizada como terapia medicinal. O primeiro tratado sobre a influência da música na saúde, prevenção e tratamento, foi escrito por Marsílio Ficino, William Pargeter, Pierre Buchoz e Richard Browne.

Em 1950, Gaston, referiu que a música é a ciência ou a arte de reunir ou executar combinações inteligíveis de sons, de forma estruturada e organizada, com uma infinita variedade de expressão, dependendo da relação dos seus diversos componentes.

Terapia, através da música, tem a ver com o modo como esta pode ser utilizada para provocar mudanças nas pessoas que a executam ou apenas a escutam. Segundo Campos (2006), é no século XIX que a música começa a ser observada em laboratórios.

No entanto, com a prevalência dos medicamentos químicos, a musicoterapia foi relegada para segundo plano até à década de 70, altura em que o seu valor terapêutico voltou a ser reconhecido. No ano de 1974, em Paris, realiza-se o I Congresso Mundial de Musicoterapia e, desde aí, têm-se realizado sucessivos congressos, em diversos países, com a presença de inúmeros profissionais, onde se discutem novas perspetivas, se modificam estratégias e implementam novas teorias definindo, assim, novos métodos. Após este acontecimento de suma importância, vários autores como Bárbara Wheeler e Rolando Benenzon, fundaram a “Associação de Musicoterapia”, destacando-se a Áustria como o país pioneiro a implementar o Programa Europeu de Musicoterapia. Em 1985, é criada a *World Federation of Music Therapy*, a única organização internacional dedicada ao desenvolvimento e promoção da musicoterapia em todo o mundo, em que a música foi considerada como a harmonia e o ritmo da vida, variando de acordo com a cultura e o contexto social.

Leite (2008) refere que a Musicoterapia surge em Portugal em 1960, começando a ser utilizada na psiquiatria com doentes profundos e, posteriormente, por pessoas com formação em educação musical que trabalhavam com crianças com deficiência/incapacidade física ou com PEA.

2. A MÚSICA E A SAÚDE

Denominada como um fenómeno natural de carácter intuitivo próprio do ser humano, a música é de tal forma natural para o ser humano que parece ser impossível determinar o seu início, sendo assim considerada de origem divina. A imagem auditiva do que nos rodeia é para nós, humanos, o som produzido pela natureza, sendo este o ponto de contacto com a realidade (Ferreira, 2012).

Segundo Benenzon (1985), a música é um novo campo de atuação profissional que está a ajudar muitas pessoas. A relação som-humano, é tão antiga quanto a humanidade, de tal forma que os antigos povos lhe atribuíram o poder da cura, da diversão, servindo de meio de comunicação em diversas áreas (religião, medicina e sociedade). Tovar (2013) acrescenta que até hoje a música é uma necessidade de todas as culturas, nas quais tem estado presente de uma forma ou de outra. Atente-se à posição de Arten, Zancheta e Louro (2007) ao afirmar que “a música está presente em

todas as culturas e pode ser utilizada como fator determinante nos desenvolvimentos motor, linguístico e afetivo de todos os indivíduos” (p. 18).

Segundo Benezon (1985, p.57), um dos prazeres da música é o de permitir uma experiência de grupo. Conduzindo ao alívio do medo e da solidão. A música consegue acalmar e provocar reações dependendo de pessoa para pessoa,

inspira coragem, nos hinos, nos cantos guerreiros das tribos primitivas. A mitologia e os textos religiosos também fazem referência a estas relações. O mito disse que Orfeu com a sua lira dominava as feras e as feras representavam simbolicamente os objetos maus sobre os quais são projetados os nossos impulsos destrutivos-agressivos (Benezon, 1985, p.57).

O autor continua afirmando que, quando comparamos a música com outras artes, verificamos que esta tem um poder particular de atuação sobre o indivíduo devido à sua excecional força biológica. Por ser uma forma de comportamento humano, a música exerce uma influência única e poderosa sobre o Homem, qualquer que seja o seu propósito. A música relaciona-se com o ser humano, pois nasce da sua mente, das suas emoções, conferindo-lhe o poder magnético de atingi-lo, levando-o ao conhecimento de si mesmo.

Ferreira (2012) defende que a música é considerada uma arte, uma vez que consegue satisfazer o instinto criador da criança, desenvolvendo também a capacidade de apreciar o belo, enriquecendo a vida. Ao brincar com sons e ritmos a criança começa a experimentar e a criar, sendo isto necessário para que esta cresça com uma personalidade própria, expressando-se de forma individual, rica e criativa.

Britto (2006), por sua vez, sustenta que “a influência da música vai muito além de acalmar ou agitar os bebês e crianças, pois são necessários estímulos para colocar essa inteligência em prática, aumentando as conexões entre os neurónios, tornando mais brilhante o ser humano” (p. 35).

Segundo Benenzon (1985) a função educativa da música amplia-se para dar lugar à função terapêutica, dependendo dela, em parte, o encaminhamento do indivíduo no sentido da sua recuperação. A música tem como principal papel, atuar como técnica psicológica e como objetivo terapêutico, em ordem a obter a modificação de problemas emocionais, das atitudes, da dinâmica psíquica e da energia. O uso do corpo como instrumento de movimento e percussão é extremamente importante na aplicação da terapia à deficiência/incapacidade intelectual, caracterizada frequentemente pela rigidez

de movimentos. Com a música podemos remover essa rigidez facilitando a capacidade de improviso, não devendo por isso os exercícios ter estruturas rígidas.

Por seu turno, Barcellos (1992) constata que a música sempre exerceu impacto e influência no ser humano em termos biológicos, fisiológicos, psicológicos, intelectuais, sociais e espirituais. Esta tem vindo a ser utilizada como elemento terapêutico há trinta mil anos, mas a musicoterapia como profissão, exigindo um corpo de conhecimento reunido e suficientemente organizado para formar uma “disciplina”, apenas se concretizou há pouco mais de trinta anos.

Peters (2000), sustenta que as componentes físicas da música, da sua utilização e das reações que provocou, juntamente com os significados e usos culturais, ajudam a compreender alguns dos processos que servem de suporte à sua utilização desta como terapia, bem como a sua influência no comportamento humano.

2.1. O potencial terapêutico da música e os cinco modelos de trabalho

Kolevzon (2006) sustenta que, como fenómeno estético, a atividade musical é uma experiência individual ou coletiva que mistura na sua realização, o corpo, a mente e o espírito. Participar numa experiência musical provoca uma série de processos neurofisiológicos e psicológicos identificáveis, desenvolvendo atitudes motoras, perceptivas e cognitivas que ativam processos afetivos e de socialização. A qualidade integradora da experiência musical e o seu carácter espontâneo fazem com que aconteçam simultaneamente diferentes processos de perceção e execução que misturam experiências sensoriais, motoras, cognitivas e sociais. Acrescenta ainda que a música não é naturalmente terapêutica, quem lhe confere o potencial terapêutico são os musicoterapeutas com a aplicação profissional e sistemática das diversas possibilidades que a música oferece. O musicoterapeuta é um especialista em música que conhece e adequa o seu trabalho aos pacientes a quem este se dirige. Para que uma atividade musical se enquadre dentro da metodologia de trabalho da musicoterapia, e adquira um estatuto de experiência musical terapêutica, deve estabelecer uma série de passos metodológicos dentro de um enquadramento ou contexto de trabalho musicoterapêutico. Este deve contemplar a “atitude terapêutica” do musicoterapeuta no seu trabalho, no encontro entre a música do paciente, a música do musicoterapeuta e a música de ambos, numa experiência musical partilhada. Em musicoterapia, a música é utilizada para trabalhar objetivos não musicais através do paciente, dentro de

um plano de trabalho sistemático e organizado que implica a utilização de métodos e técnicas específicas de trabalho e avaliação.

Naturalmente, a música, em si mesma, não é terapêutica. Quem faz com que a música possa ter um potencial terapêutico são os musicoterapeutas com a aplicação profissional e sistemática das diversas possibilidades e experiências que a música oferece: o musicoterapeuta é um especialista que “entende”, “pensa” e “fala” em música. Ou seja, conhece profundamente a estrutura do material com que trabalha, adequando-o às características patológicas dos pacientes a quem é dirigido o seu trabalho. (Kolevzon, 2006, p. 407)

Na atualidade, os modelos e técnicas que se conhecem e utilizam relacionam-se com as diferentes orientações terapêuticas e educativas, vinculando-se grande parte da literatura aos paradigmas psicológicos: comportamental, cognitivo, psicanalítico e humanista-existencial. Neste sentido, é interessante destacar que, durante o IX Congresso Mundial de Musicoterapia, realizado em Washington, em novembro de 1999, reconheceram-se, pela primeira vez na história da musicoterapia, cinco modelos principais de trabalho utilizados internacionalmente: *Modelo Behaviorista*, *Modelo Analítico*, *Modelo Nordoff-Robbins*, *Modelo Guided Imagery and Music (GIM)* e *Modelo Benezon*. De acordo com Sabbatella (2003) estes modelos englobam uma série de métodos, técnicas, enfoques e estilos de trabalho que possuem uma fundamentação em que se entrelaçam teoria, prática e investigação.

Atente-se a uma breve alusão aos modelos, de acordo com Hazlett (2005).

O *Modelo Behaviorista* surgiu no final dos anos 60 e no início dos anos 70, quando Clifford Madsen, considerado o seu fundador, publica o livro “*Research in Music Behavior, Modifying Music Behavior in Classroom*”. De acordo com este modelo, a música, é um operador condicionante que reforça o comportamento alterado. O impacto da experiência musical é observável e mensurável e é possível estabelecer uma relação de causa-efeito entre a música e o comportamento. A musicoterapia, neste modelo, deve usar a análise behaviorista e propor programas individuais de tratamento para responder às necessidades das pessoas a quem se destina.

Por outro lado, o *Modelo Analítico* nasce no princípio da década de 60 com o denominado *intertherapy-group*, cujo trabalho derivou no que se denominou de Musicoterapia Analítica. Mary Priestley, considerada a sua fundadora, publica em 1975, o livro “*Musicoterapia Analítica*”, nome que se deu ao uso analítico, informado e

simbólico da música improvisada pelo musicoterapeuta e pelo paciente; esta é usada como uma ferramenta criativa com a qual o paciente explora a sua própria vida, uma vez que o capacita com os meios para poder crescer e aumentar o seu autoconhecimento.

Entre os anos 1976-1977, constitui-se o *Modelo Nordoff Robbins*, conhecido também como “A Musicoterapia Criativa e de Improvisação”. Consiste na improvisação musical que se instaura entre o paciente e o terapeuta, com diversos instrumentos musicais, ou canto, segundo as possibilidades do paciente, as suas condições neurológicas e, sobretudo, as suas funções vitais. A musicoterapia criativa é um acontecimento interpessoal que tem em conta não só o tipo de paciente tratado, mas também a personalidade do terapeuta.

O *Modelo GIM* surgiu no início da década de 70. Em 1972, Helen Bonny funda o *Institute for Consciousness and Music*, onde começaram a formar-se musicoterapeutas para trabalhar com este modelo. O mesmo trabalha os seguintes aspetos: possibilidade de a música provocar tanto a sinestesia como “estados alterados de consciência” ou, como diz Bonny, citada por Hazlett (2005, p.25), “a utilização da música para alcançar níveis extraordinários da consciência humana”.

Por fim, o *Modelo Benezon* que começou a ser delineado na década de 60. É nesta década, no ano de 1965, que os médicos Rolando Benezon e Bernaldo de Quirós criam a Comissão de Estudos de Musicoterapia na República Argentina, que esteve na base da criação do curso de musicoterapia na Faculdade de Medicina de Buenos Aires que segue este modelo de intervenção.

3. A MUSICOTERAPIA

Segundo Bruscia (2007) definir terapia é tão difícil quanto descrever música; assim 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 visa 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.

Segundo Sousa (2010), por se tratar de um comportamento humano, a música exerce uma influência única, poderosa e benéfica sobre o Homem, 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.

Segundo Benenzon (1988), musicoterapia é uma especialização científica que consagra o estudo e a investigação do complexo som/ser, seja este som musical ou não. Inclina-se a 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. (Benenzon 1988, pp. 141-142)

Existem diferentes concepções de musicoterapia, segundo diversos autores. De acordo com Bruscia (1997) musicoterapia é um processo de intervenção sistemática, no qual o paciente 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. Segundo Lecourt (1986), o termo musicoterapia refere-se ao uso da música, do som, do ritmo, numa relação psicoterapeuta. Blasco (1999) menciona que as depressões, certos estados neuróticos, o alcoolismo e sobretudo a psicose e a PEA, reagem de modo particularmente interessante. Através da música conseguem expressar-se facilmente sentimentos de amor, ódio, tristeza, temor, alegria, desespero, terror, medo, angústia, entre muitos outros. Ruud (1990) refere que uma definição típica de musicoterapia parte de um ponto em que a mesma consiste numa profissão de tratamento onde o terapeuta usa a música como instrumento ou meio de expressão, a fim de iniciar alguma mudança, ou processo de crescimento, direcionados ao bem-estar pessoal, adaptação social, crescimento adicional ou outros itens. Segundo a *World Federation of Music Therapy – WFMT* (2011), musicoterapia é a utilização da música e dos seus elementos, num processo sistematizado de forma a simplificar e progredir na comunicação, no relacionamento, na aprendizagem, na mobilidade, na expressão e organização de processos psíquicos de um ou mais indivíduos, de forma a recuperar as suas funções (mentais, físicas ou emocionais), no desenvolvimento do seu potencial e na aquisição

de uma melhor qualidade de vida. Por sua vez, para a *National Association for Music Therapy (NAMT)*, 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 para provocar mudanças no comportamento. Já segundo Rodrigo (2008), 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 poder ajustar-se melhor e mais adequadamente à sociedade.

Blasco (1999) refere que a utilização da musicoterapia como método terapêutico já vem de longe na história da humanidade, encontrando-se registos da sua utilização em obras de filósofos gregos pré-socráticos. A música sempre exerceu impacto e influência no ser humano em termos biológicos, fisiológicos, psicológicos, intelectuais, sociais e espirituais, efeitos estes que se fazem sentir na pressão sanguínea, no ritmo cardíaco e pulso, na respiração, na resposta galvânica da pele e nas respostas motoras e musculares. A música ajuda a aumentar o nível de resistência à dor, incrementa a atividade muscular e pode ter efeitos relaxantes, produzindo também efeitos sociais. Bruscia (1997) defende que a musicoterapia é um processo de intervenção sistemático em que o cliente é ajudado pelo terapeuta a obter mais saúde, através de experiências musicais e das relações que se desenvolvem através delas como forças dinâmicas de mudança.

O objetivo primordial da musicoterapia, na perspetiva de Leite (2008), não é o saber música, mas o alívio do sofrimento psíquico através de produções no mundo dos sons. Não interessa que 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.

3.1. Efeitos da Musicoterapia

Os pioneiros da musicoterapia tentaram explicar ao longo dos tempos as qualidades terapêuticas da música sobre o organismo do ser humano. Unkefer (s.d., cit. por Ruud, 1990) afirma que alguns estudos básicos de pesquisa, que se relacionam de modo direto com o trabalho clínico, se têm centrado em demonstrar o tipo e a intensidade de mudanças fisiológicas no organismo humano, que podem manifestar-se

por mudanças nos estímulos musicais. Por sua vez, Rodrigo (2008) defende que a musicoterapia, pela sua qualidade não-verbal, tem acesso a todos os níveis de funcionamento humano, fisiológico e emocional, conseguindo modificá-los.

É conveniente dizer que estas variações dependem da inter-relação entre os diferentes elementos da música, sendo que o elemento mais próximo da emoção e da afetividade é a melodia. Por outro lado, 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. A altura parece estar relacionada com o estado de ânimo: quando os sons são graves atraem-se sentimentos de tristeza e quando são agudos invoca-se a alegria (Rodrigo, 2008).

Relativamente ao nível fisiológico, Slaughter (s.d., cit. por Rodrigo, 2008), afirma que a música pode aumentar o nível de resistência à dor, razão pela qual é 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 pôr de lado dificuldades de ordem física, mental ou social, atuando sobre o sistema nervoso central.

Já Rodrigo (2008) refere que ao nível psicológico, através da libertação emocional, a música provoca, desenvolve e cria fantasias libertando estados emocionais capazes de expressar sentimentos. Reforça a identidade, o autoconceito, promove a expressão verbal e favorece a imaginação, definindo-se como uma linguagem universal de sentimentos. Segundo o mesmo 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. Referindo-nos 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. Consegue desenvolver a capacidade artística e o gosto e estimula o gozo estético, incrementando o autodomínio e beneficiando a meditação e o relaxamento.

Fenómeno inquestionável no que se refere ao nível social, a música pode considerar-se 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. Constituindo um princípio socializante, desenvolvendo assim a comunicação, a música é um complemento fulcral no desenvolvimento integral do ser humano (Rodrigo, 2008).

Por fim, Rodrigo (2008) apresenta o nível espiritual, onde a música desempenha um papel relevante de caráter 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 Homem, uma vez que aparece em todas as liturgias, cultos e espiritualidades.

3.2. *Função do musicoterapeuta e metodologia utilizada*

Segundo Sousa (2005), a musicoterapia é uma atividade clínica que, para ser exercida de forma eticamente correta e com qualidade, exige formação profissional feita em cursos de licenciatura em musicoterapia, ou em cursos de especialização para profissionais da área da música ou saúde.

O musicoterapeuta nunca trabalha de forma isolada, mas sempre com um membro de equipa terapêutico/pedagógica fazendo um trabalho multidisciplinar. A atividade do musicoterapeuta passa por estruturar as sessões, planeá-las, escolher material necessário, decidir as atividades a desenvolver e, ainda, criar instruções e possíveis reforços. É um profissional com preparação para o exercício terapêutico, que deverá possuir determinadas qualidades básicas como: boa saúde e vitalidade, estabilidade emocional, compreensão e aceitação de si mesmo, paciência, ambição de ajudar os outros, saudável sentido de humor e, sobretudo, habilidade profissional quer para o trabalho individual, quer de equipa. O tratamento exige conhecer as necessidades e limitações do indivíduo, as suas possibilidades, os objetivos gerais e específicos, assim como a aplicação de técnicas adequadas ao problema e características do paciente. Dependendo do estado de espírito e vontade do paciente, poderá ser escolhido como técnica um som, um ritmo, uma música, ou até mesmo um momento de improvisação (Sousa, 2005).

De acordo com Corte e Neto (2009, p. 2297)

qualquer doente, se bem orientado por um musicoterapeuta, pode valer-se de uma das mais importantes qualidades da música – a de oferecer flexibilidade em quaisquer de suas modalidades (...) O processo utilizado para um tratamento sustentado pela musicoterapia é variável de indivíduo a indivíduo, de acordo com as características de cada história de vida, que é única, pessoal e original.

Furusava (2003) complementa ao afirmar que o Musicoterapeuta não utiliza apenas a música, mas também sons, ruídos e movimentos, guiando o processo terapêutico a partir das necessidades do cliente e podendo atuar desde a gestação até à terceira idade.

Rodrigo (2008) refere a existência de dois métodos gerais básicos fundamentais no processo terapêutico que são: ativos ou criativos e passivos ou recetivos. Atente-se à explicação feita por Faria (2008, p. 35):

A denominação de ativo ou passivo responde ao facto de implicar uma ação externa ou interna por parte do paciente. Os métodos ativos implicam ação visível como tocar um instrumento, dançar, cantar, etc. Ao invés, os métodos passivos ou recetivos não parecem comportar ação externa ou física, como a audição de música, isto é, supõem, logicamente, uma atividade interna e essencial ao poder provocar mudanças no estado de ânimo.

A referida autora afirma que os métodos ativos ou criativos implicam uma ação externa/interna visível, um ato criativo do sujeito, estando este envolvido ativamente pelo movimento (no canto, na improvisação vocal, na dança, na prática instrumental, entre outros). Os métodos são, por exemplo: a improvisação musical de Schmolz (expressão livre através do canto, da dança ou dos instrumentos musicais); o diálogo musical (entre duas ou mais pessoas, onde se expressam sentimentos e emoções); a técnica projetiva de Crocker (uma visão da música como elemento projetivo da personalidade em que a música e os seus elementos, evocam os medos); o método de Nordoff-Robbins desenvolvido apenas com crianças (avaliação da improvisação musical através de uma caracterização de respostas); e o psicodrama musical de Moreno (método de psicoterapia de grupo). Dentro dos métodos ativos, encontra-se também o método do compositor Carl Orff, baseado na aproximação da música à criança pelo ritmo. O método ativo comporta uma atitude de escuta e também uma atitude de se exprimir pelos sons, mediante a intervenção da audição, da voz, do corpo, do meio e dos objetos sonoros.

Segundo Faria (2008) os métodos passivos ou recetivos envolvem uma ação interna não visível em que o denominador comum é a audição musical, as viagens musicais, o relaxamento psicomusical e a técnica *Guided Imagery and Music*. De acordo com Sousa (2005) o sujeito não está passivo, mas ativo: o facto de recorrer ao imaginário permite a emergência fantástica e pulsional num estado próximo do sonho

acordado. A música é um material de significado fluído, ambíguo, que o sujeito recebe como deseja, sem qualquer limitação imposta à sua imaginação.

Posto isto, assume Rodrigo (2008) que a música tem qualidades terapêuticas importantes das quais se serve precisamente a musicoterapia, salientando-se também os efeitos psicológicos da utilização dos instrumentos, permitindo obter resultados sobre o seu uso nas sessões de musicoterapia.

3.3. *Musicoterapia aplicada na Perturbação do Espectro do Autismo*

Tal como foi apresentado no capítulo anterior, a PEA é mais conhecida como um problema que se manifesta numa alteração cerebral/comportamental que afeta a capacidade de a pessoa comunicar, de estabelecer relacionamentos e de responder de forma apropriada ao ambiente que a rodeia. De acordo com Faria (2008), as crianças com PEA revelam atenção e sensibilidade excecionais face a estímulos musicais, respondendo, geralmente, de forma positiva à música. A autora refere algumas respostas observadas num grupo de crianças com PEA as quais revelaram uma memória melódica excepcional, identificando excertos de música clássica de forma quase imediata e manifestando um extraordinário interesse por tocar piano, cantar e ouvir música. Sendo a música uma ponte de comunicação que atinge em primeiro lugar a emoção e depois as reações físicas, provocando estados de espírito que transmitem energias positivas, contribuindo para o equilíbrio da personalidade, para a paz do psíquico e para o fortalecimento da alma, proporciona um acesso imediato à criança com PEA.

Atente-se a Rodrigo (2008) quando afirma que 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. Como a música é bastante maleável, consegue facilmente adaptar-se 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.

As atividades musicais favorecem a inclusão da criança com PEA pelo seu carácter lúdico e de livre expressão, uma vez que não apresentam pressões nem cobram resultados. 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.

Posto isto, a música é considerada como um meio de expressão não-verbal, é um tipo de linguagem que facilita relacionamentos, aprendizagem, autoexpressão e comunicação, pois ajuda a manter a atenção. Por ser motivadora e envolvente, a música desenvolve a comunicação e a exteriorização de sentimentos, permitindo às pessoas descobrir ou redescobrir o que há no seu interior e partilhá-lo com os seus pares.

CAPÍTULO III – PLANO DE INVESTIGAÇÃO

1. APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

Segundo Bogdan e Biklen (1994) os dados recolhidos designados por qualitativos, são ricos em pormenores descritivos relativamente a pessoas, locais e conversas, sendo de complexo tratamento estatístico. De acordo com os autores, ainda que os indivíduos que fazem investigação qualitativa possam vir a selecionar questões específicas à medida que recolhem os dados, a abordagem à investigação não é feita com o objetivo de testar hipóteses, mas sim privilegiar, essencialmente, a compreensão dos comportamentos a partir da perspetiva dos sujeitos de investigação. Assume-se assim uma perspetiva interpretativa e construtivista (Denzin & Lincoln, 1994). Esta foi a abordagem selecionada para o nosso estudo.

Neste âmbito da metodologia qualitativa insere-se o estudo de caso, estratégia de investigação que adotamos na concretização do nosso trabalho empírico. O estudo de caso é abordado por vários autores, como Yin (1993, 2005), Stake (1999), Rodríguez et al. (1999), entre outros, para os quais um caso pode ser algo bem definido ou concreto, como um indivíduo, um grupo ou uma organização, mas também pode ser algo menos definido ou definido num plano mais abstrato como, decisões, programas, processos de implementação ou mudanças organizacionais. Os estudos de caso, na sua essência, parecem herdar as características da investigação qualitativa. Esta parece ser a posição dominante dos autores que abordam a metodologia dos estudos de caso. Neste sentido, o estudo de caso rege-se dentro da lógica que guia as sucessivas 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. Para além disto, tem a vantagem de ser aplicado a situações humanas, a contextos contemporâneos de vida real (Dooley, 2002).

O presente estudo de caso, centra-se numa adolescente/jovem de 16 anos, inserida no 3º CEB, com Perturbação do Espectro do Autismo, que frequenta semanalmente sessões de musicoterapia numa instituição de apoio a pessoas com deficiência/incapacidade da região centro de Portugal.

2. FORMULAÇÃO DA QUESTÃO DE ESTUDO

Toda a investigação científica tem início com a escolha e enunciação de um problema/questão de estudo. Deste modo, a questão central desta investigação é: “Qual a importância da musicoterapia nas capacidades e dificuldades de uma adolescente/jovem com Perturbação do Espectro do Autismo?”

3. DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos deste estudo de caso são:

- Caracterizar socio demograficamente a adolescente/jovem com Perturbação do Espectro do Autismo;
- Identificar capacidades e dificuldades da adolescente/jovem com Perturbação do Espectro do Autismo;
- Conhecer as preferências musicais da adolescente/jovem com Perturbação do Espectro do Autismo e os géneros musicais que menos lhe agradam;
- Compreender os benefícios da música e da musicoterapia para lidar com as dificuldades e promover capacidades na adolescente/jovem com Perturbação do Espectro do Autismo;
- Conhecer estratégias de intervenção utilizadas, mais especificamente no âmbito da música e na área da musicoterapia, para lidar com as dificuldades e promover capacidades na adolescente/jovem com Perturbação do Espectro do Autismo;
- Perceber a evolução das dificuldades e capacidades da adolescente/jovem com Perturbação do Espectro do Autismo, com a frequência de sessões de musicoterapia;
- Conhecer o contributo complementar de outras terapias/intervenções para lidar com dificuldades e promover capacidades na adolescente/jovem com Perturbação do Espectro do Autismo.

4. PARTICIPANTES

O caso em estudo é uma adolescente/jovem de 16 anos, com Perturbação do Espectro do Autismo, com dificuldades ao nível da comunicação verbal e não-verbal, bem

como ao nível da interação social e imaginação, demonstrando também estereótipos/comportamentos restritos e repetitivos. Estas dificuldades, bem como a sua caracterização pormenorizada, serão especificadas adiante na secção de apresentação dos resultados decorrentes da recolha de informação sobre o caso.

Participaram neste estudo de caso, adultos com um papel significativo na vida da adolescente/jovem, nomeadamente do seu contexto familiar, educativo e terapêutico. Relativamente ao Encarregado de Educação da adolescente/jovem, esta é a sua mãe que tem 46 anos, o 6º ano de escolaridade e é doméstica. A Professora do Ensino Especial, tem 55 anos, o Mestrado em Educação Especial - Domínio Cognitivo e Motor e exerce a profissão há 21 anos. Referiu conhecer o alvo de estudo há 5 anos. No que respeita à Musicoterapeuta, esta tem 46 anos, Bacharelato em Terapias Criativas – Vertente Música, já conhece o caso de estudo há alguns anos (não especificou quantos) e exerce a profissão há 22 anos. Finalmente, a Terapeuta Ocupacional tem 60 anos, Licenciatura em Terapia Ocupacional e Pós-Graduação em Políticas da Saúde Mental, afirmando conhecer a adolescente/jovem em estudo há 8 anos e exercer a profissão há 36 anos. Todos os técnicos consideraram adequada para a adolescente/jovem tanto a intervenção em grupo, como a individual, no entanto, salientaram que a mais benéfica será a individualizada em diferentes áreas, incluindo a musicoterapia. Pode-se acrescentar que todos os técnicos intervêm não só com o caso em estudo, mas com crianças/jovens com diferentes tipos de Necessidades Educativas Especiais (NEE), desde multideficiência, outros casos de PEA, Trissomia 21, paralisia cerebral, incapacidade intelectual e síndromes diversos.

5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Neste estudo de caso foram utilizadas várias técnicas de recolha de dados que passamos a descrever.

Foi utilizado o *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ), de Goodman (1997), em português, o Questionário de Capacidades e Dificuldades, adaptado para a população portuguesa por Fleitlich, Loureiro, Fonseca e Gaspar (2005). Segundo os autores, esta é uma medida de despiste psicopatológico breve, aplicável a crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 4 e os 16 anos. É um instrumento constituído por 25 itens que se distribuem por cinco subescalas (Sintomas Emocionais, Problemas de Comportamento, Hiperatividade, Problemas de Relacionamento com os Colegas e Comportamento Pró-Social), cada uma composta por cinco itens, com

resposta em escala de *Likert* (Não é verdade; É um pouco verdade; É muito verdade). De acordo com Fleitlich e seus colaboradores (2005) o score de cada subescala resulta do somatório das pontuações dos respetivos itens, sendo que a resposta “É um pouco verdade” é sempre cotada com 1 e cada uma das outras duas opções pode ser cotada com 0 ou 2 pontos, conforme o item. A pontuação total de cada uma das cinco subescalas pode variar entre 0 e 10 se os cinco itens tiverem sido respondidos. O resultado de cada subescala pode ser considerado desde que pelo menos três itens tenham sido respondidos. A pontuação total de dificuldades é obtida pela soma da cotação total de todas as subescalas, com exceção da escala pró-social. Deste modo, a pontuação resultante pode variar entre 0 e 40 (sendo que quanto mais elevada a pontuação mais dificuldades apresenta a criança/jovem), desde que todas as subescalas, excetuando a pró-social, estejam preenchidas. Segundo os autores, o total permite a classificação das dificuldades da criança/jovem em três categorias: dificuldades normativas, limítrofe e não normativas. Existem três versões deste questionário, uma a ser preenchida pelos pais/mães, outra pelos professores/técnicos e ainda uma de autorrelato. O instrumento tem ainda as respetivas versões de follow-up. Este é um instrumento amplamente utilizado, que se encontra traduzido em 40 línguas diferentes e existem dados normativos para vários países (Palmieri & Smith, 2007), incluindo Portugal. A sua validade foi provada anteriormente, relativamente aos instrumentos de Achenbach (1991), nomeadamente a *Child Behaviour Checklist* (versão para pais/mães), *Teacher's Report Form* (versão para professores) e *Youth Self-Report* (autorrelato) (Rothenberger & Woerner, 2004). O questionário SDQ possui ainda boas características psicométricas em termos de precisão, com fidelidade comprovada (Goodman, Ford, Simmons, Gatward, & Meltzer, 2000). Aliás, as suas propriedades psicométricas e estrutura fatorial têm sido satisfatoriamente replicadas em vários países (Becker et al., 2004), o que contribui para a evidência da confiança e validade do SDQ. A inclusão deste questionário foi considerada relevante para este estudo, na medida em que possibilita uma descrição geral da adolescente relativamente a capacidades e dificuldades da mesma em dimensões de relacionamento social e aspetos comportamentais, aspetos fulcrais na compreensão da perturbação. Para este estudo utilizaram-se os questionários aferidos em português, na versão pais/mães, neste caso, preenchida pela mãe, e professores/técnicos, esta última preenchida não só pela professora de ensino especial, mas também pela musicoterapeuta e terapeuta ocupacional (Anexo A). Não foi utilizada a versão a preencher pelo sujeito, atendendo às dificuldades de comunicação da adolescente. O questionário foi utilizado no momento

inicial do estudo e depois da última observação das sessões de Musicoterapia (versão *follow up*).

Para aprofundar a recolha de dados sobre a adolescente e perceber a importância da musicoterapia nas suas capacidades e dificuldades, optou-se por realizar também entrevistas que permitam o aprofundamento necessário à metodologia de estudo de caso. Neste sentido, foram elaborados Guiões de Entrevista (semiestruturada) para o Encarregado de Educação, Professora do Ensino Especial, Musicoterapeuta e Terapeuta Ocupacional. Procurou-se que os guiões incluíssem questões que permitissem a triangulação essencial à garantia de rigor nesta metodologia. Relativamente a este instrumento, procurou-se organizar o conjunto de questões em seis blocos: i) apresentação (tem por objetivos apresentar o entrevistador, explicar o objetivo da entrevista e a forma de registo das respostas – gravação, solicitar a colaboração e salientar a importância de um contributo sincero, bem como garantir confidencialidade); ii) caracterização do entrevistado (a fim de obter dados de caracterização sociodemográfica do técnico/encarregado de educação, conhecer o agregado familiar, na entrevista à encarregada de educação e perceber o nível de conhecimento que o professor/técnico tem da jovem); iii) caracterização da adolescente/jovem com PEA (para identificar dificuldades e capacidades apresentadas pela mesma, decorrentes da PEA); iv) estratégias utilizadas (com o objetivo de compreender que estratégias são utilizadas pela família/técnicos para lidar com as dificuldades apresentadas); v) importância da musicoterapia na PEA (permitindo explorar a opinião da encarregada de educação/técnicos sobre a importância da música e da musicoterapia na PEA e no caso de estudo); vi) e, por último, o encerramento (a fim de permitir esclarecer dúvidas sobre a entrevista realizada, possibilitar que o entrevistado acrescente algo de relevante e agradecer pela colaboração). Foram previstos cerca de 30 minutos para cada participante responder às questões incluídas no guião. Salienta-se que não foi efetuado um pré-teste para não se esgotar a amostra, mas também não foram colocadas dúvidas pelos participantes quanto às questões colocadas (Anexo B).

Foi ainda preparada uma Grelha de Observação Naturalista (Anexo C) a utilizar pela investigadora na observação das sessões de musicoterapia semanais frequentadas pelo caso em estudo. Nestas sessões, para além do registo naturalista, recorreu-se a uma grelha mais estruturada, nomeadamente a “Ficha de Observação da Criança: Oportunidades Educativas” (Pascal & Bertram, 1999). Este último instrumento é composto por 10 itens que se distribuem por quatro dimensões, cada uma com três

itens sendo que a última é apenas composta por um (Anexo D). A primeira dimensão corresponde às Interações com o Adulto, a segunda às Interações com Crianças, segue-se o conjunto de itens relativo ao Comportamento Solitário e, por fim, regista-se a Dinâmica Predominante em contexto de aprendizagem (Grande Grupo; Pequeno Grupo; Par; Individual). Houve a necessidade de incluir um outro grupo de itens que denominamos de “Estereotipias” também composto por três itens, atendendo às características da perturbação em causa, na medida em que as dimensões previstas no instrumento incluem dois aspetos que constituem a tríade de dificuldades que caracteriza a PEA, ficando a faltar apenas esta dimensão que acrescentamos (os itens revelaram-se adequados desde a primeira sessão, não tendo sido necessário qualquer ajuste à dimensão acrescentada). Esta ficha de observação é preenchida em observações de dois em dois minutos, com espaços intercalares de três minutos, onde se assinalam os comportamentos dominantes da criança (é efetuado um registo de frequência dos comportamentos). Tem apresentado também boas características de rigor em diversas investigações sobre a qualidade no processo de ensino-aprendizagem (Ministério da Educação, 2009). Ambos os instrumentos de observação foram utilizados pela investigadora nos registos das sessões semanais de musicoterapia frequentadas pelo caso em estudo.

Finalmente, recorreu-se também à análise documental do processo da adolescente/jovem, arquivado no seu estabelecimento escolar.

Procurou-se assim cruzar diferentes técnicas de recolha de informação, recorrendo a diferentes fontes, como está previsto quando se opta pelo estudo de caso.

6. PROCEDIMENTOS

Para proceder à recolha dos dados, tornou-se necessário efetuar vários procedimentos. Primeiramente foi pedida autorização às instituições, uma para fazer observação das sessões de musicoterapia, pedido efetuado à instituição de apoio frequentada pela adolescente/jovem (Anexo E) e a outra para consultar o processo do caso em estudo arquivado no seu estabelecimento escolar (Anexo F). Foram preparados e assinados os consentimentos informados por todos os técnicos participantes no estudo (Anexo G). Foi também pedida em primeiro lugar a autorização para estudar o caso, à encarregada de educação da mesma, bem como preparado e assinado o consentimento informado (Anexo H). Foi ainda necessário pedir autorização ao autor do instrumento SDQ (Anexo I), não tendo sido necessário solicitar autorização

para utilização da Ficha de Observação da Criança: Oportunidades Educativas, na medida em que se encontra disponível para livre utilização.

Posto isto e após todas as autorizações concedidas, o investigador assistiu, como observador não participante, às sessões semanais de musicoterapia (12 no total, desde janeiro a junho de 2016), onde foram utilizados os instrumentos de observação já referidos. As entrevistas foram realizadas na instituição de apoio frequentada pelo caso em estudo, entre janeiro e março de 2016 (atendendo à disponibilidade dos participantes) e tiveram a duração média de cerca de 30 minutos. Por fim, foi ainda efetuada a análise documental do processo escolar da adolescente/jovem, que implicou uma visita à sua escola e anotação dos aspetos essenciais presentes no documento.

7. TÉCNICAS DE ANÁLISE DE DADOS

Terminada a recolha de dados, foi realizada uma sistematização, análise e interpretação dos dados em função das informações que foram recolhidas.

Para tal, relativamente às observações naturalistas, entrevistas e processo da adolescente/jovem, recorreu-se à análise de conteúdo que é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/receção (variáveis inferidas) destas mensagens (Bardin, 1997). Relativamente ao processo da adolescente/jovem, efetuou-se sobretudo uma síntese dos principais aspetos que permitiram caracterizar o caso. A criação de categorias e subcategorias como está previsto no processo de análise de conteúdo ocorreu apenas relativamente às entrevistas e observações naturalistas.

A Ficha de Observação da Criança: Oportunidades Educativas foi alvo de análise quantitativa descritiva, tendo-se sistematizado os dados em tabela e ilustrado a evolução da frequência dos comportamentos registados através de gráficos. Foi também calculada a média e o desvio padrão da frequência dos comportamentos, recorrendo ao *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Os dados recolhidos com o SDQ (em dois momentos) foram analisados recorrendo também ao SPSS, numa primeira fase utilizando a estatística descritiva e depois a de natureza inferencial, nomeadamente o teste não paramétrico (atendendo ao número reduzido de

participantes) *Wilcoxon*. Nesta última análise, adotou-se como grau de confiança 95%, valor de referência nas Ciências Sociais e Humanas.

CAPÍTULO IV - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

1. RESULTADOS DA ANÁLISE DO PROCESSO DA ADOLESCENTE

A consulta do processo escolar do caso em estudo permitiu apurar um conjunto de informações quanto à história desenvolvimental do caso em estudo. A M. é uma adolescente/jovem com 16 anos de idade. É filha única de uma mãe solteira, cuja gravidez foi considerada de risco e não foi vigiada (esta informação consultada no processo foi também confirmada nas entrevistas). Nasceu com 36 semanas, de um parto eutócito, com antropometria adequada e boa vitalidade, no entanto, fez fototerapia por hiperbilirrubinémia. O médico de família encaminhou-a à Consulta de Pediatria (em 2000), pois com 15 meses não se sentava, não falava, não interagía e apresentava estereotípias. Nesta altura foi efetuado o diagnóstico de PEA, sendo que ainda hoje, segundo informação fornecida pela professora de educação especial na entrevista, a mãe da adolescente se culpabiliza por esta ter a perturbação.

Ainda de acordo com a informação registada no seu processo, no ano letivo 2001/2002, com um ano meio/dois anos de idade, beneficiou do apoio de intervenção precoce. A intervenção precoce revela-se fundamental nestes casos e diz respeito aos serviços, apoios e recursos necessários para que as famílias possam promover o desenvolvimento dos filhos, criando oportunidades para que eles tenham um papel ativo nesse processo (Almeida, 2004).

Nos dois anos que se seguiram frequentou o Jardim de Infância X, tendo beneficiado do Apoio Educativo. A partir ano letivo 2004/2005, iniciou a frequência da sala TEACCH da Escola X, estando integrada a tempo parcial numa sala de Jardim de Infância nesse mesmo estabelecimento escolar. A utilização do método TEACCH, como vimos no enquadramento teórico, pode ser bastante vantajosa para estas crianças, conseguindo-se obter resultados acima do esperado, não de forma abrupta, mas sim resultante de um trabalho prolongado e constantemente dirigido às características individuais de cada criança, passando por um processo consciente de aprendizagem, humanizando-se mais e de forma progressiva. Verifica-se que estas crianças adquirem algumas aptidões, construindo mesmo alguns significados. Embora de forma bastante restrita, comparativamente a outras pessoas, apresentam progressos relativamente às suas condições anteriores ao trabalho com o método TEACCH (Mello, 2005).

Na análise do processo, foi possível verificar que ingressou no 1º ciclo, com 6 anos, no ano letivo 2006/2007, fazendo integração de curta duração na sala do ensino

regular. No ano 2007/2008, foi enquadrada no Decreto-Lei 3/2008, de 7 de janeiro, continuando a beneficiar da sala TEACCH e da integração de curta duração na sala de ensino regular. No ano 2008/2009, iniciou terapia ocupacional e *snoezelen* numa instituição de apoio a pessoas com incapacidade (instituição X), da zona centro do país, três vezes por semana. No ano letivo 2009/2010, a adolescente frequentou, no período da manhã, a Unidade de Ensino Estruturado da Escola X e continuou a usufruir das mesmas medidas educativas do ano anterior, bem como a integrar cerca de 30 minutos a turma do regular (uma vez por semana). No período da tarde a adolescente frequentou a instituição X ao abrigo do artigo 1102/97, de 3 de novembro, usufruindo das atividades de *snoezelen*, fisioterapia e terapia ocupacional. Relativamente a este ponto incluído no processo da adolescente, através das entrevistas foi possível perceber que foi sinalizada para a referida instituição com 8 anos de idade para usufruir, para além de *snoezelen*, fisioterapia e terapia ocupacional, também de sessões de musicoterapia, no entanto, apenas iniciou as sessões de musicoterapia 8 anos depois, no início da realização deste nosso estudo.

No ano letivo 2010/2011, ingressou na Escola de 2º e 3º ciclo X, no 5º ano de escolaridade. Neste ano letivo, não frequentou a instituição X. A terapia ocupacional foi efetuada na escola pela terapeuta da instituição X. No ano letivo 2011/2012, continuou a frequentar a mesma escola e não teve apoio na instituição X. No entanto, a adolescente continuava a usufruir da terapia ocupacional, desta feita, numa outra instituição de apoio, neste caso a pessoas com PEA (instituição Y). Para além disso, usufruía do apoio de uma assistente operacional e de uma terapeuta da fala, devido aos serviços de apoio disponibilizados pela escola. Esta é a informação presente no seu processo escolar quanto ao 2º e 3º ciclo. Através das entrevistas também se confirmam estes dados, pois a terapeuta ocupacional referiu que se deslocou à escola, para que a terapia fosse mais eficaz, uma vez que a adolescente já estava mais familiarizada com o meio envolvente, mas quando o ano letivo terminou, o protocolo foi assinado com outra instituição que se encontrava mais perto da instituição escolar que a adolescente frequentava.

De acordo com o processo consultado, com 15 anos, a adolescente começou a integrar o Plano Individual de Transição (PIT). Manteve-se neste regime até ao presente ano letivo. Nesta altura, a adolescente encontra-se a repetir o 9º ano de escolaridade e frequenta a instituição X, usufruindo de terapia da fala e musicoterapia num regime de 30 minutos por sessão (uma vez por semana). De facto, a música é um meio de expressão não-verbal, é um tipo de linguagem que facilita a comunicação e a

exteriorização de sentimentos, permitindo às pessoas descobrir ou redescobrir, o que há no seu interior e partilhá-lo (Cabrera, 2005), pelo que a sua evolução tem sido positiva de acordo com as entrevistadas desde que frequenta estas sessões de musicoterapia. Através das entrevistas também foi possível perceber que usufrui de terapia ocupacional, educação especial (enquanto não se desloca para as outras terapias) e *snoezelen* (muito raramente).

Segundo declaração médica da consulta de desenvolvimento do hospital da sua área de residência, datada de abril de 2016, a adolescente apresenta PEA, com atraso de desenvolvimento global. A nível das funções mentais, a consulta de desenvolvimento do hospital concluiu que a adolescente apresenta deficiência/incapacidade grave ao nível das funções intelectuais, psicossociais globais, atenção, cognitivas de nível superior e da linguagem. Considera que apresenta deficiência/incapacidade moderada a nível das funções de temperamento e da personalidade, da memória e psicomotoras. Destacaram, por fim, a função do cálculo como deficiência/incapacidade completa. O relatório enviado para a escola refere ainda que a aluna está com obesidade e com dislipidémia, necessitando de orientação para a consulta de nutrição. Atualmente, de acordo com a informação disponível no processo consultado, a adolescente encontra-se acompanhada a este nível na referida consulta no mesmo hospital. Ao nível da atividade e participação, é uma adolescente que tem dificuldade grave em concentrar a atenção e na aquisição de informação, principalmente se esta for vinculada apenas de forma verbal e sem qualquer pista. Em termos da sua capacidade de imitação, ainda que a adolescente consiga imitar movimentos que impliquem motricidade grossa, motricidade fina e alguns dirigidos aos articuladores (lábios, língua, etc.), estes são de modo geral imperfeitos, mal direccionados e pouco precisos, revelando neste âmbito dificuldade grave. A nível da comunicação há uma notória dificuldade em comunicar e em compreender as produções verbais dos interlocutores, bem como as manifestações não-verbais do outro. Em termos cognitivos, entende instruções simples, mas demonstra uma desmotivação em trabalho proposto recusando executá-lo. Continua a apresentar um limiar de tolerância ao trabalho bastante curto, tendo dificuldade em terminar uma tarefa que seja proposta. A nível sensorial, não tem défice auditivo (potenciais evocados auditivos avaliados em 2001). Em relação à acuidade visual, é seguida na Consulta de Estrabismo, desde 2001, e já foram prescritos óculos, que destrói ou não usa.

Relativamente às dificuldades referidas no parágrafo anterior, através das entrevistas e dos resultados do SDQ, foi possível confirmar que a adolescente apresenta

de facto bastantes limitações ao nível da comunicação verbal e na interação social, muitas vezes abstém-se do contacto visual, da mesma forma que parece não saber distinguir o bem do mal. Estas dificuldades foram também observadas nas sessões de musicoterapia. Quanto às capacidades, foi possível retirar das entrevistas e do SDQ que a adolescente apresenta uma comunicação não-verbal que a ajuda a expressar-se, o que também foi evidente e observado ao longo das sessões de musicoterapia.

As dificuldades apresentadas pela adolescente vão ao encontro da revisão da literatura, incluindo-se limitações nos três domínios que caracterizam as PEA, sendo que as características mais evidentes neste caso são os problemas de interação social e de comunicação verbal. Estes indivíduos com PEA apresentam dificuldades em entender as pessoas, os gestos, interpretar o tom de voz ou a expressão facial e emoções. Mostram não possuir consciência da existência dos sentimentos por parte dos outros e do posterior impacto negativo dos seus comportamentos nos outros (Siegel, 2008).

No seu processo lê-se ainda que na escola é bem aceite pelos colegas que se mostram disponíveis para a ajudar. Está integrada numa turma reduzida de forma a ser possível a imprescindível diferenciação exigida pelas medidas e estratégias previstas, perspetivando a sua eficácia, nos termos e para os efeitos de acordo com o ponto 5.4 do anexo 1 do Despacho 13.170/09, de 4 de junho, dado tratar-se de uma adolescente com NEE de carácter permanente.

No entanto, o mesmo processo inclui informações que salientam que é uma adolescente pouco estimulada em casa. Na presença de uma pessoa estranha fica agitada, reagindo de forma negativa. Segundo a mesma fonte, esta família monoparental tem graves problemas económicos, entre outras carências bem caracterizadas. Recebe o Rendimento Social de Inserção e auferir algum rendimento extra quando a mãe consegue trabalho esporádico na agricultura, cafés, restauração, entre outros.

Atualmente, é uma adolescente de 16 anos de idade que reúne condições necessárias para continuar a usufruir da implementação de um PIT, de acordo com o que se encontra registado no seu processo. Deste modo, a adolescente frequenta atividades várias em Centro de Atividades Ocupacionais (CAO), na instituição X, em regime de protocolo, sendo o mais adequado ao seu perfil de funcionalidade, encontrando-se assim alguma resposta para a qual a adolescente se disponibiliza e denota algum interesse. A Encarregada de Educação apoia e concorda que a sua educanda desenvolva estas atividades. Em virtude do perfil de funcionalidade da M., neste momento, não permitir que frequente atividades de cariz prático autonomamente,

considera-se adequado que a adolescente continue a frequentar atividades diversas de CAO, bem como *snoezelen*, ludoterapia, musicoterapia, atividade física e terapia ocupacional, sempre junto de um adulto, atendendo à gravidade da sua problemática. O documento refere ainda que será motivo de avaliação frequente a sua postura, colaboração e empenho nas tarefas, de modo, caso se considere pertinente, a mudança para outra área.

Nos pontos seguintes será apresentada a análise pormenorizada dos resultados dos instrumentos de observação, entrevistas e SDQ, centrando-se este ponto inicial sobretudo na informação recolhida no processo da adolescente.

2. RESULTADOS DA FICHA DE OBSERVAÇÃO DA CRIANÇA: OPORTUNIDADES EDUCATIVAS

A análise quantitativa descritiva efetuada com base nos dados recolhidos com a Ficha de Observação da Criança: Oportunidades Educativas permitiu aprofundar a informação recolhida anteriormente na consulta do processo individual da adolescente com PEA, no que diz respeito às suas capacidades e dificuldades manifestada nas sessões de musicoterapia observadas pela investigadora. As dimensões registadas referem-se a competências de comunicação e interação (com adultos e pares), tendo sido acrescentados ao instrumento itens que permitissem observar a outra dimensão fundamental que caracteriza a perturbação, nomeadamente as estereotipias (Anexo J).

Os resultados decorrentes desta análise apresentam-se na Tabela 4.

No que respeita ao domínio das interações com o adulto, no primeiro item (criança inicia conversa com adulto), verificou-se ausência deste comportamento em três sessões (3, 6 e 11). Nestas sessões a adolescente estava muito agitada como veremos em seguida com mais pormenor na análise das observações naturalistas. Nestas situações não queria ser incomodada e virava a cara dando a entender que não estava interessada no que estava a ser dito, não mostrando iniciativa de interação como adulto. Este comportamento verificou-se sempre que a adolescente se encontrava no período menstrual (informação fornecida pela musicoterapeuta) ou imediatamente pré/pós (levava sempre algum tempo a estabilizar). O máximo de interações deste tipo iniciadas pela adolescente para com o adulto foi verificado na sessão 4, tendo-se registado por 16 vezes este comportamento. Nas restantes sessões variou entre 4 e 9 a frequência deste comportamento.

Tabela 4

Resultados da Ficha de Observação da Criança¹: Oportunidades Educativas (registo de todas as sessões)

Número da Sessão		1ª Sessão	2ª Sessão	3ª Sessão	4ª Sessão	5ª Sessão	6ª Sessão	7ª Sessão	8ª Sessão	9ª Sessão	10ª Sessão	11ª Sessão	12ª Sessão	M	DP
Itens															
Criança	inicia com	6	8	0	16	7	0	5	8	9	4	0	4	5,58	4,60
conversa	adulto														
Criança	responde com gestos ou fala a um adulto	16	14	0	18	14	0	11	14	14	8	6	4	9,92	6,19
Criança	olha para adulto ou estabelece contacto visual com este	17	22	0	18	9	6	0	22	8	11	10	11	11,17	16,13
Total	de interações com adulto	39	44	0	52	30	6	16	44	31	23	16	19	26,67	16,13
Criança	inicia com outra criança	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	,00	,00
Criança	responde com gestos ou responde a outra criança que fala com ela	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	,00	,00
Criança	olha ou estabelece contacto visual com outra criança	0	0	0	19	0	0	0	0	0	0	0	0	1,58	5,48
Total	de interações com crianças	0	0	0	19	0	0	0	0	0	0	0	0	1,58	5,48

¹ Entenda-se neste estudo “adolescente/jovem”, em vez de “criança”, para cada item do instrumento.

Número da Sessão	1ª Sessão	2ª Sessão	3ª Sessão	4ª Sessão	5ª Sessão	6ª Sessão	7ª Sessão	8ª Sessão	9ª Sessão	10ª Sessão	11ª Sessão	12ª Sessão	M	DP
Itens														
Criança verbaliza consigo própria enquanto realiza uma atividade	7	5	0	14	4	0	10	5	0	0	4	4	4,42	4,36
Criança verbaliza/interage consigo próprio/objetos não estando a realizar uma atividade	3	3	22	0	0	13	6	3	0	0	7	6	5,25	6,54
Criança não verbaliza e não está a realizar uma atividade	0	0	4	0	0	7	12	0	0	6	0	4	2,75	3,93
Total de comportamento solitário	10	8	26	14	4	20	28	8	0	6	11	14	12,42	8,54
Criança realiza ações repetitivas	9	5	23	14	9	7	10	5	0	7	5	9	8,58	5,70
Criança repete movimentos	9	14	21	17	10	6	12	14	9	6	11	9	11,50	4,42
Criança produz sons repetitivos	12	7	23	16	9	9	13	7	9	7	5	9	10,50	4,96
Total de Estereotipias	20	26	67	47	28	22	35	26	18	21	21	27	29,83	14,13
Dinâmica Predominante	Par	Par	Par	Par	Par	Par	Par	Par	Par	Par	Par	Par	---	---

Já no segundo item (criança responde com gestos ou fala a um adulto), a ausência deste comportamento verificou-se em duas sessões (3 e 6), salientando-se que ambas correspondem exatamente a duas das três sessões que referimos relativamente também à ausência de iniciativa da adolescente na interação com adulto. Mais uma vez, o máximo de interações deste tipo foi verificado na sessão 4 ($n=18$). Nas últimas sessões a frequência deste comportamento variou entre 4 e 8, no entanto, em sessões prévias registaram-se mais comportamentos neste âmbito (entre 11 e 16).

Por fim, no terceiro item deste domínio (criança olha para adulto ou estabelece contacto visual com este), mais uma vez se verificou na sessão 3 a sua ausência e, desta feita, também na sessão 7. O máximo de interações relativas ao contacto ocular da adolescente foi verificado nas sessões 2 e 8 ($n=22$). Nas restantes sessões este item variou entre 6 e 18 quanto à sua frequência.

Duma forma geral, o comportamento com média mais elevada neste domínio refere-se a este último relativo ao contacto ocular estabelecido pela adolescente com o adulto ($M=11.17$, $DP=7.43$), logo seguido da resposta da adolescente ao adulto ($M=9.92$, $DP=6.19$) e, como esperado atendendo às características da PEA, mais baixa a média relativa à iniciativa de interação por parte do caso em estudo ($M=5.58$, $DP=4.60$).

Segundo Siegel (2008), ao nível das competências comunicavas na PEA, a comunicação não-verbal é frequentemente expressada através dos gestos e olhar persistente. No entanto, e segundo a mesma autora, ao nível da comunicação verbal, denota-se um atraso e perda de linguagem, ecolalia e uso inadequado da linguagem, bem como pragmática linguística. Adolescentes com PEA exibem défices básicos na capacidade para usar a linguagem como meio de comunicação social. Podemos assim dizer que têm dificuldade na linguagem pragmática, ou seja, utilizar a linguagem num ambiente social, que irá exigir a “Teoria da Mente” (Garcia & Rodriguez, 1997). Estas dificuldades de comunicação foram verificadas ao longo das observações. De facto, a adolescente demonstrava muitas limitações na comunicação verbal, mas para atenuar essas dificuldades, expressava-se com comunicação não-verbal, nomeadamente através do olhar.

Estes resultados estão ilustrados no gráfico apresentado em seguida (Figura 2). De facto, verificam-se algumas oscilações, não se podendo estabelecer uma tendência de aumento ou diminuição de qualquer comportamento. Relativamente às subidas e descidas que se verificam ao longo das sessões, muitas dessas oscilações estão relacionadas com o facto de a adolescente estar menstruada ou no período

imediatamente prévio/pós a esta fase do mês, como se referiu anteriormente, em que a adolescente estava por norma mais agitada, revelando dificuldades em lidar com a dor/incómodo decorrente da situação (de acordo com informação fornecida pela musicoterapeuta). Como poderemos verificar em seguida, na análise das observações naturalistas, nestes momentos, a música parecia acalmá-la, mas quando a dor voltava parecia ser difícil de controlar. Nestes momentos a iniciativa de interação com o adulto por norma diminuía, ou então, apenas existia um contacto ocular.

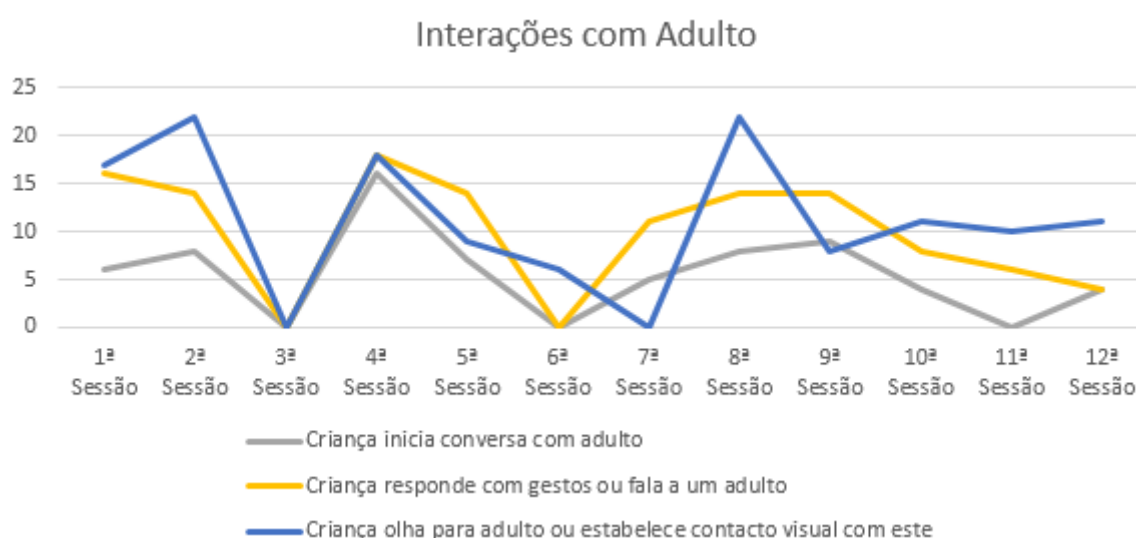


Figura 2. Gráfico relativo às interações da adolescente/jovem com o adulto

No que respeita ao domínio das interações com crianças, relativamente a todos os itens (1 - criança inicia conversa com outra criança; 2 – criança responde com gestos ou responde a outra criança que fala com ela; 3 – criança olha ou estabelece contacto visual com outra criança), não foram verificadas interações nas sessões observadas ($n=0$), uma vez que foram sempre individualizadas, à exceção da sessão 4 (única sessão de grupo). Neste caso, a adolescente só estabeleceu contacto visual com outra criança ($n=19$). Neste sentido, a apresentação de um gráfico sobre este domínio não será útil atendendo a que se verificou apenas uma sessão com a presença de pares, não sendo possível analisar qualquer evolução neste âmbito.

Segundo o que foi apurado nas entrevistas, a adolescente não interage muito com crianças/adolescentes, daí a opção dos técnicos pelas sessões serem realizadas de forma individual. De facto, as interações sociais nos indivíduos com PEA são muito pouco frequentes, pois isolam-se mesmo estando numa sala cheia de gente, não atribuindo importância a acontecimentos importantes que estejam a decorrer, sendo

descritas como “isoladas”, “à parte”, “no seu próprio mundo” (Siegel, 2008). É de realçar que geralmente estes indivíduos relacionam-se mais facilmente com as pessoas mais velhas do que com as mais novas, sendo escasso o relacionamento com as da mesma idade (algo que também se verificou ao longo das observações), observando-se isolamento ou desinteresse na comunicação/socialização com os pares (Bandeira de Lima, 2012).

No que se refere ao domínio do comportamento solitário, no primeiro item (criança verbaliza consigo própria enquanto realiza uma atividade), constatou-se ausência deste comportamento em quatro sessões (3, 6, 9 e 10), sendo que o máximo foi verificado na sessão 4, tendo-se registado esse comportamento por 14 vezes. Duma forma geral nas restantes sessões a frequência foi de 4 ou 5 (e uma vez 7). Salienta-se que na sessão 4 (a única de grupo) a criança parecia querer chamar a atenção do adulto (pois estava habituada nas sessões individuais a ter o adulto focado apenas em si), como veremos melhor adiante na análise das observações naturalistas.

Já no segundo item (criança verbaliza/interage consigo próprio/objetos não estando a realizar uma atividade), a ausência deste tipo de comportamento também se verificou nas sessões 9 e 10 (como o item anterior) e ainda nas 4 e 5. De facto, as sessões 9 e 10 revelaram-se mais favoráveis à minimização de comportamento solitário, pois já no item anterior se verificou o mesmo. A sessão em grupo também foi benéfica à minimização do comportamento solitário. O máximo de interações ($n=22$) foi verificado na sessão 3. Também na sessão 6 se constatou uma frequência mais elevada, se compararmos com a variação registada nas restantes sessões ($3 < n < 7$). Estas duas sessões já foram referidas anteriormente como problemáticas atendendo ao momento de menstruação da adolescente.

Por fim, no terceiro item deste domínio (criança não verbaliza e não está a realizar uma atividade), o $n=0$ constatou-se em quase todas as sessões (1, 2, 4, 5, 8, 9 e 11). O máximo de interações deste tipo foi verificado na sessão 7, tendo-se registado este comportamento por 12 vezes.

Duma forma geral, o comportamento com média mais elevada neste domínio refere-se ao segundo item relativo à adolescente verbalizar e interagir consigo própria/objetos não estando a realizar uma atividade ($M=5.25$, $DP=6.54$), muito próximo do item relativo à verbalização consigo própria enquanto realiza uma atividade ($M=4.42$, $DP=4.36$). Estes resultados superiores na verbalização consigo própria parecem ilustrar o comportamento solitário que caracteriza a perturbação, embora possa estar a

concretizar uma atividade. De facto, a média mais baixa foi relativa à não verbalização e não realização de uma atividade ($M=2.75$, $DP= 3.93$).

Estes resultados estão representados no gráfico apresentado em seguida (Figura 3). Com efeito, verificam-se algumas oscilações, não se podendo estabelecer uma tendência de aumento ou diminuição de qualquer comportamento. Relativamente às subidas e descidas que se verificam ao longo das sessões, muitas dessas oscilações podem estar relacionadas com o facto de a adolescente parecer querer captar toda a atenção para si, ou seja, quando a adolescente sentia que não tinha a atenção necessária do adulto, recorria ao comportamento solitário. Nestes momentos a adolescente estava mais centrada em si, daí os comportamentos solitários aumentarem. Quando este comportamento não era reforçado positivamente pelo adulto, a adolescente acabava por acalmar e fazia apenas a atividade, sem verbalizar consigo própria, como poderemos verificar com mais pormenor na análise das observações naturalistas que apresentaremos num ponto seguinte.

Estas dificuldades, mais uma vez, relacionam-se com o domínio da comunicação, que sabemos que é frágil nesta perturbação, atendendo ao que foi referido no enquadramento teórico deste trabalho e nos pontos analisados anteriormente relativamente aos resultados registados no instrumento que temos vindo a explorar.

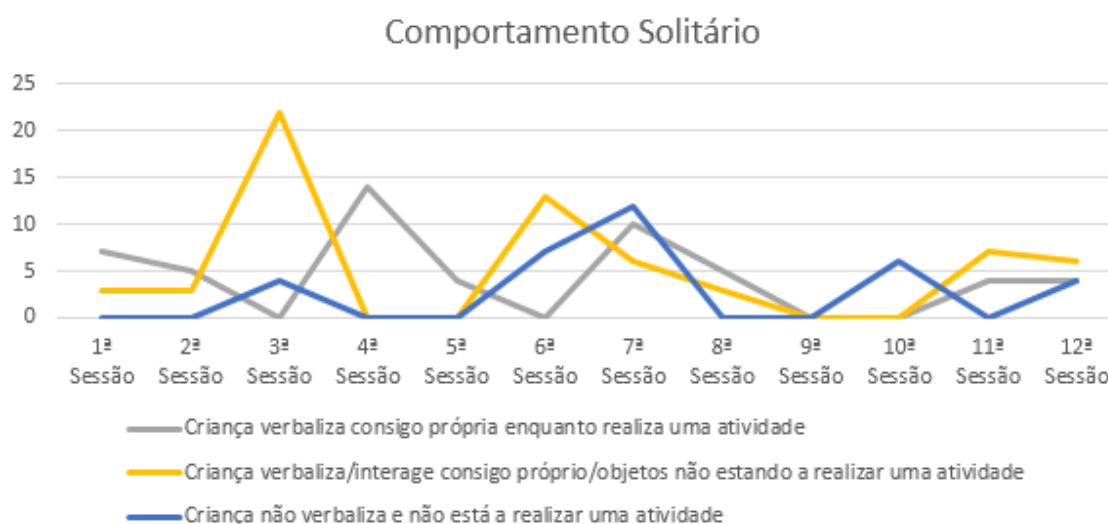


Figura 3. Gráfico relativo aos comportamentos solitários

No que respeita ao domínio que foi necessário acrescentar (para o instrumento abranger as dimensões que caracterizam o núcleo central da perturbação), o qual diz respeito às estereotipias, no primeiro item (criança realiza ações repetitivas), apenas na sessão 9 não se verificou qualquer comportamento neste âmbito. Recorda-se que esta já se tinha revelado uma sessão com resultados positivos para a adolescente, pois nesta sessão a adolescente esteve muito concentrada na realização das tarefas. Tocou piano (algo novo para ela) e estava muito empenhada nesta nova tarefa, parecendo sentir que tinha toda a atenção para si, não necessitando de recorrer às ações repetitivas. O máximo de ações repetitivas verificou-se na sessão 3 (sessão já apontada como problemática para o caso em estudo), tendo-se registado este comportamento por 23 vezes.

Já no segundo item (criança repete movimentos), o mínimo ($n=6$) verificou-se nas sessões (6 e 10), sendo que é o primeiro item que não foi ausente em qualquer sessão, justificando-se a pertinência do seu acréscimo a este instrumento, atendendo à problemática em estudo. Mais uma vez, a sessão 3 registou o máximo de frequência ($n=21$). Nas restantes sessões as frequências registadas foram mais elevadas numa forma geral que nos itens dos domínios anteriores ($9 < n < 17$).

Por último, no terceiro item deste domínio (criança produz sons repetitivos), mais uma vez, não houve qualquer sessão sem registo deste tipo de comportamento, o que vai ao encontro das características típicas da PEA. Os valores mais baixos verificaram-se na sessão 11 ($n=5$), bem como na 2, 8 e 10 ($n=7$), sendo que o máximo se verificou, novamente, na sessão 3 ($n=23$), tendo-se registado nas restantes sessões, mais uma vez, frequências superiores ao que se verificou nos domínios anteriores.

Numa forma geral, o comportamento com média mais elevada neste domínio refere-se ao segundo item relativo à repetição de movimentos ($M=11.50$, $DP=4.42$) com valores muito aproximados do item relativo à produção de sons repetitivos ($M=10.50$, $DP=4.96$), sendo mais baixa a média relativa à realização de ações completas repetitivas ($M=8.58$, $DP=8.54$).

Estes resultados estão ilustrados no gráfico apresentado em seguida (Figura 4). Verificam-se algumas oscilações mais acentuadas no início. No entanto, os três itens deste domínio estão sempre muito próximos, pois o número de vezes que acontecem pouco difere de uns para os outros. Relativamente às ligeiras subidas e descidas que se verificaram ao longo das sessões, muitas dessas oscilações estavam relacionadas com o facto de a adolescente se encontrar mais ou menos agitada e também devido a estar a realizar uma atividade que lhe proporcione mais prazer fazer ou não. Alerta-se

para o facto de algum balancear do corpo decorrer do andamento da música, porque se o andamento aumentava ou diminuía o balancear aumentava ou diminuía, respetivamente.

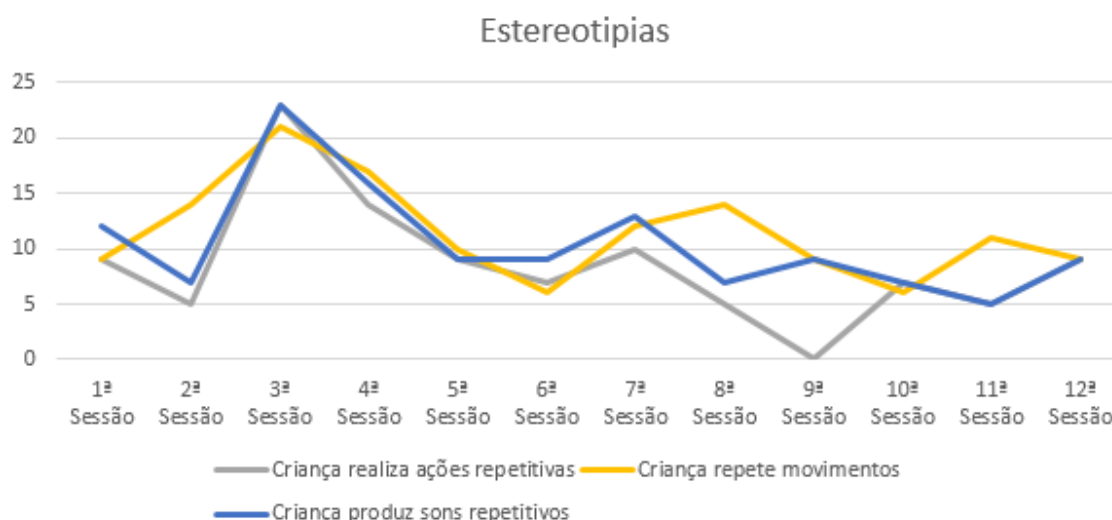


Figura 4. Gráfico relativo às estereotipias

Um comportamento é definido como estereotipia quando envolve repetição, rigidez e invariância, assim como uma tendência para ser inapropriado (Turner, 1999). Os comportamentos repetitivos e restritos podem comprometer o desenvolvimento dos indivíduos com PEA uma vez que estes rituais consomem a maioria das horas diárias, interferem com as atividades familiares, comprometem o comportamento adaptativo e limitam as oportunidades de aprendizagem (Gordon, 2000). Muitos investigadores, tal como Wing, compararam as teorias de Asperger com as primeiras comunicações de Kanner e verificaram a existência de semelhanças significativas entre as crianças descritas por ambos, sobretudo uma tendência para manterem interesses obsessivos ou invulgares, uma preferência pelas rotinas (Hewitt, 2006), um contacto visual muito pobre, estereotipias verbais e comportamentais, uma procura constante de isolamento, interesses especiais referentes a objetos e comportamentos bizarros (Marques, 2000). Como pudemos constatar, a adolescente apresentou nas sessões comportamentos neste âmbito, tal como esperado atendendo à sua perturbação.

A dinâmica predominante nas sessões foi sempre Par, incluindo na sessão 4 (única sessão de grupo) pois, mesmo estando presentes mais crianças, a adolescente interagiu sempre e apenas com a musicoterapeuta. Estabeleceu contacto visual com as outras crianças presentes na sessão, mas não passou disso, daí se ter registado esta dinâmica predominante. Destaca-se nesta sessão que a adolescente interagiu muito

com o adulto (como vimos nos registos de frequências enunciados anteriormente) e deu resposta a todas as tarefas propostas. Como estava em grupo, parecia que tinha de captar toda a atenção da musicoterapeuta para si como está habituada nas sessões individuais. Esta sessão trouxe benefícios ao nível das interações pois a adolescente interagiu mais do que o habitual.

Nas sessões (1, 2, 4, 5, 8, 9 e 10) destacam-se claramente todas as interações com o adulto e o que menos se destaca são as interações com crianças (uma vez que as sessões eram individualizadas) e o comportamento solitário (porque por norma a adolescente realizava todas as tarefas que eram pedidas respondendo às solicitações da musicoterapeuta interagindo com a mesma). Nas restantes sessões, nomeadamente (3, 6, 7, 11 e 12) destacam-se as estereotipias, mas como já referimos, algum do balancear era por causa da música. Nestas sessões, o que menos se destaca continua a ser as interações com crianças e o comportamento solitário. A adolescente estava mais agitada porque se encontrava no período de menstruação e nalgumas sessões no pré e pós essa fase, em que também mostrava alguma agitação uma vez que demorava um pouco a estabilizar o comportamento.

Relativamente às médias totais de cada domínio, a mais elevada foi a média do domínio das estereotipias ($M=29.83$, $DP=14.13$), típicas da perturbação, alertando-se, no entanto, que algum do balancear estava interligado com a música, tal como já referimos anteriormente. Seguidamente vem o domínio das interações com o adulto ($M=26.67$, $DP= 8.54$). Uma vez que as sessões eram feitas de forma individualizada, a adolescente acabou por construir uma relação de afinidade com a musicoterapeuta, daí haver alguma interação com adulto. O mesmo não se pode concluir relativamente à sua interação com pares, porque só esteve presente numa sessão de grupo. Por fim, surge o domínio relativo ao comportamento solitário ($M=12.42$, $DP=8.54$), onde muitos destes comportamentos pareciam servir como uma tentativa de chamar a atenção da musicoterapeuta, quando a adolescente sentia que não tinha a necessária, neste caso, a forma de se expressar era através de comportamentos individuais, como já referimos.

Estes resultados estão ilustrados no gráfico apresentado em seguida (Figura 5). De facto, verificam-se algumas oscilações umas mais acentuadas que outras, que variam de domínio para domínio, sendo que as maiores oscilações de subidas e descidas, são verificadas no total de interações com adulto e no total de estereotipias. Diversas dessas variações estão relacionadas com o facto de a adolescente estar menstruada ou no período imediatamente prévio/pós a esta fase do mês, em que a

adolescente está mais agitada e parece querer captar a atenção de alguém ou até mesmo deixar-se “levar pela música” aumentando assim as estereotipias.

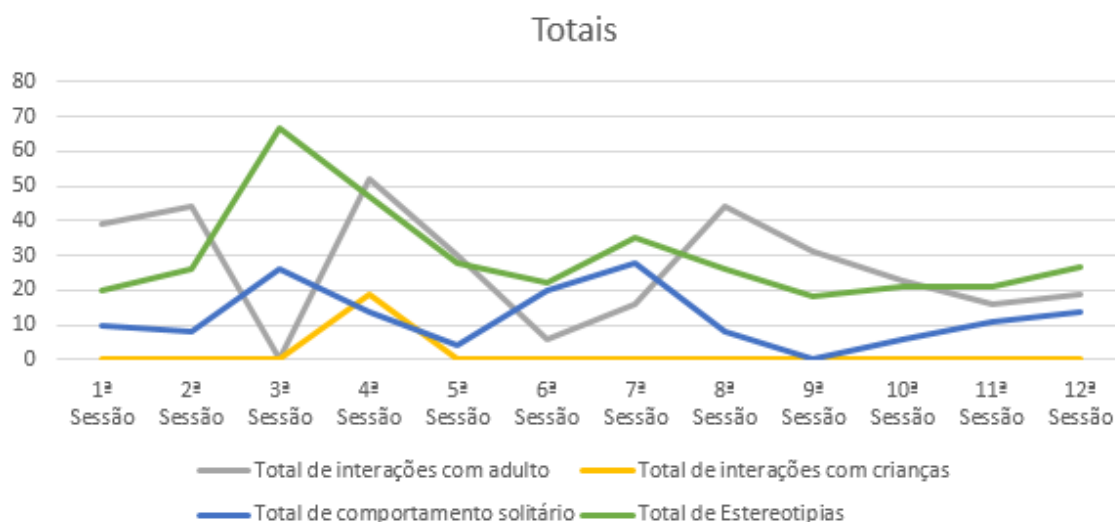


Figura 5. Gráfico relativo aos totais dos domínios da Ficha de Observação da Criança: Oportunidades Educativas

Tivemos oportunidade de ir referindo alguns exemplos decorrentes das observações naturalistas que permitem compreender melhor os resultados que acabamos de indicar, verificados na Ficha de Observação da Criança: Oportunidades Educativas, contudo, no ponto que se segue iremos apresentar com mais pormenor os resultados dos registos efetuados pela investigadora nas 12 sessões de musicoterapia, através das grelhas de observação naturalista.

3. RESULTADOS DAS OBSERVAÇÕES NATURALISTAS

Como já foi referido, foram feitas 12 observações naturalistas (Anexo K).

Importa referir que antes da investigadora começar a observar as sessões, a adolescente já tinha tido 10 sessões de musicoterapia previstas, no entanto, a musicoterapeuta referiu que não conseguiu trabalhar com ela, porque como lhe foi mudada a rotina, aquele ambiente não lhe era familiar, então fugia da sala e não queria voltar lá, aliás, só conseguiu estar com a mesma noutra sala, pois como a adolescente já conhecia aquele espaço, foi possível assim a musicoterapeuta trabalhar com ela.

As categorias emergentes da análise de conteúdo destas observações serão apresentadas em diferentes tabelas. Começamos com a Tabela 5 relativa a dificuldades típicas da PEA apresentadas pela adolescente observadas nas sessões.

Tabela 5

Dificuldades típicas da PEA no caso em estudo (registo de todas as sessões)

Categorias	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	9 ^a Sessão	10 ^a Sessão	11 ^a Sessão	12 ^a Sessão	Total
1. Interação/ comunicação com o adulto	Responde às questões que lhe são colocadas pelo adulto		✓		✓	✓			✓	✓		✓	✓	7
	Espera que adulto repita o que ela faz					✓					✓		✓	3
	Repete o que o adulto faz	✓	✓		✓	✓			✓	✓	✓	✓		8
														18
2. Estereotipias	Repete sons ou palavras (muitas vezes ininteligíveis)	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓		✓	✓	✓	10
	Balança o corpo e repete movimentos (bate com os dedos das mãos uns nos outros, mexe as mãos e os pés)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	12
														22

Relativamente à categoria “Interação/comunicação com o Adulto”, o registo mais frequente foi na subcategoria “repete o que o adulto faz”, sendo registado 8 vezes, logo seguida da subcategoria “responde às questões que lhe são colocadas pelo adulto”, tendo o número de registo de 7 vezes. O registo mais baixo pode ser verificado na subcategoria “espera que o adulto repita o que ela faz” com uma frequência de 3. O total de registos nesta categoria é de 18. De facto, a adolescente demonstra muitas dificuldades ao nível da comunicação/interação, mas mesmo assim repete ações imitando o adulto e responde às perguntas: “Onde vamos?” à qual responde de imediato “à música”; “Gostas de música?” à qual responde de imediato que “sim”; “Queres mais música?” à qual responde também que “sim”. Quando estava mais agitada, nem sequer respondia às questões. Se forem questões mais complexas, relacionadas com aspetos mais abstratos ou sentimentos, como por exemplo, “Estás boa?” A adolescente repete a questão e não responde. O comportamento com frequência mais baixa refere-se à iniciativa de interação por parte da adolescente que apenas se verificou em 3 sessões (5, 10 e 12), o que vai ao encontro das características descritas na literatura sobre a perturbação. As sessões 3, 6 e 7 revelaram ausência de resposta ao adulto e repetição das suas ações. Relembra-se que estas sessões, e com mais evidência a 3, já se revelaram problemáticas no ponto anterior relativo à Ficha de Observação da Criança: Oportunidades Educativas.

Foi apurado nas entrevistas que a adolescente interage melhor com adultos do que com adolescentes e o mesmo já se verificou no ponto anterior relativo à Ficha de Observação da Criança: Oportunidades Educativas. Ainda assim, nesta interação, tal como é esperado nesta perturbação repete frases ou expressões ouvidas anteriormente, podendo ser imediata ou tardia, literal ou mitigada, com semelhança ou na entoação e relação ou não com contextos específicos demonstrando, deste modo, a sua falta de sentido e de desconexão com a temática comunicativa presente, dando a impressão mais de falar a alguém do que com alguém, denominando-se este facto de ecolalia (Mota, 2008). Contudo, não são apenas repetidas frases ou expressões, mas também gestos e movimentos. Este facto era notório, por vezes, na resposta a determinadas perguntas, em que a adolescente em vez de responder, repetia a questão, como por exemplo, “A mãe está boa?”.

No que respeita a categoria das “estereotipias”, o registo mais frequente foi na subcategoria “balanceia o corpo e repete movimentos”, que ocorreu ao longo de todas as sessões. No entanto, como foi referido anteriormente, algum balancear estava relacionado com o andamento da música. A subcategoria “repete sons ou palavras

muitas vezes ininteligíveis”, verificou-se em 10 das 12 sessões. Quanto à repetição dos sons e palavras muitas vezes ininteligíveis, isto acontecia quando a adolescente estava mais agitada, dizendo palavras ininteligíveis como “ocatau”, “mata”, “mia”, “tita”. Por vezes, as palavras eram perceptíveis, como por exemplo: “sugo”, “coca-cola”, “música”, “aiaiai”, “joelho”, “mãe” e “cama”. O total de registos nesta categoria foi 22, superior à categoria anterior.

Através das observações, pode verificar-se que a adolescente apresenta estereotipias e este facto também já tinha sido referido nas entrevistas e verificado nos registos apresentados relativos à Ficha de Oportunidades Educativas, indo ao encontro da revisão da literatura neste âmbito.

Para além destas duas categorias inerentes às dificuldades típicas da PEA, foram registadas as reações da adolescente em duas fases distintas (Tabela 6): i) sempre que se encontrava menstruada e ii) quando não se encontrava nesta fase. A necessidade de registar estas duas categorias distintas decorre do que já foi referido no ponto anterior quanto à diferença verificada no seu comportamento nestas duas fases, atendendo à explicação atribuída pela musicoterapeuta na entrevista, quanto à relevância da menstruação na alteração do seu comportamento.

Relativamente à categoria “reações em fase associada à menstruação”, a subcategoria com o registo mais frequente foi “agitada/nervosa”, com o registo de 6 vezes, logo seguida das subcategorias “chora/grita”, “não realiza as tarefas/não quer música nem quer tocar instrumentos”, “evita contacto ocular e vira a cara quando falam com ela”, “diz dissílabos ininteligíveis” e “acalma quando não lhe dão atenção”, com o registo de 5 vezes. Os registos mais baixos foram de 1, nas subcategorias “deita-se no chão” e “revela comportamentos agressivos (empurrou as pessoas presentes na sessão e atirou para o chão os instrumentos)” que só se verificaram na sessão 3. Estes comportamentos associados à fase de menstruação verificaram-se sobretudo nas sessões 3 (registaram-se todas as reações desta categoria), 6, 10 e 12, sendo que nestas 3 últimas só não se deitou no chão, nem revelou comportamentos agressivos, tendo-se verificado todas as outras reações. Relativamente ao total de todas as subcategorias pertencentes a esta categoria, os registos foram iguais a 39. De facto, as reações menos ajustadas (agitação, agressividade, choro e gritos, entre outras...), devem-se ao facto de a adolescente se encontrar nesta fase e sentir dor, a qual a deixa frustrada, pois parece não conseguir lidar com a situação.

Tabela 6

Reações da adolescente em fase menstrual ou não (registo de todas as sessões)

Categorias	Subcategorias	1ª Sessão	2ª Sessão	3ª Sessão	4ª Sessão	5ª Sessão	6ª Sessão	7ª Sessão	8ª Sessão	9ª Sessão	10ª Sessão	11ª Sessão	12ª Sessão	Total
1. Reações em fase associada à menstruação	Aagitada/nervosa			✓			✓	✓			✓	✓	✓	6
	Chora e grita			✓			✓				✓	✓	✓	5
	Queixa-se de dores			✓			✓	✓						3
	Não faz tarefas/não quer música nem tocar instrumentos			✓			✓	✓			✓		✓	5
	Deita-se no chão			✓										1
	Comportamentos agressivos			✓										1
	Evita contacto ocular e vira a cara quando falam com ela			✓			✓				✓	✓	✓	5
	Bate com os pés			✓								✓	✓	3
	Diz dissílabos ininteligíveis			✓			✓				✓	✓	✓	5
	Acalma quando não tem atenção			✓			✓	✓			✓	✓	✓	5
														39
2. Reações não associadas à fase de menstruação	Bem-disposta/Alegre/Animada	✓	✓			✓		✓	✓	✓				7
	Realiza todas as tarefas	✓	✓		✓	✓			✓	✓				6
	Calma/relaxada				✓	✓								2
	Atenta	✓	✓		✓	✓		✓	✓	✓				7
														22

Para além disso, como tem muitas dificuldades ao nível da comunicação verbal, às vezes torna-se difícil compreender aquilo que diz nesta fase, pois pronuncia um maior número de palavras ininteligíveis (por exemplo, “ocatau”, “tita”, “mata” e “mia”). Algumas destas reações parecem procurar chamar a atenção dos adultos nas sessões, aliás, quando sentia que não tinha a atenção toda para si, surgiam comportamentos como o choro e os gritos, apenas nesta fase.

No que respeita a categoria “reações não associadas à fase de menstruação”, as subcategorias com o registo mais frequente foram “bem-disposta/contente/animada” e “atenta” com o registo de 7 vezes, logo seguidas da subcategoria “realiza todas as tarefas” com o registo de 6 vezes. Relativamente ao registo mais baixo, este pode ser verificado na subcategoria “calma/relaxada”, com uma frequência de 2. Sendo que o total do registo das subcategorias pertencentes a esta categoria é de 22. Estas reações verificaram-se sobretudo apenas nas sessões em que não se constatarem as reações anteriores, parecendo comprovar o que a musicoterapeuta referiu quanto às duas fases da adolescente decorrentes desta situação de desconforto associada à menstruação.

Relativamente a este ponto, a investigadora já tinha sido alertada nas entrevistas que quando a adolescente se encontrava nesta fase, ficava mais agitada e alterada, sendo difícil, por vezes, fazer a terapia com ela. Na análise apresentada anteriormente relativa à Ficha de Oportunidades Educativas, esta questão também foi evidente.

Após esta análise das capacidades e dificuldades da adolescente apresentamos em seguida as tarefas habitualmente desempenhadas pela mesma nas sessões de musicoterapia. Começaremos pelas tarefas de preparação, escolha e arrumação de material (Tabela 7).

Relativamente à categoria “tarefas de preparação/arrumação na sessão”, a subcategoria com o registo mais elevado foi “vai buscar e arruma os bancos” com o registo de 9 vezes (só não o fez em 3 sessões, duas das quais já se revelaram problemáticas em análises anteriores), sendo que a subcategoria com o registo mais baixo diz respeito à “arrumação dos instrumentos”, com o registo de 5 vezes em 12 sessões. Nas restantes sessões não o fez porque há instrumentos que não consegue arrumar sozinho devido ao seu peso. Esta categoria soma um total de registos igual a 14. Estas rotinas de preparação e arrumação são fundamentais em casos como este com PEA, atendendo à sua importância na estruturação dos comportamentos, como vimos anteriormente no enquadramento teórico. Aliás, a alteração de rotinas nestes casos pode gerar comportamentos menos ajustados.

Tabela 7

Tarefas que a adolescente desempenha nas sessões de musicoterapia (registro de todas as sessões)

Categorias	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	9 ^a Sessão	10 ^a Sessão	11 ^a Sessão	12 ^a Sessão	Total
1. Tarefas de preparação/ arrumação na sessão	Vai buscar e arruma os bancos	✓	✓		✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	9
	Arruma os instrumentos	✓	✓			✓			✓				✓	5
														14
2. Tarefas de escolha de material/ Atividades	Escolhe os instrumentos através de imagens	✓									✓		✓	3
	Escolhe instrumentos do cesto					✓								1
	Escolhe a música que quer cantar (começando a entoar a mesma)	✓	✓			✓			✓		✓	✓	✓	7
														11

No que se refere a este ponto, a adolescente ia buscar e arrumar os bancos, porque foi criada uma rotina, um hábito ao longo das sessões, que nos pareceu ser do seu agrado. Apesar de os indivíduos com PEA, não gostarem muito da alteração de rotinas, existem autores que defendem que eles aprenderiam mais se o fizessem de forma espontânea. Kanner acreditava que estas crianças aprendiam mais facilmente através de rotinas e mecanizações, enquanto Asperger mencionava que os seus pacientes aprendiam mais facilmente se produzissem espontaneamente e sugeria que seriam “pensadores do abstrato” (Leonard, et al., 2010, p. 548).

Quanto à categoria “tarefas de escolha de material/atividades” a subcategoria com o registo mais elevado foi “escolhe a música que quer cantar (começando a entoar a mesma) com um registo de 7 vezes, sendo que a subcategoria com um registo mais baixo foi “escolhe instrumentos do cesto”, pois a musicoterapeuta só utilizou esta estratégia uma vez. Geralmente a musicoterapeuta dava imagens de instrumentos à adolescente para que esta pudesse escolher qual o instrumento que queria tocar. Apesar de parecer não gostar de escolher instrumentos através de imagens, foi uma tarefa que a musicoterapeuta foi insistindo ao longo das sessões, tanto que em duas das três últimas sessões a adolescente já não colocou qualquer entrave à proposta. O que se verificou, sem dúvida, como mais frequente e bastante positivo, na medida em que revelou iniciativa de interação por parte da adolescente, diz respeito ao facto da mesma começar a entoar a melodia de uma música do seu gosto para que a musicoterapeuta comesse a cantar consigo. Esta categoria tem um total de registo igual a 11.

As categorias que se seguem também dizem respeito a tarefas realizadas nas sessões de musicoterapia, mas especificamente relacionadas com a utilização da música (Tabela 8).

Relativamente à categoria “tarefas musicais”, a subcategoria com o registo mais frequente foi “canta/entoa melodias” com um registo de 10 vezes (só não o fez em duas sessões), logo seguida da subcategoria “toca instrumentos” (em 9 sessões) e da subcategoria “segue um ritmo” (8 vezes). O total de registos nesta categoria foi igual a 27.

Relativamente à categoria das tarefas musicais, já tinha sido apurado nas entrevistas que a adolescente gosta muito de música, tanto de cantar, como ouvir na rádio.

Tabela 8

Tarefas musicais realizadas nas sessões de musicoterapia (registo de todas as sessões)

Categorias	Subcategorias	1ª Sessão	2ª Sessão	3ª Sessão	4ª Sessão	5ª Sessão	6ª Sessão	7ª Sessão	8ª Sessão	9ª Sessão	10ª Sessão	11ª Sessão	12ª Sessão	Total
1. Tarefas musicais	Toca instrumentos	✓	✓			✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	9
	Canta/entoa melodias	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓	✓	✓	✓	10
	Segue ritmo	✓	✓			✓		✓	✓	✓	✓	✓		8
														27
2. Tipos de música que costuma cantar	Músicas tradicionais	✓			✓			✓		✓		✓	✓	6
	Música do “Bom dia”	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	11
	Música do “Adeus”	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓		✓	✓		9
	Músicas temáticas		✓		✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	8
														35
3. Instrumentos musicais utilizados	Piano Portátil							✓		✓				2
	Pau de Chuva							✓						1
	Bombo	✓		✓				✓			✓	✓	✓	6
	Viola	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	11
	Xilofone		✓						✓				✓	3
	Pandeireta					✓						✓		2
	Prato										✓		✓	2
														27

Foi possível perceber que a adolescente parecia gostar muito de música, principalmente quando eram músicas que ela reconhecia através da melodia ou de algumas palavras cantadas, mais concretamente as que eram habituais nas sessões, como a música do “bom dia” e a música do “adeus”. De facto, na categoria “tipos de música que costuma cantar”, a subcategoria com registo mais elevado foi a “música do bom dia” com um registo de 11 vezes, logo seguida na “música do adeus” com 9 registos. Mais uma vez se denota a importância das rotinas na estruturação das sessões de forma ajustada ao que é suposto na intervenção com pessoas com PEA. Em relação às músicas temáticas, são músicas que a musicoterapeuta faz para as sessões de musicoterapia em épocas comemorativas, tais como: Música da Primavera; Música da Páscoa; e Música do Natal. O total de registos nesta categoria foi igual a 35. Nas observações verificou-se que a adolescente através das músicas ia decorando algumas palavras e o mesmo já tinha sido referido numa das entrevistas.

Relativamente à categoria “instrumentos musicais utilizados”, a subcategoria com registo mais elevado foi a “viola” com um registo de 11 vezes (a viola foi usada pela musicoterapeuta em todas as sessões, sendo que por vezes a adolescente tocava apenas nas cordas, exceto na 7ª sessão, em que foi a adolescente a assumir um papel mais ativo no que se refere a tocar instrumentos). O bombo foi um dos instrumentos também bastante utilizado pela adolescente (em 6 sessões). Os restantes instrumentos (xilofone, piano portátil, pandeireta, prato e pau de chuva) foram menos utilizados (em uma, duas ou três sessões), aliás, a subcategoria com registo mais baixo é “Pau de Chuva” com um registo de 1. O total de registos nesta categoria foi igual a 27. Duma forma geral, à exceção de duas sessões (a 4 e a 6) em que só foi utilizada a viola, a musicoterapeuta procurava utilizar com a adolescente mais do que um instrumento durante a sessão (dois ou três). A adolescente tem várias dificuldades ao nível da comunicação verbal, no entanto, o tocar instrumentos no decorrer da sessão, permitiu-lhe expressar-se e desenvolver a sua interação conseguindo, por exemplo, seguir o ritmo que a musicoterapeuta fazia. Quando esta tocava, por exemplo, no bombo “pam pam pam”, adolescente seguia o mesmo ritmo noutro instrumento como o xilofone, prato, pandeireta, entre outros. Mostrava-se muito empenhada em decifrar todas as melodias que a musicoterapeuta tocava, estava geralmente muito atenta nestes momentos e conseguia realizar tudo o que observava (fazia as atividades por imitação). Também parecia gostar de começar tarefas e que a imitassem. Aliás, fazia muitas tarefas por iniciativa sua (como tocar instrumentos ou cantar).

Tabela 9

Reações às tarefas musicais (registo de todas as sessões)

Categorias	Subcategorias	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a	7 ^a	8 ^a	9 ^a	10 ^a	11 ^a	12 ^a	Total
		Sessão	Sessão	Sessão	Sessão	Sessão	Sessão	Sessão	Sessão	Sessão	Sessão	Sessão	Sessão	
1. Reação às tarefas musicais	Fixa algumas palavras da cantiga	✓	✓		✓			✓		✓	✓		✓	7
	Dança				✓							✓		2
	Reage bem a todas as músicas	✓	✓		✓	✓		✓	✓	✓				7
	Bate palmas			✓			✓							2
	Atenta a decifrar melodias	✓	✓		✓			✓	✓	✓		✓		7
	Pede para ouvir música das colunas						✓	✓			✓	✓	✓	5
														30

Parecia gostar muito de tocar instrumentos principalmente os que fazem sons mais fortes e diferentes do comum. Apesar de parecer não gostar muito de sons agudos, mostrou muito interesse quando tocou prato e xilofone.

Nas entrevistas tinha sido apurado que alguns dos técnicos já utilizavam instrumentos nas sessões e achavam que esta utilização é benéfica para adolescente, pois ao tentar repetir sons, está a comunicar de forma não-verbal. Por outro lado, os técnicos que não utilizavam, ponderaram utilizar para ver como a adolescente reagia.

Depois de termos visto o tipo de tarefas realizado nas sessões, passamos à análise das reações da adolescente às tarefas musicais (Tabela 9). Nesta categoria, as subcategorias com os registos mais elevados dizem respeito à “boa reação a todas as músicas” (em 7 sessões), assim como a sua capacidade para “fixar algumas palavras da cantiga” e para estar “atenta a decifrar melodias” (ambas também com um registo de 7 vezes). Também se verificou em 5 sessões o pedido por parte da adolescente para ouvir música das colunas. As subcategorias com os registos mais baixo (apenas em duas sessões) foram: “dança” e “bate palmas”. O total de registos nesta categoria é igual a 30.

De facto, reagiu quase sempre bem a todas as músicas. A música ajuda-a a desenvolver a sua comunicação não-verbal, como já referimos, mas também ao nível da expressão verbal, pois à medida que ia ouvindo as músicas ia estando atenta e decorando algumas palavras que faziam parte das mesmas. Com efeito, demonstrou ao longo das sessões estar atenta a decifrar melodias, pois assim que a musicoterapeuta começava a tocar na viola a adolescente começava imediatamente a entoar a melodia correspondente à música tocada. Quando estava mais agitada pedia para ouvir música das colunas, pois nas restantes sessões de apoio na instituição (nomeadamente *snoezelen* e terapia ocupacional) a adolescente tem música de fundo e é algo que a acalma, contudo, nas sessões de musicoterapia raramente isso aconteceu, pois nestas sessões quem produzia a música era a adolescente e/ou a musicoterapeuta.

Com efeito, a música e a musicoterapia podem contribuir de uma forma bastante acentuada para o reforço no desenvolvimento ao nível da cognição, comunicação e linguagem, ao nível da socialização e ao nível da psicomotricidade (Barreto, 2000).

Segundo Bruscia (2000), a música é importante na medida em que não é apenas um som não-verbal, esta inclui palavras, movimentos e imagens visuais, sendo assim, a música não comunica apenas o que é musical, mas também enriquece e amplia outras formas de comunicação não-verbal.

Nota-se que a adolescente gosta muito de música, principalmente quando são músicas tradicionais e que a deixem interagir mais. Gosta muito quando toca instrumentos, pois consegue expressar-se através de ritmos, uma vez que tem muitas dificuldades a nível da comunicação-verbal e denotam-se muitas dificuldades comportamentais, o que foi observado ao longo das sessões e que também já tinha sido referido no relatório médico. Por outro lado, consegue expressar-se através da música, e consegue responder a questões simples, que envolvam apenas respostas de “Sim e Não”, demonstrando ainda uma comunicação não-verbal muito desenvolvida.

Alguns destes benefícios foram também apontados nas entrevistas cuja análise apresentamos em seguida.

4. RESULTADOS DAS ENTREVISTAS

Para que fosse possível, conhecer melhor o alvo de estudo com base na perspetiva dos elementos significativos na sua vida, foi efetuada uma análise de conteúdo às respostas dadas pelos participantes no estudo, tanto técnicos como encarregada de educação (Anexo L) nas entrevistas.

A análise de conteúdo encontra-se seguidamente na Tabela 10.

Relativamente à categoria das dificuldades apresentadas pela adolescente, as subcategorias assinaladas por todos os entrevistados foram as da comunicação/expressão e as dificuldades comportamentais, seguidas da interação social (musicoterapeuta e professora de educação especial) e lidar com a mudança de rotinas (encarregada de educação e mais uma vez a professora de educação especial) e, por fim, a imaginação/flexibilidade de pensamento e estereotipias (apenas a professora de educação especial). Mais uma vez, estas são as dificuldades características da PEA, como apontamos no enquadramento teórico do trabalho. No que se refere ao ponto das dificuldades podemos referir que foram assinaladas num total de 14 vezes. Já no que respeita a categoria das capacidades, todas as subcategorias foram assinaladas apenas uma vez, dando assim apenas um total de 4, bem inferior ao das dificuldades. A musicoterapeuta identificou duas (harmonia e compreensão não verbal), a terapeuta ocupacional acrescentou a comunicação verbal e a professora de educação especial a persistência. A mãe não apontou qualquer ponto forte da adolescente. As suas capacidades e dificuldades serão exploradas com mais pormenor no ponto que se segue relativo aos resultados do SDQ.

Tabela 10

Análise de Conteúdo das Entrevistas aos Técnicos e Encarregada de Educação

Categorias	Subcategorias	Encarregada de Educação	Musicoterapeuta	Terapeuta Ocupacional	Professora de Educação Especial	Total
1- Dificuldades	Comunicação/ Expressão	✓	✓	✓	✓	4
	Interação social		✓		✓	2
	Lidar com mudança de rotinas	✓			✓	2
	Imaginação/flexibilidade de pensamento				✓	1
	Comportamentais (gritar, bater com os pés, levantar-se, ser violenta, deitar instrumentos para o chão, virar costas enquanto falam para ela)	✓	✓	✓	✓	4
	Estereotipias				✓	1
						14
2- Capacidades	Comunicação não-verbal		✓			1
	Harmonia		✓			1
	Compreensão verbal			✓		1
	Persistência em atividades do seu interesse				✓	1
						4

Categorias		Subcategorias	Encarregada de Educação	Musicoterapeuta	Terapeuta Ocupacional	Professora de Educação Especial	Total
3 – Gosto pela música	Sim		✓	✓	✓	✓	4
	Não						0
							4
4- Géneros musicais preferidos	Músicas regionais/tradicionais			✓	✓		2
	Músicas infantis				✓	✓	2
	Músicas com melodia contínua				✓		1
	Músicas portuguesas		✓				1
	Músicas calmas		✓				1
	Músicas temáticas			✓			1
							8
5- Géneros musicais que gosta menos	Músicas com muito barulho/muito altas		✓		✓		2
	Não há		✓	✓	✓	✓	1
	Músicas com sons agudos					✓	1
							4

Categorias	Subcategorias	Encarregada de Educação	Musicoterapeuta	Terapeuta Ocupacional	Professora de Educação Especial	Total
6- Estratégias de intervenção	Deixar à vontade			✓		1
	Insistir na repetição de tarefas			✓		1
	Habituação às suas dificuldades	✓				1
	Cantar para a acalmar		✓			1
	Romper padrões de isolamento				✓	1
	Não quebrar rotinas				✓	1
	Reforço positivo (atividades que lhe causam prazer – ex. música)				✓	1
	Compreensão do que pretende	✓				1
						8
7- Utilização da música	Sim	✓	✓		✓	3
	Não (mas possível tentar)			✓		1
						4
8- Forma como é utilizada a música	Produzida pela jovem		✓			1
	Utilizando instrumentos		✓	✓	✓	3
						4

Categorias	Subcategorias	Encarregada de Educação	Musicoterapeuta	Terapeuta Ocupacional	Professora de Educação Especial	Total
9- Instrumentos utilizados	Piano Portátil			✓		1
	Bombo		✓		✓	2
	Viola		✓		✓	2
	Xilofone		✓		✓	2
						7
10 -Importância da música e musicoterapia para o caso	Acalma	✓		✓	✓	3
	Dança	✓				1
	Reage bem a todas as músicas		✓		✓	2
	Poderá dispersar-se			✓		1
	Favorece a comunicação (diz palavras de canções, pede para ouvir CD, canta, espera que cantem com ela)	✓	✓	✓	✓	4
	Devia durar mais tempo a musicoterapia	✓	✓			2
	Diminui comportamentos agressivos				✓	1
	Comunicação e interação melhores	✓			✓	2
	Permite desenvolvimento cognitivo				✓	1
						17

Categorias	Subcategorias	Encarregada de Educação	Musicoterapeuta	Terapeuta Ocupacional	Professora de Educação Especial	Total
11 - Importância da música e musicoterapia na PEA	Relevante desde cedo		✓			1
	Estimula de forma global			✓		1
	Desenvolve a motricidade fina				✓	1
	Importante mais tempo	✓				1
	Melhora a comunicação e interação		✓	✓	✓	3
	Melhora a inquietude			✓		1
	É muito importante	✓				1
	Melhora a qualidade de vida		✓			1
						10
12 - Evolução com as sessões de musicoterapia	Comunicação verbal	✓	✓		✓	3
	Comunicação não-verbal		✓		✓	2
	Estabilidade comportamental	✓			✓	2
						7
13 - Trabalho em grupo/individual com o caso	Em grupo					0
	Individualmente		✓	✓	✓	3
	Ambas					0
						3

Categorias	Subcategorias	Encarregada de Educação	Musicoterapeuta	Terapeuta Ocupacional	Professora de Educação Especial	Total
14- Atividades preferidas nas sessões com pessoas com PEA	Tocar instrumentos		✓			1
	Jogos de mesa			✓	✓	2
	Dançar				✓	1
	Pintar				✓	1
	Coordenação motora				✓	1
						6
15- Atividades preferidas nas sessões do caso	Tocar instrumentos		✓			1
	Construção			✓	✓	2
	Jogos de mesa			✓	✓	2
	Música				✓	1
						6
16- Atividades que o caso menos gosta nas sessões	Vestir e despir			✓		1
	Dançar				✓	1
	Reconhecer imagens		✓			1
						3

Relativamente à categoria das estratégias de intervenção utilizadas para lidar com as dificuldades apresentadas anteriormente, todas as subcategorias foram assinaladas por um entrevistado, somando assim um total de 8. Cada participante utiliza as suas estratégias, pelo que podia ser importante promover a articulação entre todos no sentido de enriquecerem a sua intervenção recorrendo a estratégias alternativas que outros participantes referem resultar. Neste sentido, a mãe refere que se habituou às suas dificuldades e que procura compreender o que a adolescente pretende. Por sua vez, a musicoterapeuta salienta a estratégia de cantar como benéfica. A terapeuta ocupacional refere que a deixa à vontade em determinadas situações e noutras insiste para repetir a tarefa. Finalmente, a professora de educação especial acrescenta que é fundamental romper com os seus padrões de isolamento, não quebrando as suas rotinas e recorrendo ao reforço positivo. Verificou-se ainda ao longo das sessões de observação que, ao cantarolar e expressar-se musicalmente a adolescente consegue acalmar-se, colmatando assim, dificuldades apresentadas, principalmente as dificuldades emocionais e atitudes verificadas. De acordo com Benenzon (1985), a música tem como principal papel atuar como técnica psicológica e como objetivo terapêutico na modificação de problemas emocionais, das atitudes, da energia e da dinâmica psíquica.

Quanto ao gosto pela música, aspeto central neste trabalho, todos os entrevistados referiram que este estava presente na adolescente. Com efeito este gosto foi possível de constatar nas observações realizadas pela investigadora e deve continuar a ser rentabilizado na intervenção atendendo aos benefícios que já fomos identificando atendendo aos resultados apresentados anteriormente.

No que respeita os géneros musicais preferidos, as subcategorias assinaladas por dois entrevistados foram: músicas regionais/tradicionais (musicoterapeuta e terapeuta ocupacional) e músicas infantis (terapeuta ocupacional e professora de educação especial). As subcategorias assinaladas apenas por um entrevistado foram: músicas com melodia contínua (terapeuta ocupacional); músicas portuguesas e calmas (mãe) e músicas temáticas (musicoterapeuta), somando assim esta categoria um total de 8. Conhecer os gostos é fundamental para que estes estilos musicais possam continuar a ser utilizados motivando a adolescente para a intervenção. Quanto aos géneros musicais que gosta menos, apesar dos participantes terem referido que “não há”, foram depois referindo: músicas com muito barulho/muito altas (mãe e terapeuta ocupacional) ou com sons agudos (professora de educação especial), dando nesta categoria um total de 4. É muito importante

perceber também o que a incomoda quando a música é utilizada devendo evitar assim na intervenção músicas com muito ruído e agudas, pelo menos atendendo ao que foi referido pelos participantes. Podemos confrontar toda esta informação recolhida nas entrevistas com o que foi observado ao longo das sessões de musicoterapia, onde se verifica que a adolescente gosta muito de música, principalmente se o género musical for tradicional, infantil e temático, sobretudo se as músicas forem portuguesas e calmas.

Quanto à utilização da música na intervenção, três entrevistados assinalaram que utilizam e um (terapeuta ocupacional) referiu que não utilizava, mas que era possível tentar.

Relativamente às sessões onde era utilizada a música, foi possível verificar que a adolescente desenvolvia comunicação não-verbal, facilitando assim a comunicação e a manifestação de sentimentos. Também confrontando com a literatura, a música é considerada como um meio de expressão não-verbal, é um tipo de linguagem que facilita a comunicação e a exteriorização de sentimentos, permitindo às pessoas descobrir ou redescobrir o que há no seu interior, partilhando-o (Cabrera, 2005).

Relativamente à categoria que se refere a forma como a música é/pode ser utilizada, a mãe não especifica como, mas os restantes três entrevistados referiram a subcategoria “utilizando instrumentos” e apenas um entrevistado (musicoterapeuta) referiu a subcategoria “produzida pela jovem”. Passando aos instrumentos utilizados/a utilizar, as subcategorias assinaladas por dois entrevistados (musicoterapeuta e terapeuta ocupacional) foram o xilofone, viola e bombo, sendo que o piano portátil apenas foi assinalado por um entrevistado (terapeuta ocupacional), não tendo a mãe referido qualquer instrumento a utilizar na intervenção. Estas informações são importantes para se estruturar, por exemplo, as sessões de intervenção nas várias terapias, tendo em conta, que a utilização de instrumentos como foi verificado ao longo das sessões, ajuda no desenvolvimento afetivo e social da adolescente permitindo que esta se satisfaça pessoalmente, algo que só se verifica, ao tocar instrumentos. Segundo Sousa (2005), a música instrumental é um excelente meio de desenvolvimento mental, físico, afetivo e social permitindo que a criança/adolescente possa usufruir de satisfações imediatas, independentemente da gravidade da sua patologia, uma vez que aquilo que a criança/adolescente escuta e o modo como a interpreta são uma citação que vem dela e que corresponde às suas experiências físicas, intelectuais e emotivas.

Ainda no sentido de perceber melhor como continuar a estruturar a intervenção de forma benéfica para o caso (nas várias terapias), foram exploradas as atividades em geral

preferidas nas sessões com pessoas com PEA em geral e depois mais especificamente para o caso da adolescente. Relativamente às pessoas com PEA em geral, a subcategoria assinalada por dois entrevistados (terapeuta ocupacional e professora de educação especial) foi “jogos de mesa”, sendo que as restantes “tocar instrumentos” (musicoterapeuta) “dançar”, “pintar” e “coordenação motora” (professora de educação especial), foram assinaladas por um entrevistado. Quanto à categoria “atividades preferidas nas sessões do caso”, as subcategorias “construção” e “jogos de mesa” foram assinaladas por dois entrevistados (mais uma vez, verificou-se acordo entre a terapeuta ocupacional e professora de educação especial), sendo que as restantes “tocar instrumentos” (musicoterapeuta) e “música” (professora de educação especial) foram assinaladas por um entrevistado. Por fim, no que respeita a categoria “atividades que o caso menos gosta nas sessões”, todas as subcategorias foram assinaladas apenas por um entrevistado: vestir/despir (terapeuta ocupacional), reconhecimento de imagens (musicoterapeuta) e dançar (professora de educação especial). Estas informações parecem-nos relevantes para a estruturação da intervenção junto do caso, permitindo-nos ainda verificar se emergia a referência à música neste âmbito, o que se veio a constatar.

As sessões de musicoterapia foram realizadas individualmente (à exceção de uma). No sentido de compreender os benefícios decorrentes do trabalho em grupo vs. individual com o caso em estudo, foi possível constatar com a análise das respostas dos participantes que há consenso quanto à opção pela forma atual de organização das sessões: a subcategoria assinalada pelos três entrevistados a quem foi colocada esta questão foi a “individualmente”, sendo que as subcategorias “em grupo” e “ambas”, não foram assinaladas por nenhum. Segundo Rodrigo (2008), a modalidade de tratamento individual é mais benéfica porque permite um melhor conhecimento do cliente, um tratamento mais personalizado, sendo esta modalidade mais destinada a problemas ao nível da PEA e distúrbios da personalidade, como por exemplo, perturbação de personalidade *borderline*.

No que respeita a categoria “importância da música e musicoterapia para o caso”, a subcategoria assinalada por todos os entrevistados foi “favorece a comunicação”, seguindo-se a subcategoria “acalma”, assinalada por três entrevistados (professora de educação, mãe que acrescenta também a sua importância para a dança e terapeuta ocupacional que também salienta que, contudo, pode dispersar-se), seguida das subcategorias “reage bem a todas as músicas” (musicoterapeuta e professora de educação especial); “devia durar mais tempo a musicoterapia” (mãe e musicoterapeuta) e “comunicação e interação

melhores” (mãe e professora de educação especial), assinaladas por dois entrevistados. A professora de educação especial ainda acrescenta que “diminui comportamentos agressivos” e “permite desenvolvimento cognitivo”. Aliás, esta professora foi a que salientou mais benefícios (n=6), seguida da mãe (n=5) e, por fim, da musicoterapeuta e terapeuta ocupacional (ambos apontando 3 benefícios). Os benefícios apontados vão ao encontro da revisão da literatura apresentada anteriormente.

Quanto à categoria “importância da música e musicoterapia na PEA”, a subcategoria assinalada por três entrevistados (exceto a mãe) foi “melhora a comunicação e a interação”. A mãe volta a salientar a necessidade de mais tempo de intervenção com recurso à música, porque na sua opinião é muito importante. A musicoterapeuta acrescenta que é importante também desde cedo (recorda-se que a adolescente começou apenas este ano com as sessões apesar de já sinalizada neste âmbito há muito tempo) porque também promove a qualidade de vida. A terapeuta ocupacional salienta a sua importância na redução da inquietude nestes casos assim como na promoção do desenvolvimento global destas crianças. Por fim, a professora de educação especial acrescenta, por exemplo, as vantagens ao nível da motricidade fina. Com efeito, como pudemos constatar no segundo capítulo são inúmeras as vantagens associadas à intervenção em musicoterapia.

No que respeita a categoria da evolução com as sessões de musicoterapia, a subcategoria “comunicação verbal” foi assinalada por três entrevistados (exceto o terapeuta ocupacional que não salientou qualquer evolução com as sessões). A musicoterapeuta também acrescentou a comunicação verbal e mãe os aspetos comportamentais. A professora de educação especial referiu todas estas subcategorias. De facto, já nos registos de observação apresentados anteriormente foram evidentes estes progressos nas suas capacidades (que serão exploradas com mais pormenor em seguida) sobretudo ao nível da comunicação nas sessões de musicoterapia.

5. RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO SDQ

A análise descritiva dos resultados relativos ao SDQ, preenchido pelos quatro participantes, em dois momentos, nomeadamente no início da intervenção em Musicoterapia (Tabela 11) e depois da última sessão observada (Tabela 12), é apresentada em seguida. Verificamos que no primeiro momento, a Escala relativa aos Problemas de Relacionamento com os Colegas apresentou o valor mais elevado ($M=6.75$, $DP=.957$), logo seguida da Escala de Hiperatividade ($M=6.00$, $DP=2.160$). No segundo momento esta situação inverte-se, verificando mais evidentes as dificuldades relacionadas com a hiperatividade ($M=6.75$, $DP=.957$) e menos as de relacionamento ($M=4.74$, $DP=.957$). Relativamente à Escala de Sintomas Emocionais ($M=4.50$), Escala de Problemas de Comportamento ($M=4.00$), Escala de Comportamento Pró-Social ($M=2.25$), podemos verificar que o valor médio se manteve igual nos dois momentos (embora o desvio padrão tenha sido diferente).

Atendendo aos dados normativos para a população portuguesa apresentados pelos autores do instrumento, pode-se concluir que a adolescente apresenta dificuldades emocionais esperadas/limítrofes (de acordo com os intervalos definidos para instrumentos preenchidos por professores e pais/mães, respetivamente). Os resultados na escala de hiperatividade também se situam no intervalo limítrofe. Os níveis de dificuldades não esperados para a população sem patologia apresentam-se no âmbito de problemas comportamentais, dificuldades de relacionamento e de comportamento pró-social, tal como seria de esperar atendendo à PEA que apresenta.

A pontuação total de dificuldades quer no primeiro momento ($M=22.75$, $DP=6.076$), quer no segundo ($M=22.25$, $DP=4.031$), permite-nos situar a adolescente no intervalo definido pelos autores do instrumento como não ajustado (embora tenha reduzido muito ligeiramente o valor médio das dificuldades durante a intervenção, ainda assim mais adiante veremos se esta redução é estatisticamente significativa ou não), com base na tabela de resultados normativos para a população portuguesa.

Tabela 11

Resultados do SDQ num primeiro momento, início da intervenção

	M	DP	Min.	Máx.
Escalas de Sintomas Emocionais	4.50	1.291	3	6
Escala de Problemas de Comportamento	4.00	1.826	2	6
Escala de Hiperatividade	6.00	2.160	3	8
Escala de Problemas de Relacionamento com os colegas	6.75	.957	6	8
Escala de Comportamento Pró-Social	2.25	1.893	1	5
Pontuação Total de Dificuldades	22.75	6.076	16	30
Impacto	5.25	2.217	3	8

Tabela 12

Resultados do SDQ num segundo momento, depois da última observação

	M	DP	Min.	Máx.
Escalas de Sintomas Emocionais	4.50	.577	4	5
Escala de Problemas de Comportamento	4.00	1.414	2	5
Escala de Hiperatividade	6.75	1.708	5	9
Escala de Problemas de Relacionamento com os colegas	4.75	.957	4	6
Escala de Comportamento Pró-Social	2.25	1.893	1	5
Pontuação Total de Dificuldades	22.25	4.031	19	28
Impacto	3.50	1.732	2	6

O instrumento tem ainda um suplemento relativo ao impacto destas dificuldades na vida da criança, que foi utilizado no nosso estudo, sendo que podemos verificar que o valor médio foi superior no primeiro momento ($M=5.25$, $DP=2.217$; $M=3.50$, $DP=1.732$, respetivamente), parecendo revelar um impacto menor das dificuldades após ter iniciado as sessões, contudo, a análise inferencial será apresentada apenas adiante. Estes valores, de acordo com os autores, colocam a adolescente no intervalo também não ajustado neste âmbito. Assim, quer as dificuldades são superiores ao que seria de esperar para esta faixa etária, quer o seu impacto se revela elevado no seu dia-a-dia.

Para aprofundar a análise deste instrumento, apresenta-se em seguida a exploração dos resultados item a item atendendo à natureza qualitativa que caracteriza esta investigação.

Relativamente à Escala de Sintomas Emocionais, composta por 5 itens dos quais “Queixa-se frequentemente de dores de cabeça, dores de barriga ou vómitos”, podemos verificar que as respostas variaram de um momento para o outro, sendo que no primeiro momento três inquiridos responderam “Não é verdade” (75%) e no segundo momento apenas a professora do ensino especial referiu essa resposta. A investigadora também teve oportunidade de verificar esta dificuldade, quando a adolescente se encontrava na fase menstrual nas sessões observadas, tendo sido provavelmente detetada também pelos técnicos nas sessões de terapia ocupacional e nas sessões de musicoterapia, assim como pela mãe em contexto domiciliário. Quanto ao segundo item, “Tem muitas preocupações, parece sempre preocupado/a”, podemos verificar que no primeiro momento três inquiridos responderam “Não é verdade” (75%) e a encarregada de educação respondeu “É um pouco verdade” (25%), no entanto, no segundo momento todos os inquiridos estão de acordo na resposta “Não é verdade”, como se as preocupações da adolescente já não fossem tão evidentes. Relativamente ao item “Anda muitas vezes triste, desanimado/a ou choroso/a”, podemos verificar que no primeiro momento todos os participantes estiveram de acordo, respondendo “É um pouco verdade”. No segundo momento podemos verificar que três participantes mantiveram a mesma resposta “É um pouco verdade” (75%) e a musicoterapeuta respondeu “Não é verdade” (25%). De alguma forma, a adolescente parece andar ligeiramente mais alegre, pelo menos na perspetiva desta terapeuta. No item “Em situações novas é receoso/a, muito agarrado/a e pouco seguro/a”, podemos verificar que no primeiro momento a terapeuta ocupacional respondeu “É um pouco verdade” (25%) e os três restantes inquiridos responderam “É muito verdade” (75%). No segundo momento podemos verificar que todos os participantes concordaram, respondendo “É

muito verdade”. Com efeito, a adolescente não gosta de mudar e alterar as rotinas, tal como é esperado atendendo à PEA. No item “Tem muitos medos, assusta-se com facilidade”, podemos verificar que no primeiro momento, três participantes responderam “É um pouco verdade” (75%) e a encarregada de educação respondeu “É muito verdade” (25%). No segundo momento podemos verificar que a encarregada de educação respondeu “Não é verdade” (25%) e os restantes três participantes responderam “É um pouco verdade” (75%), parecendo ter também melhorado relativamente a esta questão dos seus medos.

Os problemas emocionais não são os que mais se destacam na PEA, mas certamente que as dificuldades inerentes à perturbação acabam por ter efeito também a este nível como vimos no parágrafo anterior para o caso em estudo. Segundo Jordan e Powell (1997), a PEA acarreta consigo muitas vezes, dificuldades em prever o comportamento de terceiros, dando origem ao medo e a evitar os outros, dificuldade em compreender emoções (suas e dos outros), configurando uma possível ausência de empatia, sendo estes pontos referidos pelos técnicos nas entrevistas. O mesmo foi verificado na observação das sessões pela investigadora, onde por vezes era difícil chegar junto da adolescente porque a mesma não compreendia o comportamento de terceiros, outras vezes, não conseguia exteriorizar nem compreender emoções. Ainda dado ao défice social que apresentam, têm ainda dificuldade em identificar emoções e sentimentos em si e no outro (Riviére, 2001). Segundo Altieri, Farrerós & Prats (2011), todo o desenvolvimento cognitivo e emocional da criança/adolescente com PEA é afetado, isto porque os componentes cognitivos e afetivos encontram-se interligados.

No que respeita à Escala de Problemas de Comportamento, esta também composta por 5 itens dos quais “Enerva-se muito facilmente e faz muitas birras”, podemos verificar que no primeiro momento apenas a musicoterapeuta respondeu “É um pouco verdade” (25%) e os restantes responderam “É muito verdade” (75%), já no segundo momento os inquiridos distribuíram-se pelas respostas anteriores, ou seja, a musicoterapeuta manteve a opinião, juntando-se a esta a encarregada de educação, respondendo assim “É um pouco verdade” (50%) e outros dois “É muito verdade” (50%), como se as birras estivessem a diminuir ao longo do tempo. No entanto, seria importante continuar a acompanhar este caso para perceber de facto os efeitos da intervenção já que as mudanças nestes casos não são rápidas, exigindo tempo de consolidação. Quanto ao item “Obedece com facilidade, faz habitualmente o que os adultos lhe mandam”, no primeiro momento verifica-se que três participantes responderam “É um pouco verdade” (75%) e a professora do ensino especial respondeu “Não é verdade”

(25%), no entanto, no segundo momento a encarregada de educação respondeu “É muito verdade” (25%), a musicoterapeuta manteve a opinião, juntando-se a esta a professora do ensino especial respondendo assim “É um pouco verdade” (50%) e a terapeuta ocupacional também mudou de opinião e respondeu “Não é verdade” (25%). Talvez esta questão relativa à obediência ao adulto também esteja a melhorar gradualmente ao longo do tempo, pelo menos para alguns participantes. Quanto ao item “Luta frequentemente com as outras crianças, ameaça-as ou intimida-as”, podemos verificar que as respostas foram distribuídas no primeiro momento, a musicoterapeuta e a terapeuta ocupacional responderam “Não é verdade” (50%), a encarregada de educação respondeu “É um pouco verdade” (25%) e a professora do ensino especial respondeu “É muito verdade” (25%). No segundo momento, podemos verificar que a musicoterapeuta manteve a sua opinião, juntando-se a esta a Professora do Ensino especial, respondendo “Não é verdade” (50%) e a encarregada de educação manteve a sua opinião, juntando-se a esta a terapeuta ocupacional, respondendo “É um pouco verdade” (50%), tendo desaparecido a resposta relativa à confirmação total do problema, o que parece indicar também uma ligeira melhoria na relação com os pares, na perspetiva destes participantes. Quanto ao item “Mente frequentemente ou engana”, podemos verificar que no primeiro momento, três inquiridos responderam “Não é verdade” (75%) e a encarregada de educação respondeu “É um pouco verdade” (25%). No segundo momento a musicoterapeuta e a terapeuta ocupacional responderam “Não é verdade” (50%) e a encarregada de educação e a professora do ensino especial responderam “É muito verdade” (50%). Não conseguimos encontrar justificação para esta discrepância. No item “Rouba em casa na escola ou em outros sítios”, podemos verificar que no primeiro momento todos os inquiridos concordaram na resposta “Não é verdade”. No segundo momento esta percentagem mantém-se, pelo que este não parece ser um problema apresentado pela adolescente.

Os problemas de comportamento explorados no SDQ não são típicos da perturbação da adolescente em estudo, daí a sua menor relevância no caso em análise. Segundo Nobellas e Viloca (2003), as crianças/adolescentes com PEA, apresentam uma forma particular de comportamento com objetos e pessoas, vivendo no seu próprio “mundo” de sensações que elas próprias provocam, através de movimentos estereotipados.

Quanto à Escala de Hiperatividade, constituída por 5 itens, dos quais “É irrequieto/a, muito mexido/a, nunca para quieto/a”, podemos verificar que as respostas se mantiveram iguais nos dois momentos, ou seja, três inquiridos responderam “É um

pouco verdade” (75%) e a musicoterapeuta respondeu “Não é verdade” (25%). No mesmo sentido, no item “Não sossega. Está sempre a mexer as pernas e as mãos”, podemos verificar que no primeiro momento a musicoterapeuta respondeu “Não é verdade” (25%), a professora do ensino especial e a terapeuta ocupacional responderam “É um pouco verdade” (50%) e a encarregada de educação respondeu “É muito verdade” (25%), no entanto, no segundo momento, a musicoterapeuta mudou de opinião e assim sendo, três inquiridos responderam “É um pouco verdade” (75%) e um inquirido respondeu “É muito verdade” (25%). Salienta-se que sempre que as sessões têm música, seja de que terapia forem, muitos destes movimentos são por causa da música e não por causa das estereotipias. Quanto ao item “Distrai-se com facilidade, está sempre de cabeça no ar”, podemos referir que no primeiro momento as respostas foram distribuídas, a musicoterapeuta respondeu “Não é verdade” (25%), a encarregada de educação “É um pouco verdade” (25%), a professora do ensino especial e a terapeuta ocupacional responderam “É muito verdade” (50%). No segundo momento a professora do ensino especial e a musicoterapeuta mudaram de opinião e responderam “É um pouco verdade” (50%) e a terapeuta ocupacional manteve a opinião e a esta juntou-se a encarregada de educação respondendo “É muito verdade” (50%). Neste caso, a sua dificuldade de concentração parece ter aumentado do primeiro para o segundo momento. No mesmo sentido, no item “Pensa nas coisas antes de as fazer”, podemos verificar que no primeiro momento a encarregada de educação respondeu “É muito verdade” (25%) e os restantes três participantes responderam “Não é verdade” (75%). No segundo momento podemos verificar que a terapeuta ocupacional respondeu “É um pouco verdade” (25%), os restantes inquiridos responderam “Não é verdade” (75%). A sua impulsividade parece não ter melhorado de um primeiro momento para o segundo. Relativamente ao item “Geralmente acaba o que começa, tem uma boa atenção”, podemos verificar que no primeiro momento os participantes dividiram-se pelas respostas “É um pouco verdade” (50%) e “Não é verdade” (50%). No segundo momento podemos verificar que as respostas se mantiveram pelo que a intervenção não parece estar a surtir muito efeito, pelo menos na perspetiva dos participantes, ao nível da atenção/concentração.

Quanto a esta escala de Hiperatividade podemos referir que, de facto, segundo Garcia e Rodriguez (1997), existem algumas crianças com PEA que apresentam outros problemas em simultâneo com as dificuldades nucleares da perturbação, tais como a hiperatividade, agressividade e hábitos de alimentação e sono errados. Podemos ainda referir que segundo o relatório médico, a adolescente apresenta dificuldades graves em

concentrar a atenção e na aquisição de informação, principalmente se esta for vinculada apenas de forma verbal e sem qualquer pista, no entanto, segundo as entrevistadas a adolescente concentra-se e consegue adquirir informação através da música.

Relativamente à Escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas, também composta por 5 itens, dos quais: “Tem tendência a isolar-se, gosta mais de brincar sozinho/a”, podemos verificar que no primeiro momento os participantes dividiram-se pelas respostas “É um pouco verdade” e “É muito verdade”, ficando assim (50%) para cada resposta. Já no segundo momento apenas a musicoterapeuta se manteve na resposta “É muito verdade” (25%) e os restantes três na resposta “É um pouco verdade” (75%). Mais uma vez, pode parecer a que a intervenção poderá estar a contribuir para algumas ligeiras mudanças, mas serão necessários mais dados neste âmbito. No item “Tem pelo menos um bom amigo/uma boa amiga”, podemos verificar que no primeiro momento os participantes estiveram de acordo na resposta “Não é verdade”. Já no segundo momento, a professora do ensino especial, a terapeuta ocupacional e a encarregada de educação responderam “É um pouco verdade” (75%) e a musicoterapeuta manteve a resposta “Não é verdade” (25%). Este aspeto de natureza relacional também parece ter melhorado na perspetiva da maioria dos participantes. Quanto ao item “Em geral as outras crianças gostam dele/a”, podemos verificar que no primeiro momento, três inquiridos responderam “É um pouco verdade” (75%) e a encarregada de educação respondeu “Não é verdade” (25%). No segundo momento, três inquiridos responderam “É um pouco verdade” (75%) e também foi a encarregada de educação quem mudou de opinião e respondeu “É muito verdade” (25%). Assim, parece que, em geral e na perspetiva de todos os participantes, os pares passaram a gostar dela. Relativamente ao item “As outras crianças metem-se com ele/a, ameaçam-no/a ou intimidam-no/a”, podemos verificar que no primeiro momento três participantes responderam “Não é verdade” (75%) e a professora do ensino especial respondeu “É muito verdade” (25%). No segundo momento podemos verificar que as respostas se mantiveram iguais ao primeiro momento, no entanto, a professora do ensino especial trocou de opinião com a encarregada de educação passando esta a responder “É muito verdade”. No item “Dá-se melhor com adultos do que com outras crianças”, podemos verificar que no primeiro momento os participantes dividiram-se pelas respostas “É um pouco verdade” (50%) e “É muito verdade” (50%). No segundo momento a musicoterapeuta e a encarregada de educação mudaram de opinião, verificando-se assim, que os participantes concordaram todos com a resposta “É um pouco verdade”, parecendo gerar mais dúvidas esta questão da possibilidade de

também se relacionar bem com os pares. Relativamente a esta questão pode ainda verificar-se que ao longo das sessões (mesmo na sessão de grupo) a adolescente interagiu sempre mais com os adultos do que com as crianças.

No que se refere a esta escala, pode-se constatar uma ligeira alteração no relacionamento interpessoal (embora apenas uma sessão de musicoterapia tenha sido feita em grupo), aspeto muito importante na perturbação em estudo, tal como já vimos no enquadramento teórico deste trabalho. Segundo a OMS (1993), as crianças/adolescentes com PEA, demonstram uma incapacidade para desenvolver relações com os pares que envolvam a partilha de interesses, de atividades e de emoções. Raramente procuram ou recorrem a outras pessoas para receber conforto e afeto em momentos de tensão ou de angústia e/ou para oferecer conforto e afeto a outros, quando se mostram angustiados ou tristes.

No que se refere à quinta e última escala, a de Comportamento Pró-Social, constituída também por 5 itens, dos quais “É sensível aos sentimentos dos outros”, podemos referir que no primeiro momento apenas a terapeuta ocupacional selecionou a resposta “Não é verdade” (25%), sendo que a encarregada de educação e a professora do ensino especial responderam “É um pouco verdade” (50%) e a Musicoterapeuta respondeu “É muito verdade” (25%), no entanto, este facto não se verificou no segundo momento, em que a encarregada de educação respondeu “É muito verdade” (25%) e os restantes “É um pouco verdade” (75%), pelo que se verifica esta mudança após a intervenção no que se refere a este aspeto de natureza também relacional. Quanto ao item “Partilha facilmente com outras crianças (guloseimas, brinquedos, lápis, etc.)”, podemos verificar no primeiro momento todos os inquiridos estavam de acordo, tendo 100% numa das hipóteses de resposta “Não é verdade”, no entanto, no segundo momento, a encarregada de educação já referiu a resposta “É um pouco verdade” (25%). Salientamos que houve uma sessão de musicoterapia em grupo e a adolescente teve a oportunidade de partilhar algo seu com outras crianças. Relativamente ao item “Gosta de ajudar se alguém está magoado, aborrecido ou doente”, podemos verificar que no primeiro momento todos os participantes estão de acordo na resposta “Não é verdade”. Já no segundo momento podemos verificar que três inquiridos mantiveram a mesma resposta “Não é verdade” (75%) e a encarregada de educação respondeu “É um pouco verdade” (25%). Mais uma vez, um aspeto relacional parece estar a melhorar. No item “É simpático/a e amável com crianças mais pequenas”, podemos verificar que no primeiro momento dois inquiridos responderam “Não é verdade” (50%), um inquirido respondeu “É um pouco verdade” (25%) e outro

referiu “É muito verdade” (25%). No segundo momento os inquiridos dividiram-se pelas respostas “Não é verdade” (50%) e a encarregada de educação mudou de opinião e juntou-se a terapeuta ocupacional respondendo “É um pouco verdade” (50%). Este é mais um item em que a sua dificuldade parece ter aumentado. Quanto ao item “Sempre pronto/a a ajudar os outros (pais, professores ou outras crianças)”, podemos verificar que no primeiro momento três inquiridos responderam “Não é verdade” (75%) e a encarregada de educação respondeu “É muito verdade” (25%). No segundo momento a encarregada de educação mudou de opinião, podendo assim verificar-se que todos os inquiridos concordaram na resposta “Não é verdade”. Esta dificuldade em perceber as necessidades dos outros é um dos aspetos característicos da sua perturbação.

Segundo Siegel (2008), as pessoas com PEA mostram não possuir consciência da existência dos sentimentos por parte dos outros e do posterior impacto negativo dos seus comportamentos nos outros. Das entrevistas e do processo consultado foi retirada informação que permite constatar que a adolescente tem graves dificuldades ao nível da comunicação o que dificulta o seu comportamento pró-social, no entanto, ao longo das sessões adquiriu competências ao nível da comunicação não-verbal o que a ajudou a expressar-se melhor. Segundo a OMS (1993), nesta perturbação existe uma falta de reciprocidade social e emocional revelada por uma resposta inadequada ou por uma resposta desviante às emoções de outras pessoas.

Quanto aos itens isolados (não integrados em escalas), pode-se apontar que na questão “Em geral parece-lhe que este aluno/esta aluna (o seu filho/a sua filha) tem dificuldades em alguma das seguintes áreas: emoções, concentração, comportamento ou em dar-se com outras pessoas?”, podemos verificar que no primeiro momento três inquiridos responderam “Sim – dificuldades grandes”, e a encarregada de educação respondeu “Sim – dificuldades muito grandes”. No segundo momento as respostas mantiveram-se iguais, no entanto, quem respondeu “Sim – dificuldades muito grandes” foi a professora do ensino especial, pelo que as suas dificuldades não parecem estar a resolver-se. Aliás, veremos melhor em seguida na análise inferencial os efeitos significativos ou não da intervenção.

No que respeita o item “Há quanto tempo existem essas dificuldades”, podemos verificar que no primeiro momento todos os participantes concordaram com a resposta “Mais de 1 ano”, tendo 100% numa das hipóteses de resposta. No segundo momento as respostas mantiveram-se. Com efeito, estas dificuldades características da PEA verificam-se ao longo da sua história de vida como tivemos oportunidade de verificar na análise do processo consultado e como é esperado de acordo com a literatura.

Relativamente ao item “Essas dificuldades incomodam ou fazem sofrer o aluno/a aluna (o seu filho/a sua filha)”, podemos verificar que no primeiro momento um dos participantes respondeu “Nada/pouco” (25%), dois participantes responderam “Muito” (50%) e um participante respondeu “Muitíssimo” (25%). No segundo momento, os participantes dividiram-se pelas respostas “Nada/pouco” (50%), selecionada pela professora do ensino especial e terapeuta ocupacional e “Muito” (50%), selecionada pela musicoterapeuta e encarregada de educação. Salienta-se que alguns itens apenas surgem no SDQ para pais/mães (como é o caso deste e do seguinte). Quanto ao item “Essas dificuldades perturbam o dia-a-dia do seu filho/da sua filha em casa?” e ao item “Essas dificuldades perturbam o dia-a-dia do seu filho/da sua filha nas brincadeiras/tempos livres?”, no primeiro momento a resposta assinalada pela mãe foi “Muito” (25%) e no segundo momento a resposta assinalada foi a mesma do primeiro momento, pelo que este participante parece não notar para já redução do impacto das dificuldades no dia-a-dia da adolescente.

Relativamente ao item “Essas dificuldades perturbam o dia-a-dia do seu filho/da sua filha (do aluno/da aluna) com os amigos (nas relações com os colegas)?”, podemos verificar que no primeiro momento a professora do ensino especial, a terapeuta ocupacional e a encarregada de educação responderam “Muitíssimo” (75%) e a musicoterapeuta respondeu “Muito” (25%). No segundo momento todos os participantes concordaram com a resposta “Muito”, verificando-se que professora do ensino especial, a terapeuta ocupacional e a encarregada de educação mudaram de opinião, pelo que se reduz ligeiramente o impacto das dificuldades junto dos pares, pelo menos na perspectiva destes participantes.

Quanto ao item “Essas dificuldades perturbam o dia-a-dia do seu filho/da sua filha (do aluno/da aluna) na aprendizagem da escola?”, podemos verificar que no primeiro momento a musicoterapeuta respondeu “Muito” (25%) e a encarregada de educação, a professora do ensino especial e a terapeuta ocupacional responderam “Muitíssimo” (75%). No segundo momento os participantes concordaram todos na resposta “Muito” (100%) Mais uma vez, podemos verificar que os participantes notam menos impacto das dificuldades também ao nível da aprendizagem escolar.

No que respeita o item “Essas dificuldades são uma sobrecarga para si ou para a família (para si ou para a classe/turma)?”, podemos verificar que no primeiro momento três participantes responderam “Pouco” (75%) e a musicoterapeuta respondeu “Muito” (25%). No segundo momento três inquiridos responderam “Muito” (75%) e a musicoterapeuta respondeu “Pouco” (25%). Esta mudança foi uma das mais evidentes

quando comparamos com o verificado em itens anteriormente analisados. Os adultos parecem à medida que o tempo passa sentir-se mais perturbados pelas dificuldades da adolescente.

No primeiro momento podemos verificar que nos itens (1, 4, 6, 7, 9, 11, 13, 16, 19, 22, 23 e 25) as respostas da encarregada de educação vão ao encontro das respostas dadas pela musicoterapeuta. No segundo momento podemos verificar que nos itens (2, 5, 8, 13, 16 e 23) as respostas da encarregada de educação vão ao encontro das repostas dadas pela musicoterapeuta. Aliás, ao nível de concordância de repostas, verificam-se mais acordos entre as respostas dos técnicos.

Podemos também verificar que a musicoterapeuta e a encarregada de educação, foram as participantes que mais oscilaram de opinião, no entanto, essa oscilação foi maioritariamente positiva. A professora do ensino especial e a terapeuta ocupacional, mantiveram mais a opinião, sendo que oscilaram muito poucas vezes de opinião, denotando-se neste caso, que quando existia oscilação era para pior.

Na análise inferencial dos dados recolhidos com o SDQ, preenchido no início da intervenção em Musicoterapia e no final das observações da investigadora, recorreu-se às técnicas não paramétricas, atendendo ao reduzido número de participantes ($n=4$), nomeadamente ao teste de *Wilcoxon* para amostras emparelhadas. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em qualquer item, nem nas subescalas do instrumento ($p \geq .05$), pelo que as análises efetuadas anteriormente devem ser consideradas apenas do ponto de vista descritivo. Em síntese, podemos referir que para já não se verificam diferenças estatisticamente significativas decorrentes da intervenção em musicoterapia. Salientamos que as mudanças nestes casos são lentas e relembramos que as sessões de musicoterapia se realizavam uma vez por semana apenas durante meia hora, o que dificultará certamente a eficácia da intervenção, até porque em muitas dessas sessões a adolescente se encontrava agitada e alterada e até se acalmar passava o tempo de intervenção. Podemos referir ainda que em determinadas semanas a adolescente não comparecia e assim sendo as sessões não só tinham um espaço de oito dias, mas sim de duas semanas, não se criando assim um hábito, uma rotina, fazendo com que a intervenção não funcionasse da melhor forma.

Existe uma variação enorme nos comportamentos de cariz social das pessoas com PEA e nesta adolescente também. O relacionamento que mantêm com os outros é atípico e assume diversas formas, tornando difícil a intervenção, no entanto, os maiores problemas que apontamos neste caso, e talvez os que mais prejudicaram a intervenção, foram os interesses exagerados e obsessivos por determinados assuntos

(como por exemplo, ouvir música que saía das colunas) e fixação por rotinas e resistência à mudança (como por exemplo, mudar de sala para as diferentes terapias) (Filipe, 2012).

CONCLUSÃO

Descobrir de que forma se pode responder eficazmente, através da musicoterapia, às dificuldades das crianças/adolescentes com PEA, assim como o papel que esta assume na promoção das suas capacidades em todas as suas áreas (principalmente as que são afetadas pelas limitações inerentes à perturbação) foi, em suma, o que conduziu a este projeto, que se debruçou num estudo de caso de uma adolescente com PEA.

Com este trabalho pudemos perceber que por a adolescente apresentar PEA não significa que não possa adquirir a capacidade funcional de interagir (embora com dificuldades) com os seus pares e/ou adultos, de comunicar não-verbal ou verbalmente (ainda que com limitações) ou mesmo de revelar melhorias até nas suas capacidades cognitivas e controlo comportamental. Verificamos que no decorrer das sessões de musicoterapia evoluiu positivamente na maioria das áreas em análise (sobretudo na comunicação não verbal e interação), embora fosse necessário mais tempo de estudo porque as mudanças neste âmbito são morosas. Apesar das suas limitações foi possível constatar o seu bem-estar e observar um sorriso nos lábios conferido, frequentemente, pelo poder da música. O seu crescimento dependerá de vários outros fatores intrínsecos ou extrínsecos (para além da possível influência da música), contudo, foi notória a sua ligeira evolução (embora não em todas as áreas).

É crucial possuímos expectativas positivas em relação aos progressos destas crianças/adolescentes, compreendermos e aceitarmos os seus ritmos de aprendizagem, bem como ter em conta que certas situações perturbadoras, muitas vezes, condicionam as suas aprendizagens. Neste sentido, é imprescindível um conhecimento mais alargado das possibilidades das crianças/adolescentes com PEA e das suas características de desenvolvimento, porque só assim temos a possibilidade de utilizar determinados princípios pedagógicos e terapêuticos com maior eficácia. Alguns comportamentos apresentados por estas crianças/adolescentes podem ser tão perturbadores que recorremos de imediato à ideia de controlá-los de modo a permitir o ensino e a aprendizagem. Contudo, há outras soluções para poder lidar com as suas dificuldades, procurando compreender acima de tudo as causas dos seus comportamentos ensinando ou conduzindo a terem atitudes alternativas. A musicoterapia possui técnicas que vão ao encontro dessa intenção conduzindo estas crianças/adolescentes a comportamentos mais ajustados de uma forma apaziguadora

e eficaz, permitindo ultrapassar barreiras comportamentais que muitas vezes os inibem de progredir noutras áreas de desenvolvimento.

Para promover o desenvolvimento global da criança, é também fundamental identificar e intervir no âmbito da PEA o mais cedo possível (intervenção precoce), reduzindo conseqüentemente os comportamentos inadequados e reforçando por sua vez os ajustados, conduzindo posteriormente à sua melhoria. A música, surge nesta perspetiva como um instrumento dinâmico, fundamental no tratamento das necessidades sensoriais de socialização e cognição. Contemplando os vários ritmos e estilos de aprendizagem de cada criança, a intervenção em musicoterapia tem como objetivo fundamental contribuir para o seu desenvolvimento pleno, quer ao nível escolar, quer ao nível social, como vimos ao longo deste trabalho.

Este estudo, apesar das suas limitações que se constituem simultaneamente como pistas para trabalhos futuros neste âmbito (podiam ter sido envolvidos mais técnicos e familiares na triangulação da informação; as observações podiam ter decorrido também noutras terapias para comparação com as sessões de musicoterapia; entre outras), permitiu observar o papel da música, no contexto de uma relação terapêutica. Podemos afirmar que se deu uma organização progressiva do vocabulário sonoro da criança, dentro da dinâmica de uma relação transferencial. Corresponde a esse processo, um conjunto comum de indicadores com evolução positiva: um aumento do número de interações iniciadas e duração das mesmas; uma maior partilha dos instrumentos musicais, para além de um enriquecimento no modo como os explorava; uma maior variabilidade nas produções sonoras; e um aumento da expressividade não-verbal e interação. O recurso à música promoveu ainda comportamentos de antecipação ao tornar os acontecimentos mais previsíveis. Esta capacidade da música para criar antecipação e previsibilidade, foi visível nas sequências musicais e sonoras representadas por momentos de tensão e relaxamento, assumindo um papel importante, pela dinâmica e prazer que acrescentaram às interações estabelecidas ao longo das sessões. Neste estudo de caso, tendo em conta que a perturbação era grave, as estruturas sonoras apresentadas foram mais rígidas assim como repetitivas, assim como a utilização dos instrumentos era feita de um modo estereotipado, contudo, existia criatividade na produção dos sons. De uma forma geral, a manipulação dos instrumentos musicais, tal como a exploração sonora dos mesmos, representou uma fonte de prazer para esta adolescente, sendo a voz, o mediador ao qual esta reagia de um modo mais consciente. Os instrumentos musicais, a voz e a música/som, funcionaram como um meio de expressão, podendo ligar-se às mudanças da relação

com o terapeuta, como forma de transformação podendo proporcionar momentos de prazer à adolescente.

Em suma, a musicoterapia revelou potencial de evolução positiva no caso em estudo. Teria sido muito importante a adolescente ter iniciado esta intervenção mais cedo. Espera-se que com a continuidade da intervenção a adolescente possa minimizar as suas dificuldades e potenciar as suas capacidades no sentido da sua crescente inclusão na sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ajuriaguerra, J. (1986). *Manual de psiquiatria da criança*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Almeida, C. (2004). Intervenção precoce: Focada na criança ou centrada na família e na comunidade? *Análise Psicológica*, 1(22), 65-72.
- Altieri, A., Farrerós, S. & Prats, J. (2011). *Alumnado cone trastorno del espectro autista. COL. Escuela Inclusiva: Alumnos distintos pero no diferentes*. España: Editorial GRAÓ.
- APA, American Psychiatric Association. (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais, DSM-IV-TR* (4ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- APA, American Psychiatric Association. (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais, DSM-5* (5ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Arten, A., Zancheta, S., & Louro, V. (2007). *Arte e inclusão educacional*. São Paulo: Didática Brasil.
- Bandeira de Lima, C. (2012). A importância da avaliação nas PEA: Instrumentos de avaliação. In C. Bandeira de Lima (Coord.), *Perturbações do Espectro do Autismo: Manual prático de intervenção* (pp. 57 – 63). Lisboa: Lidel.
- Barcellos, R. (1992). *Cadernos de musicoterapia 1*. Rio de Janeiro: Enelivros.
- Bardin, L. (1997). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Baron-Cohen, S., & Leslie, M. (1985). Does the autistic child have a “theory of mind”? *Cognition*, 18(21), 37-46.
- Barreto, S. (2000). *Psicomotricidade: educação e reeducação*. Blumenau: Acadêmica.
- Barthélémy, C., Fuentes, J., Howlin, P., & Van Der Gaag, R. (2008). *Pessoas com Perturbações do Espectro do Autismo: Identificação, compreensão, intervenção*. Penafiel: Federação Portuguesa do Autismo e Instituto Nacional para a Reabilitação.
- Becker, A., Woerner, W., Hasselhorn, M., Banaschewski, T., & Rothenberger, A. (2004). Validation of the parent and teacher SDQ in a clinical sample. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12, 1-8.
- Benenzon, R. (1985). *Manual de musicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Benenzon, R. (1988). *Teoria da musicoterapia: Contribuição ao conhecimento do contexto não-verbal*. São Paulo: Summus.
- Bernstein, L. (1972). Que é que a música exprime. In L. Berntein (Coord.), *Concertos para jovens* (pp. 67 - 92). Porto: Publicações Europa – América.
- Blasco, P. (1999). *Compêndio de musicoterapia (Vol. I)*. Barcelona: Herder.

- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Borges, F. (2000). *Autismo – Um silêncio ruidoso. Perspetiva empírica sobre o autismo no sistema regular de ensino* (Tese de Doutoramento). Escola Superior de Educação Jean Piaget, Almada. Obtido de <https://docs.google.com/file/d/0B03j5CgY7IN7c0RkR1NJSFNSa0NpV3hsT0ZV eVp2dw/edit?pref=2&pli=1>
- Britto, T. (2006). *Música na educação infantil*. São Paulo: Peirópolis.
- Bruscia, K. (1997). *Definiendo musicoterapia*. Salamanca: Amarú.
- Bruscia, K. (2000). *Definindo a Musicoterapia*. Rio de Janeiro: Enelivros
- Bruscia, K. (2007). *Musicoterapia – Métodos y prácticas*. México: Editorial Pax México.
- Cabrera, T. (2005). Musicoterapia y pediatria. *Revista Peruana de Pediatría*, 54, 54-55.
- Campos, D. (2006). Música; neuropsicologia; transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH): Diálogo entre Arte e Saúde. Comunicação apresentada no XVI Congresso da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Música (ANPPOM), Brasília. Obtido de http://www.anppom.com.br/anais/anaiscongresso_anppom_2006/CDROM/COM/05_Com_Musterap/sessao01/05COM_Musterap_0105-255.pdf
- Cardoso, A. (2010). *A utilização da música como coadjuvante terapêutico na saúde mental e psiquiatria* (Dissertação de Licenciatura). Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Correia, L. M. (2010). *Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas classes regulares*. Porto: Porto Editora.
- Corte, B., & Neto, P. (2009). A musicoterapia na doença de Parkinson. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(6), 2294-2304.
- Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7/01, retificado pela Declaração de Retificação n.º 10/2008, de 7 de março e alterado pela Lei n.º 21/2008, de 12 de maio - define os apoios especializados a prestar na educação pré-escolar e nos ensinos básico e secundário dos setores público, particular e cooperativo. Obtido de http://www.inr.pt/bibliopac/diplomas/dl_3_2008.htm
- Denzin, N., & Lincoln, Y., (1994). *Handbook of qualitative research: Thousand oaks*. Califórnia: Sage Publications.
- Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. (2008a). *Unidades de ensino estruturado para alunos com perturbações do espectro do autismo. Normas orientadoras*. Lisboa: Ministério da Educação.

- Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. (2008b). *Educação Especial. Manual de Apoio à Prática*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Dooley, L. (2002). Case study research and theory building. *Advances in Developing Human Resources* 4(3), 335-354.
- Faria, M. (2008). *A Musicoterapia na evolução sócio-relacional de crianças com Perturbações do Espectro do Autismo* (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Sociais, Braga.
- Farrel, M. (2008). *Dificuldades de comunicação e Autismo – Estratégias educacionais em Necessidades Especiais*. Porto Alegre: Artmed.
- Federação Portuguesa de Autismo. (2015). *Autismo*. Obtido de http://www.fpda.pt/autismo_1
- Ferreira, I. (2012). *A importância da música no desenvolvimento global das crianças com Necessidades Educativas Especiais: Perspetiva dos Professores do 1.º Ciclo e de Educação Especial* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Educação João de Deus, Lisboa.
- Filipe, C. (2012). *Autismo: Conceitos, mitos e preconceitos*. Lisboa: Babel.
- Fleitlich, B., Loureiro, M., Fonseca, A., & Gaspar, M. (2005). *Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ-Por) [Strengths and Difficulties Questionnaire — Portuguese version]*. Obtido de <https://pt.scribd.com/doc/39826174/Questionario-de-Capacidades-e-Dificuldades-SDQ-Por>
- Frith, U. (1989). *Autism. Explaining the enigma*. England: Oxford Basil Blackwell.
- Furusava, G. (2003). *Setting musicoterápico: Da caixa de música ao instrumento musical*. São Paulo: Apointamentos.
- Garcia, T., & Rodriguez, C. (1997). A criança Autista. In R. Bautista (Ed.), *Necessidades Educativas Especiais* (pp. 249 – 270). Lisboa: Dinalivro.
- George, J. (2009). *El manual del Autismo – Información fácil de assimilar, vision, perspectivas y estúdios de casos de um maestro de educacion especial*. Canadá: Book Publishers British Columbia.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 38(5), 581-586.
- Goodman, R. (1999). The Extended Version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a Guide to Child Psychiatric Caseness and Consequent Burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(5), 791-799.

- Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R., & Meltzer, H. (2000). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry*, 177(6), 534-539.
- Gordon, E. (2000). *Teoria de aprendizagem musical: Competências, conteúdos e padrões*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Hazlett, C. (2005). Magnetic resonance imaging and circumference study of brain size in Autismo – Birth through age 2 years. *Archives of General Psychiatry*, 62(12), 1366-1376.
- Hewitt, S. (2006). *Compreender o Autismo – Estratégias para alunos com autismo nas escolas regulares*. Porto: Porto Editora.
- Hewitt, S. (2006). Inclusão e educação para todos: Parceiros Necessários. In D. Rodrigues, (Ed.), *Educação Inclusiva – Estamos a fazer Progressos?* (pp.79 – 87). Porto: Porto Editora.
- Jordan, R. & Powell, S. (1997). *Autismo and Learning: A guide for good practice*. London: David Fulton.
- Jordan, R. (2000). *Educação de crianças e jovens com autismo*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.
- Kolevzon, A. (2006). Selective serotonin reuptake inhibitors in autism: A review of efficacy and tolerability. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(3), 407-414.
- Kuperstein, A., & Missalglia, V. (2005). *Autismo*. Obtido de www.autismo.com.br.
- Lecourt, E. (1986). *La pratique de la musicothérapie (3ª Ed.)*. Paris: Les editions, ESF.
- Leite, C. (2008). *Introdução à musicoterapia*. Almada: Instituto Piaget.
- Leonard, H., Dixon, G., Whitehouse, J., Bourke, J., Aiberti, K., & Nassar, N. (2010). Unpacking the Complex Nature of the Autism Epidemic. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4, 548 - 554.
- Lima, C. (2012). As Perturbações do Espetro do Autismo: Diagnóstico (2ª Ed.). In C. Lima (Eds.), *Perturbações do Espetro do Autismo – Manual prático de intervenção* (pp. 1-11). Lisboa: Lidel.
- Lima, C., & Levy, P. (2012). A causa do Autismo: Investigação etiopatogénica? (2ª Ed.). In C. Lima (Eds.), *Perturbações do Espetro do Autismo. Manual prático de intervenção* (pp. 13-22). Lisboa: Lidel.
- Lima, C., Torgal, F., & Gouveia, R. (2012). As comorbilidades nas PEA (2ª Ed.). In C. Lima (Eds.), *Perturbações do Espetro do Autismo – Manual prático de intervenção* (pp. 37-40). Lisboa: Lidel.

- Marques, C. E. (2000). *Perturbações do Espectro do Autismo – Ensaio de uma intervenção construtivista desenvolvimentista com mães*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Mello, A. (2005). *Autismo: Guia Prático*. São Paulo: AMA.
- Ministério da Educação. (2009). *Desenvolvendo a qualidade em parcerias: Estudos de caso*. Lisboa: LOWER.
- Mota, M. (2008). Avaliação da maturação percepto-cognitiva e do comportamento motor em crianças com transtorno autista: indicações ao trabalho do educador. *Revista Eletrónica de Investigación y Docencia (REID)*, 1, 71-98.
- Nascimento, E. (2006). A atuação do musicoterapeuta na Educação Especial – Experiência clínica. *Revista Brasileira de Musicoterapia*, 10(8), 72-83.
- Norte, H. (2008). *O enigma do autismo*. Obtido de <http://www.jn.pt/sociedade/interior/o-enigma-do-autismo-967591.html>
- Novellas, L. & Viloca, L. (2003). *El niño autista: Detección y tratamiento*. España: Ediciones CEAC.
- Oliveira, G. (2006). Autismo: História, clínica e diagnóstico. *Diversidades*, 4(14), 19-26.
- Oliveira, G. (2007). Autismo: Implicações neuropsicológicas, avaliação e perfil funcional. *Diversidades*, 5(18), 15-20.
- Organização Mundial de Saúde (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamentos da CID – 10 (D. Caetano, TRAD.)*. Portalegre: Artmed.
- Ozonoff, S., Rogers, S., Hendren, R. (2003). *Autism Spectrum Disorders: A research review for practitioners*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Pais, I. (2012). *Qualidade de vida dos irmãos de indivíduos com Autismo* (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa, Viseu. Obtido de <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/12505/1/Tese%20In%C3%AAs.pdf>
- Palmieri, P., & Smith, C. (2007). Examining the Structural Validity of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in a U.S. Sample of Custodial Grandmothers. *Psychological Assessment*, 19(2), 189–198.
- Pascal, C., & Bertram, T. (1999). *The effective early learning project: the quality of adultt engagement in Early childhood settings in the UK*. Paper presented at the 9th EECERA Conference, of the Centre for Research in Early Childhood, University College Worcester, Helsinki, Finland.
- Pereira, E. (2000). Autismo: Conceito e terapêutica. In I. Soares (Eds.), *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajetórias (In)adaptativas ao Longo da Vida*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Pereira, E. G. (1999). *Autismo. O significado como processo central*. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.
- Pereira, M. C. (2006). *Autismo – Uma perturbação pervasiva do desenvolvimento; A família e a escola face ao Autismo (2ª Ed.)*. Vila Nova de Gaia: Gailivro.
- Peters, J. (2000). *Music therapy: An introduction (2ª Ed.)*. Springfield: Charles Thomas Publishers, LTD.
- Quinn, C. (2006). *100 Questions and answers about Autism: Expert advice from a physician/parent caregiver*. London: Jones & Bartlett Publishers.
- Rivière, A. (2001). *Autismo – Orientaciones para la intervencion educativa*. España: Editorial Trotta.
- Rocha, L. (2002). *Défices que estruturam a síndrome do autismo. Sonhar*. São Paulo: Escuta.
- Rodrigo, S. (2008). *Musicoterapia – terapia de música Y sonido (2ª Ed.)*. Nova Iorque: ATYPE, S. L.
- Rodríguez, G., Flores, J., & Jiménez, E., (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Rogers, S., & Dawson, G. (2015). *Intervenção precoce em crianças com Autismo: Modelo denver para a promoção da linguagem, da aprendizagem e da socialização*. Lisboa: Lidel.
- Rothenberger, A., Woerner, W. (2004). Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) – Evaluations and applications. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7(3), 125-130.
- Ruud, E. (1990). *Caminhos da musicoterapia*. São Paulo: Summus Editorial, Lda.
- Sabbatella, P. (2003). *Musicoterapia 2002: Programa de formación para mediadores en musicoterapia y discapacidad*. Madrid: Confederación Aspace.
- Santos, M., & Freitas, P. (2014). Perturbações do Espectro do Autismo. In P. Monteiro (Eds.), *Psicologia e psiquiatria da infância e adolescência* (pp. 137-158). Lisboa: Lidel.
- Schopler, E., Lansing, M., Reichler, R., & Marcus, L. (2004). *Psychoeducational profile third edition (PEP-3)*. New York: Pro-Ed.
- Schopler, E., Mesibov, B., Shea, V. (2004). *The TEACCH approach to autism spectrum disorders*. New York: Springer.
- Siegel, B. (2008). *O mundo da criança Autista – Compreender e tratar Perturbações do Espectro do Autismo*. Porto: Porto Editora.
- Sousa, A. (2005). *Psicoterapias activas (arte-terapias)*. Lisboa: Livros Horizonte.

- Sousa, E. (2010). *A Musicoterapia na socialização das crianças com Perturbações do Espectro do Autismo* (Trabalho de Pós-Graduação). Escola Superior de Educação Paula Frassinetti, Porto.
- Stake, R. E. (1999). *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Morata.
- Tavares, J., & Alarcão, I. (2002). *Psicologia do desenvolvimento e de aprendizagem*. Coimbra: Almedina.
- Telmo, I. (2008). *Formautismo: Manual de formação em Autismo para professores e famílias*. Lisboa: APPDA.
- Tobar, C. (2013). *Benefícios de la música en el aprendizaje. Datos interesantes*. Obtido de https://www.usfq.edu.ec/publicaciones/para_el_aula/Documents/para_el_aula_06/0018_para_el_aula_06.pdf
- Tolezani, M. (2010). *Son-rise: Uma Abordagem Inovadora*. Obtido de <http://www.revistaautismo.com.br/edic-o-0/son-rise-uma-abordagem-inovadora>
- Torres, R. (1998). *As canções tradicionais portuguesas no ensino da música – contribuição da metodologia Zóltan Kodály*. Lisboa: Caminho Editora.
- Turner, M. (1999). Annotation: Repetitive behaviour in autism: A review of psychological research. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, p. 839-849.
- Vidigal, J., & Guapo, T. (2003). *Eu sinto um tormento com a ideia do fim definitivo: Uma viagem ao mundo do autismo e das psicoses precoces*. Lisboa: Trilhos.
- Wing, L. (2006). *What's so Special About Autism?* London: Nacional Autistic Society.
- World Federation of Music Therapy. (2011). *What is music therapy?* Obtido de <http://www.wfmt.info/wfmt-new-home/about-wfmt/>
- Yin, R. (1993). *Applications of case study research: Beverly Hills*. California: Sage Publishing.
- Yin, R. (2005). *Estudo de Caso: Planeamento e Métodos*. Porto Alegre: Bookman.