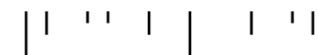


COMUNICAÇÃO VERBAL E INTERAÇÃO COM
PARES NA CRIANÇA COM PERTURBAÇÃO DO
ESPECTRO DE AUTISMO - O CONTRIBUTO
DA MUSICOTERAPIA

Lídia Raquel Coelho Rosa Moreira

Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação
de Lisboa para obtenção do grau de Mestre em Educação Especial –
Ramo de Cognição e Multideficiência



ESCOLA SUPERIOR
DE EDUCAÇÃO
DE LISBOA



POLITÉCNICO
DE LISBOA

2020-2021

COMUNICAÇÃO VERBAL E INTERAÇÃO COM PARES NA CRIANÇA COM PERTURBAÇÃO DO ESPECTRO DE AUTISMO - O CONTRIBUTO DA MUSICOTERAPIA

Lídia Raquel Coelho Rosa Moreira

Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação
de Lisboa para obtenção do grau de Mestre em Educação Especial –
Ramo de Cognição e Multideficiência

Orientadora: Professora Doutora Isabel de Lacerda Pizarro Madureira

2020-2021

| ' ' | | ' ' |

Agradecimentos

À Professora Doutora Isabel Madureira, orientadora científica do presente estudo, agradeço todo o apoio, atenção e paciência que me prestou ao longo desta investigação.

Aos Musicoterapeutas que participaram no estudo e o tornaram possível, agradeço a simpatia e a disponibilidade que manifestaram desde o meu primeiro contacto.

À professora do Atlas. Ti 9, Dagmar Heil Pocrifka, agradeço todo o apoio, atenção e disponibilidade facultadas durante a aprendizagem de um novo programa de análise de dados, permitindo assim, encontrar respostas para as dúvidas que foram surgindo.

Tenho ainda de agradecer à minha amiga Elvira, que nunca me deixou desistir, às minhas três filhas e ao meu marido pela enorme paciência e tolerância.

Agradeço à minha família por todo o encorajamento, amor e compreensão que demonstraram durante todo este tempo.

Estou grata, a todas as minhas colegas de curso e às colegas de trabalho que me apoiaram ao longo desta caminhada.

Em especial, reconheço que se não fossem as crianças com que me cruzei ao longo da minha vida profissional eu não teria tido a coragem de voltar a estudar. Elas são sim, a minha prioridade e por isso decidi voltar a estudar para melhorar a minha prática com todas elas.

Expresso ainda, um enorme agradecimento à minha entidade patronal, Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, pela atribuição da bolsa de estudos.

Agradeço sobretudo a Deus, pela força e ânimo que me tem dado ao longo de toda a minha vida, mas em especial nesta caminhada.

ÍNDICE GERAL

1. INTRODUÇÃO	8
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	10
2.1. A Musicoterapia e Educação Especial	10
2.1.2. Conceito de Musicoterapia	11
2.1.3. História da Musicoterapia	12
2.1.4. O papel da Musicoterapia	16
2.1.5. Objetivos da Musicoterapia	16
2.2. O conceito de Perturbação do Espectro do Autismo	18
2.2.1. Conceito da Perturbação do Espectro do Autismo – origem e evolução do diagnóstico	19
2.2.1.1. Comunicação	22
2.2.1.2. Socialização	23
2.2.1.3. Comportamento	24
2.2.2. Características da Perturbação do Espectro do Autismo	24
2.2.3. Modelos de Intervenção	27
2.3. A importância da Musicoterapia na Educação de crianças com Perturbação do Espectro de Autismo	33
2.3.1. PEA e a Educação Musical	34
3. METODOLOGIA	37
3.1. Temática, questões, objetivos e campo de estudo	37
3.1.1. Questões e objetivos	37
3.1.2. Campo de estudo	38
3.2. Participantes	39
3.3. Métodos de recolha e análise de dados	40
3.3.1. Fase inicial: questionário sociodemográfico	41
3.3.2. Seleção de amostra	41
3.3.3. Elaboração do guião de entrevista	42
3.3.4. Realização das entrevistas	43

3.3.5. Análise de conteúdo das entrevistas - utilização do programa Atlas.ti9	45
3.3.6. Cronograma de ações.....	48
4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	49
4.1. Caracterização dos Entrevistados	49
4.2. Apresentação e análise dos resultados das entrevistas.....	50
4.2.1. Características das crianças com PEA	50
4.2.2. Atividades Preferidas pelas Crianças com PEA.....	53
4.2.3. O conceito da Musicoterapia	56
4.2.4. Objetivos da Musicoterapia	57
4.2.5. O papel do Musicoterapeuta	58
4.2.6. Dificuldades do Musicoterapeuta na Intervenção com Crianças com PEA.....	59
4.2.7. Estratégias de sucesso.....	60
4.2.8. Mudanças no comportamento da Criança com PEA.....	62
4.2.9. O Impacto da Musicoterapia no desenvolvimento da criança com PEA	63
4.2.10. Musicoterapia enquanto área de intervenção e desenvolvimento da criança com PEA	64
4.2.11. Benefícios da Musicoterapia na Interação com Pares	65
4.2.12. Benefícios da Musicoterapia na Comunicação Verbal	66
5. DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	67
5.1. Conceções de Musicoterapia	67
5.2. Os objetivos da Musicoterapia enquanto forma de Intervenção	67
5.3. Características mais evidentes das Crianças com PEA	68
5.4. Face as estas características, os Musicoterapeutas determinam objetivos de intervenção	68
5.5. Atividades preferidas das Crianças com PEA.....	69
5.6. O papel do Musicoterapeuta	69
5.7. Estratégias mais eficazes junto de crianças com PEA	70
5.8. Impacto da Musicoterapia no desenvolvimento da criança com PEA.....	70
5.9. Impacto da Musicoterapia no desenvolvimento da criança com PEA – Mudanças significativas no comportamento.....	70

5.10.	Dificuldades do Musicoterapeuta na intervenção com crianças com PEA	71
5.11.	Efeitos da Musicoterapia na interação com os pares e na comunicação verbal	71
6.	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	73
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
8.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
ANEXO A -	Consentimento Informado	90
ANEXO B –	Guião da Entrevista	92
ANEXO C –	Transcrição da Entrevista	95

INDICE DE IMAGENS

Figura 1. Características da criança com PEA.....	52
Figura 2. Atividades preferidas das crianças com PEA.....	55
Figura 3. Conceito de musicoterapia	56
Figura 4. Objetivos da Musicoterapia enquanto forma de intervenção	57
Figura 5. O papel do Musicoterapeuta.....	58
Figura 6. Dificuldades do Musicoterapeuta na intervenção com crianças com PEA	59
Figura 7. Estratégias de sucesso com crianças com PEA.....	61
Figura 8. Mudanças no comportamento da criança com PEA.....	62
Figura 9. O impacto da Musicoterapia no desenvolvimento da criança com PEA.....	63
Figura 10. Musicoterapia enquanto área de intervenção e desenvolvimento da criança com PEA	64
Figura 11. Benefícios da Musicoterapia na interação com os pares	65
Figura 12. Benefícios da Musicoterapia na comunicação verbal	66

INDICE DAS TABELAS

TABELA 1. CRONOGRAMA.....	48
TABELA 2. DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS.....	49

ABREVIATURAS

APPDA - Lisboa, Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo

APEMESP – Associação de Profissionais e Estudantes de Musicoterapia do Estado de S. Paulo.

APA - *American Psychiatric Association*

ABA - ABA - *Applied Behaviour Analysis* (Análise de Comportamento Aplicado)

CREN - Centro de Reabilitação e Estimulação Neurológica

CERCI - Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados da Póvoa de Santa Iria

CID - Classificação Internacional de Doenças,

DSM-IV – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais)

D.I.R. - Desenvolvimento, das diferenças Individuais de cada aluno e na estruturação da Relação

IDEA - *American Music Therapy Association*

PEA – Perturbação do Espectro do Autismo

PECS - *Picture Exchange Communication System*

PGD ou PDD - *Pervasive Developmental Disorders* (PDD) adaptado para o português como Perturbações Globais do Desenvolvimento (PGD),

TEACCH – Treatment and Education of Autisc and related Commucation handicapped Children,

RESUMO

O presente estudo visou compreender o contributo da Musicoterapia no desenvolvimento da comunicação e da interação com pares de crianças com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA).

A música é uma linguagem universal e benéfica a todo o ser humano, desde o seu nascimento até ao fim de vida. A Musicoterapia permite atuar em pessoas com diversas patologias inibidoras da comunicação, como por exemplo, em crianças com PEA, sendo a Musicoterapia capacitadora da comunicação.

Com esta investigação, propomo-nos contribuir para o conhecimento existente sobre a especificidade da Perturbação do Espectro do Autismo, tendo em conta as áreas e modelos de intervenção ao evidenciar o contributo que a Musicoterapia tem ao nível da comunicação da linguagem e da interação com os pares.

A dissertação iniciou-se com uma breve revisão bibliográfica sobre o tema da Musicoterapia.

A metodologia da investigação utilizada baseou-se numa abordagem qualitativa, tendo como único instrumento de recolha de dados - a entrevista e utilizou-se o programa Atlas. Ti 9 para realizar a análise de conteúdo.

As questões de investigação que nortearam este estudo foram:

- *Como é que a música influencia a comunicação verbal?*
- *E como é que a música influencia a interação entre pares?*

O resultado deste estudo evidenciou-se, que a música é um canal/veículo de comunicação. Obteve-se, assim resposta à primeira questão do estudo. A Musicoterapia tem impacto em qualquer fase da vida do ser humano e a frequência das sessões permitem à criança com PEA um impacto positivo, nomeadamente no domínio social e emocional e no domínio da linguagem e comunicação, isto é, ao fim de algum tempo estas crianças aumentam a intenção de comunicar verbalmente, aumentam as suas verbalizações, aprendem partes da música e, à medida que o tempo passa, conseguem falar, melhorando a compreensão da linguagem bem como, melhoram as suas capacidades de comunicação.

Através do estudo e opinião das musicoterapeutas entrevistadas obteve-se como resposta à segunda questão de investigação que, as crianças com PEA apresentam mudanças significativas ao nível do comportamento, nomeadamente, evidenciam uma melhoria acentuada na interação com pares, quebra do comportamento de isolamento, maior contacto ocular, uma diminuição de estereotípias motoras, maior desenvolvimento ao nível da motricidade fina e uma diminuição da ecolalia.

Cada criança é única e tem as suas características específicas, os seus interesses próprios e através da Musicoterapia pode evoluir gradualmente através do poder da música e daquilo que ela transmite: bem-estar e regulação das emoções.

Palavras-chave: Perturbação do Espectro de Autismo, Comunicação, Interação, Música, Musicoterapia.

ABSTRACT

This study aimed to understand the contribution of Music Therapy in the development of communication and interaction with peers of children with Autism Spectrum Disorder (ASD).

Music is a universal and beneficial language for every human being, from birth to the end of life. Music therapy allows to act in people with different pathologies inhibiting communication, for example, in children with ASD, and music therapy enables communication.

With this research, we propose to contribute to the existing knowledge about the specificity of Autism Spectrum Disorder, considering the areas and intervention models by highlighting the contribution that Music Therapy has in terms of language communication and interaction with peers.

This dissertation began with a brief bibliographical review on the theme of Music Therapy.

The research methodology used was based on a qualitative approach, with the only instrument for data collecting - the interview, and the Atlas program was used Ti 9 to perform content analysis.

The research question that guided this study was:

- How does music influence verbal communication?
- And how does music influence peers interaction?

The result of this study showed that music is an channel/vehicle of communication. Music therapy has an impact on any stage of human life and the frequency of sessions allows the child with ASD a positive impact, namely in the social and emotional domain and in the domain of language and communication, that is, after some time these children increase their intention to communicate verbally, increase their verbalizations, learn parts of music, and as time passes, they can speak, improving their language comprehension as well as improving their communication skills.

Through the study and opinion of the interviewed music therapists, the answer to the second research question was that children with ASD show significant changes in behavior, namely, they show a msrked improvement in interaction with peers, in

isolation behaviour, greater eye contact, a decrease in motor stereotypies, greater development in terms of fine motor skills and a decrease in echolalia.

Keywords: Autism Spectrum Disorder, Communication, Interaction, Music, Music Therapy.

1. INTRODUÇÃO

Este estudo surgiu da necessidade sentida de refletir sobre a nossa prática profissional, especialmente no que se refere ao contacto com crianças com PEA. Esta experiência despertou-nos o interesse em descobrir a relação que a música estabelece nas crianças com PEA, nomeadamente, considerou-se pertinente analisar em que medida a musicoterapia influencia o desenvolvimento de crianças com PEA, ao nível da comunicação verbal e da interação entre pares. Deste modo, investigar o contributo da musicoterapia no desenvolvimento da comunicação das crianças com PEA será uma mais-valia para alcançarmos os objetivos estabelecidos no Decreto-Lei n.º 54/2018, de 6 de julho no quadro educativo atual do sistema de ensino português.

O estudo incidiu no contributo da musicoterapia no desenvolvimento da comunicação de crianças com Perturbação do Espectro do Autismo.

Pretendeu-se determinar se o recurso à musicoterapia constitui uma boa estratégia para melhorar a comunicação e interação entre a criança com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) e as restantes crianças.

Perante a nossa questão de investigação, *Qual o contributo da música na comunicação de crianças com PEA?*, pensamos que a metodologia mais adequada seria a análise qualitativa de dados que permitiu elucidar melhor o problema de investigação qualitativa.

Este trabalho encontra-se estruturado em quatro capítulos.

O primeiro capítulo é dedicado ao enquadramento teórico. São abordados temas que envolvem o carácter terapêutico da música, os objetivos da musicoterapia e o papel do musicoterapeuta; concetualização teórica da Perturbação do Espectro do Autismo: o conceito, a etiologia, as características do Espectro do Autismo e os modelos de intervenção; e a importância da musicoterapia na educação de crianças com PEA.

No segundo capítulo apresentamos as opções metodológicas tendo em conta as finalidades do estudo. Descrevem-se os procedimentos que se tomaram no que se refere à amostra, às técnicas e instrumento de recolha e à análise de dados. Descrevemos, de

modo sucinto, a metodologia de investigação: a definição da questão orientadora, o objetivo geral do estudo e os objetivos específicos.

O terceiro capítulo é dedicado à apresentação e análise dos resultados. Analisamos neste capítulo os resultados obtidos no estudo realizado, decorrente da opção metodológica tomada, apresenta-se primeiro a caracterização do contexto e dos intervenientes e depois os resultados das entrevistas, destacando-se os dados mais relevantes para a responder à questão e objetivos da investigação.

Os resultados apresentados retratam a opinião dos musicoterapeutas que participaram no estudo.

No quarto capítulo apresentam-se as considerações finais, referindo algumas limitações do estudo e apresentando algumas sugestões para posteriores trabalhos de investigação.

Por último, apresentam-se as referências bibliográficas relevantes para a sustentação das opções teóricas e metodológicas do estudo realizado.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. A Musicoterapia e Educação Especial¹

A música é importante no trabalho desenvolvido na Educação Especial, com crianças com Necessidades Educativas Especiais, uma vez que as atividades de musicoterapia trazem benefícios nas diferentes áreas do desenvolvimento. Alguns dos objetivos são:

Desenvolver a coordenação motora, imitar movimentos e dançar ao ritmo da música melhora a coordenação das diferentes partes do corpo. Trabalham-se as possibilidades sonoras (utilizando o corpo como instrumento: palmas, estouros, estalos com os dedos...). A motricidade fina também pode ser melhorada, por exemplo, com a criação e uso de instrumentos, evoluindo assim o sentido do ritmo, o espaço, o tempo e a posição em relação aos outros.

Diminuir possíveis comportamentos repetitivos através do aumento da concentração nos diferentes movimentos rítmicos e o comportamento estereotipado dos movimentos diminui com o ritmo da música.

Integrar e reconhecer o esquema corporal para criar uma imagem mais ajustada de si mesmo mediante canções e danças, aprendendo a dirigir o corpo e a deslocar-se pelo espaço e a trabalhar a expressão corporal, ajudando assim a que cada um descubra a sua própria linguagem corporal.

Trabalhar a atenção e a concentração. A música é um estímulo auditivo agradável e tem como potencial captar a atenção e concentração do que os outros estímulos sensoriais.

Aumentar a memória. A música invoca lembranças e ajuda a sua recuperação, favorecendo ainda a imaginação perante a criação de danças, canções e interpretações.

Desenvolver a fala e a expressão oral. A música utiliza-se neste sentido para controlar, por exemplo, a intensidade e a frequência de gritos ou simplesmente para a

¹ Dados adaptados do workshop (2019) sobre Musicoterapia: www.divulgacaodinamica.pt

“tagarelice”. Fornecer novas fontes de interesse relacionadas com a música e estimular a atividade física e emocional adquirindo destrezas e meios de expressão corporal, instrumental e espacial.

Fomentar novas formas de comunicação, como por exemplo, realizar uma ação sem ser necessário palavras, estimulando habilidades como o contacto ocular, a empatia, a atenção conjunta e o respeito pelo outro, sendo também veículo de expressão de emoções nas pessoas que têm dificuldade de comunicar verbalmente.

As sessões de musicoterapia, sendo estas realizadas individualmente ou em grupo, devem ser pensadas e refletidas tendo em conta as pessoas com necessidades educativas especiais bem como as suas especificidades individuais.

A preparação de uma sessão para uma pessoa com deficiência intelectual com dificuldades de compreensão é, necessariamente diferente da de uma sessão a finalizar com uma pessoa surda, cuja dificuldade é o acesso ao som.

Por fim, podemos dizer que através da musicoterapia, as pessoas com necessidades educativas especiais podem melhorar a comunicação, as relações, a aprendizagem, o movimento, a expressão e a organização. Em conclusão, devido aos seus imensos benefícios é uma terapia que se utiliza muito no âmbito da deficiência.

2.1.2. Conceito de Musicoterapia

A musicoterapia é a fusão de música e terapia.

Segundo a Federação Mundial de Musicoterapia (1996, p.4):

“A musicoterapia é a utilização da música e os seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) por um profissional qualificado, com um paciente ou em grupo, num processo para facilitar e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas das pessoas.”

Toda a terapia é a utilização de meios para melhorar ou prevenir transtornos físicos e psíquicos do indivíduo. Na musicoterapia utiliza-se a música como terapia para curar.

A musicoterapia começou a ser mais utilizada desde a Segunda Guerra Mundial nos hospitais para a recuperação e reabilitação dos feridos de Guerra nos Estados Unidos da América, considerando-se assim uma ciência recente.

Os musicoterapeutas usam o mundo sonoro para facilitar processos terapêuticos e baseiam-se em quatro dimensões gerais do indivíduo: física, emocional, cognitiva e social (Betés de Toro, 2000; Bruscia, 2000; Comissão de Prática Clínica da Federação Mundial de Musicoterapia, 1996).

2.1.3. História da Musicoterapia²

Ao contrário do que se pensa, a musicoterapia não é uma técnica nova de tratamento da saúde mental. Ao longo dos séculos a música encanta cada geração, mas foi somente a partir do século XX que investigações científicas começaram a registar o seu potencial terapêutico e as mudanças que a música pode causar na vida das pessoas. Em tempos imemoriais, o povo já tinha alguma noção de que a música possuía um poder terapêutico e que poderia ser uma mais valia para o tratamento de diversos problemas.

O percurso histórico da musicoterapia passou por diferentes estádios: mágicos, religiosos e científicos. Na verdade, a sua história remonta no tempo (Michels, 2003):

Na etapa primitiva pode-se apreciar uma consideração divina da música, que era utilizada em danças e rituais, em funerais, casamentos, nascimentos ou, por exemplo, para melhorar as colheitas. Também era utilizada por algumas pessoas na crença de afastar o mal e atrair o bem, sendo-lhe atribuído um carácter mágico.

Mais tarde, no Egito, começa-se a utilizar a música com fins medicinais para enfrentar doenças em hospitais ou para favorecer a fertilidade na mulher. Inclusive

² Dados adaptados do workshop (2019) sobre Musicoterapia: www.divulgacaodinamica.pt

Herófilo – um dos médicos alexandrinos mais conhecidos – regulava a pulsação arterial de acordo com escalas musicais.

Posteriormente, na Grécia, a música utilizava-se pelos seus efeitos positivos para a educação da personalidade, sendo também associada ao poder religioso, acreditando-se que a divindade distribuía o mal e que o canto protegia e curava as doenças.

No século VI, Pitágoras demonstra o fundamento numérico da música tendo por base a crença de que o movimento do cosmos e o da alma humana se baseiam nas mesmas proporções numéricas harmónicas. Deste modo, a música reflete a ordem do mundo e exerce influência sobre o coração e o carácter do ser humano devendo ser levada em conta na educação e na vida pública.

Hipócrates foi o pai da medicina, Platão e Aristóteles são os precursores da musicoterapia. *“Platão recomendava a música para a saúde da mente e do corpo, e para vencer as angústias fóbicas. Aristóteles descrevia seus benéficos efeitos nas emoções incontroláveis e para provocar a catarse das emoções”* (Leinig, 1977, p. 15).

Aristóteles propôs a teoria do Ethnos, segundo a qual o ser humano e a música estão intimamente relacionados, pelo que a música tem influência nos estados de ânimo e no carácter das pessoas. Atribuía um valor médico à música, afirmando que as pessoas que sofrem de emoções não domináveis depois de ouvir melodias que elevam a alma até ao êxtase, voltam ao seu estado normal como se passasse por um tratamento médico ou depurativo.

Por outro lado, Platão acreditava que cada modalidade musical produz uns efeitos específicos na moral do ouvinte. Atribuía valor de permanência a esses efeitos, podendo dar prazer ou sedar, assim como contribuir para a educação das pessoas.

Na mesma orientação dos gregos, em Roma utilizava-se a música para curar diferentes patologias, especialmente doenças mentais ou problemas de insónias.

Segundo Leining (1997, p.13), com a chegada do Cristianismo, continuou-se a apreciar o uso da música para a cura de diferentes patologias, assim como para implorar a Deus como está escrito na bíblia sagrada, *“no livro de Samuel onde consta a terapêutica musical a que foi submetido o rei Saul por David com sua harpa, para se libertar da depressão e dos ataques de raiva”*.

Na Idade Média, em conformidade com as culturas anteriores, muitos personagens significativos fazem referência a conceitos musicoterapêuticos.

Ao longo do Renascimento, proliferaram os tratados sobre a música, com o objetivo duplo de educar e estabelecer critérios de cientificidade sobre as teorias musicais a partir da filosofia musical dos antigos.

Nestes momentos, considera-se que através de diferentes elementos musicais se pode aliviar a dor do doente. Os profissionais de saúde começam a utilizar o uso da música com fins que vão mais além do que os simplesmente médicos.

Bacon (2002, p.65), considerava que os investigadores “*fizeram bem unindo a Medicina e a música em Apolo; porque o ofício da medicina nada mais é que afinar a curiosidade, harpa do corpo humano, e levar harmonia*”. O equilíbrio entre corpo e espírito, conforme as culturas era, e é, a pretensão primeira da música, como prática terapêutica de saúde.

Ainda neste momento, a música e outras artes começam-se a entender como projeções individuais e meios de comunicação das experiências emocionais da pessoa. O momento é, também, oportuno à sociabilidade, aspeto em que a música também cumpre uma influência civilizadora.

No Barroco, procurou-se encontrar explicações científicas para todos os fenómenos naturais. Do ponto de vista artístico, o mais importante não era a beleza, como no Renascimento, mas sim os sentimentos, questões a observar também na música.

Nesta época, considerava-se que o principal intuito da música era despertar as paixões e/ou os afetos (amor, ódio, medo, angústia...) que podiam ser gerados e estimulados de forma independente. Esta conceção da música como material emotivo potenciador de sentimentos estimula decisivamente a mentalização social sobre as responsabilidades da música, especialmente no que se refere ao estado de ânimo.

Seguidamente, no século XVIII, surgem teorias de como funciona a música, atribuindo-lhe efeitos benéficos nos estados de ânimo, falando também do seu efeito analgésico e hipnótico para compensar as alterações menstruais e as febres.

A partir da segunda metade do século XIX, expande-se a utilização da música como tratamento, usando-se já o termo “musicoterapia”. Nos Estados Unidos, antes da

Primeira Guerra Mundial, são conhecidos casos da utilização da música em hospitais, chegando-se a utilizar para eliminar tensões antes do paciente entrar na sala de operações.

No início do século XX, começam as primeiras práticas em algumas instituições sanitárias, utilizando a música como método terapêutico. Porém, estas práticas realizadas por médicos, psicólogos, músicos ou inclusive voluntários, aplicam-se de maneira assistemática. A intenção de atender com critérios comuns os feridos da Primeira Guerra Mundial faz com que estas experiências comecem a considerar-se de uma forma sistemática, surgindo os primeiros estudos de formação em musicoterapia. Segundo Leinig (1977, p.16), em 1950 cria-se a primeira instituição formal de musicoterapia nos Estados Unidos, com o sentido de utilizar o uso progressivo da música na área da medicina, fomentar a formação de profissionais qualificados de modo a implementar o curso superior de musicoterapia em muitas universidades, em parceria com escolas médicas e instituições hospitalares.

A partir desta data considerou-se reconhecida a profissão de musicoterapeuta. Estamos perante o advento de uma nova era da musicoterapia que hoje se encontra espalhada por todo o mundo e que, em países como o Brasil ou os Estados Unidos da América, é fundamental para a reabilitação e cuidado em saúde.

Segundo Ruud (1990, p.13) desde o final de século (XX):

“A utilização da música com fins terapêuticos tem aumentado de importância na maior parte do mundo industrializado. Embora o conceito de uma força terapêutica vinculada à música seja tão antigo como nossa civilização, assim como uma força aparentemente viável na maioria das outras civilizações, alfabetizadas ou não, a prática do uso terapêutico da música nunca esteve antes tão difundida e diferenciada”.

Sousa (2005, p.124), refere que relativamente a Portugal, a musicoterapia enquanto ciência, começou a ser valorizada por volta dos anos 70 devido à formação de um grupo de investigação do curso de Educação pela Arte.

Este autor refere ainda que, em 1989, *“a Divisão Regional de Educação Especial da Madeira, em colaboração com a Universidade Montpellier, realiza no Funchal o*

primeiro Curso de Formação de Musicoterapeutas” e que gradualmente, se tem vindo a adotar em algumas universidades portuguesas.

2.1.4. O papel da Musicoterapia

A American Music Therapy Association (2005) define a musicoterapia como “uma clínica e uso baseado em evidências de intervenções musicais para atingir objetivos individualizados dentro de um relacionamento terapêutico.” A música pode influenciar o comportamento humano, afetando o cérebro e outras estruturas corporais de maneiras que são observáveis, identificáveis, mensuráveis e previsíveis (Centro de Musicoterapia, n.d.). É a única experiência sensorial que pode ativar todas as áreas do cérebro ao mesmo tempo.

A terapia musical e as técnicas incluem criar música, cantar, mover-se com música e ouvir música. A música pode ser utilizada como forma de comunicação para pessoas com dificuldade de expressão.

A pesquisa mostra que a musicoterapia é eficaz na melhoria da reabilitação física por facilitar o movimento, aumentando a motivação para os indivíduos participarem e se envolverem ativamente no seu tratamento, fornecendo suporte emocional e facilitando a libertação dos sentimentos através da sua expressividade.

A musicoterapia é uma profissão de saúde baseada em evidências, reconhecida como um serviço relacionado sob a Lei de Educação de Indivíduos com Deficiências (American Music Therapy Association 2005).

2.1.5. Objetivos da Musicoterapia

A Musicoterapia é uma terapia que utiliza a música no contexto clínico de tratamento, reabilitação ou prevenção de saúde e bem-estar. Decorre num processo sistemático ao longo do tempo, efetuado entre um musicoterapeuta especializado e uma pessoa ou um grupo.

Segundo a Federação Mundial de Musicoterapia (1996), a Musicoterapia é a utilização da música e/ou dos seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) e tem como objetivos a promoção da comunicação, da relação, da aprendizagem, da mobilização, da expressão, da organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas e objetiva ainda desenvolver potenciais e/ou restabelecer funções do indivíduo para que ele/ela possa alcançar uma melhor integração intra e/ou interpessoal e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida, através da prevenção, reabilitação ou tratamento.

Segundo Wigram (2000), a musicoterapia tem como objetivos fundamentais, sendo estes, a estimulação física e psicológica, a consciência preceptiva, a expressão emocional, a capacidade comunicativa e cognitiva, o comportamento social e as capacidades individuais.

Craveiro de Sá (2003) indica vários objetivos clínicos musicoterapêuticos possíveis para a pessoa com Perturbação do Espectro do Autismo dos quais destacamos: iniciar e/ou aumentar a comunicação, melhorar a comunicação através de uma linguagem não-verbal, atenuar as desorganizações da linguagem; aumentar a capacidade de autoexpressão; diminuir ou extinguir comportamentos patológicos indesejáveis, tais como isolamento, hiperatividade, autoagressividade, estereotípias, tensões emocionais, e a interação social.

Na mesma linha, Lobo (2014) reforça que a Musicoterapia apresenta objetivos específicos relativamente às crianças com PEA, como: aumentar os canais de comunicação; aumentar a interação com o mundo; “motivar” o contato visual e tátil; diminuir a agitação; promover a interação em atividades; aceitar outros profissionais permitindo uma melhoria na vida da criança com PEA e da sua família.

2.2. O conceito de Perturbação do Espectro do Autismo

A perturbação do espectro do autismo é uma síndrome definida por alterações presentes desde idades muito precoces, tipicamente antes dos três anos de idade.

Wing e Judith (citados por Marques, 2000), definiram o autismo como a síndrome que apresenta comprometimentos em três domínios do desenvolvimento humano; na interação social, na comunicação e na imaginação e compreensão social. Esta tríade foi denominada por “Tríade de Lorna Wing” e passou a ser conhecida ao nível mundial.

A Tríade é responsável por um padrão de comportamento restrito e repetitivo, mas com condições de inteligência que podem variar do atraso mental a níveis acima da média.

A relação autismo-deficiência mental passa a ser cada vez mais considerada, levando-nos a uma situação díspar entre as classificações francesa, americana e a da Organização Mundial de Saúde.

Em 1992, Burack, entre outros:

“reforça a ideia do défice cognitivo, frisando que a perturbação do espectro do autismo tem sido nos últimos anos, focada numa óptica desenvolvimentista, está relacionada com a deficiência mental, uma vez que cerca de 70-86% dos indivíduos com perturbação do espectro do autismo apresentam condições de inteligência de atraso mental”.

A perturbação do espectro do autismo é uma síndrome comportamental cujas descobertas essenciais implicam alterações no desenvolvimento, nas respostas a estímulos sensoriais, na linguagem, nas capacidades cognitivas e na capacidade para relacionar-se com pessoas ou objetos.

Ainda hoje é vigente a controvérsia sobre se as descobertas essenciais no diagnóstico da perturbação do espectro do autismo são fatores cognitivos ou sócio-afectivos. Esta falta de acordo tornou notório que esta perturbação afecta uma ampla gama de áreas do desenvolvimento cognitivo para além da afetiva. No DSM-IV o autismo é considerado como uma perturbação global do desenvolvimento, com a finalidade teórica de afastá-lo definitivamente das psicoses. As perturbações globais do

desenvolvimento são compostas por um grupo heterogêneo de processos e caracterizam-se pela presença de défices em múltiplas áreas funcionais: interação social, comunicação verbal e gestual e presença de interesses, atividades e comportamentos restritivos, repetitivos e estereotipados.

2.2.1. Conceito da Perturbação do Espectro do Autismo – origem e evolução do diagnóstico

A palavra autismo, provém da palavra grega “autos”, (o próprio). Foi pela primeira vez utilizada no século XX por Eugene Bleuler (Psiquiatra, Suíço 1912) para caracterizar uma categoria de distúrbio do pensamento que estava presente em pessoas esquizofrénicas, (Oliveira, 2005).

Leo Kanner, pedopsiquiatra no Hospital Johns Hopkins em Baltimore, nos Estados Unidos da América, focou a sua atenção num conjunto de crianças que considerou terem em comum algumas particularidades clínicas distintas, até então não descritas, que denominou de peculiaridades fascinantes. Em 1943, este autor publicou uma nova síndrome clínica à qual chamou “Autistic disturbances of affective contact”. Nesta publicação descreveu pormenorizadamente onze crianças com autismo, oito rapazes e três raparigas, observadas pela primeira vez entre os dois e os oito anos de idade. As crianças descritas no estudo, apresentavam em comum, desde cedo, alguns défices importantes nas relações sociais do seu dia-a-dia, fosse nas relações com os pais e familiares, ou com outras pessoas incluindo os seus pares, preferindo estar sozinhas. O seu comportamento era incomum, sentindo interesses por atividades repetitivas e estranhas. Em relação à linguagem, esta era própria, sendo que crianças com três anos não falavam e as outras apresentavam ecolalia, ou seja, repetição automática de palavras ou de sons ouvidos, sendo-lhes difícil manter uma conversa. Estas crianças apresentavam também, com frequência, medos intensos e desproporcionados face aos ruídos da vida quotidiana como, por exemplo, aspiradores ou batedeiras. As crianças em causa pareciam ter uma boa memória, decorando com

facilidade alguns poemas, músicas e tinham interesses especiais por números e letras. Observando as famílias das onze crianças, Kanner concluiu que os pais eram muito inteligentes, com interesses particulares na ciência, na literatura ou até mesmo nas artes. No seu artigo original colocou a questão se estas características parentais poderiam contribuir para a condição patológica das crianças. Porém, constatou-se que o isolamento se manifestava desde os primeiros meses de vida, tornando difícil atribuir todo um quadro clínico ao tipo de relação parental precoce assumindo, assim, a origem inata e biologicamente determinada do autismo. “These children have come into the world with innate inability to form the usual, biologically provided affective contact with people...” (Oliveira, 2005, p.13).

Ao lermos cuidadosamente o artigo de Kanner, podemos encontrar uma descrição clínica atualizada do espectro do autismo, onde se encontra expressa a vontade que o autor tinha que a peculiar perturbação fosse reconhecida pela comunidade científica como sendo uma clínica única. Oliveira (2005) refere, ainda, que Hans Asperger, em 1944, na Áustria, descreveu o mesmo tipo de perturbações em crianças com melhores capacidades verbais, utilizando a denominação de “autistic psychopathy”. Kanner e Asperger foram descobridores no reconhecimento do autismo como sendo uma perturbação distinta das outras patologias do desenvolvimento até então descritas.

Contudo, nas décadas de 50 e 60, o autismo continuou a ser confundido como a esquizofrenia (Oliveira, 2005).

O autismo foi considerado uma psicose - “reações psicóticas nas crianças que se manifestam prioritariamente como autismo” - sendo assim, classificado com a denominação de “reação esquizofrênica ou esquizofrenia do tipo infantil”. Apesar de Kanner ter reconhecido, anos antes, o autismo como inato, a teoria causal dominante era estritamente comportamental e pós-natal de origem psicogénica (Oliveira, 2005, p.13).

No ano de 1975, o termo autismo surgiu pela primeira vez oficialmente na Classificação Internacional de Doenças, (CID), sendo qualificado como uma psicose da infância. Até à data os documentos oficiais como o Diagnostic and Sattistical Manual of

Mental Disorders (DSM) I e II, apenas faziam referência à esquizofrenia de tipo infantil. Segundo a American Psychiatric Association (APA), só em 1980 o DSM-III integrou pela primeira vez a categoria de diagnóstico específico, considerando o autismo uma perturbação do desenvolvimento.

Em 1987, foi realizada a revisão do DSM - III, a designação altera-se para autismo infantil, na categoria de Perturbações Globais do Desenvolvimento. Com o surgimento da DSM-IV, em 2002, é incluída a PEA na categoria dos distúrbios generalizados do desenvolvimento com o nome de distúrbio autista, sendo agregadas a esta categoria geral alguns subtipos de perturbações devido às semelhanças com algumas características da PEA: Perturbação Autística, Síndrome de Asperger (diagnóstico de forma mais tardia do que o autismo pelo facto dos atrasos não serem tão marcados); Perturbação de Rett (etiologia genética pelo facto de atingir somente o sexo feminino, com um início normal perdendo posteriormente as capacidades adquiridas); Perturbação Desintegrativa da segunda Infância (desenvolvimento precoce atípico associada de uma desintegração não explicada, geralmente durante os primeiros cinco anos de vida) e a Perturbação Global do Desenvolvimento sem outra Especificação. Uns anos mais tarde, e com o surgimento do DMS-V (2015) uma nova abordagem ocorreu, deixando de ser reconhecidas diferentes categorias de diagnóstico. Para caracterizar a situação é necessário, recorrer a determinados indicadores que se relacionam com o nível de gravidade em conformidade com o grau de apoio que a pessoa necessita para se adequar aos seus contextos de vida (Filipe, 2012).

Segundo a American Psychiatric Association (2013), foram alterados ainda os critérios de diagnóstico, emergindo um novo critério “défices na comunicação social”, critério este que agrupou num só, dois critérios anteriormente referidos como “défice de interação social” e os “défices da comunicação. Assim sendo, “o transtorno do espectro autista caracteriza-se por déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, incluindo déficits na reciprocidade social, em comportamentos não-verbais de comunicação usados para interação social e em habilidades para desenvolver, manter e compreender relacionamentos. Além dos déficits na comunicação social, o diagnóstico do transtorno do espectro autista, requer a presença

de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades.” (DSM-V, p. 31).

2.2.1.1. Comunicação

Entende-se por comunicação, segundo o Dicionário de Língua Portuguesa (2006, p. 247), o “Ato ou efeito de comunicar, de trocar informação através de meios e códigos diversos, verbais ou não verbais informação, (do latim *communicatiōne*, «ação de participar»)”.

Um dos maiores atributos do ser humano é a comunicação. Para que a comunicação ocorra e se desenvolva é imprescindível que o emissor transmita a mensagem ao recetor, que descodifique o sinal, percebe a mensagem e recria uma nova mensagem.

Para Sim-Sim (2018), a comunicação é um processo interativo, onde o emissor codifica ou formula uma mensagem que se destina ao recetor, que tem de a descodificar, ou seja, compreender para dar uma resposta.

Relativamente à linguagem, segundo a American Speech-Language-Hearing Association citada por Sim-Sim (2018, p. 22-23), trata-se de “um sistema complexo e dinâmico de símbolos convencionados, usado em modalidades diversas para o homem comunicar e pensar”.

A comunicação é uma competência essencial para uma vida em sociedade, e nos indivíduos com Perturbação do Espectro do Autismo, o défice do entendimento da comunicação é muito evidente e comum.

De acordo com Premack (1976, citado por Garcia e Rodriguez, 1997), as crianças com PEA apresentam défices básicos na capacidade para usar a linguagem como meio de comunicação num ambiente social.

No que diz respeito à linguagem, “a maioria das crianças com PEA apresenta atraso no desenvolvimento da fala e algumas permanecem sem falar toda a sua vida.”

(Elgarl & Wing, 1977, p. 6). Sigman e Capps (1997) referem, que há crianças que apesar de nunca chegarem a adquirir uma linguagem falada não substituem esta falta com outras formas alternativas de comunicação.

Por vezes, existem outras crianças que começam a falar mas retrocedem (Barthélémy et al, 2008), e outras não conseguem que seja funcional, nem de forma expressiva, nem de forma compreensiva, isto é, não conseguem transmitir nem compreender aquilo que pretendem comunicar.

As crianças com PEA têm uma grande dificuldade na expressão como na interpretação da linguagem não-verbal. Este facto acaba por refletir na escassez de gestos acompanhando um discurso inadequado da expressão gestual e mímica facial. Estas crianças por norma usam gestos rotineiros na comunicação sejam eles em tom de negação ou assentimento de cabeça ou o uso das mãos como reforços de comunicação como por exemplo (apontar, pedir e acalmar). Geralmente as modificações da expressão facial não acompanham o discurso, que a pessoa/criança esteja a ter, ou seja, esta não se dirige para o outro e não consegue explicar um propósito de comunicação de afetos.

Nestas crianças o contacto ocular é habitualmente fugaz ou até mesmo inexistente, enquanto para a maioria de nós a atenção visual e a «troca de olhares», são fundamentais, no processo de descodificação da comunicação não-verbal, para as pessoas com PEA este processo acaba por confundir mais do que esclarecer com frequência o evitamento ou fixação do olhar.

2.2.1.2. Socialização

A interação social é uma das dificuldades manifestadas pelas crianças com PEA. Os prejuízos na interação social recíproca são amplos e persistentes, sendo evidenciados pela incapacidade dessas crianças em se relacionar com os outros e em sociedade. As crianças com PEA manifestam um comportamento de isolamento social “preferem sobretudo afastar-se dos outros para se centrarem em objetos” (Hewitt,

2006, p.13), em vez de participarem nas brincadeiras e fazerem amizades, são crianças que evitam o contacto ocular, contacto esse que tem como finalidade iniciar relações sociais e de criar vínculos.

2.2.1.3. Comportamento

Os problemas demonstrados pelas crianças com PEA são facilmente perceptíveis através dos seus comportamentos. O problema central está na dificuldade de processar a informação social, dado que, o seu funcionamento é muito lento e não são capazes de executar duas ações simultâneas. Segundo Jordan (2000), este facto, associado na maioria das vezes às graves dificuldades cognitivas, implica uma elevada dificuldade na realização de atos sociais adequados. As crianças com PEA caracterizam-se pela existência de um ou mais padrões de interesses comportamentais que podem ser atípicos por serem repetitivos e estereotipados ou demasiado intensos ou invulgares, por exemplo, o brincar repetitivo, perguntas estereotipadas e o interesse exagerado por temas específicos (sinais e regras de trânsito, símbolos, bandeiras etc.)

Existem comportamentos motores estereotipados frequentes como abanar as mãos e os braços quando estão zangados ou excitados, podem correr com objetos, rodopiar, andar em bicos de pés, ou outras posturas mais raras. As estereotípias motoras são consideradas patológicas quando prolongado para além dos dois anos de idade. Estas crianças têm quase sempre interesses persistentes por objetos, acabando por não os utilizar na sua funcionalidade.

2.2.2. Características da Perturbação do Espectro do Autismo

A Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), é considerado uma perturbação de neuro desenvolvimento no qual a criança tem dificuldade na comunicação social e mantêm um interesse restrito e estereotipado. Isto significa que é uma alteração ocorrida dentro do cérebro no qual as conexões entre os neurônios se dão de uma forma diferente

provocando dificuldade em interagir com as outras pessoas de uma maneira adequada. Desde cedo observam-se sinais de alerta que são de real importância para uma avaliação mais completa do neurodesenvolvimento.

De acordo com Lima (2012, p.4), podemos especificar os seguintes sinais de alerta ao nível da comunicação social na criança com PEA pode aparecer com:

- dificuldade no contato visual;
- dificuldade no uso de gestos e expressões faciais;
- dificuldade de entender a linguagem não-verbal dos outros, tais como expressões faciais, gestos, sinais com os olhos, cabeça e mãos;
- dificuldade em iniciar ou responder a interações sociais;
- uma aproximação de uma maneira não natural, robotizada, “aprendida” e tem fracasso nas conversas interpessoais;
- dificuldades em fazer amizades e no brincar, entender emoções e sentimentos relacionados com o outro;
- não se interessar por coisas que as outras crianças propõem (brinquedos ou brincadeiras que não sejam do seu interesse). Por exemplo, enquanto as outras crianças brincam com peças de montar, e tencionam fazer um prédio, a criança com autismo usa as peças para enfileirar ou empilhar;
- dificuldade em partilhar brinquedos, mudar de brincadeira, participar em brincadeiras imaginárias (área da casa: jogo simbólico);
- demonstração de pouco interesse no que outra pessoa diz ou sente. Por exemplo, quando alguém relata estar aborrecido com o trabalho, a pessoa com PEA Autismo pergunta sobre o tipo de serviço que ele faz e não sobre o sentimento que ele traz;

Lima (2012, p.7) refere ainda que o interesse restrito e estereotipado pode aparecer com:

- movimentos repetitivos ou estereotipados com objetos e/ou fala, por exemplo, pegar num carrinho, virar e girar a roda repetidamente, em vez de brincar da forma esperada; pegar nos bonecos e jogá-los ou colocá-los na boca, em vez de realizar uma brincadeira criativa com ele;

- repetições de expressões de filmes ou desenhos, falando sozinho numa linguagem “própria”, sem função de interação social;
- insistência em rotinas, rituais de comportamentos padronizados, fixação em temas e interesses restritos. Por exemplo, só falar de carros ou de uma personagem, não se interessando por outros assuntos, quer jogar sempre o mesmo jogo;
- híper ou hipo reação a estímulos do ambiente como sons ou texturas;
- estereotípias motoras, movimentos repetitivos com o corpo ou com as mãos, tais como abanar as mãozinhas, pular ou rodar, bater as mãos, alinhar objetos, empilhar;
- pequenas mudanças na rotina, como mudar o caminho de casa, por exemplo. Que se evidenciam por angústia extrema. Estas crianças gostam de manter os mesmos costumes, entendem que o mundo “correto” é como eles aprenderam na primeira vez. Tentam manter, sempre, o mesmo padrão.
- forte apego aos objetos, gastando muito tempo observando ou usando um mesmo brinquedo ou segurando o dia todo algo que caiba nas mãos. Mesmo quando pedimos para escolher outro, não conseguem parar de se preocupar com o anterior. Nesses momentos, dificilmente a criança compartilha conosco o que está fazendo, não nos mostra e não nos olha com a intenção de ver se estamos a vê-la.
- sensibilidade a barulhos, cheiros e texturas de objetos ou com ficar extremamente interessados em luzes, brilhos e determinados movimentos repetitivos como, por exemplo, objetos a girar ou ventiladores.
- a alteração na sensibilidade a dor. Algumas vezes, os pais descrevem quedas ou batidas que parecem não ter sentido dor.

Como cada indivíduo é único, as crianças com PEA podem apresentar nuances diversas dentro destas.

Atualmente sabe-se que existem diferenças neurológicas em indivíduos com PEA, nomeadamente escassez ou excesso da conectividade entre as áreas do cérebro (LaGasse & Hardy, 2013), e anomalias em diversas estruturas cerebrais que são

responsáveis por diversas tarefas que implicam capacidades motoras e de linguagem, memória, percepção sensorial, regulação emocional e controlo de comportamentos (Silver & Rapin, 2012). Sabe-se também que múltiplas áreas cerebrais, incluindo o sistema motor, perceptivo, socio-emocional e de linguagem, são estimuladas durante as experiências musicais devido à sua natureza multimodal (Srinivasan & Bhat, 2013).

Outros autores referem que as crianças com PEA apresentam um entendimento musical aprimorado e por esta razão acham as atividades musicais agradáveis. Heaton (2003) afirma que estas crianças parecem ter melhor capacidade de percepção do tom e de memória comparativamente a crianças com desenvolvimento típico. Deste modo, a música pode ter um impacto no desenvolvimento socio-emocional, comunicativo e motor em crianças com PEA.

As intervenções baseadas na música podem ser eficazes no tratamento destas crianças porque ao mesmo tempo que aproveita os pontos fortes em termos musicais desta população, as suas dificuldades vão sendo trabalhadas e melhoradas, como, por exemplo, o desempenho motor, a atenção, a comunicação verbal e não-verbal e os comportamentos (Srinivasan & Bhat, 2013).

2.2.3. Modelos de Intervenção

Segundo Jordan (2000) a criança com PEA apresenta uma condição verdadeiramente incapacitante, sendo é necessário que esta usufrua de metodologias de intervenção adequadas. As crianças com PEA necessitam de uma intervenção apropriada, ao nível do contexto familiar e ao do contexto educativo. A intervenção nestas crianças deve ser “a mais intensiva e mais precocemente possível de modo a reduzir os comportamentos inadaptados destas crianças e possibilitando aprendizagens a nível da aquisição da linguagem e outras habilidades sociais como alguns autocuidados” (Cavaco, 2009, p. 199).

Jordan (2000) afirma que a educação continua a ser a melhor abordagem perante as dificuldades associadas à PEA e revela-nos que é fundamental compreender as principais dificuldades de uma criança para a elaboração de um currículo e de uma intervenção pedagógica que corresponde às suas necessidades. Assim sendo, cabe aos professores, “enquanto educadores, procurar formas inovadoras, facilitadoras, diferenciadas e produtivas para a construção de uma melhor qualidade de vida para a criança com PEA” (Cavaco, 2009, p. 121).

No que respeita à Educação Inclusiva, está em vigor o Decreto-Lei n.º 54/2018, de 6 de julho que estabelece os princípios e as normas que garantem a inclusão, enquanto processo que visa responder à diversidade das necessidades e potencialidades de todos os alunos, através do aumento da participação nos processos de aprendizagem e na vida da comunidade educativa.

Neste sentido, Farrel sustenta que “o principal objetivo do ensino estruturado é aumentar a independência e manejar os comportamentos, levando em conta as habilidades cognitivas, necessidades e interesses das pessoas com transtorno, em como adaptar o ambiente de acordo com isso” (Farrel, 2008, p. 94).

No 25º artigo da Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo (APPDA, 2011, cit. por Bernardino, 2013), constam os seguintes objetivos:

- a) Promover a participação dos alunos com autismo nas atividades curriculares e de enriquecimento curricular junto dos pares da turma a que pertencem;
- b) Implementar e desenvolver um modelo de ensino estruturado;
- c) Aplicar e desenvolver metodologias de intervenção interdisciplinares (aprendizagem, autonomia e educação);
- d) Proceder às adequações curriculares necessárias;
- e) Organizar o processo de transição para a vida pós-curricular;

f) Adotar opções educativas flexíveis, de carácter individual e dinâmico, pressupondo uma avaliação constante do processo de ensino e aprendizagem do aluno, regular o envolvimento e participação da família.

Apresentam-se, seguidamente, alguns modelos e tratamentos existentes que visam melhorar a vida de uma criança com PEA: o Modelo TEACCH, o Método ABA, o Programa SON RISE, o Programa PECS e o Programa Floortime / Modelo DIR.

Modelo TEACCH

O programa TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children), criado em 1972 por Eric Schopler e os seus colaboradores, no departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Carolina do Norte, nos Estados Unidos.

Este programa surgiu de um projeto de investigação que tinha como objetivo ensinar aos pais técnicas comportamentais de educação especial tendo em conta as necessidades dos filhos com PEA.

Este modelo tem tido muita aderência em muitos países com crianças com PEA (Lima, 2012). Em Portugal, este modelo é aplicado desde 1996, como opção do Ministério de Educação, enquanto resposta educativa para crianças/alunos com PEA nas escolas do ensino regular. O Decreto – Lei nº3/2008³ assegurou o direito das crianças com Autismo e apoiou o surgimento de salas do ensino regular com esta metodologia.

Segundo Carvalho e Onofre (2006, p.15), 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 de autonomia das crianças e diminuir a ocorrência de problemas de comportamento. Permite ao técnico estabelecer as estratégias mais adequadas de forma a responder às necessidades de cada criança, sendo por isso um sistema flexível.

³ Ministério de Educação. Decreto –Lei nº3/2008. *Diário da República*, 1ªsérie – Nº4.7 de Janeiro de 2008.

Segundo Lima (2012), o ensino estruturado constitui uma resposta educativa especializada e desenvolvida em agrupamentos ou escolas com alunos que apresentem perturbações agrupáveis nesta problemática, e tem como objetivos:

- Promover a participação dos alunos com PEA nas atividades curriculares e de enriquecimento curricular junto dos pares de turma;

- Implementar um modelo de ensino estruturado, tendo por base, princípios e estratégias, que promovam a organização do espaço, do tempo, da etiquetagem dos materiais e das atividades através da utilização de recursos visuais;

- Desenvolver metodologia de intervenção multidisciplinares de acordo que facilitem a aprendizagem, de autonomia bem como de adaptação ao contexto escolar;

- Organizar e planear a transição para a vida futura (pós-escolar)

- Implicar a participação da família e do seu envolvimento no processo de ensino de aprendizagem do aluno realizando uma constante avaliação do processo de ensino através de opções educativas flexíveis.

Lima (2012, p.56), acrescenta ainda que o no Decreto-Lei acima referido, é previsto que o espaço da sala de aula das escolas deve ter mobiliário e equipamento essenciais às necessidades individuais e específicas dos alunos com PEA.

Com a introdução do Decreto-lei Nº 54/2018, esta metodologia foi um pouco alterada nas escolas, pois surgiu o Centro de Apoio à Aprendizagem.

Método ABA

O método de Análise de Comportamento Aplicado (ABA - *Applied Behaviour Analysis*) foi desenvolvido por Lovaas e seus colaboradores nos anos 70.

O método ABA é uma abordagem que assenta na compreensão do comportamento de uma criança com PEA permitindo à mesma a aprendizagem de aptidões que ainda não possui de modo progressivo e por etapas.

Segundo Telmo e Equipa de Ajudantismo (2008, p.50), o método ABA tem como objetivo principal “*ajudar a criança a desenvolver competências que conduzam à sua independência*”.

Através de um esquema personalizado e individual, é assinalada a competência associada a um sinal ou uma ordem. Inicialmente será dado apoio à criança mas não permitindo a sua dependência. As respostas adequadas da criança terão como consequência algo positivo e agradável para si. Caso as respostas sejam problemáticas, como as negativa, birras e/ou comportamentos inapropriados, serão registados e analisados com vista a detetar os factos que funcionam como reforço dos comportamentos não desejados, bem como a sua origem.

Programa SON RISE

Este programa foi criado nos Estados Unidos no início dos anos 70, nos Estados Unidos da América e a génese deste programa foi de um casal Barry e Samahria Kaufman. Este casal tinha como objetivo principal ajudar o seu filho com autismo severo com um quociente de inteligência abaixo de quarenta e os especialistas afirmavam que não existia qualquer forma de recuperação. Esta foi a grande motivação para procurarem uma forma de se aproximarem do próprio filho.

A implementação de programas e ações centradas na criança.

De acordo com Houghton (2008, citado por Oliveira, 2011, p. 30), este programa desenvolve-se:

num local organizado para diminuir a estimulação sensorial com a companhia de um adulto que tem como objetivos motivar a criança a brincar e dar controlo ou empregar um estilo responsivo de interação. O programa oferece uma abordagem educacional prática e abrangente para inspirar as crianças, adolescentes e adultos com PEA a participarem ativamente em convívios alegres, espontâneos e dinâmicos com os pais, outros adultos e crianças.

Segundo Gonçalves (2011, p. 59), no programa Son Rise: “as atividades são adaptadas, motivadoras tendo em conta o interesse e preferência da criança com PEA, uma vez que a criança esteja motivada para interagir, poderão ser criadas interações com vista a aprender todas as competências do desenvolvimento, como o contacto visual, capacidades de linguagem e de conversação, o brincar, o faz de conta, a criatividade, e o comportamento”.

A participação nestas interações seria então crucial para o tratamento e recuperação do autismo. Este tratamento tem início na busca de uma profunda compreensão e genuína apreciação da criança, de como ela se comporta, interage e comunica, assim como dos seus interesses.

Programa Floortime / Modelo DIR

Este modelo foi desenvolvido pelo psicanalista infantil Stanley Greenspan em 2000, nos Estados Unidos da América. O modelo é designado por DIR, na medida em que a intervenção se baseia no nível do Desenvolvimento, nas diferenças Individuais de cada criança e na estruturação da Relação (D.I.R.).

É um programa intensivo e a abordagem *Floortime* funciona através do envolvimento e participação da família, como uma terapia que cria interação entre a criança e o adulto através de brincadeira.

2.3.A importância da Musicoterapia na Educação de crianças com Perturbação do Espectro de Autismo

A missão da American Music Therapy Association (2019) é aumentar a conscientização pública sobre os benefícios da musicoterapia e aumentar o acesso a serviços de musicoterapia de qualidade em um mundo em rápida mudança. Define a musicoterapia como “uma clínica e uso baseado em evidências de intervenções musicais para atingir objetivos individualizados dentro de um relacionamento terapêutico”. A música pode influenciar o comportamento humano, afetando o cérebro e outras estruturas corporais de maneiras que são observáveis, identificáveis, mensuráveis e previsíveis.

A pesquisa mostra que a musicoterapia é eficaz na melhoria da reabilitação física por facilitar o movimento, aumentando a motivação para os indivíduos participarem e se envolverem ativamente no seu tratamento, fornecendo suporte emocional e uma saída para expressar sentimentos.

De acordo com o National Autism Center (2015), a musicoterapia é uma intervenção emergente utilizada com pessoas com PEA. A musicoterapia é usada para melhorar uma variedade de competências, incluindo as sociais, as de comunicação, a capacidade motora, sensorial e a atividade cognitiva. A musicoterapia pode ajudar as crianças com PEA a se expressarem de novas maneiras, cria oportunidades de relacionamento com outras pessoas, permite aliviar a ansiedade e promover a expressão.

A música é multissensorial, o que ajuda a aprimorar o processamento e as capacidades motoras. A música associada a técnicas de terapia e estratégias de ensino específicas pode ser individualizada para atender a necessidades específicas, preferências, valores familiares, crenças e prioridades. Sessões de musicoterapia fornecem familiaridade, configurações, consistência, estrutura e previsibilidade, fatores que apoiam e, normalmente, melhoram a aprendizagem de pessoas com PEA.

2.3.1. PEA e a Educação Musical

No âmbito musical, já há alguns anos, a musicoterapeuta Juliette Alvin (1991), afirmou que uma característica comum, a todos os seus pacientes com PEA, era a capacidade que tinham para responder à música. Desde muito cedo percebeu-se que as crianças com PEA demonstravam interesse pela música e pelos seus elementos, como o ritmo, a dinâmica, a harmonia e o timbre (Dimitriadis & Smeijsters, 2011; Reschke-Hernández, 2011). De facto, estes indivíduos parecem comunicar mais facilmente através de qualquer tipo de som e, são os elementos da música, juntamente com as técnicas terapêuticas adequadas, que servem como canais de comunicação e contribuem para a relação terapêutica (Dimitriadis & Smeijsters, 2011; Fragkouli, 2013).

A PEA é conhecida como um problema que se manifesta numa alteração cerebral e comportamental que afeta a capacidade de a pessoa comunicar, de estabelecer relacionamentos e de responder adequadamente 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 assim, para o equilíbrio da personalidade, para a paz interior e para o fortalecimento da alma, proporciona um acesso imediato à criança com PEA.

Rodrigo (2008, p.55) afirma que *“conseguir uma mínima comunicação, um certo feedback, por pequeno que seja, constitui todo um desafio”*, pois quando existe uma manifestação de um resultado positivo, por mais pequeno que seja, é de extremamente importante para quem trabalha junto destas crianças. Devido à maleabilidade da música, esta consegue facilmente adaptar-se a qualquer tipo de ambiente, bem como às necessidades de cada pessoa.

O objetivo primordial da musicoterapia com crianças com PEA, consiste em ultrapassar as barreiras do isolamento, tendo acesso ao seu mundo interior, permitindo estabelecer canais de comunicação. As atividades musicais são facilitadoras da inclusão da criança com PEA pelo seu caráter lúdico e de livre expressão, dado que não são esperadas pressões nem determinados resultados. Estas atividades relaxam a criança, permitem a desinibição favorecendo a interação social. Assim sendo, a música é considerada uma forma de “língua não - verbal” que permite relacionamentos, autoexpressão, comunicação e manifestação/expressão de sentimentos.

Recentemente vários estudos realizados têm comprovado a eficácia do processo clínico musicoterapêutico do uso da música com pessoas com PEA, no que concerne aos aspetos da comunicação e a interação social (Bahatara et al., (2009); Gattino et al., (2011); Gold et al., (2006).

Segundo estes autores, a previsibilidade da música facilita a interação recíproca, a tolerância e a flexibilidade tendo impacto na construção da relação, desenvolvendo um relacionamento interpessoal apropriado e significativo.

Os autores Bahatara et al., (2009); Gattino et al., (2011); Gold et al., (2006) argumentam ainda que, a Musicoterapia deveria ser aplicada no atendimento assim como na abordagem complementar ao diagnóstico, na qual as capacidades relacionadas como o escutar e o fazer música, mencionadas em relatos sobre comportamento e interesses de pessoas com PEA, possam beneficiar uma compreensão distinta de capacidades e limitações destas pessoas, bem como indicar formas de apoio importantes para aprendizagem e tratamento.

Freire (2014) avaliou ao fim de 4 meses de sessões individuais, o resultado do atendimento musicoterapêutico assente na interação musical entre crianças com PEA e a musicoterapeuta durante a experiência musical de improvisação. Concluiu que, já era possível observar efeitos significativos em relação ao desenvolvimento da comunicação e da interação social. No trabalho de Freire, foi dado prioridade ao uso de construções musicais de modo a favorecer a comunicação entre a criança e o Musicoterapeuta.

Noutro estudo, Kern, Wolery & Aldrige (2007) e os seus colaboradores utilizaram canções individualizadas com crianças com PEA até quatro anos de idade para a aprendizagem de comportamentos.

Com as canções verificaram melhoria na interação social com outras crianças nos ambientes lúdicos, como por exemplo, no espaço exterior e/ou no parque infantil, assim como aprendizagem de comportamentos de rotina em sala de aula, como por exemplo, cumprimentar os colegas verbalmente e/ou por meio de gestos e um maior envolvimento nas atividades na sala de aula.

É de referir que, este estudo valoriza a importância da aprendizagem das canções e da sua utilização por parte dos professores para que haja uma melhoria significativa da interação e outros comportamentos das crianças com PEA.

Lim e Draper (2011) desenvolveram um estudo experimental:

com 22 crianças com PEA entre os três e os cinco anos de idade com o objetivo de utilização da música em conjunto com Applied Behavior Analysis - Verbal Behavior Approach (Análise Aplicada de Comportamento - Comportamento Verbal) para o treino da fala. Em especial em relação aos comportamentos de eco (repetição da fala pela criança após a produção verbal do adulto), a música revelou-se um exercício adequado e positivo para este efeito.

Contudo, na literatura específica existem vários estudos que espelham que a Musicoterapia é vista como uma prática clínica que tem como potencial promover o desenvolvimento de determinadas capacidades, nomeadamente a interação social e a comunicação, que por sua vez tem potencial em melhorar as condições de saúde das pessoas com Perturbação do Espectro do Autismo.

3. METODOLOGIA

3.1. Temática, questões, objetivos e campo de estudo

O desafio que se coloca ao educador de crianças com PEA é muito grande.

A inclusão da música e os seus componentes sonoros nas atividades a desenvolver em sala de aula, pode ser um ponto de partida para a promoção do desenvolvimento social das crianças com PEA.

Neste sentido, o estudo realizado teve como ponto de partida a opinião das musicoterapeutas para compreender qual o contributo da música na vida da criança com PEA.

3.1.1. Questões e objetivos

Investigar o efeito da Musicoterapia no desenvolvimento da comunicação das crianças com PEA será uma mais-valia para alcançarmos os objetivos estabelecidos no Decreto-Lei n.º54/2018, de 6 de julho, no Artigo 1º que visa:

Estabelecer princípios e as normas que garantem a inclusão, enquanto processo que visa responder à diversidade das necessidades e potencialidades de todos e de cada um dos alunos, através do aumento da participação nos processos de aprendizagem e na vida da comunidade educativa.

Assim como o Artigo 11º, que refere a existência recursos específicos de apoio, sendo estes:

1 - Recursos humanos específicos de apoio à aprendizagem e à inclusão:

- a) Os docentes de educação especial;
- b) Os técnicos especializados;
- c) Os assistentes operacionais, preferencialmente com formação específica.

2 - São recursos organizacionais específicos de apoio à aprendizagem e à inclusão:

a) A equipa multidisciplinar de apoio à educação inclusiva.

É portanto neste contexto que se reconhece a necessidade de compreender os contributos/benefícios da música na vida da criança com PEA, assim como conhecer a influência da Musicoterapia no seu comportamento.

Para identificar como é que a Musicoterapia influencia o comportamento da criança com PEA levantaram-se as seguintes questões de investigação mais específicas:

1. Como é que a música influencia a comunicação verbal?
2. E como é que a música influencia a interação entre pares?

Perante as questões, levantadas, definiram-se os seguintes objetivos para o nosso estudo:

- Conhecer o contributo da Musicoterapia/música no desenvolvimento da comunicação e na interação com pares de crianças com PEA;
- Conhecer a opinião dos Musicoterapeutas sobre a influência da música no desenvolvimento da comunicação e da interação social em crianças com PEA.

3.1.2. Campo de estudo

Ao pretendemos estudar uma entidade bem definida – situações em que a musicoterapia é usada como estratégia pedagógica com crianças com PEA deparamo-nos com um problema de investigação onde pretendemos compreender as experiências dos intervenientes (musicoterapeutas de crianças com PEA) perante determinadas situações através da análise do relato/opinião dos musicoterapeutas, o que nos levou a um estudo de natureza qualitativa com ênfase nos significados e perspetivas dos participantes (Bogdan & Biklen, 1994).

Na abordagem qualitativa, no início apenas se estabelecem grandes questões gerais, que se especificam à medida que se obtêm os dados empíricos. Estes não são

nem estruturados nem numéricos. Os dados qualitativos são uma informação empírica sobre o mundo, sem ser sob a forma de números e correspondem a dados obtidos por observação, entrevistas, documentos produzidos ou registos e materiais audiovisuais (Denzin & Lincoln, 2006).

Qualquer investigação está fundada em assunções filosóficas. Os autores Creswell & Clark (2007, 2011) associam a metodologia qualitativa ao construtivismo considerando que a compreensão de um fenómeno é alcançada a partir dos pontos de vista dos participantes, das suas interpretações pessoais ou socialmente construídas com os outros. Neste processo, constroem-se categorias e gera-se teoria.

Numa abordagem qualitativa, as questões levantadas (do tipo o quê? e como?) estão relacionadas com a natureza da ação individual na construção de significados na perspectiva daqueles que fazem parte de determinado contexto social. O investigador explora contextos sociais específicos tendo, sempre presente as opiniões e pensamentos nunca se transferem intactos e a interpretação que fazemos do que ouvimos e/ou lemos pode não ser exatamente aquilo que o autor pretendeu dizer.

Outra preocupação metodológica que se nos colocou foi a definição do contexto e ambiente em que deveria realizar-se a investigação. Tomaram-se, então, algumas decisões: a investigação decorreria ao longo de 6 meses e o instrumento de recolha de dados preferencial seria a entrevista.

3.2. Participantes

Os Musicoterapeutas que colaboraram neste estudo trabalham nos distritos de Viseu, Lousada, Leiria e Lisboa e pertencem à Associação Portuguesa de Musicoterapia; o grupo é formado por sete Musicoterapeutas do sexo feminino. Estes responderam favoravelmente ao pedido da investigadora realizado através de “e-mail”, onde preencheram o consentimento informado, assinaram e, após digitalização enviaram-no novamente por “e-mail” (anexo A).

Após a receção do consentimento assinado, enviámos outro “e-mail” com o questionário referente aos dados sociodemográficos dos Musicoterapeutas, sendo este

elaborado no *Google Forms* e posteriormente enviado através da mesma via. Nesse “e-mail” foi proposta uma data para a realização da entrevista sugerindo a plataforma digital mais conveniente ao entrevistado.

Ao longo de toda a investigação foram devidamente protegidas a identidade e a privacidade de todos os participantes.

3.3. Métodos de recolha e análise de dados

Tendo em conta os objetivos deste estudo considerámos pertinente recorrer à técnica de entrevista. O recurso à entrevista também nos possibilitou ter um contacto mais direto com os participantes.

A entrevista é uma técnica em que o investigador se mostra frente ao entrevistado, formula perguntas, com objetivo de obtenção de dados importantes para a investigação. “*A entrevista nasce da necessidade que o investigador tem de conhecer o sentido que os sujeitos dão aos seus atos e o acesso a esse conhecimento profundo e complexo é proporcionado pelos discursos enunciados pelos sujeitos.*” (Aires, 2015, p. 29).

A entrevista qualitativa semiestruturada é baseada em perguntas abertas, podendo estas dividirem-se em 3 tipos: *conversação informal* (mais ou menos estruturada); *semiestruturada guia de entrevista/semiestruturadas* (inclui um protocolo, que não tem de ser aplicado de forma ordenada); *aberta padronizada*, em que a formulação das questões pode ser alterada, bastando para tanto que se extraia as visões e as opiniões dos participantes.

O protocolo de entrevista pode incluir os seguintes componentes básicos: “*cabeçalho, instruções iniciais para o entrevistador, as principais questões de pesquisa, instruções para aprofundar as principais perguntas, questões alternativas para o entrevistador, espaço para registrar os comentários e espaço no qual o pesquisador registra notas reflexivas.*” (Creswell, 2007, p. 194).

3.3.1. Fase inicial: questionário sociodemográfico

De modo a dar início ao presente estudo, elaborou-se um pequeno questionário com o objetivo de recolher os dados sociodemográficos, utilizando a plataforma digital: *Google Forms*. Esta ferramenta permitiu recolher informações gerais sobre o grupo de pessoas entrevistadas. Esses dados incluem atributos como género, idade, habilitações literárias e tempo de serviço.

3.3.2. Seleção de amostra

A amostra é composta pelas pessoas que participaram no nosso estudo e que foram entrevistadas. A seleção dos sujeitos, os Musicoterapeutas, a considerar neste estudo não foi de todo fácil, uma vez que o universo desta amostragem teria de ter como característica em comum a experiência profissional com crianças com PEA.

É de referir que, uma das Musicoterapeutas entrevistadas, conhecia outras colegas devidamente certificadas e deu-nos a conhecer a Associação Portuguesa de Musicoterapia, disponibilizando alguns contactos. Assim sendo, considera-se que se trata de uma “*amostra de conveniência*” (Flick, 2005), pela facilidade de acesso aos casos.

Foi realizado um primeiro contacto com os Musicoterapeutas por e-mail, explicitando o objetivo deste estudo e solicitando a sua colaboração. Dos onze contactos estabelecidos, sete Musicoterapeutas demonstraram disponibilidade em participar.

A investigação iniciou-se com a aplicação e validação do questionário dos dados sociodemográficos (anexo A), bem como com a elaboração de um guião de entrevista, ambos validados por especialista, a professora Doutora Isabel Madureira.

Em suma, o que se pretende é compreender como é que a música e os componentes sonoros têm influência na comunicação verbal e na interação entre os pares. O estudo insere-se numa investigação qualitativa.

3.3.3. Elaboração do guião de entrevista

Importa dizer que, durante o tempo em que se iniciou o presente estudo, mundialmente atravessamos a pandemia *Covid-19*. Deste modo, a entrevista realizou-se através da plataforma digital *Zoom*.

Tendo as questões de investigação como ponto de partida, e porque pretendíamos compreender o que pensam os musicoterapeutas sobre a prática que desenvolvem junto de crianças com PEA, a entrevista semiestruturada, constituiu a estratégia que consideramos adequada e foi elaborado o respetivo guião (ver anexo B). Na elaboração do guião procurou-se ter em conta as fases de condução de entrevista expostas por alguns autores (Dominicé e Fallet, 1981; Conhen e Marion, 1990).

Numa primeira fase o entrevistador estabelece o contato com o entrevistado, espelhando uma postura alegre, empática, criando uma relação de confiança (ainda que à distância), criando uma atmosfera agradável e de bem-estar de modo a recolher os dados biográficos (Kelchetermans & Vandenberghe, 1994).

Na fase central da entrevista as perguntas tornaram-se mais complexas e concretas, uma vez que implicaram uma relembração de episódios vividos com crianças com PEA.

Na fase final, procurámos efetuar questões mais concretas que, de algum modo permitiam ao entrevistado relembrar episódios da sua experiência profissional. No final da entrevista, foi realizado o agradecimento aos entrevistados.

Uma vez que o objetivo geral era conhecer o potencial da Musicoterapia relativamente às crianças com PEA, a entrevista abrangeu quatro blocos:

Bloco 1 - Validação e motivação, neste primeiro bloco procurámos legitimar a entrevista e motivar os entrevistados, começando desde logo por agradecer a colaboração já prestada quando da disponibilidade manifestada em participar no estudo.

Seguidamente, relembámos o interesse e a motivação desta temática, os

objetivos de estudo, sublinhando junto dos Musicoterapeutas o carácter fundamental da sua colaboração para a consecução dos objetivos.

Bloco 2 – Caracterização dos entrevistados, os Musicoterapeutas através do preenchimento no *Google Forms* do questionário - Dados sociodemográficos, deram-nos a conhecer a sua experiência profissional e académica, bem como o tempo de serviço com crianças com PEA.

Bloco 3 – Conhecer a Musicoterapia, na perspectiva dos entrevistados, pedindo-lhes que explicassem o conceito, bem como, os objetivos.

Bloco 4 – Conhecer a importância da Música enquanto terapia no desenvolvimento da criança com PEA; conhecer a percepção dos entrevistados sobre as crianças com PEA e o impacto da musicoterapia na mudança dos comportamentos da criança com PEA; solicitou-se ainda que procurassem relembrar as dificuldades sentidas na intervenção e as estratégias de superação utilizadas na profissão.

Bloco 5 – Encerramento da entrevista expressando os agradecimentos e a disponibilidade demonstrada, assim como a colaboração prestada e a riqueza da informação fornecida.

3.3.4. Realização das entrevistas

Tendo em conta a situação pandémica da *Covid-19*, não foi possível realizar as entrevistas de forma presencial. Assim sendo, tivemos de nos adaptar às circunstâncias atuais. Para proceder à realização das entrevistas foi necessário contactar através de “*e-mail*” os sete Musicoterapeutas que se haviam disponibilizado para participar neste estudo. Todos os intervenientes receberam um “*e-mail*”, para auscultar a sua disponibilidade para a realização da entrevista, a sua gravação, bem como, a plataforma digital preferida para o efeito. Desde logo foi evidente a simpatia e a adesão face ao presente estudo, numa postura de grande generosidade que em muito facilitou esta fase de recolha de dados.

No contacto inicial que se estabeleceu com os entrevistados, estes foram informados sobre as finalidades do estudo e sobre o tempo que poderia exigir a sua

participação, foi ainda assegurado o anonimato e a confidencialidade dos dados, de modo a respeitar a sua privacidade.

Todos os Musicoterapeutas autorizaram a gravação da entrevista na plataforma digital *Zoom*. A duração das entrevistas oscilou entre uma hora e trinta minutos e duas horas e trinta minutos. Todas decorreram num clima de cordialidade, de simpatia e de colaboração. Os participantes tiveram também conhecimento da intenção de lhes devolver a análise e interpretação dos dados deste estudo.

Na apreciação final que os Musicoterapeutas fizeram sobre a experiência de recordar episódios ao longo da sua vida profissional foi em todos evidente o prazer daí decorrente: a possibilidade de refletir sobre estratégias de maior e de menor sucesso, sobre as dificuldades e sobre a importância do papel do Musicoterapeuta.

Durante a realização das entrevistas foi possível aprofundar e compreender melhor algumas ideias, tais como a definição e objetivos da musicoterapia.

Após a realização das setes entrevistas procedeu-se à sua transcrição (anexo B). Neste processo procurou-se ter em conta a forma e o sentido de cada uma das narrativas e, no final, foi possível estabelecer sete protocolos. De modo a assegurar o anonimato dos intervenientes e a confidencialidade das informações facultadas, substituiu-se o nome próprio de cada entrevistado por uma letra e retiraram-se do texto todas as referências a nomes de pessoas, de escolas, de agrupamentos, de centros clínicos e de localidades.

3.3.5. Análise de conteúdo das entrevistas - utilização do programa Atlas.Ti9

Escolhemos como ferramenta de análise de dados o programa *Atlas.ti9* que consiste num poderoso instrumento de trabalho para a análise qualitativa de dados textuais, gráficos, áudio e vídeo. Este programa é intuitivo e permite utilizar uma panóplia de ferramentas para gerenciar, extrair, comparar, explorar e recuperar peças significativas de grandes quantidades de dados.

Tivemos como principal preocupação a análise profunda e ponderada de cada entrevista de modo a aprovar, numa segunda análise, a identificação das categorias e a criação de hipóteses ou ideias que permitissem entender o fenómeno em causa.

Assim sendo, optámos pela *grounded theory* que é uma boa opção metodológica quando se pretende verificar condições contextuais associadas ao problema em estudo, de modo a compreendermos e a construirmos significados. Esta opção “*permite a análise sistemática e rigorosa dos dados e orienta o investigador no processo dedutivo de produção de conhecimento*” (Fernandes & Maia, 2001).

Segundo os pioneiros desta teoria, Strauss & Corbin (1998), o método surge da combinação entre o pensamento crítico e o criativo, da ciência e da arte de analisar, e baseia-se num procedimento que evolui gradualmente da descrição, para a organização conceptual e, finalmente, para a teoria. Os mesmos autores referem que o processo de codificação depende da análise /“microanálise” dos dados (Strauss & Corbin, 1998, p.57), pelo acompanhamento, pela sua comparação e pelo questionamento sistemático.

A utilização deste *software* facilita muitas das atividades envolvidas na análise e interpretação de dados qualitativos, que visam compreender o significado dos dados, nomeadamente, na seleção, na marcação de dados em cada entrevista, para numa posterior análise conjunta, poder identificar as categorias com maior densidade de modo a formular hipóteses sobre o fenómeno em estudo.

Ao utilizar o programa *Atlas.Ti 9*⁴, e antes de iniciar a análise de conteúdo, há necessidade de importar/adicionar as entrevistas transcritas em *Word* para o software. Após a colocação da transcrição das entrevistas no programa, o pesquisador tem de ter o cuidado de ler cuidadosamente a entrevista e ir codificando, gerando códigos.

É importante que o pesquisador consiga “fundir/mesclar”, ou seja, juntar os códigos e renomeá-los ao nível abstrato mais elevado. Outro motivo pelo qual o pesquisador pode fundir/mesclar os códigos é quando se percebe que ambos os códigos têm o mesmo significado, mas com “rótulos” diferentes.

Neste contexto a codificação⁵ é uma função central em ATLAS.Ti 9 que permite “dizer” ao software onde estão as coisas interessantes em seus dados. ... o principal objetivo da categorização de seus dados é marcar coisas para defini-las ou organizá-las. No processo de categorização, comparamos segmentos de dados e procuramos semelhanças. Todos os elementos semelhantes podem ser agrupados sob o mesmo nome. Ao nomear algo, conceituamos e enquadrados ao mesmo tempo.

O primeiro nível de análise das entrevistas consistiu nas atividades básicas de segmentação do texto e respetiva codificação, ou seja, realizámos a microanálise detalhada dos documentos, linha a linha, a fim de gerar categorias iniciais e respetivas subcategorias (Strauss & Corbin, 1998).

Esta etapa corresponde à codificação aberta e codificação axial, tal como Strauss & Corbin (1998) as definem, respetivamente: processo analítico através do qual os conceitos são descobertos e as suas propriedades e dimensões são revelados nos dados (codificação aberta) e processo de relacionar categorias com subcategorias atendendo às suas propriedades de dimensões.

O *software* tem como função disponibilizar a frequência de cada categoria, (o que constitui uma dimensão habitualmente considerada na análise de conteúdo),

⁴ Flick (2005, p, 261) refere que este programa foi desenvolvido por Muhr (1991,1994) num projeto de pesquisa da Universidade Técnica de Berlim e que se baseia na abordagem da teoria enraizada e na codificação teórica de Strauss (1987).

⁵ Dados adaptados do webinar (2021) sobre o Atlas.Ti: <https://atlasti.com/learning/free-training/>

faculta também informação sobre a respetiva densidade. A densidade do código não é um valor calculado pelo *software*. A densidade aumenta quando o pesquisador começa a associar códigos a outros segmentos de textos, ou seja, quando o pesquisador estabelece relações entre si, sendo elas: relações de pertença (faz parte de), de oposição (contradiz que), de associação (está associado com), de casualidade (é causa de), etc.

Quando a densidade apresenta um valor elevado significa que a categoria em causa apresenta um alto grau de densidade teórica, permitindo ao investigador colocar hipóteses explicativas sobre o assunto que estuda, examinando as categorias que apresentam essa maior densidade.

Aquando a construção da narrativa descritiva do fenómeno central do estudo, a codificação utilizada corresponde à realizada pelo *Atlas.ti9*, por exemplo: na notação 1:3 o número 1 refere-se ao documento 1 e o número 3 à citação 3.

Conclui-se, assim que a utilização do programa *Atlas.ti9* facilita a análise de conteúdo bem como o desenvolvimento de uma investigação que vai ao encontro dos desígnios das metodologias qualitativas.

3.3.6. Cronograma de ações

É apresentado o cronograma das ações realizadas com a distribuição de tempo em cada uma das fases.

Tabela 1.
Cronograma

Tarefas	Cronograma de ações												
	2020		2021										
	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Agot	Set	Out	Nov
Escolha do tema													
Pesquisa bibliográfica													
Fundamentação teórica													
Identificação e convite dos participantes													
Pedido de consentimento informado													
Elaboração do Questionário sociodemográfico													
Elaboração do Guião da entrevista													
Realização das entrevistas													
Recolha de dados													
Tratamento dos dados													
Conclusões													
Revisão final													

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

4.1. Caracterização dos Entrevistados

Os sete Musicoterapeutas participantes que colaboraram neste estudo trabalham nos distritos de Viseu, Lousada, Leiria, e Lisboa.

Tabela 2.
Dados de caracterização dos participantes

Género e Idade	Habilitações Literárias	Experiência profissional com crianças com PEA
F1 ⁶ - 28 Anos	Licenciatura em Educação Musical e Mestrado em Musicoterapia	3
F2 - 28 Anos	Licenciatura em Educação Musical e Mestrado em Musicoterapia	5
F3 - 28 Anos	Licenciatura em Animação Sociocultural Mestrado em Musicoterapia	5
F4 - 32 Anos	Licenciatura em Educação Musical e Mestrado em Musicoterapia	6
F5 - 41 Anos	Mestrado em Educação de Infância e em Musicoterapia	10
F6 - 42 Anos	Licenciatura em Educação de Infância e Mestrado em Musicoterapia	11
F7 - 56 Anos	Licenciatura em Serviço Social e Mestrado em Musicoterapia	15

Legenda: F - Feminino

⁶ F1 – A identificação dos entrevistados foi realizada através da atribuição de um código composto pela letra F que se refere ao género e um número de um a sete.

Todos os participantes deste estudo pertenciam ao género feminino.

As idades dos Musicoterapeutas participantes deste estudo variam entre 28 e os 56 anos. A média das idades é de 36 anos e a mediana é de 32 anos.

Perante estes valores é possível considerar a existência de dois grupos, um referente aos Musicoterapeutas mais novos (situando-se entre os 28 e os 32 anos) e outro referente aos Musicoterapeutas mais velhos (com idades entre os 41 e os 56 anos). A moda situa-se nos 28 anos de idade. O desvio padrão é de 10,54 constatando-se assim uma distribuição assimétrica das idades.

Relativamente às habilitações literárias das entrevistadas, todas possuem Licenciatura em diferentes áreas (Educação Infância; Educação Musical; Ação Social e Animação Sociocultural) e posteriormente realizaram mestrado em Musicoterapia.

No que concerne ao tempo/experiência profissional, verifica-se que varia entre 3 e os 15 anos, sendo a média de 7,8 (= 8 anos), a mediana corresponde 6 e a moda 5, o que revela uma distribuição algo assimétrica dos anos de experiência profissional sendo o desvio padrão de 4,26.

4.2. Apresentação e análise dos resultados das entrevistas

Criada a Unidade Hermenêutica para as questões, utilizámos a codificação do programa Atlas. Ti versão 9 para identificar os documentos (E1, E2, E3, E4, E5, E6 e E7).

4.2.1. Características das crianças com PEA

As características da criança com PEA “*estão dentro de um espetro*”.

De acordo com a figura 1, podemos verificar que: “*as características da criança são muito variadas*” (5:13). Algumas dessas características são facilmente visíveis e permitem agrupar as crianças em dois grupos: verbais e não-verbais.

Naturalmente, “*as crianças não-verbais são crianças que se isolam*” (6:57). Existem crianças que não olham nos olhos (3:38).

Duas das entrevistadas demonstram ter uma visão das características da PEA que limitam o desenvolvimento da criança, como é visível nos seguintes fragmentos:

“nunca vão deixar de ter aquelas características” (5:55), apresentam “alterações neurológicas” (2:26), “alterações ao nível fisiológico” (2:27).

Estas crianças *“não se relacionam com o outro” (3:20), “andar em bicos de pés” (7:13), apresentam “fixações por objetos, por exemplo: “carrinhos (1:60, manifestam comportamentos estereotipados” (5:33).*

“A base do autismo é sempre insegurança máxima basilar. Eu, criança autista acho que o mundo é agressivo para mim e eu interpreto o mundo e as relações humanas como sendo agressivas para mim e fecho-me na minha bolha, no meu mundo, na minha fantasia. Porque se eu não interagir com o outro eu não corro o risco de ser magoado, é autoproteção” (1:40).

É de referir que uma das entrevistadas sublinhou a necessidade de ter em conta a diversidade de comportamentos existentes no âmbito da PEA, como é visível no seguinte excerto:

“apresentam, embora todos tenham um diagnóstico, por isso é que hoje em dia se diz espectro (...), mas cada uma delas manifesta-se da sua forma específica” (3:8).

Existe uma entrevistada que apresentou uma visão positiva relativamente à PEA, como é visível no seguinte fragmento:

“Apresentam um elevado espectro de inteligência” (3:149) e possuem um enorme potencial “na sua área de competências e é preciso descobrir essa área” (3:164).

Assim, *“no caso da criança autista, não se percebe muito bem porquê, mas há uma disponibilidade muito grande no hemisfério direito que está bem desenvolvido (...) há uma grande disponibilidade para a música ou para se expressar através da música ou para usar a música como canal de comunicação com o outro e forma de auto expressão do seu conteúdo interno” (1:11) (cf. figura 1).*

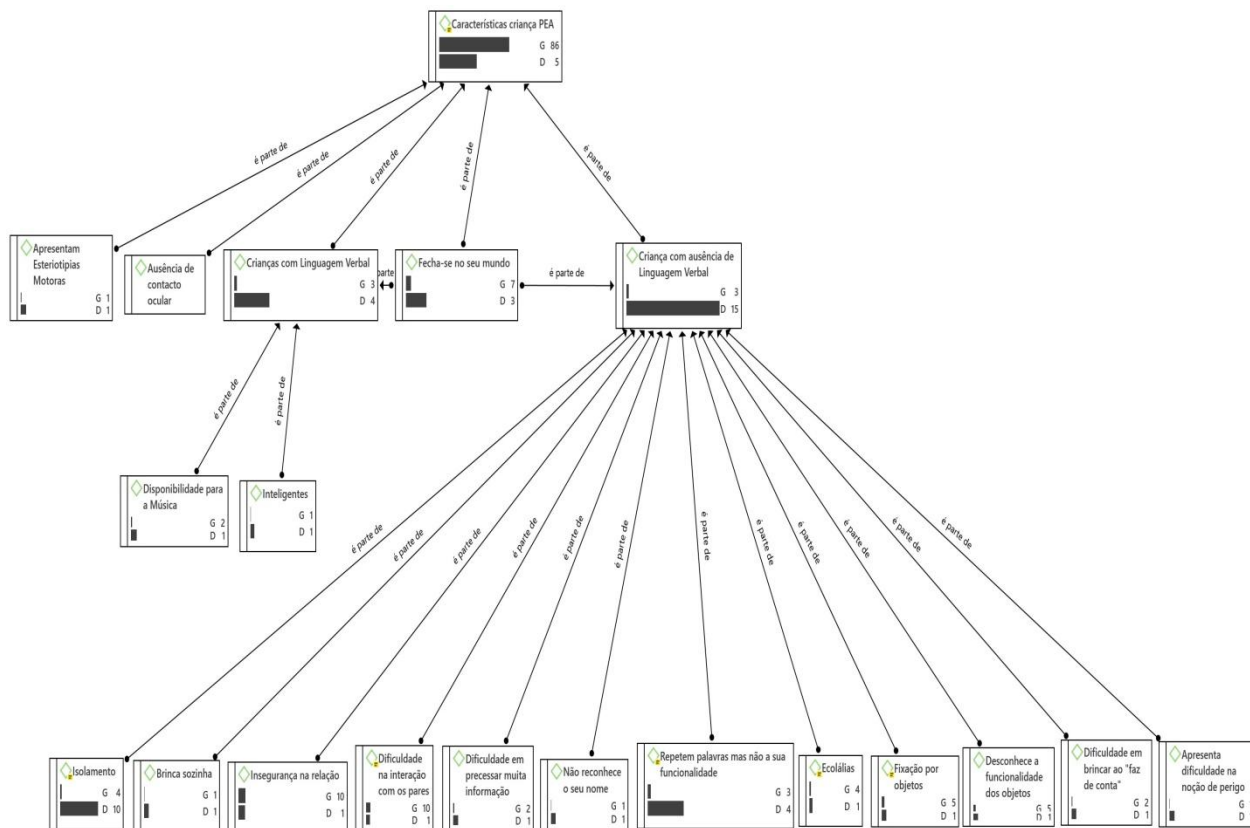


Figura 1. Características da Criança com PEA

4.2.2. Atividades Preferidas pelas Crianças com PEA

As musicoterapeutas entrevistadas realçaram que cantar canções (5:18), explorar instrumentos musicais e manipular materiais constituem as atividades preferidas pelas crianças com PEA.

Sublinharam ainda que estas crianças gostam de atividades que envolvem a improvisação, a antecipação e a expectativa, revelando interesse por realizar movimentos corporais com música e jogos musicais, como é visível nos seguintes excertos:

“A maior parte das crianças com PEA gostam muito de antecipação e expectativa” (7:39).

“Atividades com instrumentos que permitem a sua execução com sequências, como o xilofone, piano, sinos de mesa, etc” (4:93).

Referiram ainda que estas crianças se interessam pelas canções com histórias sociais associadas como é evidente no seguinte excerto: *“por exemplo, uma criança que não sabe lavar os dentes, então nós cantamos a canção; um copo com água, uma escova e pasta (...), portanto ensiná-los a lavar os dentes” (3:86/87).*

Apresentam ainda gosto pelas canções com expectativa e imprevisibilidade como é claro no seguinte excerto: *“atividades do género baaaa.....bá. Eles adoram este tipo de brincadeiras de expectativas da imprevisibilidade” (7:40)* assim como cantar canções *“com palavras em inglês” (7:59).*

As crianças apresentam interesse e motivação pela exploração de instrumentos musicais, sejam eles de grande porte, como é referido no excerto seguinte: *“crianças que toleram instrumentos de grande porte” (1:64)*, como: o *“xilofone” (4:94)*, o *“piano” (1:61; 4:95; 5:23)* e a *guitarra”(1:63; 7:44)* ou de pequeno porte *“e outras que não toleram e só toleram instrumentos de pequeno porte (1:116): “ukulele” (3:98); “maracas” (3:244); “pandeireta” (7:37); “as clavas” (6:27) e os “sinos de mesa” (4:96).*

Apresentam também preferência pelas atividades com jogos musicais, como é evidente no seguinte excerto:

“(...)” no âmbito da minha intervenção, as atividades preferidas das crianças com PEA são os jogos musicais (2:50).

É de referir que outras atividades preferidas são as que implicam movimentos corporais como é visível no seguinte excerto:

“As atividades preferidas das crianças com PEA são: movimentos corporais com música, combinar música e ação” (2:49).

Existem ainda outras atividades: *“atividade de espelhar” (6:28)* e *“musicalizar o movimento da criança faz” (3:55)* dando-lhe intencionalidade.

Para além das atividades referidas que envolvem a música, as musicoterapeutas mencionaram que a estratégia deve incluir *“manipulação dos materiais apelativos e atrativos” (7:102)*, referindo-se a outras atividades que incluem a manipulação de materiais *“(...) eles gostam de atividades que tenham de manipular...explorar materiais” (6:48)*, tais como imagens: *“(...) ter que ir buscar a imagem associada” (6:159)*, *“encontrar figuras/ imagens de “animais” (7:57)*, *“imagens de frutas” (7:108)*, manuseio de *“letras” (7:49)*, e de *“números” (7:50)*.

Apesar desta opinião global sobre a música como atividade preferida, uma das terapeutas entrevistadas, referiu que uma das crianças com PEA com que trabalhou manifestou intolerância à música e que esta teve de adequar a sua estratégia e a sua ação, como é referido no seguinte excerto:

“Na sessão comecei a cantar a música e ela arregala os olhos e pega na mão e põe-me à frente da cara. Percebi que ela não tolera a música e para trabalhar as frutas não podia utilizar aquela estratégia. Eu não fazia ideia. Cheguei ali com uma atividade preparada e tive de improvisar. É isto é inventar na hora e resolver o problema com a manipulação dos materiais apelativos e atrativos ou outros instrumentos e tentar que eles estejam bem e com vontade de estarem ali” (7:95).

Perante este tipo de situações é extremamente importante que o Musicoterapeuta consiga ser sensível aos sinais que a criança manifesta adequando a sua ação às necessidades da criança.

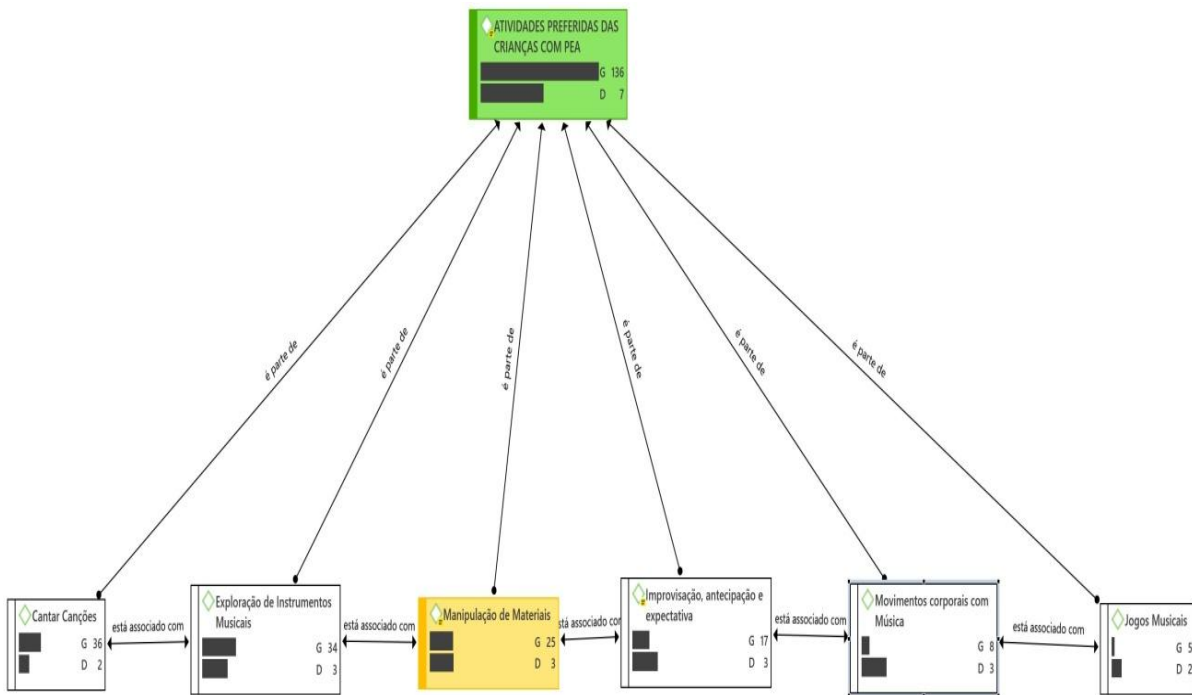


Figura 2. Atividades preferidas das crianças com PEA

Em síntese, as atividades relacionadas com a música utilizadas com crianças com PEA incluem a improvisação musical/vocal, jogos de espelho, diálogos musicais (“pergunta-resposta” rítmica, melódica ou combinada), acompanhamento musical, movimento e expressão corporal através de percussão corporal, dança livre ou estruturada, uso de canções para apresentação de informação não musical (regras sociais, conteúdos escolares) e escuta musical (cf. Figura 2).

4.2.3. O conceito da Musicoterapia

Na opinião das entrevistadas, a Música faz parte da vida de todo o ser humano. A Música transmite bem-estar e a criança com PEA, quando nas sessões de musicoterapia, não percebe que está numa terapia, o que poderá ser positivo, como é referido no seguinte excerto:

“Às vezes, a Musicoterapia é vista como um momento de lazer para a criança que está sempre cheia de terapias” (3:231).

De sublinhar ainda que, segundo a opinião das entrevistadas, a Musicoterapia para atingir fins terapêuticos deverá atuar na vida da criança, tendo impacto na saúde, nas emoções e na transmissão de bem-estar.

“A Musicoterapia é o uso da Música para fins e com objetivos terapêuticos” (6:1) (cf. figura 3).

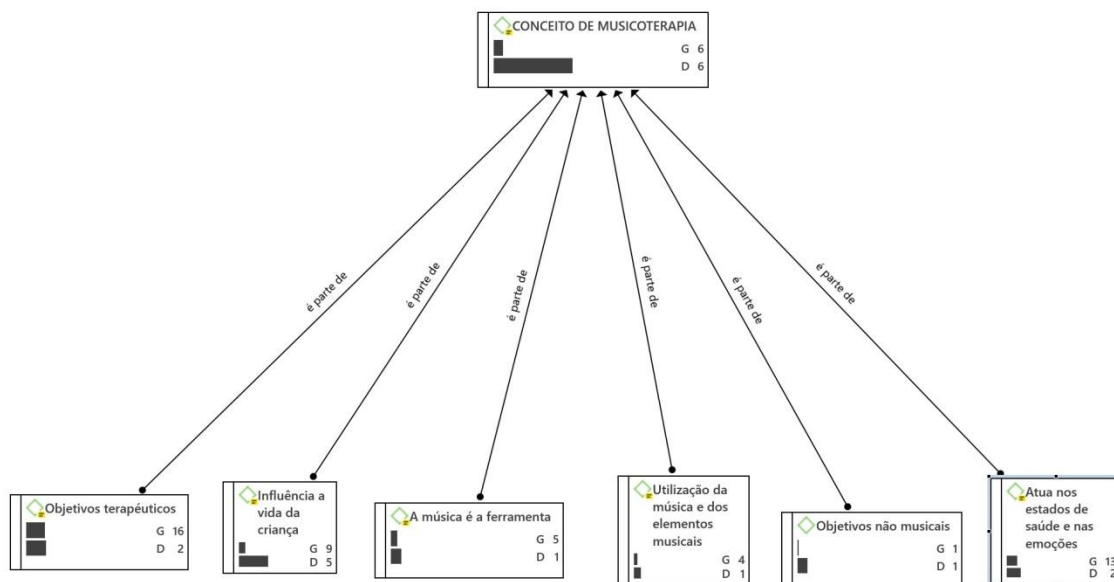


Figura 3. Conceito de Musicoterapia

4.2.4. Objetivos da Musicoterapia

A análise das entrevistas realizadas às Musicoterapeutas, revelou que estas consideram que a Musicoterapia enquanto forma de intervenção tem como objetivo intervir nas diferentes áreas do desenvolvimento da criança com PEA, tendo como preocupação fundamental, a promoção da interação com pares.

Uma das entrevistadas referiu-se a esta preocupação da seguinte forma:

“(...) as sessões permitem o relacionamento e a interação entre pares, da criança com e sem autismo” (1:121).

Para além da interação com pares, as entrevistadas sublinharam a importância da musicoterapia na promoção de competências cognitivas, motoras e emocionais das crianças com PEA (cf. figura 4).

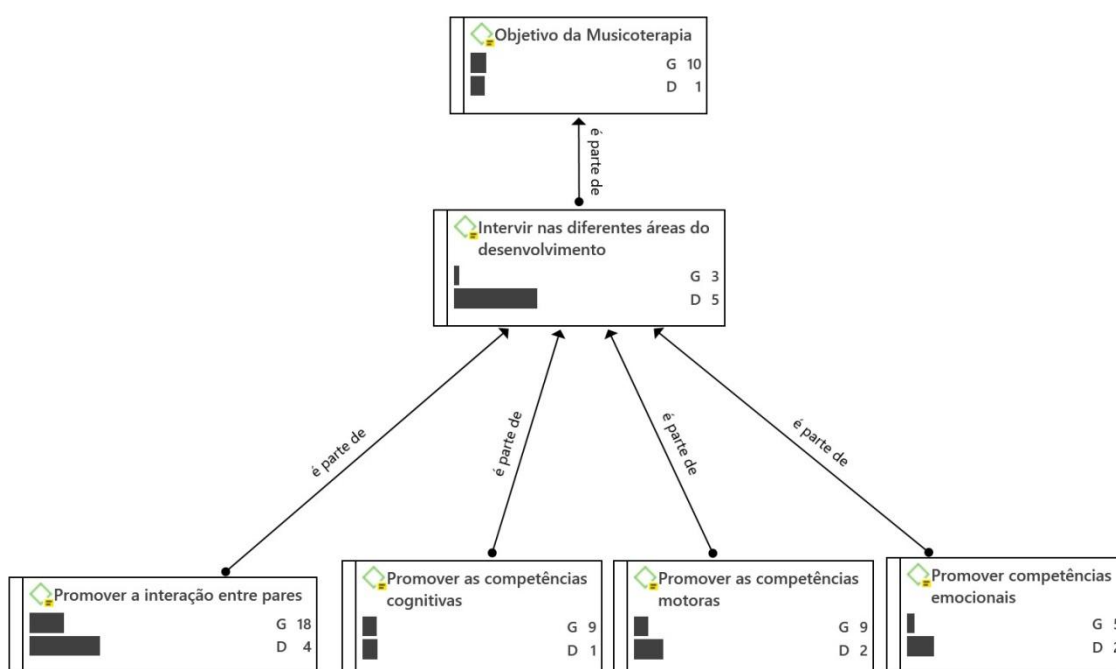


Figura 4. Objetivos da Musicoterapia enquanto forma de intervenção

4.2.5. O papel do Musicoterapeuta

Segundo as opiniões das entrevistadas, o Musicoterapeuta (figura 5), tenta intervir em todas as áreas do desenvolvimento e tem como maior enfoque privilegiar a interação e a relação com as crianças com PEA e com menor enfoque as atividades personalizadas e o envolvimento da família.

“A prática de Musicoterapia deve ser feita por um profissional qualificado” (5:12).

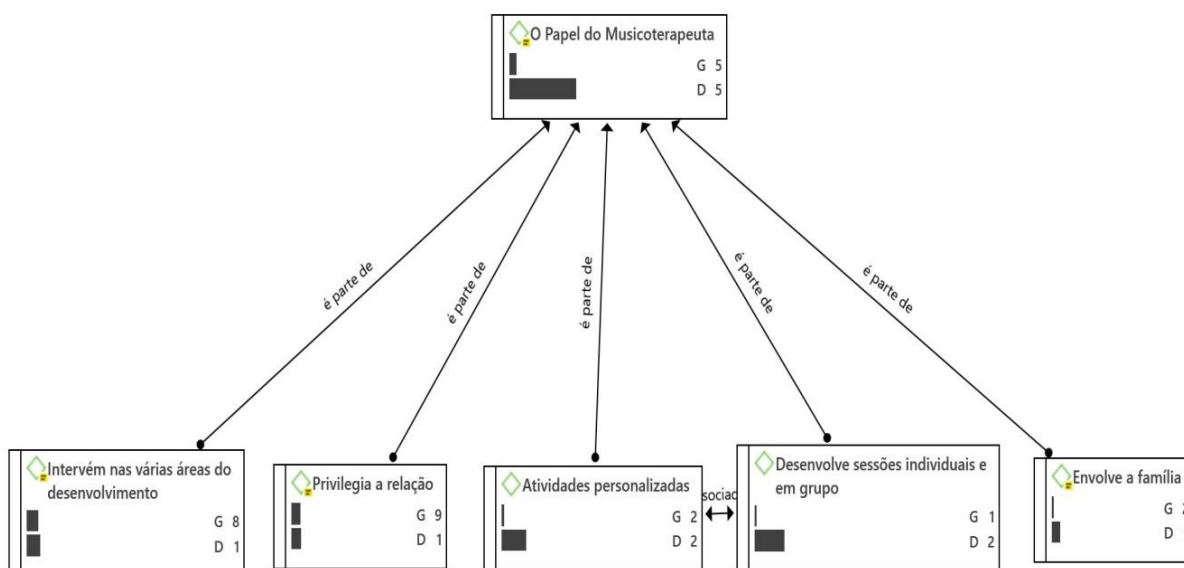


Figura 5. O papel do Musicoterapeuta

As sessões de Musicoterapia ocorrem em momentos “individuais” (4:14) ou “em grupo” (4:15). A “relação que se cria entre o Musicoterapeuta e a criança” (1:8) deve ser privilegiada de modo a que este possa intervir nas diferentes áreas do desenvolvimento, ou seja ao “nível cognitivo” (4:6), a nível social (4:8) e a nível “comunicacional” (4:7).

As atividades realizadas com as crianças com PEA são personalizadas, tendo em conta os seus interesses, as suas preferências e de acordo com o “*objetivo que se pretende trabalhar*” (7:46).

Por último, a análise das entrevistas realizadas permitiu perceber que, desde o início da frequência das sessões, os musicoterapeutas envolvem a família e os educadores para melhor conhecerem os interesses das crianças com PEA: “*as crianças apresentam ter músicas preferidas e logo no inicio nós fazemos essa recolha, com os pais e com os educadores*” (cf. figura 5). As atividades realizadas com as crianças com PEA são personalizadas, tendo em conta os seus interesses, as suas preferências e de acordo com o “*objetivo que se pretende trabalhar*” (7:46).

4.2.6. Dificuldades do Musicoterapeuta na Intervenção com Crianças com PEA

As dificuldades que as musicoterapeutas experimentam na intervenção que realizam junto de crianças com PEA incidem fundamentalmente na comunicação verbal, na criação de uma relação de vinculação e ainda no trabalho que desenvolvem junto das famílias (cf. figura 6).

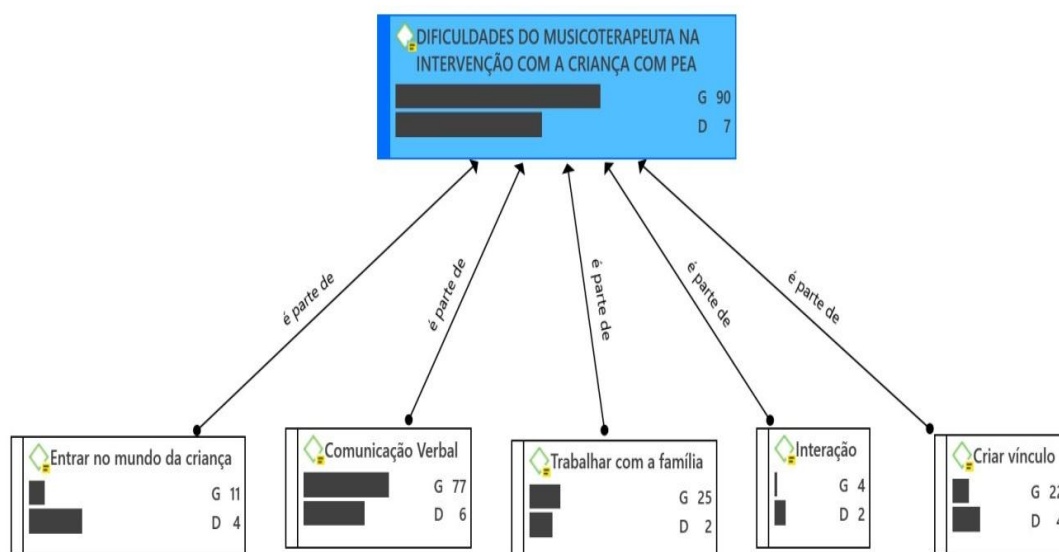


Figura 6. Dificuldades do Musicoterapeuta na intervenção com crianças com PEA

Os excertos que em seguida se apresentam mostram a forma como as musicoterapeutas se referem a algumas dificuldades:

(...) *“eu não estou à espera que a criança aprenda a letra da música. A criança não sabe falar, não vai aprender a letra da música. Eu quero é que ela faça: nanana, tatata, pipipi...aquilo que lhe sair primeiro”* (3:192).

(...) *“Eu sei que entrei no mundo daquela criança e ela consegue compreender aquilo que eu estou a dizer, mesmo que isso seja duas ou três notas”* (3:258).

(...) *“conseguir vínculo às vezes demora um bocadinho”*(6:187).

4.2.7. Estratégias de sucesso

A análise das entrevistas realizadas às Musicoterapeutas mostra que antecipar as rotinas constitui a estratégia com mais sucesso na intervenção com crianças com PEA.

O seguinte excerto ilustra bem essa ideia:

(...) *“na minha sessão eu tenho uma música que canto sempre para terminar a sessão e ele já sabe e arruma a cadeira e vai buscar o casaco, mesmo que não consiga vestir e já sabe que vai terminar e vem-me dar um abraço e que a partir dali já é outro momento. Eu não preciso de dizer ele já entendeu”* (6:52).

A *“utilização da música e dos elementos sonoros”* são também consideradas estratégias de sucesso (cf. Figura 7). Neste âmbito, são de referir como exemplos significativos a *“utilização da voz”* (2:43), o uso do *“ritmo”* (2:61), a utilização de *“melodias fortes”*(2:62), e musicalizar o som e/ou o movimento que a criança traz ou faz (6:101).

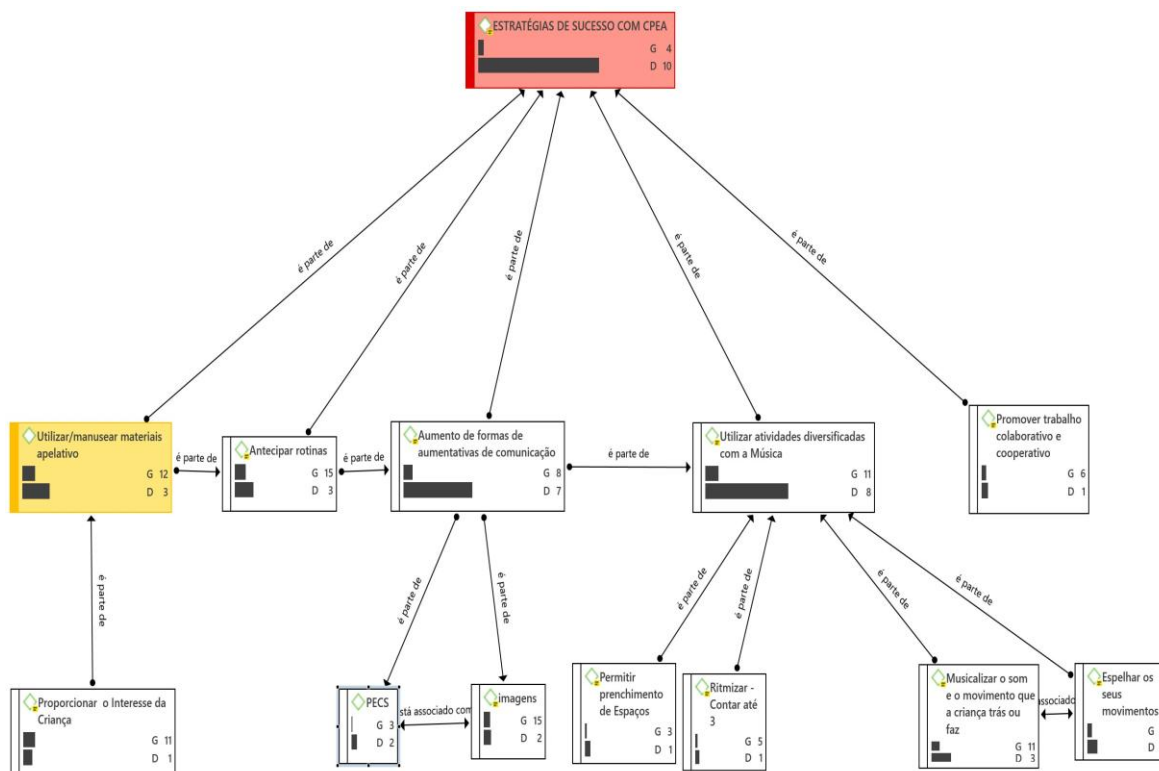


Figura 7. Estratégias de Sucesso com crianças com PEA

É notável a utilização de elementos sonoros tendo em conta os comportamentos da criança, de modo a captar o seu interesse e a sua atenção:

(...)”às vezes, eu tinha um instrumento na mão e tentava copiar aquilo que ele estava a fazer. Por exemplo, ele estava a ver um papelinho eu tocava um som mais baixinho. Se ele estava a correr na sala eu tocava com mais energia e esse acompanhamento musical ao comportamento dele, eu creio, que foi isso que permitiu captar o interesse e a atenção dele para mim. Ele não me conhecia, estava sozinho comigo e através da reprodução musical do comportamento dele consegui chamá-lo à atenção” (5:70).

A utilização de formas aumentativas de comunicação, é também considerada uma estratégia de sucesso, como decorre dos seguintes excertos: (...) “com crianças mais pequenas utiliza-se os PECS” (3:194) “imagens alusivas às rotinas que permitem compreender o que irá suceder”(6:46). As crianças “pegam na carta/imagem da música...de um animal que deseja cantar” (7:106) (cf. figura 7).

4.2.8. Mudanças no comportamento da Criança com PEA

Relativamente às mudanças no comportamento decorrentes da participação em sessões de musicoterapia, as entrevistadas sublinharam a melhoria ao nível da interação com pares, uma maior intenção de comunicar verbalmente e um maior tempo de atenção e concentração.

Os excertos ilustram estas opiniões:

(...) “a música improvisada pelo musicoterapeuta e pela criança como motor motivacional para a interação com os pares” (4:99).

“Noto que algumas crianças têm maior intensão de comunicar seja verbal ou não” (6:36).

É importante ainda referir que embora com uma menor frequência, algumas das entrevistadas referiram mudanças na diminuição de estereotipias motoras, no aumento do contacto ocular, no desenvolvimento da motricidade fina (movimento pinça) e na diminuição da ecolalia. (cf. figura 8).

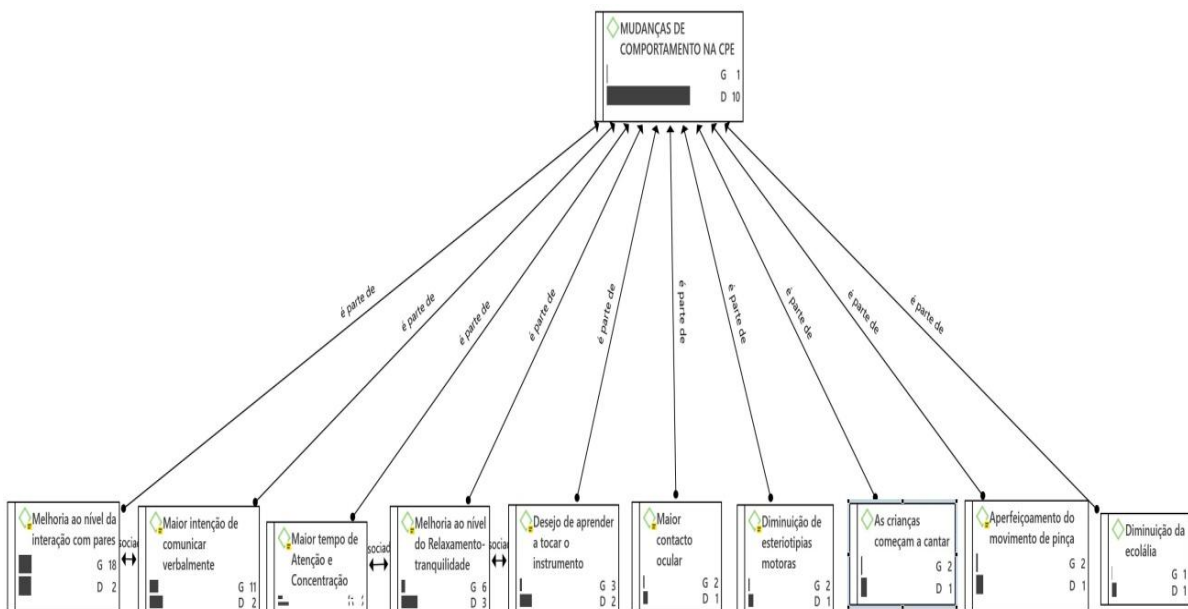


Figura 8. Mudanças no comportamento da criança com PEA

4.2.9. O Impacto da Musicoterapia no desenvolvimento da criança com PEA

Segundo a opinião das Musicoterapeutas, a frequência da criança com PEA nas sessões de Musicoterapia tem um impacto positivo no desenvolvimento, nomeadamente no domínio social e emocional e no domínio da linguagem e comunicação como é visível na figura 9.

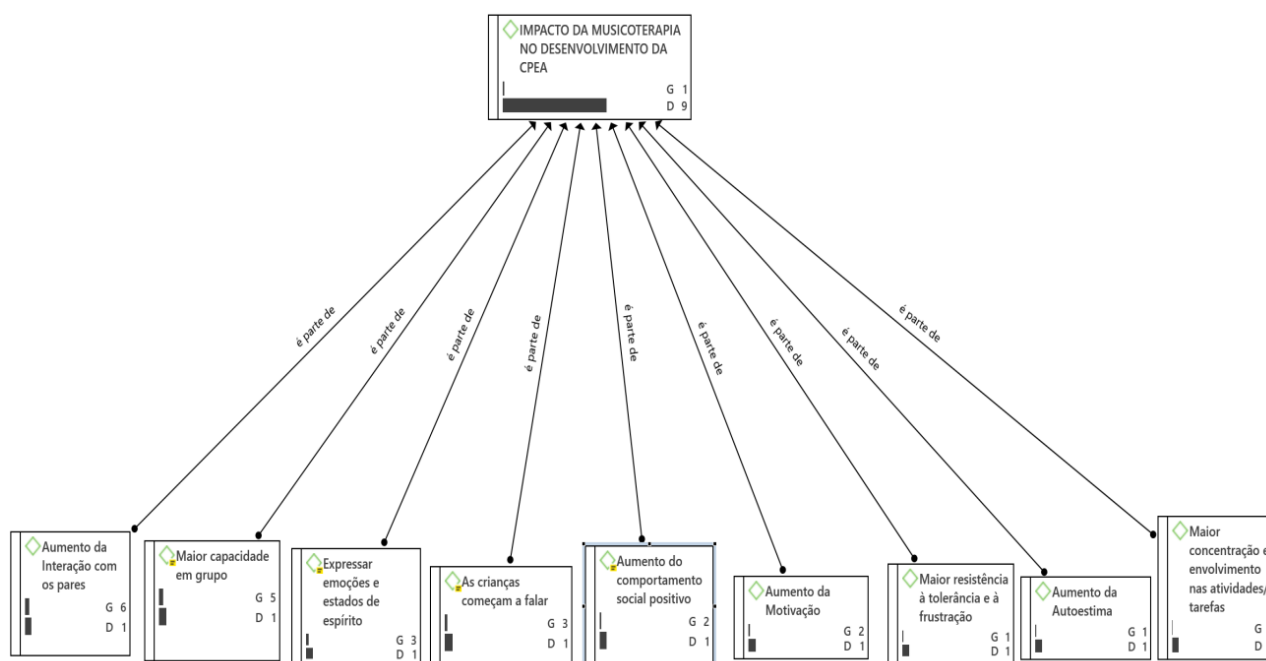


Figura 9. O impacto da Musicoterapia no desenvolvimento da criança com PEA

4.2.10. Musicoterapia enquanto área de intervenção e desenvolvimento da criança com PEA

Na opinião das entrevistadas, a Musicoterapia pode intervir em qualquer fase da vida do ser humano e em diferentes áreas da saúde, no âmbito da prevenção, da estimulação e da recuperação de competências, como é referido no seguinte excerto:

“A musicoterapia pode intervir em qualquer fase da vida da pessoa: desde a fase pré-natal até aos cuidados terminais. Pode atuar nas áreas da pediatria/desenvolvimento, multideficiência, reabilitação neurológica e biopsicossocial, saúde mental, pedopsiquiatria...a fim da recuperação de funções ou minimização de perda de competências (4:31) (cf. figura 10).

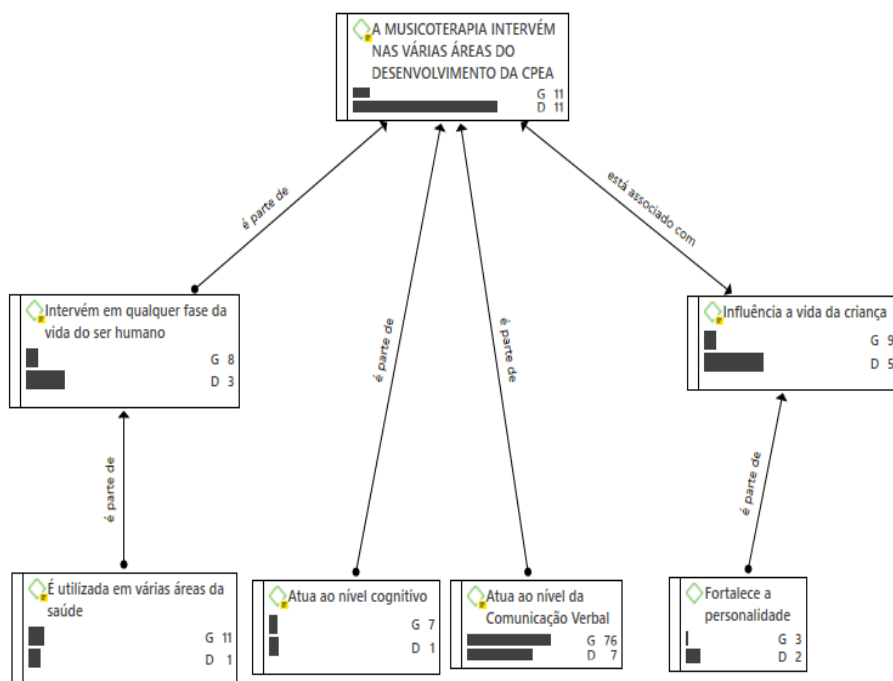


Figura 10. Musicoterapia enquanto área de intervenção e desenvolvimento da criança com PEA

4.2.11. Benefícios da Musicoterapia na Interação com Pares

Segundo a opinião das entrevistadas, a frequência das sessões de Musicoterapia tem impacto no aumento da interação da criança com PEA com os pares, como é visível no seguinte excerto:

(...) ”em contexto de sessão eu noto uma evolução muito grande no desenvolvimento de competências de interação com os pares” (5:90).

Foi também sublinhada a influência da Musicoterapia no aumento de formas alternativas de comunicação e na diminuição de padrões de isolamento.

Os exertos que em seguida se transcrevem ilustram estes resultados:

“E é muito engraçado a evolução que ela foi fazendo porque ela tinha mesmo a noção que conseguia comunicar, mesmo quando não falava ela comunicava através de imagem ela apontava e ela puxava-nos para comunicar connosco” (7:133).

(...) “nesta semana eu já consegui que ele me fizesse “A”. Na semana passada consegui que ele me tocasse na bochecha. A Musicoterapia acaba por quebrar algumas barreiras” (7:72) (cf. figura 11).

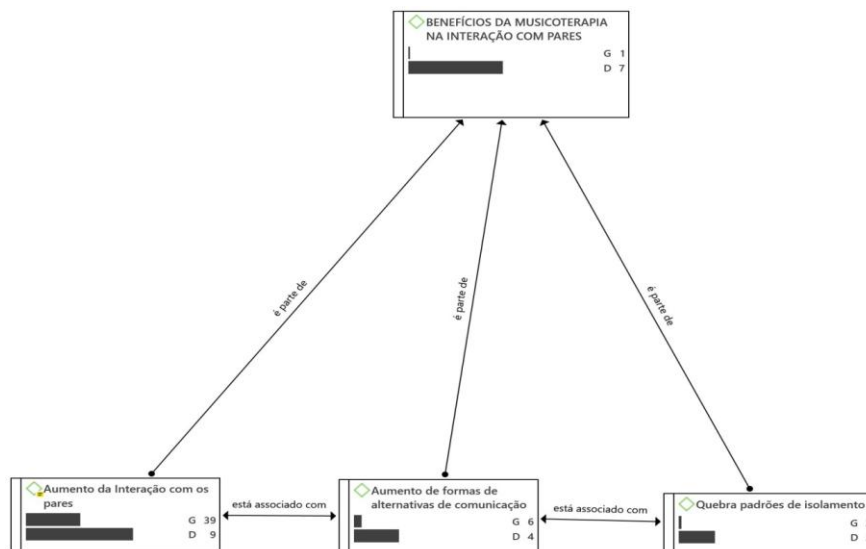


Figura 11. Benefícios da Musicoterapia na interação com pares

4.2.12. Benefícios da Musicoterapia na Comunicação Verbal

Como se pode ver na figura 12, os benefícios da Musicoterapia na comunicação verbal são evidentes uma vez que as crianças conseguem falar ao fim de algum tempo, aumentam as verbalizações, melhoram a compreensão e a descodificação da linguagem e utilizam formas alternativas de comunicação.

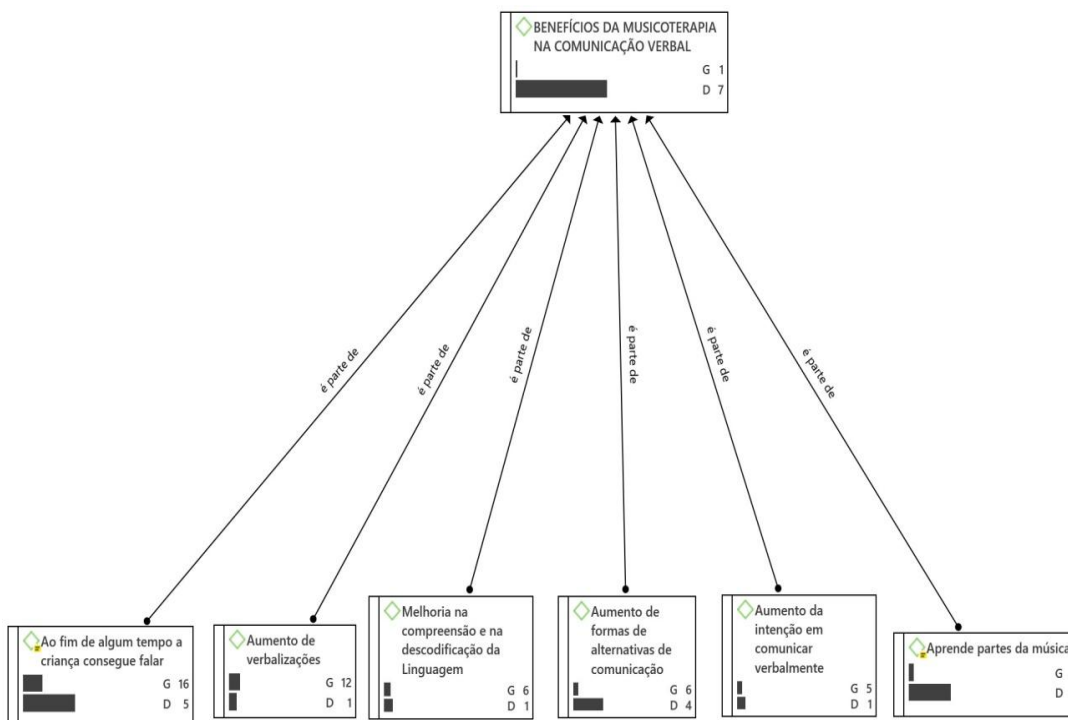


Figura 12. Benefícios da Musicoterapia na comunicação verbal

O excerto seguinte ilustra os benefícios das sessões de Musicoterapia na comunicação verbal.

“A criança vai ganhando essa autonomia para falar certas palavras, ou o fim da palavrinha, ou a palavras toda e noto que isso ao longo do tempo, por exemplo, criança que dizia: dona kika ou to (gato) e mais tarde dizer a palavra toda ou a frase toda” (6:113) (cf. figura 12).

5. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo analisamos e comparamos os dados dos sete protocolos de entrevistas, a fim de identificar informação que nos permita responder às questões e aos objetivos que presidiram á realização deste estudo.

5.1. Conceções de Musicoterapia

Dado que um dos objetivos deste estudo consistiu em conhecer o conceito da Musicoterapia, pudemos verificar que segundo os resultados da análise qualitativa, a musicoterapia é vista como uma ferramenta juntamente com os elementos musicais e que a sua utilização permite que esta seja vivida como um momento prazeroso, a criança não percebe que está em mais uma terapia.

Estes dados confirmam a ideia de que a Musicoterapia apresenta fins terapêuticos na saúde Betés de Toro, 2000; Buscia, 2000; a Comissão de Prática Clínica da Federação Mundial de Musicoterapia,1996, apresenta objetivos terapêuticos relevantes no que concerne às necessidades físicas, emocionais, sociais e na transmissão de bem-estar.

5.2. Os objetivos da Musicoterapia enquanto forma de Intervenção

No que diz respeito aos objetivos da Musicoterapia enquanto forma de intervenção, é clara e inquestionável a influência no processo da interação, pois segundo a análise das entrevistas realizadas, estas revelaram que a Musicoterapia intervém nas diferentes áreas do desenvolvimento da criança com PEA sobretudo na promoção da interação com pares.

Estudos recentes comprovam (Bahatara et al.; (2009); Gattino et al.; (20011); Gold et al.; (2006) e confirmam a análise realizada, em que o uso da música com crianças com PEA favorece a interação social.

5.3. Características mais evidentes das Crianças com PEA

Relativamente às características das crianças com PEA é de notar que tendo em conta as entrevistadas estas crianças apresentam-se “dentro de um espectro” e algumas características são facilmente visíveis, como nos confirma Lima (2015), que reforça esta ideia na medida em que refere que as crianças apresentam sinais de alerta ao nível da comunicação social, nomeadamente, a dificuldade no contacto ocular, a ausência de expressões de prazer que acompanhem o olhar e a ausência de vocalizações; apresentam ainda um forte apego aos objetos, ausência de resposta ao seu nome, ausência de jogo simbólico, andam em bicos dos pés e isolam-se. Deste modo, verifica-se que a análise das entrevistas reflete e reforça a ideia que as características permitem agrupar as crianças em verbais e não-verbais.

Heaton (2003) refere que as crianças com PEA apresentam uma melhor capacidade de percepção do tom e da memória comparativamente a outras crianças com um desenvolvimento típico, como é narrado por uma das entrevistadas. A revista portuguesa de pedopsiquiatria (2018) reforça esta ideia referindo que existem estudos experimentais em que *“as crianças com PEA exibem capacidades superiores de identificação e discriminação de tons ou frequências musicais, em relação a indivíduos com um desenvolvimento normal”*.

5.4. Face as estas características, os Musicoterapeutas determinam objetivos de intervenção

Nas entrevistas realizadas verifica-se que a música é o canal/veículo de comunicação e é extremamente importante ter em conta os pontos fortes em termos musicais, como é referido por Heaton (2003). Srinivasan e Bhat (2003) reforçam esta ideia ao afirmar que as dificuldades vão sendo trabalhadas e melhoradas, como por exemplo, no desempenho motor, na atenção, na concentração na comunicação verbal e não-verbal e nos comportamentos.

5.5. Atividades preferidas pelas Crianças com PEA

Tendo em conta as características das crianças com PEA anteriormente analisadas, importa salientar que segundo as suas experiências profissionais, as entrevistadas referiram que as atividades preferidas destas crianças são o canto de canções e a exploração de instrumentos musicais. Sublinharam ainda que estas crianças manifestam especial interesse por histórias sociais e atividades de improvisação, antecipação e expectativa.

É de notar que as entrevistadas realçaram a importância de utilizar como estratégia a manipulação de materiais apelativos (como por exemplo, encontrar animais dentro de um recipiente escondido em areia, procurar imagens, encontrar letras ou números) especialmente com crianças mais pequenas.

Importa ainda dizer que uma das musicoterapeutas referiu que uma das suas crianças não tolerava o som da música, referindo que assim que se apercebeu teve de utilizar a improvisação.

De forma global, as atividades preferidas incluem a improvisação musical/vocal, jogo de espelho, diálogos musicais, acompanhamento musical, movimento e expressão corporal através da precursão corporal, dança livre ou estruturada e uso de canções.

5.6. O papel do Musicoterapeuta

No que diz respeito ao papel do Musicoterapeuta e tendo em conta as entrevistas realizadas podemos dizer que este deve ser um profissional devidamente qualificado. Proporciona sessões individuais e ou em grupo e tenta intervir em todas as áreas do desenvolvimento. As atividades realizadas durante as sessões tem sempre em conta o interesse e as preferências da criança e daí ser tão importante, o envolvimento da família e dos educadores/professores.

Nesta ordem de ideias Lobo (2014; p.48) sublinha que:

“O papel do musicoterapeuta é proporcionar um caminho tranquilo para que a criança elabore as suas limitações e descubra, dentro de si, o ser sensível e traumático que é, uma vez que a técnica ajuda a equilibrar os ritmos interno e externo do SER”.

5.7. Estratégias mais eficazes junto de crianças com PEA

Relativamente as estratégias de sucesso podemos verificar que segundo as entrevistadas, o facto de antecipar verbalmente as rotinas constitui a estratégia com mais sucesso na intervenção com crianças com PEA. Segundo Lima (2012; p.54) a criança deve ser informada anteriormente, quer através da indicação oral ou visual (utilização de imagens). A antecipação de rotinas e a utilização de PECS com imagens alusivas à rotina, dando à criança o entendimento do eu permitindo-lhe previsibilidade e, uma maior confiança e segurança.

É de notar que a utilização dos elementos sonoros e da música são estratégias de sucesso, isto é, musicalizar o movimento que a criança faz durante a sessão.

Verifica-se que cantar canções facilita a compreensão do que irá suceder como ilustra bem a entrevistada no excerto em que refere que canta uma canção no término da sessão e que imediatamente a criança vai buscar o casaco.

5.8. Impacto da Musicoterapia no desenvolvimento da criança com PEA

A musicoterapia tem impacto em qualquer fase da vida do ser humano. Ainda no ventre da mãe até ao término da sua vida. Influencia toda a vida da criança.

A frequência das sessões permite à criança com PEA um impacto positivo, nomeadamente no domínio social e emocional e no domínio da linguagem e comunicação.

5.9. Impacto da Musicoterapia no desenvolvimento da criança com PEA – Mudanças significativas no comportamento

No que concerne às mudanças significativas, estas ocorrem ao nível do comportamento. As entrevistadas sublinharam a melhoria da interação com pares, uma maior intenção de comunicar verbalmente, um maior tempo de atenção e concentração.

Existe também uma diminuição de estereotípias motoras, o aumento do contacto ocular, e no desenvolvimento da motricidade fina (movimento pinça) e diminuição da ecolalia.

De acordo com o National Autism Center (2015), a musicoterapia é utilizada para melhorar determinadas competências incluindo, as sociais, as de comunicação, a capacidade motora, sensorial e cognitiva, como pudemos, anteriormente, verificar segundo a opinião das musicoterapeutas entrevistadas.

5.10. Dificuldades do Musicoterapeuta na intervenção com crianças com PEA

As dificuldades na intervenção relatadas pelas entrevistadas incidem fundamentalmente na criação de relação de vinculação e o trabalho que desenvolvem junto da família.

Segundo as mesmas, é necessário criar uma relação de vinculação com a criança. Essa relação, constrói-se ao longo do tempo e as entrevistadas referiram que muitas vezes as famílias questionam o que trabalharam em cada sessão. A maior dificuldade é levá-las a entender que sem relação não há êxito. O tempo é fundamental para construir essa relação e só depois é que se podem trabalhar as necessidades e os interesses das crianças.

5.11. Efeitos da Musicoterapia na interação com os pares e na comunicação verbal

Apesar de como já vimos, as evidências dos contributos da Musicoterapia no desenvolvimento da criança com PEA, importa salientar a nossa questão inicial que procurava compreender como é que a música influencia a comunicação verbal destas crianças. Assim sendo, após a análise realizada das entrevistas às musicoterapeutas, podemos verificar que a frequência de sessões de Musicoterapia tem benefícios e contribui positivamente, isto é, ao fim de algum tempo as crianças aumentam a intenção de comunicar verbalmente, aumentam as verbalizações, aprendem partes da música, à medida que o tempo passa, conseguem falar, melhorando a compreensão da linguagem. Esta

análise vai ao encontro dos resultados da revisão sistemática da Cochrane, realizada por Gold et al. (37), em 2006. Estes compararam os efeitos da musicoterapia procurando investigar os efeitos a curto prazo de intervenções em musicoterapia (sessões diárias durante uma semana) em crianças com PEA. Os resultados mostraram que os efeitos da musicoterapia foram muito positivos ao nível das capacidades de comunicação verbal e gestual, concluindo que a musicoterapia ajuda as crianças com PEA a melhorar as suas capacidades de comunicação.

De modo a responder a outra questão inicial em como é que a música influencia a interação entre pares, os resultados do estudo mostram que, na opinião das entrevistadas, as sessões de Musicoterapia têm impacto no aumento da interação da criança com PEA com os pares, na quebra de padrões de isolamento e no desenvolvimento de formas alternativas de comunicação. Estas perceções estão alinhados com os resultados da revisão sistemática da Cochrane de 2014 publicados entre 1995 e 2012, que forneceram evidência moderada de que a musicoterapia pode ajudar as crianças com PEA, melhorando as suas capacidades de interação social, comunicação verbal, iniciação de comportamentos e reciprocidade socio-emocional fora do contexto da musicoterapia.

6. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Uma das limitações persistente ao longo deste estudo foi sem dúvida a pandemia Covid-19, que cingiu e condicionou toda a nossa investigação, pois ocorreram vários confinamentos, vários isolamentos que nos impediram de realizar entrevistas presenciais e observações em contexto,

Será benéfico numa futura investigação integrar as opiniões dos encarregados de educação destas crianças com PEA, fazendo assim uma análise mais abrangente, melhorando e adaptando os instrumentos de investigação de acordo com o universo da amostra. De igual importância, poderá ser a realização de um estudo de caso que permita o acompanhamento da evolução da criança com PEA durante a frequência de sessões de Musicoterapia.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na elaboração deste trabalho sentimos a necessidade de recolher informação detalhada sobre o quadro teórico onde se enquadra a investigação.

Considerámos que este facto muito contribuiu para levar a bom termo a investigação a que nos propusemos.

Estamos cientes da tarefa que tivemos pela frente, mas é com otimismo que a enfrentámos já que a abordagem desta matéria nos é querida e estamos convictos de que a problemática que o tema acarreta é de extrema importância para o bem-estar das crianças com PEA e, não menos importante para a mudança nas salas de aulas inclusivas do nosso país.

Tendo em conta o estudo feito desde a sua fase inicial até à final, podemos destacar algumas conclusões que nos parecem mais pertinentes.

Este estudo permitiu compreender que a Musicoterapia possui técnicas que permitem que a criança com PEA possa adquirir capacidade de criar antecipação e previsibilidade e, conseqüentemente, segurança. Cada criança tem as suas características específicas, os seus interesses próprios e a sua individualidade por meio a Musicoterapia pode evoluir gradualmente através do poder da música e daquilo que esta transmite: bem-estar e regulação das emoções. Esta possibilita ainda ajudar a criança com PEA a expressar-se quando utiliza determinado instrumento musical, a comunicar através das expressões faciais espelhando o que sente, facilita o controlo dos movimentos desajustados e ajuda a quebrar padrões de isolamento que muitas vezes impossibilitam de progredir em outras áreas do desenvolvimento.

Com este estudo pudemos verificar que, na realidade, a Musicoterapia tem efeitos muito positivos no que concerne ao aumento de interações e um contributo muito positivo relativamente à comunicação verbal.

De facto, é extremamente importante que todos os adultos cuidadores e profissionais de educação tenham um olhar clínico perante todas as crianças e procurarem o mais precocemente possível identificar características (caso existam) e que haja um

encaminhamento, precoce, de modo a que estas crianças possam usufruir das terapias necessárias e, se possível a Musicoterapia.

B. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abrams, (2007). “The Use of Improvisational Assessment Profiles (IAPs) and ReGrid inMicroanalysis of Clinical Music Improvisation”. In: WOSCH, T.; WIGRAM, T. (Eds.) *Microanalysis in Music Therapy*. London: Jessica Kingsley.

Admaek, Thaut, Furman (2008). “Individuals with Autism and Autism SpectrumDisorders”.In: DAVIS, W.; GFELLER, K.; THAUT, M. *An Introduction to Music Therapy: Theory and Practice*. 3a ed. Silver Spring, EUA: American Music Therapy Association.

(AIRES, L. *Paradigma qualitativo e práticas de investigação educacional*. Lisboa: Universidade Aberta, 2015.)

Alvin, J. & Warwick, D. (1991). *Music Therapy for the Autistic Child* (2º Ed). New York: Oxford University Press

American Music Therapy Association (2019) disponível em: <https://www.musictherapy.org/>

American Music Therapy Association (2005) disponível em: <https://www.musictherapy.org/about/find/>.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III). American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (1995). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV). American Psychiatric Association.

American Psychiatry Association. (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das Perturbações mentais* (DSM-IV-TR). (4.ª ed. revisão de texto). Climepsi Editores.

American Psychiatry Association. (2013) disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10995-013-1250-9>

Bacon, F. (2002). *A Sabedoria dos Antigos*. S. Paulo, Unesp.

Bahatara et al, 2009 "The effect of music on social attribution in adolescents with autism spectrum disorders". *Child Neuropsychology*. v.15, p.375-396.

Barcellos, L. R. M. (2002). *Teorias e Técnicas em Musicoterapia*. Unisul.

Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo* (L. Reto, & A. Pinheiro, Trad., 3.ª ed.). Edições 70. (Obra original publicada em 1977).

Barthélemy C., Fuentes, J., Howlin, P., & Van Der Gaag, R. (2008). *Pessoas com Perturbações do Espectro do Autismo: Identificação, Compreensão, Intervenção*. Federação Portuguesa do Autismo e Instituto Nacional para a Reabilitação.

Benenzon, R.O. (1985). *Manual de Musicoterapia*. Baralana: Ediciones Paidós, Ibéria SS.

Benenzon, R.O. (2004). *A Musicoterapia e o Transtorno do Espectro do Autismo*. Belo Horizonte, n.32, 2015, p.137-170

Bernardino, I. (2013). *A Música no Desenvolvimento da Comunicação e Socialização da Criança/Jovem com Autismo*. (Dissertação de mestrado não publicada). Instituto politécnico de Beja. Escola Superior de Educação. <https://repositorio.ipbeja.pt/handle/123456789/608>

Betés de Toro, M. (2000). *Fundamentos de musicoterapia*. Morata.

Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação – Uma Introdução à Teoria e aos seus Métodos*. Porto: Colecção Ciências da Educação - Porto Editora.

Boxill, E. (1985). *Music Therapy for the Developmentally Disabled*. Austin, EUA: Pro-Ed.

Bruscia, K. (2000). *Definiendo Musicoterapia*. Editorial Amaru.

Burack, J.A. (1992). Debate and argument: Clarifying developmental issues in the study of autism. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33 (3), 617-621.

Burack, A. (2008). Why do researchers integrate/combine/mesh/blend/mix/merge/fuse quantitative and qualitative research? In M. M. Bergman (Ed.) *Advances in mixed methods research* (87-100). London: SAGE Publications Ltd.

Carvalho, E. (1998). *Musicoterapia analítica – Um Estudo Introdutório*. Sociedade Portuguesa de Arte Terapia.

Carvalho, A., & Onofre, C., (2006). *Aprender a olhar para o outro: inclusão da criança com perturbação do espectro do autismo na escola do 1º ciclo do Ensino Básico*.

Cavaco, N. (2009). *O profissional de educação especial: uma abordagem sobre o autismo*. Editorial Novembro.

Clemente, A. P. (2014). *A importância da Musicoterapia em crianças com Autismo*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação João de Deus]. Repositório Comum. <https://comu.rcaap.pt/bitstream/10400.26/14432/1/AnaPaulaClemente.pt>

Cohen, L. & Manion L. (1990). *Métodos de Investigación Educativa*. Madrid: La Muralla.

Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2000). *Research methods in education*. Routledge.

Comissão da Prática Clínica da Federação Mundial de Musicoterapia (1996) disponível em: <http://www.revistademusicoterapia.mus.br/wp-content/uploads/2016/12/2-Definição-de-Musicoterapia.pdf>

Craveiro de Sá, L. (2003). *A teia do tempo e o autista: música e musicoterapia*. Goiânia:UFG.

Creswell, J., Plano Clark, V. & Garrett, A. (2007). Methodological issues in conducting mixed methods research designs. In M. M. Bergman (Ed.) *Advances in mixed methods research* (66-83). SAGE Publications Ltd.

Dados adaptados do whorkshop (2019) sobre Musicoterapia disponível em: www.divulgacaodinamica.pt

Decreto-Lei n.º54/2018, de 6 de julho. *Diário da República, 7ª série – N.º129*. Ministério da Educação.

Decreto-Lei n.º3/2008, de 7 de janeiro. *Diário da República, 1ª série – N.º4*. Ministério da Educação.

Denzin, N. K., Lincoln, Y.S. (2006) *O Planejamento da Pesquisa Qualitativa: Teorias e abordagens*. Porto Alegre: Artmed.

Dicionário da língua Portuguesa, (2006).

Dimitriadis, T., & Smeijsters, H. (2011). Autistic spectrum disorder and music therapy: theory underpinning practice. *Nordic Journal of Music Therapy*, 20 (2), 108-122. do: 10.1080/08098131.2010.487647.

Dominicé, P. e Fallet, M. (1981). *Exploration biographique des processus de formation. Cahiers de la Section des Sciences de l'Education, Série Recherches*, nº 1, Université de Genève, Faculte de Psychologie et des Sciences de l'Education.

Elefant, C. (2001). "Speechless yet communicative: revealing the person behind the disability of Rett Syndrome through clinical research on songs in music therapy". In: ALDRIDGE, D.; Di FRANCO, G.; RUUD, E.; WIGRAM, T. (Eds.) *Music Therapy in Europe*. Rome: ISMEZ.

Elefant, C. (2005). "The Use of Single Case Designs in Testing Hypothesis". In: ALDRIDGE, D. (Ed.) *Case Study Designs in Music Therapy*. London: Jessica Kingsley.

Elgarl, S., & Wing, L., (1977). *Teaching Autistic Children*. National Council for Special Education.

Elias, A. (2005). *Autismo e qualidade de vida*. [Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas]. Repositório da Produção Científica e Intelectual da Unicamp. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/311911>

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.

Farrell, M. (2008). *Dificuldades de Comunicação e Autismo – Estratégias Educacionais em Necessidades Especiais*. Porto Alegre: Artmed.

Filipe, C. (2012). “Autismo: conceitos, mitos e preconceitos”. Lisboa. Editora Babel.

Federação Mundial de Musicoterapia (WFMT) (2014). Definition of music therapy. World Federation of Music Therapy. Disponível em: <http://www.wfmt.info/WFMT/Home.pt>

Fernandes, E. M. e Maia, A. (2001). Grounded Theory. In: Fernandes, E. e Almeida, L. (Ed). *Métodos e Técnicas de Avaliação: Contributos para a prática e investigação psicológica*. Braga: Universidade do Minho.

Flick, U. (2005b) Triangulation in Qualitative Research. In: Flick, U., Kardorff, E., & Steinke, A. *Companion to Qualitative Research*. London: Sage, 178-183.

Franco, et al. (2002). Music and Autism Vocal Improvisation as Containment of Stereotypies. Em T. Wigram & J. Backer (Eds), *Clinical Applications of Music Therapy in Developmental Disability, Pediatrics and Neurology*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Franco. M. G. Reia, M. J., & Gil, T. M. (2003). *Domínio da Comunicação, Linguagem e Fala - Perturbações específicas de linguagem em contexto escolar*. Ministério da Educação.

Fragkouli, A. (2013). A Musicoterapia na educação especial: Avaliação da qualidade de relacionamento. *Abordagens: Musicoterapia e Educação Especial*, 152-165.

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

Gall, M. D., Gall, J. P., & Borg, W. R. (2007). Educational research: an introduction. Pearson International Edition: Pearson Education, Inc

Garcia, T., & Rodrigues, C. (1997). A Criança Autista. In R. Bautista (Org.), Necessidades Educativas Especiais (pp. 249-270). Dinalivro..

Gattino, G. S., Riesgo, R. D. S., Longo, D., Leite, J. C. L., & Faccini, L. S. (2011). Effects of relational music therapy on communication of children with autism: A randomized controlled study. *Nordic Journal of Music Therapy*, 20, 142-154.

Gonçalves, A. (2011) Os Modelos de Intervenção são eficazes para melhorar a Inclusão de Crianças com Autismo. Dissertação de Mestrado em Necessidades Educativas Especiais. Lisboa: Escola Superior de Educação Almeida Garrett. Disponível em: http://www.recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/104337/1492/Mestrado20final20entregue20em201620setembro20-20N1_Spdf?sequence=1

Gold, C.; Wigram, T.; & Elefant, C. (2006). This article is an update of "Music therapy for autistic spectrum disorder." Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6956617/>

Gold, C., Wigram, T., & Elefant, C. (2006). Music therapy for autistic spectrum disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD004381.

Heaton, P., Hermelin, B., & Pring, L. (1998). Autism and pitch processing. A precursor for savant musical ability? *Music Perception*, 15, 291-305.

Heaton, P. (28 de março de 2003). The Association for Child and Adolescent Mental Health. Pitch memory, labelling and disembedding in autismo, pp. 475-476. Department of Psychology, Goldsmiths College, University of London, New Cross, London SE14 6NW, UK.

Heaton, P. (2003). Pitch memory, labeling and disembedding in autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 543-551.

Hewitt, S. (2006). *Comprender o Autismo - Estratégias para alunos com autismo nas escolas regulares*. Porto Editora.

Hobson, P. (1993). *Autism and development of mind*. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Jordan, R. (2000). *Educação de crianças e jovens com autismo*. Ministério da Educação, Instituto de Inovação Educacional.

Justicia, J. M. (2005). Análisis cualitativo de datos textuales con ATLAS.ti 5. Universitat Autònoma de Barcelona. Disponível em: <http://antalya.uab.es/jmunoz/cuali/manualatlas.pdf>

Kern, Wolery & Aldrige, (2006). "Using embedded music therapy interventions to support outdoor play of young children with autism in an inclusive community-based child care program". *Journal of Music Therapy*. n.4, v.XLIII, p.270-294.

Kern, Wolery & Aldrige, (2007). "Use of songs to promote independence in morning greeting routines for young children with autism". *JAutismDevDisor*. v.37, p.1264-1271.

Kern, L. & Clemens, N. H. (2007). Antecedent strategies to promote appropriate classroom behavior. *Psychology in the Schools*, 44, 65-75.

Kern, P., Rivera, N., Chandler, A., & Humpal, M. (2013). Music therapy services for individuals with autism spectrum disorder: a survey of clinical practices and training needs. *Journal of Music Therapy*, 50(4), 274-303

Kelchtermans, G. & Vandenberghe, R. (1994). Teacher's professional development: a

biographical perspective, *Journal of Curriculum Studies*, vol. 26 (1), pp. 45-62.

LaGasse, & Hardy, (2013) Rhythm, movement, and autism: Using rhythmic rehabilitation research as a model for autism. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 7, Article 19.

Lear, K. (2004). *Help Us Learn: A Self-Paced Training Program for ABA*. PART 1: Training Manual. Toronto: 2 ed. Disponível em: <http://www.autismo.psicologia.com.br/terapia-aba/>

Leinig, C. (1977). *Tratado de Musicoterapia*. S. Paulo, Sobral.

Lima, C.B. (2012). “Perturbações do Espectro do Autismo”- Manual Prático de Intervenção. Lisboa: Editora Lidel.~

Lima, C.B. (2018). *Perturbação do Espectro do Autismo. Contributos para a caracterização do desenvolvimento da comunicação e da linguagem*. [Dissertação de Doutoramento, Universidade de Lisboa. Faculdade de Letras. Faculdade de Medicina]. Repositório comum. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/32770>

Lim, H. A., & Draper, E. (2011). The effects of music therapy incorporated with applied behavior analysis verbal behavior approach for children with autism spectrum disorders. *Journal of music therapy*, 48 (4), 532.

Lobo, S. M. A. (2014). *O papel da musicoterapia no processo educativo de crianças com perturbação de hiperatividade com défice de atenção*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação João de Deus]. Repositório comum. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/6466/1/%C3%82ngelaLobo.pdf>

Lopes, M. T. (2011). *Inclusão das Crianças Autistas*. Tese de Merstrado em Ciências da Educação, área de Educação Especial. Lisboa: Escola Superior de Educação Almeida

Marques, C. (2000). *Perturbações do espectro do Autismo. Ensaio de uma Intervenção Construtivista e Desenvolvimentista com Mães*. Coimbra: Quarteto Editora.

Manual Diagnóstico e Estatístico de Trnstoros Mentais (Diagnóstic and Statical Manual of Mental Disorders – DSM-IV). Disponível em: http://dislex.co.pt/images/pdfs/DSM_V.pdf

Martír (2014). “*Los beneficios de la Música en la Educación Especial*” . Disponível em: <https://www.campuseducacion.com/blog/revista-digital-docente/los-beneficios-de-la-musica-en-la-educacion-especial/>

Melo, & Vatauvuk (2007). *Autismo: Guia Prático*. São Paulo: AMA; 5ed.

Micheles, U. (2003). *Atlas da Música I*. Gradiva.

National Autism Center (2015). Disponível em: <https://www.monarchcenterforautism.org/webinars/viewdocument/19>

Oliveira, G. (2005). *Epidemiologia do autismo em Portugal: um estudo de prevalência da perturbação do espectro do autismo e de caracterização de uma amostra populacional de idade escolar*. [Tese de doutoramento não publicada]. Faculdade de Medicina de Coimbra. Repositório científico da Universidade de Coimbra. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10316/8480>

Oliveira, E. (2011). *A Criança e o Mundo do Autismo*. Porto: Escola Superior de Educação Paula Frassinetti (Tese de Pós-Graduação em Educação Especial) Disponível em: <http://repositorio.esepf/hanf«dle/10000/501>

Peeters, J. (1998). *Autismo*. Rio de Janeiro. Cultura Médica.

Pahl, N., & Richter, A. (2007). *Análise Swot - Ideia, Metodologia e uma Abordagem Prática*. Munique: GRIN Verlag.

Reschke-Hernández A. E. (2011). History of Music Therapy Treatment Interventions for Children with Autism. *Journal of Music Therapy*, 48(2), 169-207. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/jmt/48.2.169>

REVISTA PORTUGUESA DE PEDOPSIQUIATRIA • 2018 • Nº 42

Rodrigo, M. S. (2008). *Musicoterapia – Terapia de Musica Y Sonido*. 2ªEdição. Producción editorial: ATYPE, S.L.

Roberts, A. L. (2019). Music and Music Therapy and its Effects on Students with Autism Spectrum Disorders. The Repository at St. Cloud State. Culminating Projects in Special Education. 78. https://repository.stcloudstate.edu/sped_etds/78

Ruud, E. (1990). *Caminhos da Musicoterapia*. S. Paulo, Summus.

Santiago, & Tolezani (2011). Encorajando a criança a desenvolver habilidades sociais no Programa Son-Rise, *Revista Autismo: informação gerando ação*, São Paulo, ano 1, v. 1, p. 14-16.

Schopler, Mesibov, Shigley & Bashford (1984). Helping children with autism through their families. In: Schopler, E.; Mesibov, G. B. (ed.), *The effects of autism in the family*. New York, Plenum Press.

Sekeff, M., L. (2002). *Da música: seus usos e recursos*. Editora UNESP.

Siegel, B., (2008). *O mundo da criança com autismo. Compreender e tratar perturbações do espectro do autismo*. Porto Editora.

Sigman, M., & Capps, L. (1997). *Children with Autism*. Cambridge: Harvard University Press.

Silva, A. B., Gaiato, M., & Reveies, T. (2012). *Mundo Singular: Entenda o autismo*. (1.^a ed). Fontanar.

Silver, & Rapin, (2012). Neurobiological Basis of Autism. *Pediatric Clinics of North America*, 59, 45-61

Sim-Sim, I. (2018) Desenvolvimento da Linguagem [em linha], (2.^a ed). Repositório Aberto da Universidade Aberta. Editora e UAb..

Srinivasan, & Bhat, (2013). *A review of "music and movement" therapies for children with autism: embodied interventions for multisystem development*. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23576962/>.

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

Sousa, M. (2010). A musicoterapia na socialização das crianças com perturbação do espectro do autismo. [Projecto de investigação não publicado]. Repositório da Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti. Disponível em: <http://repositorio.esepf.pt/handle/10000/394>

Strauss, A.L. e Corbin, J. M: (1990). *Basics of Qualitative Research. Grounded Theory Procedures and Techniques*. London: Sage Publications.

Strauss, A. L. e Corbin, J. M. (2008). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Thousand Oaks: Sage. 3^a Ed.

Tashakkori, A. & Teddlie, C. (2008). Quality of inferences in mixed methods research: calling for an integrative framework. In M. M. Bergman (Ed.), *Advances in mixed methods research* (101-119). SAGE Publications Ltd.

Telmo, I.C. e Equipa Ajudautismo (2008). *Formautismo*, Manual de formação em autismo para professores e famílias. APPDA – Lisboa, Associação Portuguesa para as Perturbações

Toro, M. (2000). *Fundamentos de Musicoterapia*. Ed. Morata.

UNESCO (2000). Forum Mundial da Educação de Dakar. Educação para todos: o compromisso de Dakar. Senegal, 26-28 de abril. Brasília (2ª ed.). Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001275/127509porb.pdf>

Wing, L. & Gould, J. (1979). Severe Impairment of Social Interaction and Associated Abnormalities in Children: Epidemiology and Classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, p. 9, pp11-29.

Whipple (2012). “Music Therapy as an effective treatment for young children with autism spectrum disorders: a meta-analysis”. In: KERN, P.; HUMPAL, M. (Eds.) *Early childhood music therapy and autism spectrum disorders*. London: Jessica Kingsley.

Wigram, T. (2000). *A Model of Diagnostic Assessment and Analysis of Musical in Music therapy*. Radlett: Harper House Publications.

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

Wigram, T., & Gold, C. (2006). Music therapy in the assessment and treatment of autistic spectrum disorder: Clinical application and research evidence. *Child: care, health and development*, 32(5), 535-542.

Wigram, T. & Elefant, C. (2008). Therapeutic dialogues in music: nurturing musicality of communication in children with autistic spectrum disorder and Rett syndrome. In: Trevarthen C. Malloch S. *Communicative Musicality*. (pp. 423-446). Oxford: Oxford University Press

Wimpory, D. Chadwick, P. & Nash, S. (1995). Brief report: Musical interaction therapy for children with autism: An evaluative case study with two-year follow-up. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 25, 541–552. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/BF02178299>

Windholz, M. H. (2002). *A terapia comportamental com portadores de TID*. In Jr. Camargos W e colaboradores. *Transtornos Invasivos do Desenvolvimento 3º Milênio*. Disponível em <http://www.geocities.ws/argemirogarcia/textos/1para1.html>

Wing, L. (1988). The continuum of autistic disorders. In E. Schopler & G. B. Mesibov (Eds.). *Diagnosis and assessment in autism* (pp. 91-110). Plenum Press. Word Federation of Music Therapy (1985). Disponível em: <https://voices.no/index.php/voices/article/view/1861/1625>

World Federation of Music Therapy. (2015). *World Federation of Music Therapy*. (2015) Disponível em <http://musictherapyworld.net/WFMT/Home.html>

Wosch (2007). "Microanalysis in Music Therapy: Introduction and Theoretical Basis". *Microanalysis in Music Therapy*. London: Jessica Kingsley.

Wosch & Whigram (2007). "Microanalysis of Processes of Interactions in Clinical Improvisation with IAP-Autonomy". *Microanalysis in Music Therapy*. London: Jessica Kingsley.

ANEXO A
Consentimento Informado

| ' ' | | ' ' |

Termo de Consentimento Informado

Eu, _____, declaro ter sido informado/a e estar consciente dos objetivos e benefícios da minha participação no estudo da mestranda Lídia Raquel Coelho Rosa Moreira, cujo tema da dissertação de mestrado se intitula: “Comunicação verbal e interação com pares na criança com Perturbação de Espectro do Autismo – O Contributo da Musicoterapia”.

No âmbito do estudo, a minha colaboração, enquanto Musicoterapeuta, consiste na realização de uma entrevista sobre o contributo da Musicoterapia no desenvolvimento da Criança com Perturbação do Espetro do Autismo e um breve questionário sobre os meus dados sociodemográficos.

A mestranda compromete-se a facultar informação sobre os resultados do estudo.

Fui informado de que a minha participação não é obrigatória e que não me trará qualquer prejuízo, despesa ou risco, sendo possível a qualquer momento, deixar de participar.

Foi-me assegurada total confidencialidade e proteção de informação, que fornecer à investigadora.

Em suma, declaro que entendi os propósitos e termos em que decorrerá este estudo, e aceito participar.

Assinatura do/a participante:

Data: _____

ANEXO B
Guião da Entrevista

| | ' ' | | | ' |

Guião de Entrevista

Tema: Comunicação verbal e interação com pares na criança co Perturbação do Espectro do Autismo - o contributo da Musicoterapia

Entrevistados: Musicoterapeutas

Objectivo geral: Conhecer o contributo da Musicoterapia no desenvolvimento da comunicação e na interação com pares de crianças com PEA

Blocos	Objetivos	Formulário de questões
I. Validação da entrevista e motivação do entrevistado	1. Enquadrar a entrevista; 2. Validar a entrevista; 3. Motivar o entrevistado; 4. Garantir a confidencialidade.	a) Agradecimento da colaboração e disponibilidade para participar neste estudo b) Informar sobre o tema e os objetivos do estudo e da entrevista a realizar. c) Assinar a Declaração Consentimento informado d) Solicitar permissão para gravar a entrevista.
II. Realizar Questionário - dados sociodemográficos	Caracterizar os entrevistados	a) Género b) Que idade tem? b) Qual a sua formação académica? c) Quantos anos de serviço tem? d) Quantos anos de experiência tem com crianças com PEA?
III. A Musicoterapia	1. Conhecer a conceção de Musicoterapia 2. Conhecer os objetivos da Musicoterapia	a) O que se entende por Musicoterapia? b) Enquanto modalidade de intervenção, quais são os objetivos da utilização da Musicoterapia?

<p>IV. Musicoterapia e o Desenvolvimento de Crianças com PEA</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conhecer a importância da Musicoterapia no desenvolvimento da criança com PEA 2. Conhecer a percepção do entrevistado sobre as características das crianças com PEA 3. Conhecer a opinião do entrevistado sobre o impacto da musicoterapia na mudança de comportamento da criança com PEA 4. Conhecer as dificuldades sentidas na intervenção e as estratégias de superação 	<p>a) Na sua experiência profissional, com crianças com PEA, quais são as características mais evidentes destas crianças?</p> <p>b) Face a estas características qual a pertinência e quais os objetivos da Musicoterapia enquanto forma de intervenção?</p> <p>c) No âmbito da sua intervenção, enquanto Musicoterapeuta, quais são as atividades preferidas pelas crianças com PEA?</p> <p>d) Quais as estratégias que considera mais eficazes/sucesso com estas crianças?</p> <p>e) Considerando a sua experiência profissional qual o impacto da Musicoterapia no desenvolvimento das crianças com PEA?</p> <p>f) Em que áreas do desenvolvimento da criança, é possível observar mudanças significativas decorrentes da Musicoterapia?</p> <p>g) Que mudanças de comportamento ocorrem nas crianças com PEA?</p> <p>h) Tendo em conta a sua experiência profissional, quais são os efeitos da Musicoterapia na interação com pares e na comunicação verbal da criança com PEA?</p> <p>i) Quais as dificuldades que experimenta na intervenção com estas crianças? De que forma tem vindo a ultrapassar essas dificuldades?</p>
<p>V. Encerramento da entrevista</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Finalizar a entrevista 	<p>a) Expressar os agradecimentos pela disponibilidade demonstrada, a colaboração prestada, assim como, pela riqueza da informação fornecida.</p> <p>b) – Questionar os temas abordados há algo mais que queira acrescentar?</p>

ANEXO C
Transcrição da Entrevista

| | ' ' | | ' |

ENTREVISTA “M”

III. a) L: O que se entende por Musicoterapia?

M: É a utilização da Música e dos elementos musicais em atividades estruturadas ou improvisadas para atingir objetivos não musicais, ou seja, competências cognitivas, emocionais, motoras e sociais.

III. b) L: Enquanto modalidade de intervenção, quais são os objetivos da utilização da Musicoterapia?

M: Depende muito de cada caso. O objetivo difere sempre do utente com que estamos a trabalhar. Por exemplo, se eu estou a trabalhar com uma criança com PEA, a maior parte terá problemas de comunicação e então será então o meu maior enfoque. Se eu tiver a trabalhar com uma criança com paralisia cerebral o objetivo será a motricidade ou até mesmo a fala, a dicção. O objetivo principal é proporcionar o bem-estar e desenvolvimento na criança. Em relação aos idosos proporcionar uma maior qualidade de vida e retardar a perda de competências.

III. a) L: Na sua experiencia profissional, com crianças com PEA, quais são as características mais evidentes nestas crianças?

M: Das crianças com que já me cruzei são as estereotípias, o andar em bicos de pés e a parte da comunicação e da interação tem sempre alguma dificuldade em relacionar-se ou pela parte de não comunicarem-se e serem não – verbais ou com dificuldades em expressarem-se aquilo que sentem ou na parte da falta de compreensão. Apesar de eles já falarem, não compreenderem o que dizem, nem compreendem o que lhes pedem. Por exemplo, eu tinha uma menina que lhes perguntava: com quem vais ao centro comercial? E ele não respondia. Depois nós apontávamos para a mãe e a menina dizia: Azul. Porque era a cor do casaco da mãe. Isto acontece muito.

III. b) L: Face a estas características qual é a pertinência e quais os objetivos da Musicoterapia enquanto forma de intervenção?

M: A maior parte destas crianças vê na música ou encontra na música um canal de comunicação o qual podem responder de qualquer maneira. Se forem não – verbais conseguem tocar um instrumento, se tiverem problemas na compreensão no entendimento daquilo que estamos a dizer, eles conseguem perceber que há ali um jogo musical e conseguem ouvir e responder, ou seja acaba por se desenvolver estas competências através da música. E eu acho que a nível da comunicação é o maior benefício. Depois ao nível cognitivo, todos os jogos ao nível cognitivo musicais acabam por estimular outras competências e acaba por ser benéfico. Sem dúvida, eu acho que pelo potencial que a música tem na comunicação conseguimos comunicar através de outro canal que não aquele que estamos habituados, ou seja, um canal não-verbal, que não assenta em expressões faciais, nem em expressão corporal. Assenta naquilo que estamos a ouvir e naquilo que nos é inato desde pequeninos. O som está presente desde que somos pequeninos, mesmo aqueles meninos que têm défice auditivo, sentem o som através das vibrações, através da manipulação dos instrumentos, percebem que vibra de maneira diferente. Toda esta envolvência na música acaba por criar um canal de comunicação e eu acho que isso é sem dúvida um ponto forte da Musicoterapia na intervenção de crianças com PEA.

III. c) L: No âmbito da sua intervenção, enquanto Musicoterapeuta, quais são as atividades preferidas pelas crianças com PEA?

M: Normalmente as minhas sessões são muito pouco estruturadas. Só estruturo mesmo atividades para crianças que necessitam mesmo de atividades estruturadas do ponto de vista visual. Eu gosto de perguntar às crianças o que querem fazer, gosto de dar a escolher o instrumento, pega na carta da música que queres cantar. Normalmente, eles demonstram logo as atividades preferidas. Por norma eles pegam na pandeireta e vou buscar a baqueta e tocam na pandeireta. Tudo o que seja instrumento de percussão com baqueta, eles gostam. A maior parte das crianças com PEA gostam muito de antecipação e expectativa, que eles não percebem ao início, mas depois acham piada. Atividades do género baaaa....bá. Eles adoram este tipo de brincadeiras de expectativas da imprevisibilidade.

As crianças demonstram ter músicas preferidas e logo no início nós fazemos essa recolha, com os pais e com os educadores. Quais são as músicas que eles gostam de ouvir, que eles cantam, quais as que captam a sua atenção. Gostam também muito da guitarra mas gosta

que seja eu a tocar, do que propriamente eles. Se eu tiver a tocar a guitarra e parar, muitos deles pegam na minha mão e encostam à guitarra.

As atividades vão sendo diferentes tendo em conta o objetivo que queremos trabalhar, por exemplo, se é para associar cores fazemos de uma forma. Mas até pode ser a mesma atividade mas para trabalhar outro objetivo, as letras e em vez de ser a cor ser a letra ou à cor da letra ...estas brincadeiras vão jogando de acordo com o objetivo que queremos trabalhar. Mas eles acabam por gostar de tudo desde que esteja inserido numa música ou num interesse deles. Por exemplo, tenho um menino que gosta muito de letras e números e é fascinado por tudo o que envolva letras e números e nós queríamos trabalhar a motricidade fina e a parte sensorial. A terapeuta ocupacional dizia-me que ele tinha várias peças com várias cores e com várias caixinhas com essas cores. E ele tinha de escolher as peças amarelas e coloca-las na caixa amarela, pegava nas azuis e colocava na caixa azul. E então ele chegava e pegava em 4 ou 5 peças a mesmo tempo e deixava cair e faziam durante imenso tempo. Eu peguei num jogo que eu tenho que são uns cubinhos com letras e a primeira vez que ele viu este jogo, ele fez exatamente o que a terapeuta ocupacional me dizia. Mas o que nós queríamos que ele fizesse? Era que ele pegasse num cubo com a letra e colocasse no sítio certo e cantava: a letra A vou- te ensinar...Ele percebia que tinha de pegar somente no cubo com a letra A. E eu explicava-lhe só pode pegar na letra A. Não pode tocar nas outras letras. E com a música por trás ele permanecia mais concentrado, sabia o que tinha de fazer. A atividade tinha uma estrutura ele tinha de encontrar o A e não pegar em tudo. Conseguimos trabalhar o movimento da pinça sem que ele explorar-se sensorialmente as peças todas. Foi um bom trabalho de cooperação com a terapeuta ocupacional. O trabalho entre os diferentes terapeutas e a interajuda permite ao Musicoterapeuta organizar estratégias musicais de modo a facilitar a fluência do trabalho colaborativo e cooperativo. Outra atividade de que eles gostam muito é a figura de animais espalhada em arroz.

Muitas destas crianças gostam muito de inglês e ficam muito captados com esta língua. Mas é importante contextualizar. Por exemplo: “Eu gosto do amarelo cor do sol, cor do sol. Eu gosto do amarelo em inglês dizemos yellow. Existem esta diferença que é eles percebem que é amarelo e que em inglês é yellow. Como eles ficam muito atentos é uma

ótima maneira de fazer esta distinção é a mesma coisa mas em português dizemos de uma maneira e em inglês dizemos de outra maneira. Isto é muito importante, o saberem distinguir, em português de uma forma e em inglês de outra forma. É importante escolhermos as músicas que não prejudiquem o desenvolvimento que não os confundam. Ou seja, quanto mais claras e explícitas forem melhor.

III. d) L: E quais são as estratégias que considera mais eficazes/sucesso com estas crianças?

M: Em crianças com estereotípias eu começo sempre com a abordagem de espelho, ou seja, tentar imitar, musicar os movimentos deles, inclui-los na música, dar música ao mundo deles àquilo que estão a fazer. Esta estratégia é a primordial. Se eles já comunicarem se eles já estiverem ali um pouco mais desenvolvidos se tiverem uma comunicação verbal boa uma compreensão boa, só com alguns problemas de interação utilizo as dinâmicas musicais, ou seja, a minha vez a tua vez, troca de turnos. Sem que eles se apercebam realizo uma dinâmica em que eles tenham que esperar, que eles tenham que antecipar. Isto é, espelhar e criar dinâmicas para eles interagirem.

IV. e) L: Considerando a sua experiência profissional qual o impacto da Musicoterapia no desenvolvimento das crianças com PEA?

M: Sim, claro que tem. Nota-se muito logo de início, nota-se um salto ao nível da interação, começa a haver mais interação. É um estímulo cognitivo e é benéfico. E cada vez há mais estímulos que o comprovam. Na minha experiência profissional eu noto muitas diferenças a partir do momento em que começam a fazer musicoterapia.

IV. f) L: Em que áreas do desenvolvimento da criança é possível observar mudanças significativas decorrentes da Musicoterapia?

M: Eu acho que a primeira é na área social, na interação. A capacidade de interagir, acaba por haver mais contacto, mesmo nas outras terapias, por exemplo: nesta semana eu já consegui que ele me fizesse “A”, ou já consegui que ele me tocasse na bochecha. Acaba por partir algumas barreiras. Normalmente as crianças associam a terapia a um sítio onde vão trabalhar e vão ter que se esforçar e então quando começam a musicoterapia acabam por ir mais felizes para lá. Eu tenho uma menina que começou a musicoterapia para deixar

de chorar para ir para a clínica. A musicoterapia funciona como uma motivação, como a parte mais lúdica do trabalho. Nota-se mesmo maior predisposição maior interação e depois começam a comunicar mais, principalmente se os outros terapeutas começarem a utilizar a música.

IV. h) L: Qual o impacto da musicoterapia ao nível da comunicação verbal?

M: A maior parte das crianças que eu acompanho tem musicoterapia e mais 4 ou 5 terapias, e eu acho que não é justo direcional para a musicoterapia os bons resultados, porque eu acho que é o trabalho de equipa. Eu tenho uma menina que é não-verbal até há 1 ano atrás e disse com 4 anos e meio a primeira palavra. E aí a musicoterapia teve muita influência porque utilizávamos muito a música do aeiou. A menina era muito interessada na música, por exemplo, eu dizia: aeiou e depois dizia a e dava espaço para ela “verbalizar”/imitar e ela no início dava um guincho tentando dizer o a e á medida em que o tempo passava ela ia modelando a boca (digamos assim) de maneira a perceber como podia dizer o verdadeiro a. E é muito engraçado a evolução que ela foi fazendo porque ela tinha mesmo a noção que conseguia comunicar, mesmo quando não falava ela comunicava através de imagem ela apontava e ela puxava-nos para comunicar connosco e a partir do momento em que ela começou a perceber o que lhe estava a faltar era a colocação da boca e o aparelho vocal todo para falar. Ela começou a olhar mais, a perceber como é que se fazia e a musicoterapia ajudou nessa motivação porque ela gosta muito de música e ela queria fazer parte, queria cantar a música e notou-se essa grande diferença, da vontade dela em tentar, da predisposição dela em falar. Ela já conseguia fazer-se entender. Quando fazia birra nós perguntávamos: o que queres? E ela apontava. E com a música foi diferente ela queria cantar a música e ficava irritada quando não conseguia. Eu acho que este exemplo é o melhor retrato do impacto da musicoterapia pode ter. Acho que teve um grande impacto, porque “obrigou” e fez com que ela tivesse a obrigação de querer falar ou fazer-se entender verbalmente.

IV. h) L: Qual o impacto da musicoterapia ao nível da interação social?

Nas minhas sessões juntar 2 crianças com PEA é um pouco arriscado porque são todos muito diferentes. Porque PEA é um espetro. O que funciona para uns não funciona para

outros e o que eu estou a trabalhar com um não é o que estou a trabalhar com o outro. Por vezes, até posso juntar uma criança neuro típica com uma criança com PEA. Tenho uma criança com PEA com uma criança neuro típica porque a mãe explicou que era a criança com quem ele tinha mais interação e era a única com quem ele brincava e eu pedi para vir às sessões e correu muito bem e a longo prazo acho que iria ser ainda mais positiva. Ele comunicava com esse menino e eu pude observar e talvez não comunicasse com outros meninos porque não se sentia à vontade e então começamos a trabalhar esse aspeto. Em comunicar comigo, em comunicar com a mãe quando a mãe vinha à sessão. Em fazer jogos em que ele só tem de tolerar a interação a pares e com o mínimo de barulho possível. Percebemos que o problema era mesmo esse havia muitos barulhos na sala de creche e que o impedia de realmente interagir com outros meninos e ele preferiam ficar ali no cantinho dele e o estar com as outras crianças era demasiado estímulo para ele. O estímulo demasiado era o impedimento de ele comunicar.

IV. i) L: Quais as dificuldades que experimenta na intervenção com estas crianças? De que forma tem vindo a ultrapassar essas dificuldades?

As dificuldades são imensas e quando nos estamos a conhecer, nunca se sabe o que vai acontecer na primeira sessão. Nunca sabemos como é que a criança vai reagir. Por vezes eles dão-nos coisas e reagem de forma tão inesperadas que nós não estamos à espera e não sabemos como reagir. A grande dificuldade é eles serem todos diferentes e nunca saber...é claro há aquele stander que nós usamos e tentamos e sabemos e que até resulta, como o espelhar, da pergunta e da resposta e isto resulta. Mas na verdade é que eles são muito diferentes e acaba por ser um desafio constante porque não existe um “chapa cinco” para eles. É mesmo o experimentar se resultou ótimo se não volta atrás e volta a experimentar outra coisa e vamos tentar outra estratégia. É mudar, mudar, mudar tentativa erro. Por exemplo, eu tinha uma menina que eu queria trabalhar as frutas e levei bananas e laranjas e tinha imagens reais dessas frutas. Na sessão comecei a cantar a música e ela arregala os olhos e pega na mão e poe-me à frente da cara. Percebi que ela não tolera a música e para trabalhar as frutas não podia utilizar aquela estratégia. Eu não fazia ideia. Cheguei ali com uma atividade preparada e tive de improvisar. É isto é inventar na hora e resolver o

problema com a manipulação dos materiais de outros instrumentos e tentar que eles estejam bem e com vontade de estarem ali.

Não existem estratégias específicas é mesmo a improvisação.

L: Agradeço a sua disponibilidade para realizarmos esta entrevista. Quer acrescentar mais alguma informação sobre este tema?

M: Não. Mas se precisar de mais alguma ajuda, esteja à vontade Lídia.

L: Muito obrigada mais uma vez por toda a riqueza da informação fornecida.