

**SÓNIA DOS SANTOS GONÇALVES PAREDES**

**O PAPEL DA MUSICOTERAPIA NO  
DESENVOLVIMENTO COGNITIVO NAS  
CRIANÇAS COM PERTURBAÇÃO DO  
ESPECTRO DO AUTISMO**

---

Orientadora: Professora Doutora Ana Saldanha

**ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO ALMEIDA GARRETT**

Lisboa

2011/2012

**SÓNIA DOS SANTOS GONÇALVES PAREDES**

**O Papel Da Musicoterapia No Desenvolvimento Cognitivo  
Nas Crianças Com Perturbação Do Espectro Do Autismo**

Dissertação apresentada para a obtenção do grau de mestre em Ciências da Educação, na especialidade de Educação Especial, conferido pela Escola Superior de Educação Almeida Garrett.

Orientadora: Professora Doutora Ana  
Saldanha

**ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO ALMEIDA GARRETT**

Lisboa

2012

*"As leis da música agem sobre o mundo interior do homem perante a harmonia. A harmonia do universo é equivalente à harmonia da alma ou universo interior do homem. Portanto a melodia e o ritmo podem ajudar a devolver a ordem e a concórdia à alma. Restaurando-se a ordem na alma, o corpo volta a saúde" (Pitágoras).*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço aqui a todos os seres que passaram pelo caminho da minha vida, e os que ainda fazem parte dela, que diretamente ou indiretamente, interagem e participam no desenvolvimento do meu Ser.

Aos meus pais e à minha avó, que foram incansáveis ao longo de toda a minha existência no apoio, nos conselhos, ajuda em todos os aspetos, disponibilizando todos os meios para me ajudar neste projeto. Agradeço pela confiança depositada nas minhas capacidades.

Ao meu filho, pelo bom comportamento e paciência que demonstrou ao longo do tempo que estive à minha espera. Especialmente pelos deliciosos abraços de incentivo que me deram grande alento nos momentos de maior cansaço ao longo de todas estas etapas.

Ao meu marido, por todo apoio, presença, alento que me deu mesmo nos momentos de maior tensão. Soube dizer a palavra certa no momento certo.

À Professora Doutora Ana Saldanha, orientadora da dissertação, pelo seu apoio e disponibilidade que demonstrou de forma constantes. Também pela forma humana como me apoiou nos momentos de maior fragilidade.

Às crianças que observei com perturbações do espectro do autismo, pois foram essência deste trabalho sem elas nada seria possível.

Ao agrupamento de escolas D. João II, das Caldas da Rainha, que contribuiu para que este estudo fosse exequível, assim como a disponibilidade demonstrada na resolução de todas as questões e problemas por mim colocados, assim como às musicoterapeutas e respetiva professora das NEE que partilharam os seus conhecimentos e suas experiências dando um contributo precioso para a elaboração desta tese.

Exprimindo assim a minha gratidão por todos aqueles que tornaram possível a realização deste trabalho.

## RESUMO

O papel da Musicoterapia no desenvolvimento cognitivo das crianças com perturbação do espectro do autismo é a temática do nosso projeto no âmbito do Mestrado em Ciências da Educação/ Educação especial, levado a cabo na Escola Superior Almeida Garrett e tem como objetivo compreender qual o papel da musicoterapia no desenvolvimento cognitivo de crianças com autismo. Esta é uma técnica de terapia que recorre à música com o objetivo de fomentar as potencialidades da criança, através da aplicação de métodos e técnicas específicas, que auxiliam a desinibir-se e a envolver-se socialmente, proporcionando-lhe posteriormente uma enorme abertura para novas aprendizagens. A Musicoterapia pode ser um importante veículo para a sua estimulação e integração plenas destas crianças, uma vez que desenvolve as suas competências sociais, assim como outras capacidades inerentes tais como o domínio da cognição. Tendo em conta as características inerentes a esta problemática e a importância crucial que as crianças frequentem a escola, juntamente com os seus pares, local propício para serem estimuladas de modo que as suas capacidades e potencialidades sejam desenvolvidas.

Pretendemos dar a conhecer a especificidade do Autismo, as dificuldades que esta problemática transporta consigo ao nível escolar das crianças diagnosticadas com esta patologia e o contributo da intervenção precoce na criança com autismo. Assim como os objetivos da musicoterapia a sua fundamentação e principalmente os benefícios que esta pode trazer especificamente a crianças com autismo.

**Palavras Chave:** Música, Musicoterapia, Autismo, Cognição.

## **ABSTRACT**

The role of music therapy in cognitive development of children with disturbance of the spectrum of autism and the theme of our project in the framework of the Master's Degree in Sciences of Education/Special Education, carried out at the Escola Superior de Almeida Garrett and aims to understand the role of music therapy in cognitive development of children with autism. This is a technique of therapy that uses the music with the aim of promoting the potential of the child, through the application of methods and specific techniques, which help to encourage and to get involved socially, giving you later a huge opening for new learnings. Music therapy can be an important vehicle for their stimulation and full integration of these children, once that develops their social skills, as well as other capabilities inherent in such as the area of cognition. Taking into account the characteristics inherent to the problem and the crucial importance that the children attend the school, together with their peers, location conducive to be stimulated so that their skills and potential are developed.

We intend to show the specificity of autism, the difficulties that this problem carries with it at the school level of children diagnosed with this disorder and the contribution of early intervention in children with autism. As well as the goals of music therapy to their reasoning and mainly the benefits that this can bring specifically to children with autism.

**Key Words:** Music, Music Therapy, autism, cognition.

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	1
<b>CAPÍTULO I – DEFINIÇÕES DE MÚSICA E MUSICOTERAPIA.....</b>	<b>4</b>
1- Música.....	5
1.1- O Carácter terapêutico da Música.....	6
1.2- A Musicoterapia.....	8
1.3- O Papel do Musicoterapeuta .....	12
1.4- Objectivos da Musicoterapia .....	13
<b>CAPÍTULO II-CONCEPTUALIZAÇÃO TEÓRICA DO AUTISMO .....</b>	<b>17</b>
2- Conceito .....	18
2.1- Perturbação do Espectro Autista.....	19
2.2- Classificação .....	23
2.3- Prevalência.....	27
2.4- A Etiologia do Autismo .....	29
2.4.1- Teoria Psicogenética .....	30
2.4.2- Teoria Biológica.....	31
2.4.3- Teoria Cognitiva.....	32
2.5- Características do Espectro do Autismo .....	35
2.6- Modelos de Intervenção.....	40
2.6.1- Modelos de Intervenção de Natureza Psicanalítica.....	41
2.6.2- Modelos de Intervenção de Natureza Comportamental .....	41
2.6.3- Modelos de Intervenção de Natureza Cognitivo-Comportamental.....	43
<b>CAPÍTULO III- A MUSICOTERAPIA E AUTISMO, VERSUS INCLUSÃO .....</b>	<b>49</b>
3- A Musicoterapia e o Autismo .....	50
3.1- A Importância da Musicoterapia para o Autismo.....	53
3.2- Educação Inclusiva .....	55
3.3- Atitude dos Professores face à Inclusão .....	59
3.4- A Inclusão social e escolar do Autismo.....	62
<b>CAPÍTULO IV- METODOLOGIA.....</b>	<b>65</b>
4- Descrição Metodológica .....	66
4.1- Amostra.....	68
4.2- Descrição do Meio .....	70
4.3- Objectivos.....	71

4.4- Instrumentos .....	72
4.5- Procedimentos.....	74
4.6- Recolha de Dados .....	76
4.7- Discussão dos Resultados .....	94
4.8 - Limitações do Estudo.....	103
<b>Conclusões</b> .....	103
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	106
<b>Abreviaturas</b> .....	117
<b>ANEXOS</b> .....	118
Anexo I.....	119
Anexo II .....	132
Anexo III .....	139
Anexo IV .....	143
Anexo V .....	152
Anexo VI.....	167

## INTRODUÇÃO

Este trabalho de investigação centra-se na Importância da Musicoterapia no Desenvolvimento Cognitivo de Crianças com Perturbações do Espectro do Autismo.

O Autismo é uma perturbação que afeta o desenvolvimento da criança, instalando algumas dificuldades relativamente à sua educação e posterior integração social. Caracteriza-se também por uma perturbação que pode causar um défice claro e expressivo nas funções associadas a comunicação ao qual acresce a presença de comportamentos, interesses ou atividades, limitados, inflexíveis e estereotipados.

A designação de “Espectro do Autismo”, reportando-se a uma condição clínica de alterações cognitivas, linguísticas e neuro comportamentais, significa mais do que um conjunto fixo de características. Esta pode manifestar-se através de imensas e variadas combinações possíveis de sintomas num contínuo de gravidade de maior ou menor intensidade. Contudo, recorre-se frequentemente ao autismo utilizando-o como sinónimo do espectro das perturbações.

É extremamente importante reconhecer esta variabilidade de combinações para poder compreender as pessoas com espectro do autismo e as diferentes necessidades individuais.

Apesar destes indivíduos apresentarem um conjunto de sintomas que facultam a realização de um diagnóstico clínico, podem considerar-se um grupo não homogéneo, pois não existem duas pessoas afetadas do mesmo modo conduzindo desta forma a uma grande diferenciação entre si (Bosa et Baptista, 2002).

Por outro lado, o uso da música como método terapêutico surge desde do início da história humana, contudo o seu reconhecimento como disciplina surge apenas no início do século 20, e após várias etapas passa a ser utilizada por médicos e enfermeiros.

A Musicoterapia pretende desenvolver potenciais ou recuperar funções do indivíduo para que o mesmo alcance uma melhor qualidade de vida, por meio de prevenção, reabilitação ou tratamento. A música exerce o seu poder nos hemisférios cerebrais, acionando o equilíbrio entre o pensar e o sentir. A melodia trabalha o emocional, a harmonia, o racional e a inteligência (Ferreira, 2011).

Se fizermos uma breve retrospectiva sobre a trajetória da nossa vida, descobrimos que apesar da diversidade de dados, de vivências, pessoas diferentes em contextos particulares e momentos paralelamente distintos, encontramos sempre algo em comum: a música. Esta percorre todos os momentos de crescimento, de desenvolvimento, em situações pessoais, na

escola, no trabalho. Assumindo um papel intrínseco e extrínseco na nossa própria individualidade como seres humanos, refletindo-se ao longo da nossa vida assim como na nossa própria personalidade. Sendo assim, ao fazermos esta reflexão concluímos que a música possui imensas potencialidades. Neste sentido, este trabalho surge na perspetiva de explorar as aptidões desta arte que possui a capacidade de simultaneamente ser puramente estética assim como tem o dom de poder transformar as suas apetências em terapia. Considerando que uma das maiores capacidades que a música possui é unir os seres humanos transformando as suas potencialidades numa linguagem universal, achamos extremamente interessante focar a nossa investigação na descoberta da competência da música desta vez como forma de tratamento através da Musicoterapia em crianças que possuem as portas fechadas ao resto do mundo, de modo a desenvolver as restantes capacidades que são afetadas principalmente por este grande obstáculo que representa.

Observar e verificar o contributo que a Musicoterapia possui nas crianças com perturbações do espectro do autismo, descobrir se esta possui aptidões necessárias e eficazes para o seu desenvolvimento de um modo geral e particularmente cognitivo. Se de facto esta possui apetência de povoar o deserto que o mundo do autismo representa e se de facto através da sua “linguagem universal” consegue desenvolver as restantes potencialidades afetadas pelo seu afastamento social.

Compreender de que forma a musicoterapia pode contribuir no desenvolvimento cognitivo de crianças com autismo é o objetivo central da nossa pesquisa. Esta técnica de terapia que utiliza a música com o objetivo de desenvolver as potencialidades da criança, através da utilização de métodos e técnicas específicas, abrindo espaço para novas aprendizagens, que a música de uma forma geral, e a longo prazo, origina resultados consideráveis no desenvolvimento da cognição. Se por um lado, investigar a importância da musicoterapia no desenvolvimento cognitivo das crianças autistas é em suma o objetivo principal deste estudo o mesmo remete a outros mas mais específicos, tais como observar se as técnicas utilizadas pelos musicoterapeutas são eficazes no desenvolvimento das crianças; perceber de que forma a música pode ou não influenciar as crianças no melhor desempenho escolar e por fim verificar se houve evolução na área em estudo a partir da aplicação da metodologia referida.

O trabalho será constituído por duas partes: teremos o Enquadramento Teórico, apresentado em três capítulos que têm como principal objetivo por meio de uma revisão bibliográfica científica dar um conhecimento mais aprofundado dos temas abordados ao longo

do mesmo. Para tal, o primeiro capítulo apresentando-nos a definição de música, assim como o seu carácter terapêutico, descreve ainda os propósitos da Musicoterapia tal como os seus objetivos e o papel do musicoterapeuta. No segundo capítulo abordamos o conceito da Perturbação do Espectro do Autismo, assim como a sua prevalência, etiologia e respetivas características, e os diferentes tipos de intervenção mais adequados ao seu tratamento. Finalmente, no terceiro capítulo existe o enquadramento da Musicoterapia no autismo e sua posterior importância no tratamento da mesma patologia. Abordaremos ainda neste capítulo a importância da educação inclusiva, tratando-se de uma temática que aborda a questão das necessidades educativas especiais, é de importância crucial falar em inclusão assim como atitude dos professores face às mesmas, mencionando ainda como é abordada a questão da inclusão social e escolar do autismo.

O quarto capítulo é a segunda parte deste projeto, tratando-se do estudo empírico do mesmo. Este, será constituído pelas considerações metodológicas, descrevendo a metodologia utilizada, tratando-se de um estudo de caso agrupando três crianças com Autismo pertencentes a uma sala de ensino estruturado. Tratando-se da amostra deste estudo assim como a descrição do meio onde este é realizado. Procedemos à descrição da observação de sessões de Musicoterapia aplicada aos mesmos. Recorrendo para isso à observação não-participante, às grelhas de observação, listas de verificação, notas de campo assim como as entrevistas realizadas às musicoterapeutas em questão como instrumentos para a recolha de dados. Através destes procedimentos pretende-se verificar se a musicoterapia é ou não importante para o desenvolvimento cognitivo de crianças com espectro do autismo. Posteriormente e como finalização do projeto expomos a discussão dos resultados assim como as conclusões dos mesmos.

## **CAPÍTULO I: - DEFINIÇÕES DE MÚSICA E MUSICOTERAPIA**

## 1. A Música

A música sendo um dos fenómenos característicos da humanidade, assume uma naturalidade e intuição que indeterminam o seu início, o que supostamente originou a sua natureza como divina. Apresenta-se como um fenómeno físico de natureza vibratória. O som produzido pela música, para nós humanos é a imagem auditiva do que nos rodeia, é o ponto de ligação com essa mesma realidade. Por causa da música, mas principalmente pelo que fazemos dela, podemos afirmar que o som contém em si mesmo, e quanto baste, partículas orgânicas e semânticas com alto potencial e um fascinante sistema de comunicação (Azevedo, 2008). Podemos dizer que a música é uma linguagem universal, com capacidades para transcender as emoções próprias dos humanos, ultrapassando quaisquer barreiras culturais e linguísticas. Através desta linguagem o ser humano propõe-se a comunicar e a expressar-se artisticamente. Segundo Benezon (1985), este é um novíssimo campo de atuação profissional que está altamente qualificado para auxiliar muitas pessoas. O relacionamento do ser humano com a música é tão antiga quanto a própria humanidade, facto que justifica a atribuição de grande valor por parte dos povos antigos, através seu poder curativo, da diversão que esta proporcionava, sendo utilizada como meio de comunicação nas mais variadas áreas como religião, medicina e sociedade. A Intemporalidade da música faz desta uma necessidade de todas as culturas, percorrendo todas as eras até aos dias de hoje (Benezon, 2004).

A música é de igual forma um recurso de expurgação, catarse, maturação (emocional, social, intelectual) e através da prática musical, o aluno aprende e organiza o modo de pensar na estruturação de seu saber que vai adquirindo, procedendo posteriormente à sua reconstrução e fixando-o ativamente. Esta também é utilizada apenas pelo prazer que usufruímos dela (a música pela musica, pelo simples prazer de fazer musica), assim como de sublimação (movimento pulsional dirigido para um determinado fim). Atualmente, esta também é considerada cientificamente uma disciplina paramédica através da musicoterapia tendo o estatuto de auxiliar de saúde física e mental do indivíduo (Sekeff, 2002).

Paralelamente a outras artes, vemos que a música tem maior poder de atuação sobre o indivíduo, tendo em conta a sua excecional força biológica. Por ser uma forma do comportamento humano, a música exerce uma influência única e poderosa sobre o homem, qualquer que seja o seu objetivo, alegria, tristeza, exaltação cívica ou recolhimento religioso. Esta relaciona-se sempre com o homem, uma vez que nasceu da sua mente, das suas emoções, o que lhe confere, por isso mesmo, um poder magnético que permite atingi-lo. A comunicação, a identificação, a fantasia, a expressão pessoal, são algumas das vantagens que

a música concede e provoca no indivíduo conduzindo-o desta forma ao conhecimento de si mesmo, afirma Benenzon (1985).

A linguagem musical é muito mais do que um recurso de combinação e exploração de ruídos, sons e silêncios na procura do chamado lado estético, é também um meio de expressão (sentimentos, ideias, valores, cultura, ideologia); de comunicação (do indivíduo com ele mesmo e com o meio circundante), de gratificação (psíquica, emocional, artística); de mobilização (física, motora, afetiva e intelectual) e de autorrealização (pois o indivíduo com aptidões artístico-musicais mais cedo ou mais tarde direciona-se nesse sentido, criando ou seja, compondo, improvisando, recriando ou meramente apreciando, vivenciando o prazer de escutar) (Sekeff, 2002).

### **1.1- O carácter terapêutico da música**

O recurso da música é utilizado com o objetivo de conservar a saúde, a felicidade e o conforto do homem. A boa música harmoniza o ser humano, trazendo-o de volta a padrões mais saudáveis de pensamento, sentimento e ação, conseguindo renovar a divina harmonia e o ritmo do corpo, das emoções e do espírito (Benenzon, 1985).

Ao falar apenas de música, limitamo-nos a todo um mundo de fenómenos acústicos e de movimento, que envolvem e tornam possível o fenómeno musical. Mas esses fenómenos separados e livres podem ser definidos como não-musicais e servir aos efeitos terapêuticos tanto ou mais que o fenómeno musical propriamente dito. “A Música é arte e ciência, dois elementos que correspondem a um processo evolutivo do ser humano”.

Segundo Benenzon (2004), a música possui a capacidade de mover o ser humano tanto a nível físico, como a nível psíquico. Em Musicoterapia este poder da música utiliza-se para atingir objetivos terapêuticos, mantendo, melhorando e recuperando deste modo o funcionamento físico, cognitivo, emocional e social das pessoas. É a partir desta relação, que a Musicoterapia estabelece a sua base de trabalho. É uma forma de tratamento que recorre a toda e qualquer manifestação sonora para produzir efeitos terapêuticos. Ou seja, através do uso da música, de sons e de movimento, estabelece-se uma relação de ajuda, onde a Musicoterapia tem como objetivo auxiliar o seu paciente nas suas necessidades como a prevenção e reabilitação, bem como a melhor interação do indivíduo com a sociedade.

Podem acontecer melhoramentos nos aspetos, cognitivo, afetivo, psicomotor e social, através de instrumentos simples com jogos recreativos e atividades rítmicas, contadas e dramatizadas. A música é o canal de comunicação.

O processo musicoterapêutico é composto por três fases essenciais, muito semelhantes às fases cronológicas de aquisição da linguagem na criança (Carvalho, 1998):

- O prazer de escutar; prende-se com o “holding musical” e gratificação fusional. Equivale à fase onde o som da voz da mãe percebido pela criança causa prazer ou desprazer. Desta forma torna-se imprescindível uma predominância do “prazer de ouvir”, para que posteriormente exista uma evolução benéfica;

- O desejo de escutar; exprime-se por uma distinção primária, na edificação da identidade sonora do indivíduo, a satisfação de imitar, pela tomada de consciência do outro e a vontade de ouvir. À semelhança da identificação sua própria imagem no espelho, a criança passa de igual forma a reconhecer, a sua própria voz, distinguindo-a da voz materna tais como das outras vozes;

- Emergência de simbolização; a par da emergência de significação afetiva e simbolização, verifica-se a execução da identidade sonoro-musical, expressa pela capacidade de improvisação, diálogo e criatividade musical. Revelando-se posteriormente uma área potencialmente criativa, com grande importância comunicacional.

A música tem vindo a ser apontada como um recurso terapêutico complementar que abrange dimensões físicas (através do relaxamento muscular alivia a ansiedade, a depressão a facilita a participação em atividades físicas); mentais e psicológicas (reforça a identidade, o autoconceito, promove a expressão verbal e favorece a fantasia); sociais (promove a participação em grupo, o entretenimento e a discussão); espirituais (facilita a expressão e o conforto espiritual, a expressão de dúvidas, raiva e de medo) (Bruscia, 2000).

Tendo em consideração os indivíduos que apresentam deficiências ou problemas físicos, afetivos, mentais ou de integração social, não será demais enfatizar a influência e o poder que caracterizam a música no desenvolvimento integral do ser humano. Nestes casos, a função educativa da música amplia-se para dar lugar à função terapêutica, dependendo dela, em parte, o encaminhamento do indivíduo no sentido da sua recuperação (Benenson, 1985). Nesta perspetiva a Musicoterapia é a disciplina paramédica que utiliza o som, a música e o movimento, para produzir efeitos progressivos de comunicação, com o objetivo de empreender através deles o processo de integração e de recuperação do doente na sociedade.

A música possui uma força de associação e evocação extraordinárias, mesmo nos indivíduos considerados não musicais. Através dela são criadas imagens mentais, sendo ao mesmo tempo uma atividade concreta e positiva com as suas leis físicas e lógicas em domínios muito diferentes. Podemos não a ver, não a tocar, não a escutar, mas excetuando os indivíduos surdos é impossível não a ouvir.

Quando, através do tato percebemos o “pulso”, estamos realmente a sentir um ritmo não audível mas igualmente capaz de se imitar por meio de movimentos quer utilizando os pés, as palmas ou a voz. Embora não façamos musica com este procedimento, é algo de grande importância para a Musicoterapia (Benenzon, 2004). É uma aproximação sensorial sonora com fins terapêuticos, de um certo número de dificuldades psicológicas e de patologias mentais. O conteúdo das sessões é caracterizado pela experiência sonora e musical que compreende as interações entre o paciente, a música e o terapeuta. Embora reconhecendo que a musicoterapia deverá ser exclusivamente realizada por técnicos especializados, considera-se importante saber o papel que desempenha a Música na educação (reeducação).

De acordo com Benenzon (1985), a música tem como principal papel atuar como técnica psicológica e como objetivo terapêutico na modificação de problemas emocionais, das atitudes, da energia e da dinâmica psíquica. O uso do corpo como instrumento de movimento e percussão é extremamente importante na aplicação da terapia à deficiência mental, caracterizada pela rigidez de movimentos (resultando dificuldade de coordenar o gesto com a melodia). Com a música podemos remover o controlo sobre os mesmos facilitando a capacidade de improvisar, não devendo por isso os exercícios ter estruturas rígidas.

## **1.2 A Musicoterapia**

A Musicoterapia hoje possui várias definições e compreensões de sua prática, que variam de acordo com a abordagem e a linha de prática que cada musicoterapeuta adota no seu trabalho terapêutico, Bruscia (2000) traz sessenta e uma definições de acordo com os mais diferentes autores e associações de todo o mundo.

Entende-se por terapia todos os meios que se utilizam para curar ou prevenir transtornos físicos e psíquicos no homem. Musicoterapia consiste em utilizar a música como terapia para curar. Contudo, a finalidade não é criar música esteticamente correta, mas entender as dificuldades técnicas e a forma; a música funciona como uma linguagem; é a utilização da música e/ou dos seus elementos musicais (som, ritmo, melodia, harmonia,

intensidade, etc.) por alguém qualificado, com um indivíduo ou um grupo de indivíduos, num processo planificado, com o objetivo de facilitar e promover a comunicação, a relação, a aprendizagem, a mobilidade, a expressão, a organização e outros objetivos terapêuticos importantes, favorecendo o desenvolvimento da coordenação motora, o equilíbrio afetivo/emocional, para além de desenvolver capacidades de comunicação, expressão de ideias e sentimentos que vão ao encontro das suas necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas e, em consequência, adquirir uma melhor qualidade de vida, através da prevenção, reabilitação ou tratamento de comportamentos desviantes (World Federation of Music Therapy, 1985).

O desenvolvimento desta terapia foi acelerado a partir da 2ª Guerra Mundial nos hospitais para a recuperação e reabilitação dos feridos de Guerra nos E.U.A, tratando-se assim de uma ciência muito recente. Desde então a pesquisa da relação som/ser humano, a sua dinâmica normal, e o seu uso terapêutico tem crescido de ano para ano (APEMESP, 1998). Em Portugal, a Associação Portuguesa de Musicoterapia foi criada em 1996.

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

Por um número incontável de razões, a musicoterapia significa algo de diferente de pessoa para pessoa. Muitas diferenças surgem da natureza esquiva da musicoterapia. São muito os aspetos que dificultam a definição de Musicoterapia, tanto no campo dos conhecimentos como no das práticas. Principalmente a musica e a terapia, as quais por sua vez possuem os seus limites pouco definidos. A fusão da música com a terapia é em simultâneo uma arte, uma ciência e um processo interpessoal. Como modalidade terapêutica é incrivelmente diversa na aplicação, nos seus métodos e na sua respetiva orientação teórica. Como tradição universal, esta é marcada pelas diferenças culturais tais como uma disciplina e uma profissão contendo desta forma uma dupla identidade, como um campo novo de estudo que se encontra no processo de desenvolvimento (Bruscia, 2000).

Para Leite (2005), “musicoterapia” assenta a sua definição nos seguintes pontos como “ingredientes”: a música no sentido alargado (aplicada a problemas ou patologias, mas também no sentido preventivo); o objetivo terapêutico (conhecer a patologia é o melhor método de definir formas de atuação); a dimensão física e mental; e a relação terapêutica.

A Musicoterapia não tem a pretensão de substituir outras terapias, apenas adquire interesse e eficácia no caso de as indicações serem corretamente colocadas e de a sua intervenção ser integrada, num projeto terapêutico global e coerente.

Segundo Gagnard (1974), é notório o crescente desenvolvimento das crianças portadoras de deficiência (mental ou outras), mostrando uma melhoria sensível, nas perturbações, a nível comportamental e nas atividades escolares.

A definição desta terapia é difícil como a própria definição de música. As questões e problemáticas subjacentes às mesmas, são muito idênticas. As componentes da terapia, assim como os elementos da música são numerosos e sobrepõem-se às experiências dentro da própria terapia, tais como as experiências musicais que são muito variadas e dão-se em muitos níveis. Tal como é difícil separar a música das outras artes, é igualmente difícil distinguir a terapia da educação, do desenvolvimento, do conhecimento, da cura e de uma inúmera variedade de fenómenos descritos como “terapêuticos”. Em suma, é difícil estabelecer um critério de o que é ou não terapia, tal como é complicado quando se trata de estabelecer critérios que definam o que é música e o que não é (Bruscia, 2000).

Para se estabelecer a comunicação na Musicoterapia são utilizados os recursos da música nomeadamente outras formas de expressão tais como movimentos corporais, dinâmicas, e atividades criativas dinamizadas. As palavras proferidas verbalmente, na maioria das vezes disfarçam o que efetivamente se pretende dizer, desta forma, a Musicoterapia ao recorrer à linguagem não verbal de forma prioritária adquire mais potencialidades de forma a estabelecer interações entre as pessoas.

Frequentemente, a música é reconhecida, como uma espécie de linguagem emocional, possuindo a capacidade de alcançar áreas da nossa psique que realizam informações e que nós, por motivos de ordem vária, não comunicamos com percetibilidade a nós mesmos (Ruud, 1990, p.89).

Atualmente, há um interesse crescente em perceber os efeitos neurológicos da música. Consequentemente, estudos têm revelado, segundo o autor supracitado que a música vai do ouvido ao centro do cérebro e do sistema límbico, que gere as repostas emocionais à dor e ao prazer, assim como os procedimentos involuntários, como temperatura do corpo e pressão sanguínea. A música presumivelmente impulsiona um fluxo de memória armazenada através do corpus collosum ou corpo caloso. Consequentemente, a música intensifica evocação de memórias associativas. Esta, posteriormente também possui a capacidade de

estimular os peptídeos, agentes que liberam no cérebro as endorfinas, as quais produzem um “pico” natural e assumem um papel de inibidor natural da experiência da dor.

A interação entre o paciente e o musicoterapeuta no decorrer do processo musicoterapêutico ocorre através da linguagem musical, ou seja, recorre-se à música como ponto de partida para o crescimento do processo terapêutico. Pretende-se que as pessoas tomem consciência da sua dimensão musical. A expressão musical do indivíduo é o ponto alto que proporciona ao musicoterapeuta os meios ideais que tornam exequível o procedimento musicoterapêutico.

Num nível integral, o trabalho com Musicoterapia, pode ter como objetivos a atingir o fortalecimento e/ou despertar do potencial criativo e afetivo, suporte emocional, físico e espiritual. Estimular o desejo de mudança, alterar e fomentar um ambiente interno e externo mais sereno, harmónico e próspero são aspetos perfeitamente possíveis de ser trabalhados, bem como colaborar para a progressão da consciência de grupo, sentimentos de pertença, responsabilidade com as ações, palavras e sentimentos. “À medida que a pessoa se sente integrada, a mesma coisa acontece com seu mundo” (Maslow apud Fadiman & Frager, 1979,p.272). Alguns dos benefícios do trabalho musicoterapêutico são o elevar a habilidade perceptiva da realidade, adquirir capacidade de superação dos limites e refinamento das habilidades comunicativas e relacionais.

O desenvolvimento de capacidades musicais e da aprendizagem de instrumentos, embora não seja a grande meta da musicoterapia, pode ser usada para atingir determinados objetivos do processo terapêutico (Barcellos, 2002). Do ponto de vista metodológico, contemplam três variáveis intimamente relacionadas: o indivíduo; a música e terapeuta (orientador e facilitador da terapia).

### **1.3- O papel do musicoterapeuta**

O musicoterapeuta pode utilizar apenas um som, recorrer a apenas um ritmo, escolher uma música conhecida e até mesmo fazer com que a criança crie sua própria música. Tudo depende da disponibilidade e da vontade do paciente e dos objetivos do musicoterapeuta. Os musicoterapeutas distinguem-se entre si pela sua forma individual, própria e característica como desenvolvem e concretizam as suas terapias, esta forma particular e distinta com que cada musicoterapeuta exerce a sua prática deve-se ao facto destes possuírem áreas diferentes de especialização assim como a sua respetiva orientação clínica na área em que exercem (Benenzon 2004).

A Musicoterapia é uma actividade clínica que, para ser exercida com qualidade e de forma eticamente correta, exige formação académica especializada. Então, o profissional responsável por conduzir o processo é chamado Musicoterapeuta. A formação desse profissional é feita em cursos de graduação em musicoterapia ou como especialização para profissionais da área de saúde (medicina ou psicologia) (Bruscia 2000).

Segundo o mesmo autor, parte do processo terapêutico do qual o musicoterapeuta observa e envolve o paciente em várias experiências musicais, com o objetivo de o compreender melhor como pessoa e para identificação dos seus problemas, necessidades e preocupações que conduzem o paciente a esta terapia. Há várias “aproximações”, de diagnósticos, dependendo dos objetivos do terapeuta.

O musicoterapeuta deve estar preparado sempre para dançar, saltar, correr, deitar-se no solo, contanto sempre com qualquer tipo de reação por parte do paciente seja ela passiva ou não. Segundo Benenzon (2004), o paciente e o musicoterapeuta têm tendência para manter um equilíbrio instável, pois nenhum sistema pode ser estático caso contrário não poderia existir um processo de comunicação. Esta realiza-se precisamente do desequilíbrio permanente provindo das descargas de tensão, que interagindo têm tendência para se equilibrar. Este sistema que mantém e recupera constantemente o equilíbrio das tensões descarregadas, caracteriza a ligação e é posteriormente influenciada pela personalidade e pelos comportamentos dos que participam no processo relacional.

A atividade do Musicoterapeuta pode, em certos casos, ultrapassar as fronteiras da intervenção clínica propriamente dita, para se situar em projetos de promoção e manutenção de bem-estar dirigidas a pessoas saudáveis e também a pessoas que, por padecerem de

condições crônicas, procuram cuidar do seu bem-estar de forma ativa e adaptada às suas circunstâncias de vida.

A Musicoterapia distingue-se ainda pela sua diversidade. Ela é utilizada nas escolas, hospitais, centros de reabilitação, centros sociais, asilos, centros de desenvolvimento infantil, instituições de saúde mental, prisões entre outros. O tipo de pacientes em que se aplica a prática inclui crianças autistas, assim como crianças com transtornos emocionais, adultos com transtornos psiquiátricos, crianças e adultos com deficiência mental, pessoas invisuais, com problemas auditivos, motores de linguagem, meninos com problemas de aprendizagem, crianças vítimas de abusos, com problemas comportamentais, reclusos, pessoas com doenças terminais, assim como adultos neuróticos. Também se utilizam as mesmas técnicas para ajudar pessoas saudáveis, para reduzir o *stress*, para o parto, de modo a ajudar a controlar a dor, na autorrealização e no desenvolvimento espiritual. Os objetivos e os métodos da musicoterapia, naturalmente variam consoante o cenário, o músico, o terapeuta em questão, podem ser educativos, recreativos, de reabilitação, preventivos, ou psicoterapêuticos, tentando todas ir ao encontro das necessidades individuais de cada paciente.

É, assim, variada e abrangente a profissão do Musicoterapeuta, podendo ser vulgarmente exercida em Hospitais Psiquiátricos, Clínicas Externas, SPAs, Centros Juvenis, de Correção, de Desintoxicação (álcool e/ou drogas), etc., escolas, e em todos os locais privados onde se trata do bem-estar e da saúde (Bruscia, 2000).

#### **1.4- Os objetivos da musicoterapia**

O objetivo primordial da Musicoterapia não é o saber música, mas o alívio do sofrimento psíquico através de produções no mundo dos sons. Não interessa que tipo de sons, de música ou de ruídos que os indivíduos produzem, mas que os produzam, que os criem, que através deles expressem os seus sentimentos e emoções. Uma das ideias base é que a música parte do indivíduo; outra é que a patologia revela-se na música produzida e por fim, fazer música ajuda-nos a concentrarmo-nos no problema e a partir daí, criar a mudança (Leite, 2005).

Cada pessoa tem a sua própria interpretação da música que ouve. O que ouve e a forma como o interpreta são uma criação que vêm dela e que corresponde às suas experiências física, intelectual e emotiva. O efeito sentimental depende do grau de sensibilidade do sujeito e a influência sobre o cognitivo depende da cultura musical da pessoa. Por outro lado, a

música atua como um estimulador poderoso da imaginação, ativando os registos subconscientes e criando a necessidade de os exteriorizar, sob a forma de acompanhamento ou de criação musical (corporal, oral ou instrumental). Ao ouvir, ao acompanhar ou ao "fazer" música, o indivíduo sente concretizarem-se as suas realidades interiores, como se realizasse um sonho (satisfação de desejos, na perspetiva psicanalítica), ao mesmo tempo que catarticamente se liberta das suas tensões que se encontravam latentes (Alvin, 1973).

A prática da música como terapia implica uma intervenção sistematizada que inclui levantamento de dados sobre a pessoa, a patologia e a música; a identificação do problema, a definição dos objetivos, o planeamento de atividades e estratégias e a avaliação dos resultados. O *Princípio de ISO*, introduzido por Benezon, envolve uma série de pesquisas que vão desde a sonoridade da pessoa (o que ouve, preferências musicais, ambiente em que vive); à sonoridade do momento (a que é que o sistema é permeável) e à sonoridade do grupo (porque cada grupo tem características próprias) (Leite, 2005; Benezon, 1985).

Segundo Bruscia (2000), a musicoterapia, é um processo sistemático não contempla acontecimentos ao acaso ou situações casuais ou pontuais. É um processo planificado e controlado, cujos resultados não são atos fortuitos. Para descrever o processo de musicoterapia podemos utilizar inúmeros adjetivos tais como controlado, planificado, prescrito, científico, estruturado, integrado entre outros.

Uma intervenção terapêutica é geralmente efetuada por todo um conjunto de intervenções programadas também com finalidades terapêuticas. O musicoterapeuta deve estar perfeitamente integrado na equipa que diagnostica, onde projeta e avalia os resultados desta intervenção conjunta, conhecendo profundamente o quadro clínico da criança e conhecendo bem o processamento das outras abordagens complementares. Neste contexto, o musicoterapeuta necessita de especificar se desenvolverá as sessões individualmente ou em grupo, o número de sessões por semana, o tempo de duração de cada sessão; durante quanto tempo (número de sessões) se efetuará a intervenção musico terapêutica (Verdeau-Paillés, 1985). A intervenção da música decorre ainda a vários níveis tais como: fisiológico, afetivo, intelectual, comunicação, identificação, associação e autoexpressão.

A Musicoterapia contempla objetivos claros que contêm sempre um propósito. O paciente recorre sempre a esta prática por razões específicas e o musicoterapeuta trabalha sempre com estas intenções e objetivos específicos na sua mente. A Musicoterapia é também temporalmente organizada no tempo, mesmo naquelas alturas em que o processo ocorre de uma forma espontânea, contém sempre uma intenção de organizar as experiências com

sequências evolutivas e significativas para o paciente em lugares regulares, planejados, impondo limite de tempo, em cada sessão respetivamente. Finalmente, esta também possui um carácter metódico, pois é um procedimento que só se pode concretizar recorrendo a três etapas básicas levadas a cabo separadamente ou em simultâneo: o diagnóstico, tratamento, e avaliação (Bruscia 2000).

Segundo Frager (1979), a Musicoterapia recorre a várias técnicas não apenas passivas onde o paciente desempenha um papel apenas de ouvinte, mas também ativas onde o paciente por sua vez procede a produção de músicas, assim como execução de movimentos corporais, recorrendo a processos verbais entre outros, obtendo desta forma resultados extremamente benéficos não apenas no aspeto psicológico, mas também no aspeto físico e emocional. O prazer musical desencadeia, a nível químico no corpo, efeitos fisiológicos que aumentam as defesas naturais, diminui a dor, etc.

No contexto de clínicas, hospitais entre outros, por exemplo, as sessões podem ser individuais ou sessões englobando todos os pacientes, promovendo assim uma integração, e muitos outros aspetos benéficos, além da possibilidade dos familiares do paciente poderem participar nestes trabalhos, gerando outra profundidade e poder da terapia. É de igual forma enriquecedor quando o processo abrange os funcionários da instituição, permitindo que a equipa toda esteja melhor alinhada e em condições pessoais e internas mais estáveis onde têm a possibilidade de desempenhar mais adequadamente as suas funções como “agentes” de cura. O mesmo exemplo pode-se aplicar perfeitamente relativamente a outros contextos e áreas onde a musicoterapia pode ser aplicada, nomeadamente escolas, lares, creches, espaços terapêuticos em geral, espaços relacionados ao autoconhecimento.

A Musicoterapia, pode enquadrar-se em diversas áreas e níveis de prática, em conformidade com o contexto a que se aplica, assim como o público e ambiente que se destina, como por exemplo a Musicoterapia Didática, que trabalha em paralelo com a área educacional e a Musicoterapia Comunitária, que faz parte da área social, (Michalovicz, 2012).

A musicoterapia comunitária segundo Bruscia (2000, p.237 a 268), é uma prática na área ecológica, que possui um visão e emprego da música e da Musicoterapia propondo promover a saúde e harmonia entre os diferentes estratos sociais, culturais e ambientais. Nesta conceção de prática o termo cliente/paciente é alargado para comunidade. O termo de Comunidade aqui significa um grupo de pessoas agregadas em determinado local, onde estão agrupadas por deliberação própria ou por agentes fundamentais sejam eles físicos, sociais, de saúde ou ambientais.

A Musicoterapia deveria ser vista como uma actividade cultural paralelamente a uma modalidade terapêutica. A música e a musicoterapia desempenham um papel relevante na construção de melhores condições que proporcionam uma melhoria na qualidade de vida das pessoas e consequentemente do grupo a que elas pertencem ou fazem parte numa dada altura: *“elas ampliam a nossa percepção emocional, instalam um senso de mediação, promovem a pertinência e dá significado e coerência a vida”* (RUUD, *apud* Bruscia, 2000. p.239).

Segundo Araujo (ARAUJO, *apud* Brandão & Bomfin, 1999, p.121) considera a musica como um excelente recurso metodológico revelando a sua eficacidade na estruturação e consolidação das identidades comunitárias. Este, considera a musica como uma das manifestações artísticas mais relevantes e com maior significado :*“é um veiculo legítimo de expressão do amor, paixão, da luta reivindicadora popular, da crença religiosa, das esperanças e sonhos coletivos, da cultura de um modo geral e dos movimentos culturais.”*

A Musicoterapia pode assim se considerada como uma prática didática a um nível auxiliar a ser empregue dentro da escola. As práticas didáticas são as que têm como principal objectivo ajudar os pacientes a alcançarem os conhecimentos, comportamentos e habilidades imprescindíveis para a vida operante e autonoma e para a sua posterior integração social. Tal engloba todas as aplicações da musicoterapia em salas de aulas em que os objetivos fundamentais do programa são de natureza particularmente educacionais. (Bruscia, 2000)

O musicoterapeuta ouve os problemas dos alunos quer pessoais como de saúde ou educacionais, pesquisa a natureza dos mesmos e suas implicações no desenvolvimento educacional, pretende ajudar o paciente/aluno a alcançar a saúde superando estes obstáculos. Em Musicoterapia a aprendizagem musical é apenas um meio para atingir um fim, os objetivos são fundamentalmente relacionados com a saúde e em segundo plano estéticos ou musicais. Realça-se deste modo o mundo musical particular da pessoa (aluno/paciente) abordando-se questões de saúde que podem ser trabalhadas através da música e seus respectivos elementos (Bruscia, 2000).

A aplicação da Musicoterapia pode ser nos contextos mais distintos, áreas e diferentes públicos. A duração das sessões varia consoante a disponibilidade e dependendo das situações a serem trabalhadas podem por isso duram aproximadamente uma hora, serem realizadas em grupo, ou também individualmente.

## **CAPÍTULO II: - CONCEPTUALIZAÇÃO TEÓRICA DO AUTISMO**

## 2. Conceito

Na perspectiva de Marco, J. e Rivière. A (1998, citado por Saldanha, A. 2009), é autista o indivíduo para a qual as restantes pessoas resultam opacas e imprescindíveis; é a pessoa que vive distante, mentalmente ausente no meio social que o rodeia, aquele que não possui capacidade para pautar e orientar o seu comportamento através da comunicação. Autista, é aquela pessoa que é fruto de um acidente da natureza seja este genético, metabólico, infeccioso, entre outros, e que por esse motivo foi impedido a aceder à intersubjetividade, ao mundo interno das outras pessoas, mantendo as portas fechadas do seu mundo para a sociedade em geral e até para si mesmo.

O Autismo, segundo Correia (1999) é um problema neurológico que afeta a percepção, o pensamento e a atenção, manifestando-se a partir dos primeiros anos de vida expressa numa perturbação comportamental. Segundo este autor, esta desordem pode, igualmente estar relacionada a outras problemáticas tais como deficiência visual, a deficiência auditiva e a epilepsia. Não existem praticamente sinais que evidenciam a presença de problemas associados com o autismo desde o nascimento e ao longo dos primeiros meses de vida, revelando conseqüentemente ser uma criança perfeitamente normal. A Associação Médica Americana menciona o facto de que apenas por volta dos trinta meses é que se podem observar algumas anomalias no desenvolvimento da criança. Esta inicia um processo de regressão a nível de linguagem, cessa de responder a diferentes estímulos, revela renitência aos carinhos dos pais e podendo mesmo gritar se alguém segurar nela ao colo (Nielsen, 1999).

Marques (2000), também define o autismo como sendo uma perturbação que prejudica o progresso de uma criança nas várias áreas do seu desenvolvimento, tal como no modo de compreender e de se relacionar com o mundo. A necessidade natural de contacto social, não está implícita nas crianças com autismo a relação e interação no seu meio circundante é-lhes indiferente. Podemos considerar, que é um distúrbio que impossibilita uma criança ou jovem de fomentar relações sociais comuns, comportando-se manifestamente de maneira compulsiva ritualista e em regra geral não desenvolvendo a inteligência normal.

Segundo Siegel (2008), o autismo é uma perturbação do desenvolvimento que afeta variados aspetos do modo como a criança olha o mundo e descobre a partir das suas experiências próprias. As crianças com autismo não revelam o interesse habitual na interação social. A afabilidade e posterior aceitação dos outros não desempenha o papel importante que regularmente assumem para as crianças em geral. O autismo não é resultante de uma evidente ausência de desejo de pertença, mas sim na relativização do mesmo, é ainda a forma melhor

reconhecida e mais habitual de um grupo de perturbações coletivamente denominadas por “Perturbações Globais do Desenvolvimento”. Pode causar alguma confusão o facto de, em momentos distintos do passado e em países diferentes, recorrerem a diversas designações para o autismo e para perturbações como ele relacionadas. O termo perturbações globais do desenvolvimento (ou PGD) é utilizado para descrever o autismo (perturbação autista), assim como um conjunto de PGD não autistas (tal como a perturbação).

É ainda relatada pelo psiquiatra pediátrico Kanner (1943) citado por Marques (2000) como sendo uma perturbação do desenvolvimento psicológico que afeta diretamente o modo como as pessoas traduzem emoções, expressões e ações e por Correia (1999) como um “problema neurológico que afeta a perceção, o pensamento e a atenção expresso numa desordem desenvolvimental vitalícia desencadeada nos três primeiros anos de vida” Segundo Frith (1989), citado em Pereira (1998) autismo é de igual forma uma deficiência mental específica que afeta de forma expressiva as interações sociais, a comunicação verbal e não-verbal, a atividade imaginativa e se exposta por meio de um reportório limitado de atividades e interesses. Subsistem disfuncionamentos característicos no indivíduo com autismo no que diz respeito aos sistemas relacionados com a resposta a estímulos externos e internos, nomeadamente, aos processos intencionais assim como às respostas imagéticas e verbais.

## **2.1- Perturbação do espectro do autismo**

Os livros que relatam a história de uma criança com autismo particular podem, inicialmente, serem particularmente falaciosos pois certos aspetos descritos podem provir de uma forma característica do autismo e outras podem derivar da respetiva personalidade individual. Para designar uma criança que manifesta muitos poucos sintomas de autismo, ou que mostra manifestações menos graves desta perturbação existem diferentes “rótulos”. São utilizadas por vezes, expressões do género “tipo autista”, “tendências autistas”, “perturbação global do desenvolvimento” ou síndrome de Asperger” (Siegel, 2008).

É cada vez mais reconhecido o facto que muitas perturbações do neurodesenvolvimento ficam melhor descritas se forem integradas no espectro do autismo. A expressão “perturbações do espectro”, significa particularmente, que persistem diversas variantes e expressões parciais de uma determinada perturbação em pessoa com risco biológico e familiares idênticas. Surgindo desta forma a designação de perturbação do espectro do autismo (Murpy, Bolton, Pickles, Fombonne, Piven & Rutter, 2000).

Reconheceremos a existência de vários autismos (Avarez & Reid, 1999; Cavalcanti & Rocha, 1997, 2001; Sacks, 1995, citado in Luciana Pires, 2007). Existem de facto, vários autismos, em primeiro lugar, porque são únicos, os indivíduos autistas e em segundo lugar, porque não podemos considerar o autismo como sendo um diagnóstico que contém uma serie de outros diagnósticos virtuais. Tal constatação sustenta a fundamentação da afirmação de subgrupos dentro do que se convencionou chamar de “espectro autista”. O que existe de comum entre os vários autismos (e autistas) é o reconhecimento de dificuldades ligadas a três áreas prioritariamente: integração, comunicação e brincar (Alvarez & Reid, 1999; Saks, 1995; Wing & Attwod, 1987); citado in Luciana Pires, 2007).

As PEA consistem numa perturbação grave do neurodesenvolvimento e manifestam-se através de dificuldades muito particulares da comunicação e da interação, relacionadas na dificuldade em utilizar a imaginação, em admitir mudanças de rotinas e à manifestação de condutas estereotipadas e limitadas. Estas perturbações incluem um défice na flexibilidade de pensamento, um modo muito particular de adquirir as suas aprendizagens e um difícil contacto e comunicação do indivíduo com o meio envolvente, (Jordan, 2000).

Para determinar o autismo, existe um conjunto de dificuldades nos três domínios que o caracterizam, uma só característica não é o suficiente para o definir. Uma das características mais evidentes do autismo são os problemas de interação social. As crianças autistas não respondem quando as chamam pelo nome e abstêm-se muitas vezes do contacto visual. Possuem dificuldades em entender as pessoas, os gestos, a interpretar o tom de voz ou a expressão facial e emoções. Mostram não possuir consciência da existência dos sentimentos por parte dos outros e do posterior impacto negativo dos seus comportamentos nos outros (Siegel, 2008).

Por vezes, algumas pessoas com autismo têm, tendência a terem comportamentos agressivos particularmente quando estão num meio desconhecido e inquietante, ou quando estão manifestamente irritados, frustradas ou sob o efeito da sua hipersensibilidade aos estímulos e apresentam os problemas de comunicação: mais de metade das pessoas com autismo não falarão ao longo de toda a sua vida. As que falam começam a falar tardiamente e referem-se a si próprias recorrendo ao seu nome em vez de utilizarem o “eu”. Utilizam a linguagem de uma forma particular. Uns utilizam somente uma palavra, outras insistem na repetição da mesma frase em qualquer situação. É comum falarem de uma forma cantada e monocórdica acerca de um número restrito dos seus temas favoritos, sem demonstrar preocupação com o interesse da pessoa com quem falam. Para além da sua capacidade de

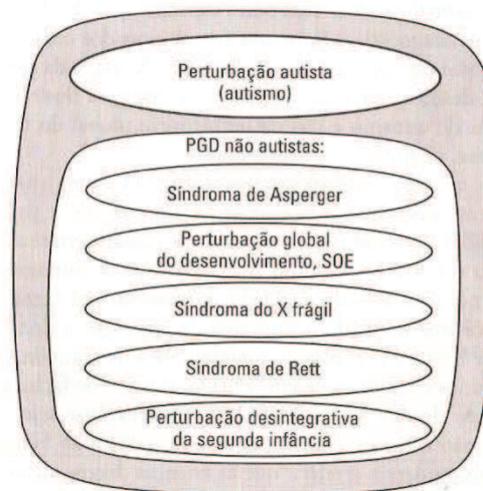
falar, como aprender o sentido da comunicação é um dos grandes problemas de todas as pessoas com autismo (Hewitt, 2006).

Apesar da maioria das vezes as pessoas com autismo apresentarem uma aparência física normal e bom controlo muscular, grande parte delas possui movimentos bizarros e repetitivos tais como balançar-se, tocar nos cabelos, ou comportamentos autoagressivos tais como morderem-se ou bater com a cabeça. Estas condutas manifestam-se muitas vezes derivado ao obstáculo que a comunicação o condiciona ou de problemas em entender o significado social dos comportamentos ou provêm ainda de uma sensibilidade excessiva a determinados estímulos sentidos como incómodos. A sensibilidade invulgar ao tato pode colaborar para a resistência às carícias. Algumas pessoas com autismo tendem a realizar de forma repetida sempre as mesmas atividades sem interrupção. Uma pequena mudança na rotina pode ser especialmente transtornante. As crianças com autismo excecionalmente entram em jogos do “faz de conta”, pois possuem extrema dificuldade em tudo o que se prende a jogos imaginativos ou jogos simbólicos (Marques, 2000).

Não existe um teste único que possa ser aplicado para se realizar o diagnóstico. As perturbações do espectro do autismo constituem uma síndrome, o que significa que os indivíduos atingidos pela perturbação não manifestarão todos os indícios e sintomas a ela relacionados. Os pais, frequentemente, dizem que o seu filho não se assemelha às crianças com autismo relatadas em livros que os mesmos leram sobre a perturbação em questão, antes de à criança ser diagnosticado autismo ou PGD. Tal sucede porque não há duas crianças com autismo semelhantes, da mesma maneira que não existem duas crianças com desenvolvimento regular que sejam iguais. A maioria funciona de facto num grau de dificuldades a nível de aprendizagens, apresentando-se fracas ou moderadas. Por outro lado, apresentam-se numa minoria impressionante conhecida como “*sábios*” revelando por sua vez competências magníficas, muito acima das aptidões comuns nos campos da matemática, música, desenho e memória. O termo Síndrome de Asperger é muitas vezes empregue para proceder à descrição das pessoas que apesar de manifestar um comportamento notoriamente autista possuem um bom desenvolvimento da linguagem.

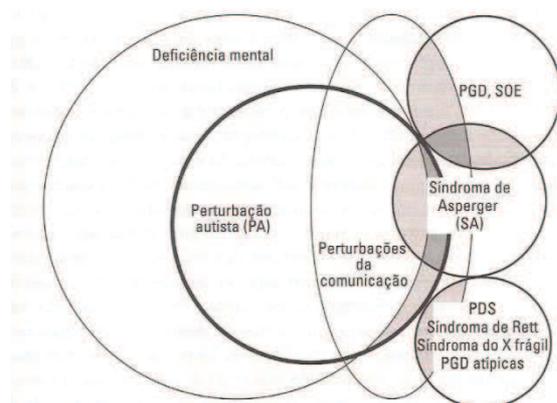
É difícil proceder a avaliação do nível de funcionamento intelectual das pessoas com autismo devido aos défices a nível social e de linguagem que interferem com a avaliação (Siegel, 2008).

**Figura 1.** Perturbações globais do desenvolvimento: perturbações do espectro do autismo



Fonte: Siegel, (2008,p.22).

**Figura 2:** Perturbações do espectro do autismo e outras perturbações do desenvolvimento



Fonte: Siegel, (2008; p.23)

As Figuras 1 e 2, respetivamente, elucidam onde se localiza o autismo (“perturbação autista”), relativamente às diversas PGD existentes, mostrando também as ligações entre o autismo e as restantes perturbações globais do desenvolvimento com as quais é por vezes confundido. Os esquemas aqui apresentados pretendem dar uma ideia global de como os diferentes termos utilizados nos diagnósticos se relacionam entre si.

## **2.2- Classificação**

Segundo Siegel (2008), o diagnóstico tem dois propósitos, primeiro, é visto como um rótulo, significando que o problema é reconhecível e que já aconteceu anteriormente, o segundo propósito prende-se com a importância do rótulo ou diagnóstico, que este possui permitindo a facilitação ao acesso aos mais diversos serviços de apoio respetivamente. O diagnóstico nesta problemática é indispensável e numa primeira instância, possibilita explicar à família que a criança possui, permitindo dar-lhes uma conceção geral daquilo que poderão vir a aguardar do seu filho, tais como os sintomas do espectro do autismo na criança em questão, os sintomas mais salientes e os mais moderados, tal como numa exposição dos pontos fracos da criança diagnosticada. Numa segunda instância diagnosticar permite iniciar um plano de tratamento conduzindo respetivamente a criança aos serviços de que deverá numa fase posterior vir a poder usufruir, aqueles de que ela carece para colmatar as suas necessidades e dificuldades (Siegel, 2008).

Segundo a mesma autora, o diagnóstico permite trazer consigo posteriormente o tratamento obedecendo a diversos tipos de serviços, ao longo do processo, podem vir a sofrer alterações conforme a evolução da criança. Este baseia-se fundamentalmente o comportamento, sendo efetuado através da tradução da significação do desvio, da ausência ou do atraso em determinado comportamento. Como tal, quando mais atempadamente se realizar o diagnóstico, mais precocemente se poderá intervir, havendo a oportunidade fulcral dessa mesma intervenção poder possuir um efeito fulcral no desenvolvimento da criança e na sua família. Sabendo que o autismo é identificado através do comportamento que os indivíduos exibem e não por meio de análises, exames ou testes, o seu diagnóstico encontra-se de alguma forma dificultado.

O termo autismo é também utilizado por diversos autores e investigadores com teorias e visões distintas o que leva a que uma dificuldade crescente. Para além disso, após a definição que Kanner fez, seguiram-se variados estudos o que tem conduzido a posteriores redefinições da patologia, apesar das características assinaladas por Kanner se tenham sustentado. O ponto de vista sobre o autismo segundo Kanner (1943) tem vindo a sofrer uma redefinição, embora se conservem as características por ele assinaladas tais como: incapacidade para o estabelecimento de um relacionamento social; falha no uso comunicativo da linguagem; interesses obsessivos e desejo de se manter isolado; fascínio por objetos; boas capacidades cognitivas; início antes dos trinta meses. Posteriormente Eisenberg e Kanner (1956) resumiram as principais características do autismo em apenas duas: isolamento social e

indiferença aos outros; resistência às modificações e rotinas repetitivas. De acordo com Gilbert e Coleman (1992) citados por Marques (2000) a classificação de autismo designa, atualmente, uma categoria de diagnóstico mais abrangente.

O autismo é expressão sintomática de uma perturbação cerebral provocada por diferentes tipos de lesões, que se manifesta através de diferentes graus e sintomas, este facto é consensual. Apesar de algumas discrepâncias e obstáculos, a maioria da comunidade científica atualmente baseia as suas investigações num dos dois sistemas de diagnóstico formalmente aceites: o DSM -IV (APA) e o ICD 10 (OMS). No DSM -IV, o autismo é visto como uma das Perturbações Globais do Desenvolvimento. De acordo com este sistema de diagnóstico, estas Perturbações abrangem e não apenas o autismo clássico (que aqui emerge com a designação de Perturbação Autística, autismo infantil precoce, autismo infantil ou autismo de Kanner), mas também outras perturbações que manifestam variações do autismo clássico. Tais perturbações são denominadas no DSM-IV como: Perturbação de Rett, Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância, Perturbação de Asperger e Perturbação Global do Desenvolvimento Sem outra especificação (incluindo o Autismo Atípico) (DSM-IV-TR, 2008).

Existem cinco diagnósticos específicos do espectro do autismo que abrangem a Perturbação Autística, a Síndrome de Asperger, a Síndrome de Rett, a Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância e a Perturbação Global do Desenvolvimento sem outra especificação. As causas que distinguem autismo de outras PEA estão patentes no quadro seguinte:

**Quadro 1-** Fatores que diferenciam o autismo de outras Perturbações do Espectro do Autismo.

Desordem	Início	Atraso	Severidade	Domínios afectados
Autismo	Acima dos 3 anos (a)	Pode ser ou não associado com atrasos globais (a)	Excede o princípio padrão do número de característica (a)	Social, comunicação e comportamentos repetitivos (a)
Transtorno Desintegrativo da Infância	Desenvolvimento típico acima dos 2 anos; perda da fala e de pelo menos outra capacidade (c)	Normalmente associada com o défice mental e requer suportes adicionais (b)	Sem limites específicos, mas semelhantes ao autismo	Desvios em dois ou três domínios do autismo
Síndrome de Asperger	Pode ser antes ou depois dos 3 anos (b)	Não há um atraso global na cognição ou linguagem (c)	Deve exceder os limites na área social (b)	Domínio social e interesses restritos (b)
*Autismo atípico (ICD-10) *Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Não especificado (DSM-IV)	Pode não cumprir os critérios do autismo (b)	Pode estar ou não associado a atraso do desenvolvimento	Pode ir abaixo dos limites numa ou mais áreas (b)	Domínio social e interesses restritos; social e/ou comunicação ou comportamentos repetitivos ou ambos (c)

- a) Critérios autistas
- b) Pode divergir do autismo
- c) Difere sempre do autismo

**Fonte:** Lord, C., Rutter M., DiLavore, P.C., & Risi, S. (2002, p15).

As características diagnósticas do autismo, assim como limitações na área social e problemas de comunicação, são importantes para diferencia-lo de outras aptidões, contudo são relativamente vagos para a conceituação de como um individuo com autismo percebe o mundo, agindo tendo como base esta compreensão e conseqüentemente aprende (Holmes, 1997). Encontram-se, em seguida as suas características básicas que através da sua interação, produzem conseqüentemente os comportamentos que compreendem este transtorno.

Quadro 2 – DM-IV – Critérios de diagnóstico da perturbação autista e da perturbação global do desenvolvimento (2008)

**Tabela 1.** DSM-IV – critérios de diagnóstico de perturbação autista e de perturbação global do desenvolvimento SOE

Para ser diagnosticada uma perturbação autista, tem de se verificar pelo menos um item da parte A, da B e da C, sendo que pelo menos seis itens, no total, têm de estar presentes. Os indivíduos que responderem positivamente a um menor número de critérios são diagnosticáveis como apresentando perturbação global do desenvolvimento SOE.

**A. Défice qualitativo na interacção social:**

1. acentuado défice no uso de múltiplos comportamentos não verbais, tal como contacto ocular, expressão facial, postura corporal e gestos reguladores da interacção social;
2. incapacidade para desenvolver relações com os companheiros, adequadas ao nível de desenvolvimento;
3. ausência da tendência espontânea para partilhar com os outros prazeres, interesses ou objectivos;
4. falta de reciprocidade social ou emocional.

**B. Défices qualitativos na comunicação:**

1. atraso, ou total ausência, de desenvolvimento da linguagem oral (não acompanhado de tentativas para compensar através de modos de comunicação alternativos, tal como gestos ou mímica);
2. acentuada incapacidade na competência para iniciar ou manter uma conversação com os outros, apesar de os sujeitos terem um discurso adequado;
3. uso estereotipado e repetitivo da linguagem ou linguagem idiossincrática;
4. ausência de jogo realista espontâneo e variado, ou de jogo social imitativo adequado ao nível de desenvolvimento.

**C. Padrões de comportamento, interesses ou actividades restritos, repetitivos e estereotipados:**

1. preocupação absorvente com um ou mais padrões de interesse estereotipados e restritos, anómalos quer em intensidade ou em objectivo;
2. adesão aparentemente compulsiva a rotinas ou rituais específicos não funcionais;
3. maneirismos motores estereotipados e repetitivos (por exemplo, sacudir as mãos ou os dedos, rodar as mãos ou movimentos complexos de todo o corpo);
4. preocupação persistente com partes de objectos.

Desenvolvimento anormal ou deficitário em pelo menos uma das seguintes áreas, com início antes dos três anos de idade: (1) interacção social, (2) linguagem usada na comunicação social, ou (3) jogo simbólico ou imaginativo.

Quanto ao Diagnóstico Referencial, a identidade de todas as perturbações é descrita pelo conjunto de características básicas que as distinguem de outros síndromas ou patologias. Conforme este tipo de diagnóstico, na presença de suspeita de autismo deve, como refere Marques (2000) com base no DMS-IV (2008), estabelecer-se essencialmente com as seguintes Perturbações Pervasivas do Desenvolvimento: Síndrome de Rett (etiologia genética pelo facto de atingir somente o sexo feminino, com um início normal perdendo posteriormente as capacidades adquiridas); Perturbação Desintegrativa da Infância (desenvolvimento precoce anormal associada de uma desintegração não explicada, geralmente durante os primeiros cinco anos de vida); Síndrome de Asperger (diagnóstico de forma mais tardia do que no autismo pelo facto dos atrasos não serem tão marcados); Perturbação

Perversiva do Desenvolvimento não Específica (presença de menos itens e de menor gravidade do que no diagnóstico de autismo); Esquizofrenia (desenvolvimento normal ou quase normal ao longo de vários anos e existência de alguns sintomas ativos como as alucinações); Mutismo seletivo (as crianças com esta patologia demonstram geralmente capacidades comunicativas adequadas em contextos definidos, o que não se processa nas crianças com autismo), Perturbação da Linguagem Expressiva e Perturbação Mista da Expressão e Recepção da Linguagem (há uma incapacidade linguística, mas está dissociada da existência de uma competência qualitativa das interações sociais, nem com os padrões de comportamento repetitivos e estereotipados próprios do autismo); Atraso Mental de acordo com o DSM-IV este diagnóstico aplica-se a conjunturas em que existe um défice social qualitativo, um défice nas capacidades comunicacionais, e características relativas comportamento próprias do autismo.

### **2.3- Prevalência**

As preocupações crescentes relativamente à prevalência do autismo por parte dos pais, pelos profissionais de saúde têm vindo a chamar a atenção dos meios de comunicação social. A investigação inicial apontava que o autismo (estritamente limitado às crianças cujas características obedeciam a todos os critérios para a perturbação), tinha uma taxa de 4 a 6 sujeitos afetados em cada 10 000 (Wing e Gould, 1979).

Um estudo efetuado a meio da década de 1980 ampliou ligeiramente os critérios de diagnóstico apontando para uma taxa de 10 em cada 10 000 na despistagem da população total de uma região geográfica circunscrita no Canadá (Bryson et al., 1988).

Estudos epidemiológicos apresentam uma prevalência de aproximadamente 1 em cada 200 indivíduos (Klin, 2006), sendo esta quatro vezes maior em meninos do que em meninas. Somente no Brasil, embora não existam dados epidemiológicos estatísticos, é estimado pela Associação Brasileira de Autismo que aproximadamente 600 mil pessoas apresentam essa síndrome (Bosa & Callias, 2000), sem contar aqueles que não se enquadram na sua forma típica.

Efetuaram-se novos estudos que se concentraram nas crianças em idade pré-escolar, a partir da investigação anterior. Para isso recorreram a formas de diagnóstico normalizadas e onde foram utilizadas técnicas de averiguação ativas. A partir destes estudos estimavam-se que a prevalência era de 60, a 70 em 10 000, ou aproximadamente 1 em 150 em todo o

espectro do autismo e 1 em 500 para as crianças com a síndrome completa de Perturbação Autística (Chakrabarti e Fombonne, 2005). Este crescimento fundamenta-se pelo facto de esta investigação ter examinado todo o espectro do autismo.

Dependendo da utilização da definição de autismo, um número ligeiramente superior ou inferior de crianças será avaliado como sendo autista, ou será considerado como manifestando outra forma de PGD. É necessário ainda ponderar, que a prevalência de formas não autistas de PGD não está tão bem observada quanto a prevalência do autismo em si. No entanto, em geral, grande parte dos especialistas admite que, se forem considerados em conjunto casos de autismo e de PGD não autistas, e se for aplicada uma notável liberal definição de autismo, as perturbações do espectro do autismo apresentam-se em aproximadamente dez a quinze crianças em cada 10 000. Resumidamente, uma criança em cada 650 a 10000 crianças revela perturbações do espectro do autismo. Num país com as dimensões dos Estados Unidos, estima-se existirem cerca de 450 000 crianças e adultos apresentando as mais diversas formas de perturbações do espectro do autismo (Siegel, 2008).

Existem alguns estudos onde foram discriminadas as taxas segundo os subtipos específicos das perturbações globais do desenvolvimento DSM-IV-TR e tornou-se desta forma evidente que a própria prevalência do autismo clássico está a aumentar. Chakrabarti e Fombonne, (2005), referem uma taxa de 16,8 por cada 10 000 para a Perturbação Autística segundo o DMS-IV. É de 3 a 4 vezes mais alta do que nas décadas 80 e 90. Este mesmo estudo menciona de igual forma um acréscimo expressivo das demais perturbações globais de desenvolvimento. Justifica-se este aumento, tendo por base várias explicações sustentando-se em artefactos e outras que se baseiam em fatores de risco ambientais e biológicos que surgiram recentemente, com o aumento da tomada de consciência por parte dos clínicos, as práticas de melhor identificação e de referenciação, ferramentas de diagnóstico mais sensíveis e sistemas de classificação mais vastos. Certos fatores que colocam os bebés e as crianças em maior risco de desenvolver autismo, podem igualmente ter emergido nas últimas décadas. Hoje em dia, existe muita coação para se estudarem os fatores ambientais que podem por sua vez contribuir para o acréscimo do número de casos que se está a pesquisar.

De acordo com Garcia & Rodrigues (1997), estudos efetuados apontam o autismo como sendo mais habitual nos rapazes do que nas raparigas, numa proporção de três a quatro para um, citando ainda que surge em quatro ou cinco para dez mil habitantes. Reuter (1987), citado pelos mesmos autores diz que o autismo está associado, em quase 75% dos casos, à deficiência mental, sendo severa em apenas 50% dos casos. Somente 1 a 5% destes casos têm

quocientes intelectuais normais, o que é extremamente importante perceber quando pensamos na intervenção adequada para cada caso em questão.

Segundo Siegel (2008), as crianças que se acredita terem uma forma geneticamente transmitida de autismo possuem um irmão com portador da mesma deficiência ou um primo direto com autismo. É complicado ainda compreender a forma como o autismo é geneticamente transmitido e crê-se neste momento que as crianças que têm parentes com autismo mais afastados possuem de igual forma a perturbação transmitidas do mesmo modo. A única situação em que os sintomas de PGD ocorrem com mais frequência em raparigas é no caso de estas serem afetadas por uma perturbação chamada Síndrome de Rett. Muitas destas que manifestam esta síndrome passam por uma fase de desenvolvimento análoga à que caracteriza o autismo (por volta dos 2/5 anos de idade). Não se julga haver casos de rapazes afetados por esta síndrome.

## **2.4- A Etiologia do autismo**

Desde as primeiras considerações feitas por Kanner, em 1943, muitas reformulações nos mecanismos explicativos foram realizadas, sem, entretanto, chegar-se a conclusões consistentes. Isso pode ser observado nas diversas abordagens que historicamente tentaram estabelecer um lugar na dicotomia inato x ambiental de onde se possa definir o autismo. No entanto, a tendência atual na definição de autismo é a de conceituá-lo como uma síndrome comportamental, de etiologias múltiplas, com intensas implicações para o desenvolvimento global infantil (Volkmar, Lord, Bailey, Schultz, & Klin, 2004).

De modo a determinar qual a origem do autismo, várias teorias foram propostas, contudo, não é conhecida qualquer etiologia específica, dado tratar-se de uma perturbação complexa em que nenhuma pessoa é igual à outra, sendo que o mais provável é que esta perturbação seja originada por múltiplos fatores.

As teorias psicogénicas, teorias biológicas e teorias cognitivas foram surgindo dividindo-se nestes três grupos. Apesar de incidirem em áreas notoriamente diferentes, mais do que divergências, existe uma complementaridade entre elas, que com certeza vai permitir por sua vez, uma identificação cada vez mais clara e operacional (Cavaco, 2010).

### 2.4.1- Teorias Psicogenéticas

Esta perspetiva baseia-se nas teorias psicanalíticas sustentando que as crianças com autismo são normais à nascença, mas que devido a fatores familiares (pais frios e pouco expressivos), o desenvolvimento afetivo das mesmas permanece afetado, causando um quadro de autismo (Borges, 2000; Duarte, Bordin & Jensen, 2001).

Kanner, em 1943, já julgava que o autismo seria uma perturbação do desenvolvimento, apontando a possibilidade da presença de uma componente genética que, com o passar do tempo, mostrou ser exata. Porém, foi o próprio Kanner quem especulou em relação à possibilidade dos pais contribuírem para o distúrbio (Pereira, 1999; Marques, 2000).

Os estudos iniciais sobre o Autismo Infantil tinham por base essencialmente as anomalias de interação social, a partir da década de 60, o interesse recaiu sobre os défices cognitivos inerentes a esta perturbação. Deste modo, o défice cognitivo começa a possuir um papel decisivo na determinação da génese do autismo. A progressão a nível do aumento de técnicas de estudo do cérebro deu origem também um aumento crescente no seu desenvolvimento (Marques, 2000).

Em 1967, Bettelheim desenvolveu a teoria das “mães frigorífico”, mediante a qual, entendia que o autismo era desenvolvido nas crianças como resposta desadaptativa a um ambiente assustador e não afável por parte da mãe (Borges, 2000; Marques, 2000).

Apenas na década de 70 emergiram estudos posteriores que refutavam os resultados até então obtidos. A análise de crianças que eram vítimas de maus-tratos, assim como atos de negligência, em que se comprovou que as experiências vivenciadas pelas mesmas não estabeleciam quadros de autismo (Duarte et al, 2001).

Apesar de esta leitura psicanalítica ter oferecido contributos para a análise da etiologia do autismo, não podemos deixar de referenciar o facto de que atualmente se considera que a mesma conduziu efeitos nefastos para familiares dessas crianças que suportam a culpa de serem os criadores de tais transformações nos filhos (Borges, 2000; Duarte et al, 2001).

Uma outra crítica surgiu colocando em causa o papel que maioria dos investigadores desta abordagem se limitava a desempenhar observando as relações entre os pais e as crianças após estar instalada a perturbação. Contudo não existe um suporte empírico para a noção de que o autismo tenha origem nos padrões das interações familiares desviantes.

#### **2.4.2- Teorias Biológicas**

As investigações posteriores, que dizem respeito às PEA, mostraram sinais de que, existiria uma origem neurológica de base nesta perturbação.

Constata-se, dos relatos existentes, a associação do autismo com vários distúrbios biológicos (contemplando a paralisia cerebral, rubéola pré-natal, toxoplasmose, infecções por citomegalovírus, encefalopatia, esclerose tuberculosa, meningite, hemorragia cerebral, fenilcetonúria, e vários tipos de epilepsia) e, partindo destas concepções, atualmente admite-se que o autismo é resultante de uma perturbação de determinadas áreas do sistema nervoso central, prejudicando a linguagem, tal como o progresso nas áreas cognitivas e intelectuais, e a competência para criar relações (Pereira, 1999; Borges, 2000; Bosa & Calias, 2000; Marques, 2002).

Em 1991, um estudo realizado por Steffenfurg refere que 90% da sua amostra expunha provas que evidenciavam danos cerebrais, com uma variedade de problemas. Com a progressão do estudo cerebral procedeu-se o desenvolvimento progressivo de estudos biológicos sobre o autismo, alterando conseqüentemente as teorias etiológicas. Estudos esses que recaem em diversas áreas tal como a genética, com famílias possuidoras de gémeos, na neurofisiologia, sobre a disfunção cortical e subcortical, na neuroquímica, sobre os neurotransmissores e os peptídeos, nos estudos metabólicos, nos fatores imunológicos e nas complicações pré-natais, peri e pós-natais (Folstein & Rutter; Ornitz; Gilbert, citados por Marques, 2000).

Para Bosa & Callias 2000), Borges (2000), Marques (2002), Pereira (1998, 1999), do conjunto de teorias biológicas, evidenciam-se as seguintes teorias: Teorias genéticas (Síndrome X frágil); Anomalias biológicas (esclerose dupla, fenilcetonúria não tratada, rubéola, encefalite); Teoria da disfunção cerebral do hemisfério esquerdo; Teorias imunológicas.

### 2.4.3- Teorias Cognitivas

Tem-se assistido à primazia das características cognitivas que se sobrepõem aos sintomas afetivos e comportamentais, ainda que o autismo seja definido em termos de conduta. Uma das primeiras teorias, na qual pretendeu verificar se as crianças com autismo falhavam na associação de estímulos recebidos com a memória, como resultado de experiências anteriores que fora desenvolvida em 1964, por Rimland (Bosa & Callias, 2000; Marques, 2000). Em 1970, os trabalhos de Hermelin e O' Coner impulsionaram definitivamente essas investigações, ambicionando identificar o défice cognitivo básico subjacente às modificações indispensáveis no autismo (Lippi, 2005). Ao considerar a síndrome Autística como uma desordem do desenvolvimento, causada por uma patologia do sistema nervoso central, bem como a salientar os défices cognitivos do autismo, Ritvo, em 1976, tornou-se um dos autores pioneiros (Pereira, 1999; Borges, 2000; Marques 2000).

Na perspectiva desses autores, as pessoas com autismo retinham as informações verbais de forma neutra, sem as examinar, não atribuindo significado ou reestruturar, pelo que os seus estudos lhes concederam demonstrar uma das limitações mais marcantes e particulares do autismo: a inaptidão para avaliar a ordem, a estrutura e reutilização dos conhecimentos. Manifestam-se portanto, inaptos para obter regras ou de organizar experiências tanto nos domínios verbal ou não verbal, o que justifica a sua notória dificuldade na realização de tarefas guiadas por leis complexas tais como a linguagem e as interações sociais (Pereira, 1999; Happé, 2003, Frith & Happé, 2006).

O facto de conseguirmos pensar no que pensam as outras pessoas, e até pensarmos no que elas pensam sobre aquilo que nós pensamos é uma capacidade que todos parecemos ter. Cumine et al (2006), explanam que, em termos psicológicos, isto é descrito como capacidade para admirar o facto de outras pessoas terem estados de espírito, objetivos, carências, vontades, crenças, que podem ser distintos dos nossos.

Posteriormente, em meados dos anos 80, surge uma nova teoria psicológica explicativa do autismo, a “Teoria da Mente”, que tem como autores Uta Frith, Alan Leslie e Simon Cohen. Esta teoria tentou ir ao encontro da identificação dos défices sociais no autismo, tais com as lacunas no mecanismo mental de “metacognição”, aquele que coordena o “pensar acerca do pensamento”, (Baron-Cohen, 1990; Bosa & Callias, 2000; Marques, 2000; Lippi, 2005).

Esta teoria aplicada ao autismo, sugere que as crianças atingidas por uma perturbação desta natureza falham ou atrasam no desenvolvimento da competência de reconhecer os pensamentos dos outros. Refere de igual forma, que estas crianças estão limitadas em certas competências sociais, comunicativas e imaginativas. Acrescentando, porém, que esta incapacidade em desenvolver a consciência de que as outras possuem uma mente própria, remete inerentemente para uma incapacidade de autoconsciência fomentando nestes indivíduos graves transformações nas relações interpessoais (Happé, citado por Marques, 2000).

Foram evidenciadas por Jordan & Powell (1997) as implicações da limitação da Teoria da Mente, delineadas do seguinte modo:

- Dificuldade em prever o comportamento de terceiros, dando origem ao medo e a evitar os outros, uma vez que não entendem os seus propósitos nem os motivos que justificam o seu comportamento;

- Dificuldade em explicar o próprio comportamento e em compreender que ele afeta o que os outros pensam ou sentem, dando origem a uma falta de consciência ou motivação para agradar;

- Dificuldade em compreender as emoções (as suas e as dos outros), o que pode configurar uma possível ausência de empatia;

- Dificuldade em ter em conta o que as pessoas sabem ou podem saber, originando uma linguagem pedante ou incompreensível, com limitações em reagir ao nível do interesse do interlocutor;

- Dificuldade em compreender o fingimento e em distinguir os factos da ficção. Estas limitações, implícitas, na Teoria da Mente, afetam a capacidade da criança para interagir socialmente na sala de aula e no ambiente escolar mais alargado.

Em 1989, Frith afirmou que era extremamente complicado explicar alguns aspetos do funcionamento do autismo unicamente pela Teoria da Mente, por exemplo, a obstinação na aparência, a atenção ao pormenor em detrimento da globalidade, a o gosto pelas rotinas, o desassossego obsessivo e a presença de aptidões especiais. Esta autora explicou, desta forma que o Défice de Coerência Central assim como a incapacidade para reunir informações dispersas de modo a formar um significado de nível superior. Existe uma tendência para dar sentido às situações e aos acontecimentos de acordo com o contexto para as crianças que processam normalmente as informações:

- Foco de atenção idiossincrático;

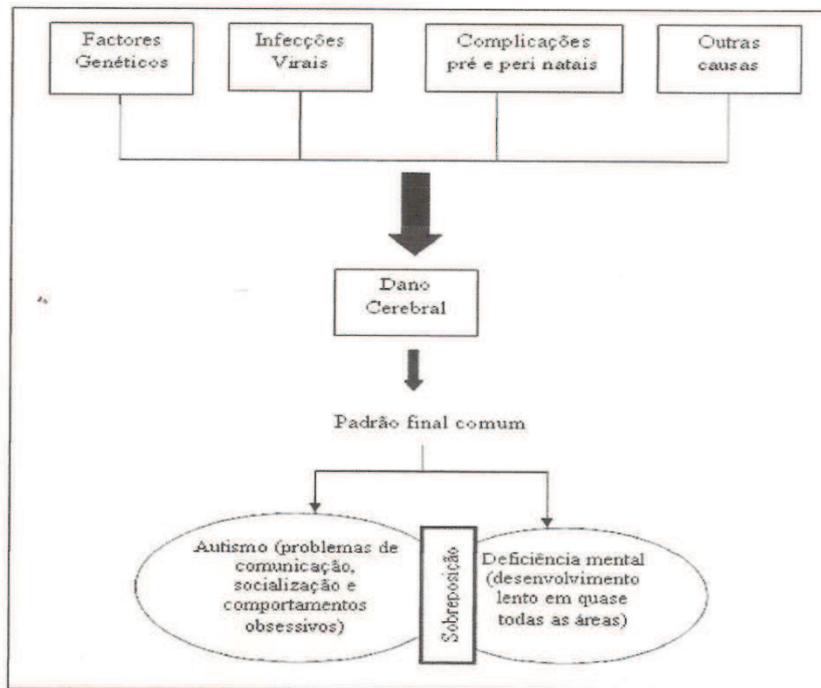
- Imposição da sua própria perspectiva;
- Preferência por aquilo que é conhecido;
- Falta de atenção para novas tarefas;
- Dificuldade em escolher e atribuir prioridades;
- Dificuldades de organização pessoal, de materiais e experiências;
- Dificuldade em estabelecer associações, generalizar capacidades e conhecimentos.

Frith, (1996)

Outra teoria avançada para justificar as limitações do autismo é a do Défice da Função Executiva. A Função Executiva foi definida em 1966, por Luria, como a capacidade para manter um determinado conjunto de comportamentos organizados em cadeia, dirigidos para a resolução de problemas e, por isso, apropriados para atingir um objetivo subsequente. Sally Ozonoff, (2004), salienta a limitação frequente desta função em pessoas com PEA. O comportamento das pessoas com autismo é, muitas vezes rígido, não flexível e exageradamente obstinado. Poder ter amplos conhecimentos, mas têm dificuldade em aplicar adequadamente os mesmos. Muitas vezes mostram estar tão concentrados em detalhes que são incapazes de alcançar imagem global (Cumine et al, 2006).

As implicações que se esperam que ocorram devido ao Défice da Função Executiva, segundo os mesmos autores, são a dificuldade em sentir as emoções, dificuldades da imitação assim como o obstáculo que jogo simbólico do faz de conta representa. A nossa compreensão das crianças com autismo aumenta com a perceção das teorias cognitivas atuais clarificando a perceção das suas implicações pedagógicas. É unânime existirem condições médicas variadas que permitem predispor o desenvolvimento de uma patologia desta natureza. Cohen e Bolton (citados por Marques, 2000), como tentativa de resolução deste enigma, apresentaram um modelo pois existem causas (algumas não identificadas) provavelmente responsáveis pelas áreas do cérebro lesadas e que provavelmente seriam as áreas responsáveis pelo normal desenvolvimento da comunicação, do funcionamento social e do jogo. É possível que exista uma associação com défice mental, uma vez que as condições médicas também afetam os sistemas cerebrais, necessários ao normal desenvolvimento intelectual.

Figura 3- Representação do modelo de patamar comum.



Fonte: Cohen & Bolton, 1993, citado por Marques (2000 p.69).

## 2.5- Características do Espectro do Autismo

As características desta síndrome são diferentes variando em função da criança, jovem ou adulto em questão, sendo por vezes complicado dizer que estes possam ter algo em comum. É no período inicial do desenvolvimento que se começa a notar os comportamentos que caracterizam tipicamente o autismo, devendo estar diagnosticado até aos 36 meses, embora perdure por toda a vida. De acordo com o DMS-IV (2008), as manifestações que caracterizam o autismo variam consideravelmente, consoante o nível de desenvolvimento e da idade cronológica da criança.

Para Cavaco (2009) as principais características do autismo encontram-se assentes: em perturbações no desenvolvimento da interação social recíproca, existindo nalguns casos indivíduos que se mostram indiferentes socialmente, que são passivos nas interações sociais, têm apenas um vago interesse pelas pessoas. Outros, pelo contrário, são muito ativos no

estabelecimento dessas relações embora de uma forma estranha, sem ter em consideração as reações dos outros. Em comum têm uma empatia limitada, sendo capazes de demonstrar afeição à sua maneira. Normalmente, exibem alguns comportamentos a nível social, como por exemplo: não seguem as pessoas, não contactam de forma espontânea, não procuram conforto para a frustração, não realizam atos empáticos, não estabelecem amizades, nem desenvolvem jogos cooperativos; em deficiência na comunicação verbal e não-verbal, alguns destes indivíduos não desenvolvem qualquer tipo de linguagem, outros pelo contrário, podem ser enganadoramente fluentes, embora todos tenham dificuldades em manter uma conversação. As suas capacidades linguísticas envolvem ecolalia, inversão de pronomes e palavras, e as suas reações às abordagens verbais e não-verbais das outras pessoas são desajustadas.

Atualmente, segundo Hewitt, (2006) referimo-nos, frequentemente, às pessoas que apresentam este tipo de distúrbio, como estando afetadas por um autismo “típico” ou “clássico”. Entre as características marcantes deste autismo típico ou clássico, encontram-se:

- Uma inabilidade comum a todos os indivíduos para desenvolver relacionamentos mesmo com os pais e com os irmãos;
- Competências de interação limitadas, que vão desde a dificuldade em manter contacto visual até uma inabilidade para manter uma conversa, para socializar ou para partilhar;
- Uma preferência por jogos repetitivos e estereotipados como a construção de torres com módulos, ou a arrumação de objetos favoritos em longas filas, carros de brinquedo, livros etc. sem uma ideia real acerca da forma mais adequada de usar um brinquedo ou objeto específico.;
- Uma preferência e um fascínio por objetos que podem ser manipulados através do movimento, repetitivos, de motricidade fina, particularmente por aqueles que podem ser postos a girar, uma vez mais sem qualquer ideia quanto à maneira mais apropriada de usar o objeto ou os brinquedos em questão;
- Um desejo obsessivo de conservação da uniformidade incluído as rotinas.
- Um perturbado extremam quando as rotinas são inesperadamente alteradas. Aqui, incluem-se os rituais autoimpostos, que têm o objetivo de oferecer consolo, mas que podem ser socialmente inapropriados.
- Uma hipersensibilidade aos estímulos ambientais; as respostas a uma carga excessiva de estímulos podem tomar a forma de um movimento de baloiço do corpo ou de tapar os ouvidos com as mãos.

- Uma boa capacidade de memorização de rotinas, frequentemente relacionados com objetos pouco usuais, como o número de calçado, supermercados, matrículas de automóveis, entre outros.

- Um acentuado atraso ou um notório insucesso na aquisição da linguagem;

- Um uso pouco vulgar da linguagem, de uma forma não comunicativa.

Algumas crianças com autismo apresentam inteligência e fala intactas, outras apresentam também atraso mental, mutismo ou importantes atrasos no desenvolvimento da linguagem. Outros parecem fechados e distantes, presos a comportamentos restritos e a rígidos padrões de comportamento. Uma grande parte destas crianças apresenta deficiência mental associada. Tendem a exibir bastantes sinais comportamentais como a hiperatividade, restrições a nível de atenção, impulsividade, agressividade, comportamentos de autoagressão e birras muito frequentes, principalmente nas crianças. Existe, também na maioria dos casos, uma alteração nas respostas a estímulos sensoriais auditivos, visuais e olfativos. Podem ocorrer anomalias a nível alimentar, sendo frequente uma grande instabilidade nos afetos e no humor, assim como uma falta de noção de perigo e de medo face a certas situações. Comportamentos de automutilação podem também ocorrer, (Marques, 2000).

Resumindo, a área central de dificuldade da pessoa com autismo é a sua mais manifesta disfuncionalidade, ao desenvolver competências para responder e produzir relações consideradas adaptadas para com os outros processos de comunicação, deficiente organização semântica não-verbal; dificuldades de atenção; dificuldades de imitação e generalização nos comportamentos cobertos imagéticos e verbais e dificuldades de comunicação e socialização.

As observações de Kanner sobre a natureza do autismo eram objeto de debates e de investigação intensa. Enquanto a comunicação de Asperger permanecia desconhecida, Wing e Judith (citados por Marques, 2000), definiram o autismo como uma síndrome que apresenta comprometimentos em três importantes domínios do desenvolvimento humano: na interação social, na comunicação e na imaginação e compreensão social. Essa tríade de perturbações do desenvolvimento, denominada “Tríade de Lorna Wing”, passou a ser mundialmente reconhecida.

O comprometimento na habilidade de reconhecer os outros seres humanos como tendo características mais interessantes e, potencialmente, mais gratificantes do que o ambiente físico remetem-se às perturbações na interação social. A perturbação, desde o mais grave isolamento, varia de tentativas para evitar e ignorar o contacto físico ou social com

outros, até formas mais brandas, em que as pessoas procuram ativamente o contacto social, porém de forma unilateral e inadequada (Wing, 1997).

O aspeto social da vida, no caso da maior parte das pessoas é frequentemente a parte que apreciam (e a expectativa é a de que sejam capazes de apreciá-la) acima de todas as outras. A maioria das crianças com idade escolar gosta dos períodos de brincadeira e de fazer novas amizades. Para as crianças afetadas pela forma mais clássica de autismo, que preferem sobretudo afastar-se dos outros para se centrarem em objetos, não é este o caso. Todos os indivíduos com autismo são de um modo frequente confrontados pela sua incapacidade natural para decifrar e para reagir adequadamente a diferentes situações sociais (Hewitt, 2006).

Já as alterações na comunicação dizem respeito a dificuldade de emissão e de compreensão de sinais sociais não-verbais, pré-verbais, diminuição do prazer de conversar e, num nível mais complexo, diminuição do desejo de falar sobre sentimentos e trocar experiências (Wing, 1997).

A competência comunicação é infinitamente complexa. Para além das complexidades do conteúdo verbal (expressão, volume e velocidade do discurso), inclui as do contacto visual, da expressão facial e da linguagem corporal, que são inumeráveis. Todos os indivíduos com autismo tem de enfrentar a dificuldade, com regularidade de não possuir a capacidade para interpretar, usar, responder apropriadamente à comunicação. Tanto aqueles que não conseguem falar como os que têm a Síndrome de Asperger, que apresentam uma tendência para fazer interpretações literais e/ou para emitir monólogos enfadonhos, a comunicação social efetiva e apropriada representa um desafio constante (Hewitt, 2006).

Relativamente às limitações na habilidade da imaginação e compreensão social, estão relacionadas com a inaptidão de identificar o sentido e o objetivo dos comportamentos dos outros. Logicamente, a imitação dos comportamentos sociais, quando surge, tende a ser mecânica e extremamente ligada ao contexto em causa. Tal comprometimento interfere também na capacidade de desenvolver a brincadeira de faz de conta, pois esta implica o ato de imaginar-se em lugares e papéis diferentes, de vivenciar pensamentos e sentimentos existentes apenas num plano imaginário. Devido a essas dificuldades, a brincadeira de faz de conta da criança com autismo assume padrões estereotipados e repetitivos (Wing, 1997). Uma deficiência de imaginação afeta bastante a capacidade de um indivíduo para fazer de conta ou para, de qualquer outra forma, se envolver no jogo imaginativo ou criativo com outros, ou a sua capacidade para resolver problemas.

Para além disso, esta incapacidade pode também conduzir os indivíduos a exibirem uma compreensão limitada das consequências, tanto positivas como negativas. Uma pessoa será incapaz de conceber que alguma coisa poderá acontecer, não prestando atenção, portanto, a quaisquer avisos ou explicações verbais, mesmo que muito detalhadas ou demoradas, sem uma experiência efetiva de um evento que forneça um banco de memórias de situações da vida real, (Hewitt, 2006).

De um modo geral, a tríade de perturbações está associada a padrões repetitivos de atividades escolhidas repetitivamente, pela própria criança. As manifestações variam muito, mas as alternativas são limitadas, com tendências marcantes para atividades estereotipadas. No entanto, cabe salientar que a ocorrência de comportamentos repetitivos isoladamente, não é suficiente para o diagnóstico de autismo. Por exemplo, crianças com défice sensorial podem apresentar estereotípias e comportamentos nas demais áreas da tríade. Contudo nem sempre os critérios apresentados por Kanner correspondiam a muitos casos observados, porém existia uma invariabilidade nas três áreas acima referidas. Isto fez com que Wing adotasse inicialmente o termo “continuum autista” e mais tarde, “espectro do autismo”, permitindo uma definição mais ampla do autismo (Marques, 2000).

Conforme esta teoria, cada indivíduo com autismo difere de todos os outros diagnosticados com a mesma síndrome e ao comparar os seus próprios estudos, de forma inédita com os anteriormente realizados por Hans Asperger, verificou que existiam muitos pontos em comum, tendo então começado a adotar o termo Síndrome de Asperger.

Wing, resumiu as descrições de Asperger e propôs algumas modificações, baseadas nos seus próprios casos. Ao contrário de Asperger, que pensava que os sintomas não poderiam ser detectáveis antes dos três anos de idade, Wing sugeria que os desvios e atrasos a seguir mencionados estariam presentes nos primeiros dois anos de vida da criança. Este, também sugeriu que a SA poderá ser encontrada em indivíduos com um défice mental moderado. É pois fundamental, ao fazer o diagnóstico, que se tenha consciência de que as PEA podem ocorrer em conjunto com muitas limitações, físicas e /ou psicológicas. Se a tríade de alterações, ao nível da interação social, comunicação e imaginação está presente, então deve ser diagnosticada a existência de uma síndrome autista, independentemente da coexistência de quaisquer outras condições (Marques, 2000; Siegel, 2008).

Embora ainda não haja um marcador biológico definitivo, alguns achados têm demonstrado particularidades nas áreas da genética e do funcionamento cerebral (Gupta & State, 2006). O autismo pode ocorrer em qualquer classe social, raça ou cultura, sendo que

cerca de 65 a 90% dos casos estão associados à deficiência mental (Gadia, Tuchman, & Rotta, 2004). Essa incidência vem contra a noção estereotipada, derivada das descrições clássicas, de que crianças autistas possuem uma inteligência secreta e superior. Crianças com autismo de alto funcionamento (perfil cognitivo diferenciado em algumas das áreas de testes padronizados) representam apenas 30% dos casos diagnosticados (Bosa, 2002). Desse modo, é possível perceber a notável variação na expressão de “sintomas” do autismo. Crianças com funcionamento cognitivo mais baixo geralmente tendem a ser mudas e isoladas. Por outro lado a criança pode aceitar passivamente a interação, mas raramente a procura, enquanto num funcionamento mais alto é possível que a criança se interesse pela interação, mas fá-lo de modo bizarro (Klin, 2006). De qualquer modo, destaca-se que a noção de uma criança não-comunicativa, isolada e incapaz de mostrar afeto não corresponde às observações atualmente realizadas.

De acordo com Bosa (2002), a ausência de respostas das crianças autistas deve-se, muitas vezes, à falta de compreensão do que está sendo exigido dela, ao invés de uma atitude de isolamento e recusa proposital. Nesse sentido, julgar que a criança é alheia ao que acontece ao seu redor restringe a motivação para investir na sua potencialidade para interagir. Lord (1989) já questionava até que ponto o retraimento social das crianças com autismo não resultaria da falta de oportunidades oferecidas, mais do que algo inerente à própria síndrome. Almeida (1997) parte da noção de que o ser humano está inaptamente programado para estabelecer vínculos sociais, mas que o desenvolvimento social só se constrói na sequência de interações, em qualquer estágio da vida. Conforme Cairns (1986), a trajetória individual não é determinada somente pelos componentes genéticos, nem somente nos primeiros anos de vida (embora seja este um período crítico para o desenvolvimento). É, sobretudo, determinada pelas condições em que se desenrola o desenvolvimento, incluindo as mudanças biológicas esperadas, os sistemas de relações sociais que envolvem a criança, as condições dos ambientes que circula, o nível cognitivo da criança, entre outros. Isso quer dizer que não se pode afirmar que no nível da intervenção não se possa minimizar as dificuldades que caracterizam qualquer síndrome.

## **2.6 – Modelos de Intervenção**

A resposta às necessidades da pessoa com Espectro do Autismo, pode existir numa boa organização da terapia. Esta, presumivelmente equilibrada, incidindo em três níveis de

intervenção, nomeadamente, assistencial, educacional e psicológica. Na intervenção assistencial, o bem-estar físico de segurança, higiene e saúde são os pontos fulcrais. Quanto à intervenção educacional, esta ambiciona alterar alguns comportamentos, assim como no contexto relacional escola/família/sociedade. Relativamente à intervenção psicológica, esta propende atingir os fatores não claramente visíveis, contudo, fomentam e estabelecem um crescimento e organização estrutural bio-psicoemocional estável e regular no ser humano, (Pereira, 1998).

### **2.6.1- Modelos de Intervenção de Natureza Psicanalítica**

Segundo Marques, (2000), este modelo de intervenção estruturada teve o seu início em 1943, mantendo-se até aos anos sessenta. Nessa época, prevaleciam as teorias psicanalíticas, as orientações terapêuticas eram da mesma índole e posteriormente adaptadas às respetivas necessidades das crianças. Acreditava-se que a estabilidade do local da sessão, aliada à neutralidade do terapeuta e ao equilíbrio da própria intervenção, facultava à criança meios de construir uma confiança básica com as outras pessoas. Desta forma, reedifica-se o “eu”, por meio da intervenção no inconsciente, pois os desejos inconscientes atualizam-se face aos outros. O modelo em questão baseava-se no tipo de intervenção terapeuta/criança, o papel dos pais neste caso particularmente era completamente desvalorizado pois não assumiam qualquer função participativa.

Na realidade, o modelo psicanalítico impõe muitos pré-requisitos cognitivos motivo que conduz a sua difícil aplicabilidade, não sendo desejável portanto realiza-lo de modo rígido e ortodoxo. Os obstáculos apresentados e críticas correntes a esta abordagem despertaram uma pesquisa mais veemente de novas orientações terapêuticas.

### **2.6.2- Modelos de Intervenção de Natureza Comportamental**

Os psicólogos de orientação comportamental, no início dos anos 60, encaram os problemas inerentes ao autismo e o seu posterior tratamento em função do controlo e manipulação das contingências ambientais. De facto, os comportamentalistas relataram a existência de reforços pobres e de padrões de aprendizagem negativos, culpabilizando e responsabilizando substancialmente os pais, colocado de parte por sua vez as formulações psicodinâmicas inicialmente defendidas, (Marques, 2000).

Para estes psicólogos de orientação comportamental, a intervenção podia reforçar na progressão das capacidades dos jovens autistas, tal como facilitar na aquisição de uma sucessão de aptidões como a da linguagem, autonomia e competências sociais. O principal objetivo deste programa consistia em ensinar um determinado conjunto de competências para o jovem operar de forma adequada quer em casa como na escola. Este treino intensivo com cerca de 40 horas de treino por semana ao longo de sensivelmente dois ou mais anos, era elaborado sob um grau de complexidade e de exigência que se ia gradualmente intensificando, paralelamente e em conformidade às competências que iam sendo adquiridas. Para existir sucesso neste tipo de intervenção teria de haver obrigatoriamente a participação dos pais uma vez que estes teriam de proceder à utilização deste método de forma permanente, contínua e sistemática em casa, para tal procedimento, os pais teriam de aprender a utilizar as técnicas comportamentais. Assumindo desta forma uma postura didática, onde teriam a função de transmitir os objetivos adquiridos, (Pereira et Serra, 2006).

A metodologia ABA (Análise Comportamental Aplicada), consiste no tratamento comportamental do autismo facultando as crianças a aprendizagem de aptidões que esta não possui, introduzindo as mesmas por etapas. Cada competência é ensinada, em geral, sob um esquema individualizado, mostrando-a associada a um sinal ou a uma ordem. Oportunamente é facultado algum apoio, que não deve durar muito tempo sendo retirado assim que seja exequível, de modo que a criança não fique dependente do mesmo. A resposta ajustada da criança tem como consequência a ocorrência de algo bom para ela, sendo uma forma de recompensa para a mesma. Se esta for usada de forma sólida a criança propende a repetição da mesma resposta. Tornar as aprendizagens agradáveis para a criança é o primeiro ponto importante, o segundo prende-se fundamentalmente com a identificação dos diferentes estímulos. Por outro lado, as respostas problemáticas como as negativas ou as birras, em vez de serem propositalmente reforçadas, os dados e factos assinalados são analisados profundamente, com o principal objetivo de detetar quais os factos que agem como reforço ou recompensa para os comportamentos negativos, dando origem aos mesmos. Desta forma, a criança é conduzida a trabalhar de forma positiva, de forma a não surgir novamente comportamentos não desejáveis. A repetição e o registo trabalhoso de todas as tentativas assim como respetivos resultados são pontos extremamente importantes neste tipo de abordagem. Por outro lado, a principal crítica ao ABA, prende-se com a de supostamente robotizar as crianças, o que não é certo, tendo em conta a importância da intervenção precoce

o mais atempadamente possível, de modo a promover o desenvolvimento da criança, visando a sua máxima independência e autonomia o mais cedo possível, (Mello, 2005).

### **2.6.3- Modelos de Intervenção de Natureza Cognitivo-Comportamental**

É possível definir este modelo de intervenção como um programa de transição entre o modelo de comportamento tradicional e os modelos cognitivos. Tornaram-se imprescindíveis regras educativas que facultassem um bom nível de estimulação para a aprendizagem, devido a um conjunto de défices (cognitivos, sensoriais, comunicacionais e comportamentais) inerentes e característicos ao espectro do autismo. Conclui-se, a partir das características especiais destas crianças, que os ambientes educativos estruturados, na educação das mesmas, era o mais proveitoso para o seu desenvolvimento (Marques, 2000). Eis alguns exemplos de principais tipos de intervenção de grande relevância atualmente:

#### Modelo de TEACCH

Tendo conhecimento das características das crianças autistas, conclui-se que os ambientes educativos estruturados na educação das crianças com autismo era o mais vantajoso para o seu desenvolvimento. Surge então o programa TEACCH ( Treatment and Education os Autistic and Related Communication Handicapped Children – Tratamento e Educação de Crianças Autistas e com Perturbações da Comunicação. Este programa teve origem nos Estados Unidos da América, no ano de 1971, criado pelo professor Eric Schopler e respectivos colaboradores, e desde então, tem sido utilizado como modelo internacional. Concebido para crianças com Perturbações do Espectro do Autismo de todas as idades, (Pereira e Serra, 2006).

O modelo de TEACH, recorre a uma avaliação denominada por EDP-R (Perfil Psicoeducacional Revisado) de modo a avaliar a criança, tendo em conta os assim como os seus maiores obstáculos.

O TEACCH baseia-se na estrutura do ambiente físico por meio e rotinas organizadas em quadros, painéis ou agendas e sistemas de trabalho, de maneira a tornando, conseqüentemente mais fácil para a criança entende-lo, tal como o que se espera dela. O TEACCH, por meio da organização do ambiente e das tarefas da criança, pretende fomentar a

independência da criança de maneira que esta tenha de recorrer ao professor para a aprendizagem e que tenha a possibilidade de dispor grande parte do seu tempo independentemente.

A utilização deste método com crianças de alto nível de funcionamento, tem sido alvo de algumas críticas, pois a experiência provou que o TEACCH, utilizado de forma adequada, pode ser bastante vantajoso para estas crianças. Conseguiu-se obter resultados acima do esperado, não de forma abrupta e fruto de milagres, mas sim resultante de um trabalho prolongado e constantemente dirigido às características individuais de cada criança, passando por um processo consciente de aprendizagem, ao contrário de se robotizarem, outra crítica patente sobre este método, humanizando-se mais e de forma progressiva. Verifica-se que estes adquirem algumas aptidões, construindo mesmo alguns significados. Embora de forma bastante restrita, comparativamente a outras pessoas, representam progressos relativamente às suas condições anteriores ao trabalho como método TEACCH (Mello, 2005).

#### Programa Portage

O modelo de Portage surgiu nas comunidades rurais dos Estado Wisconsin, E.U.A, onde a deslocação de uma criança a uma escola, instituição ou receber qualquer forma de programa educativo, era dificultado pelas penosas deslocações. A criação deste programa deve-se um pouco carência de recursos na intervenção precoce. Este, é um sistema de ajuda à educação precoce, domiciliário dirigindo-se particularmente aos pais de crianças com necessidades educativas especiais (Marques, 2000).

Os pais devem obrigatoriamente, possuir capacidades para anular comportamentos desajustados estimulando desta forma respostas momentâneas, possuindo uma função extremamente pedagógica. Assumem deste modo um papel em que existe uma aceitação obrigatória imposta por indivíduos externos à família, nomeadamente os técnicos. O modelo passou a ser utilizado a partir de 1976 na Inglaterra e idealizou-se resultados positivos perante as estratégias educativas e ao ensino individualizado, com a constante presença do agente educativo. Segundo o mesmo autor, criou-se também em Portugal a associação de Portage em 1992, de forma a divulgar este modelo de intervenção entre as famílias de crianças com necessidades educativas especiais. Este programa, de Educação Precoce possui uma Lista de Registo de Comportamentos, composta por sua vez por 619 comportamentos divididos em seis áreas respetivamente, Ficha de atividades, que fornece sugestões de pelo menos três

atividades para um dado comportamento, Folhas de Registo de Atividades que são utilizadas juntamente com a Lista de registo de Comportamentos, divididas em seis áreas de desenvolvimento desde a Estimulação do bebé, Sociabilização, Linguagem, Autonomia, Cognição e Desenvolvimento Motor.

### Modelo Son Rise

Este modelo teve origem no início da década de 70, nos E.U.A, os responsáveis pela sua criação foram um casal Barry e Samahria Kaufman que determinados a ajudar o filho possuidor de Autismo severo e um QI abaixo de 40 cujo especialistas afirmavam certezas de haver qualquer forma de recuperação, decidiram, lutar e procurar uma forma de se aproximarem do filho.

Não era oferecida qualquer tipo de orientação naquela época por parte da ciência que facultasse o desenvolvimento social de crianças com autismo. A partir das melhoras notórias do Raun, após três anos de trabalho exaustivo, os Kaufman têm oferecido o programa Son Rise a imensas famílias a nível internacional.

Este método enaltece a relação entre as pessoas e baseia-se em ensinar a promover e desenvolver programas e ações centradas nas crianças, que se tornam sujeitos participantes ativos. Os pais por sua vez, descobrem como devem proceder para interagir de forma divertida e dinamicamente com os filhos, deste modo, o desenvolvimento social, emocional e cognitivo (Houghton, 2008). Segundo o mesmo autor, este programa ocorre num quarto geralmente na casa da criança, organizado para baixar a estimulação sensorial. São utilizadas somente cores neutras, sendo evitadas as cores com grandes contraste ou os padrões com altos níveis de distração. Não existem painéis visuais com alto nível de abstração sendo só utilizada iluminação natural ou incandescente. São mantidos fora do chão em prateleiras nas paredes todos os brinquedos e os objetos de forma a proporcionar uma área no chão para se brincar que seja isenta de distrações. É importante realçar que ao longo das sessões de brincadeiras no quarto de brincar está somente um adulto e uma criança. Significando que os únicos barulhos ou movimentos existentes na sala serão os dela. Frequentemente, as crianças no programa Son-Rise baseado em casa, tomam a iniciativa de ir ao quarto de brincar, brincam ali mesmo quando estão sozinhas e conversam sobre o quanto gostam do seu quarto especial. Existem muitos relatos informais que provam a veracidade desta afirmação.

Constata-se que as crianças com autismo revelam mais atenção e alcançam níveis mais altos de desenvolvimento linguístico com o contacto com adultos, quanto mais envolvimento esta possuir com estes mais ela aprende (Mundy et al, 1990; Sigma net Rusky, 1997; Dawson et al, 2004 citado por Houghton, 2008).

Ao trabalhar com uma criança com autismo individualmente utilizando o programa anteriormente mencionado, pais e técnicos têm como desafio a exclusão da experiência social que caracteriza esta problemática.

Sendo a criança o foco central, Houghton (2008), diz existirem duas formas de tornar a interação motivadora. A primeira forma utilizada pelo Son Rise de modo a motivar as crianças com autismo é a utilização de objectos e actividades do interesse da criança. Esta abordagem baseia-se no brincar e inicia-se co a área motivacional da criança( ex: saltar na cama elástica) . É importante que o adulto se junte a esta brincadeira, para que a criança espontaneamente entre em contacto com este relacionando-se com o adulto (ex: contacto visual, físico ou tentativa de para falar). Deve haver então correspondência por parte do adulto à manifestação voluntária e interesse social por parte da criança, motivando-a cada vez mais, baseando-se nos interesses e padrões de respostas anteriores, individuais da criança. Seguindo-se um ciclo de intercâmbio social, onde existe reciprocidade dentro da área motivacional da criança. O programa sugere que esta abordagem aumente o nível de importância da interação social ao unir as motivações internas da criança relativamente ao mesmo tipo de interação.

A segunda forma motivacional é dar controlo ou empregar um estilo responsivo de interação, que facilita por sua vez o aparecimento de um interesse espontâneo e genuíno. Possuindo o conhecimento que este programa é centrado na criança, o tema da brincadeira deve resultar dos interesses individuais da mesmo sendo esta a decidir quando quer começar ou terminar aquela interação.

Num estudo de famílias utilizando o Programa Son Rise nas suas casas, Williams (2004, citado por Houhton, 2008), descobriu que as famílias se sentiam normalmente mais positivas, quando desenvolviam o Son Rise e referiam um progresso crescente na interação de toda a família. Os exemplos das famílias que optaram por o usar, é testemunho do facto que os pais anseiam por algo deferente, inovador do que que lhe é apresentado pelas abordagens tradicionais do autismo.

## Terapia Ocupacional

Algumas ideias e práticas sobre esta terapia são identificadas durante o Século XIX, contudo não existe uma data precisa sobre a fundação da Terapia Ocupacional, esta tem a sua origem nos Estados Unidos da América no início do Séc.XX. George Barton em 1914 atribuiu o nome à profissão. Este arquitecto demonstrou interesse pelo uso do método como tratamento devido a sua própria experiência pessoal como portador de deficiência. Motivado por esse interesse, estabeleceu contacto com outras pessoas que recorriam a essa ocupação como forma de tratamento e em 1917 formou a Associação Nacional para Promoção de Terapia Ocupacional. Posteriormente, foi alterado o nome para Associação de Terapia Ocupacional (American Occupational Therapy Association (AOTA)). A Terapia Ocupacional é uma profissão em constante evolução. O estudo da ocupação e dos seus componentes tem ensinado a profissão ao longo deste anos, sobre os seus conceitos intrínsecos e construtores que orientam a prática da Terapia Ocupacional. A delimitação da Prática de Terapia Ocupacional: Domínio e Processo é o aperfeiçoamento notório de uma série de documentos que têm sido desenvolvidos nas últimas décadas tendo como objetivo primordial uma maior consistência no objeto e terminologia da profissão, (Faias 2002, citado por Mota, 2004).

Segundo o Decreto de Lei nº 564/99, de 21 de Dezembro – art.5º, a terapia ocupacional é:

*q) avaliação, tratamento e habilitação de indivíduos com disfunção física, mental, de desenvolvimento, social ou outras, utilizando técnicas terapêuticas integradas em atividades selecionadas consoante o objetivo pretendido e enquadradas na relação terapeuta/utente; prevenção da incapacidade através de estratégias adequadas com vista a proporcionar ao indivíduo o máximo de desempenho e autonomia nas suas funções pessoais, sociais e profissionais e, se necessário, o estudo e desenvolvimento das respetivas ajudas técnicas, em ordem a contribuir para uma melhoria da qualidade de vida.*

Promover a vida a partir da procura de melhor qualidade possível, dentro das capacidades e limitações de cada indivíduo é objetivo principal da Terapia Ocupacional. O trabalho é desenvolvido com várias faixas etárias, desde recém-nascido a idosos.

Na maioria das vezes o tratamento desta terapia é desenvolvido juntamente a uma equipa de multidisciplinar onde é notório a importância da troca dos profissionais para os resultados do tratamento. De uma forma geral, é crucial que a Terapia Ocupacional coloque a criança com autismo em contacto direto com o que ela pode fazer de modo a suprimir as suas necessidades básicas e essenciais no seu desenvolvimento, assim como orientar a família de

como proceder, realizando ações que favoreçam o seu convívio social ensinando-lhe simultaneamente os limites aos quais deve obedecer (Mota, 2004).

### Outras formas de intervenção

Segundo Mello (2005), o PECS foi desenvolvido com o principal objetivo de ajudar crianças e adultos com autismo e com outros distúrbios de desenvolvimento a alcançar aptidões na área comunicacional. É utilizado o sistema primeiramente com indivíduos que não se comunicam ou possuem capacidades comunicativas contudo utilizam-nas com pouca eficiência. O nome PECS significa “sistema de comunicação através de troca de figuras” e a sua execução consta, essencialmente na aplicação de uma sequência de seis passos. O PECS propõe ajudar a criança a conceber que através da comunicação ela pode alcançar muito mais rapidamente as coisas que deseja, estimulando-a assim a comunicar-se e muito naturalmente a diminuir drasticamente problemas de conduta.

A aceitação deste sistema tem sido positiva em vários lugares do mundo, pois não exige materiais complexos ou dispendiosos, é relativamente fácil de aprender, a sua aplicação pode ser feita em qualquer lugar e quando bem aplicado expõe resultados inquestionáveis na comunicação por meio de cartões em crianças que não falam, e na organização da linguagem verbal em crianças que falam, mas que necessitam organizar a mesma.

Para além dos vários métodos abordados anteriormente com o principal objetivo de colmatar as dificuldades inerentes ao autismo, outras formas de tratamento, tais os como psicoterapêuticos, fonoaudiológicos, equoterapia, musicoterapia entre outros que não têm uma linha formal que os caracteriza no tratamento do autismo, e que por outro lado permanecem inerentes à visão, à perspectiva individual e aos respetivos objetivos de cada profissional que os aplica. Consequentemente, os pais antes de optar por um tipo de tratamento devem proceder a uma análise das suas próprias expectativas e as do profissional que escolheram e de que forma o tratamento se aproxima a esta, não apenas na hora da escolha, ma também de maneira continua e permanente (Mello, 2005).

## **CAPÍTULO III- A MUSICOTERAPIA E AUTISMO, VERSUS INCLUSÃO**

### **3- A Musicoterapia e o Autismo**

As crianças com perturbação do espectro do autismo apresentam-se como “desconectadas”, ausentes na sua presença, rítmicas nos seus rituais e nas suas estereotípias, melódicas nas suas ecolalias e nos seus gritos, harmónicas nas suas desarmonias (Padilha, 2008).

Desde há vários anos que se utiliza a música como instrumento terapêutico e preventivo em medicina e a sua importância manifesta-se através de um grande número de artigos de investigação e no interesse próprio dos médicos e psicólogos no tratamento de pacientes críticos (Benenson 1981 in Padilha, 2008).

A música é considerada como um meio de expressão não-verbal, é um tipo de linguagem que facilita a comunicação e a exteriorização de sentimentos, permitindo às pessoas descobrir ou redescobrir o que há no seu interior e partilhá-lo com os seus pares (Cabrera, 2005).

Segundo Padilha (2008) a Musicoterapia é uma disciplina funcional e sistemática que requer métodos e técnicas específicas para manter ou reabilitar a saúde dos doentes. Neste processo sistemático a relação e a experiência musical atuam como forças dinâmicas de mudança, facilitando a expressão emocional do sujeito, o seu desenvolvimento comunicativo e a adaptação e integração à sua nova realidade social.

Alguns investigadores demonstram que a terapia musical pode afetar positivamente o comportamento dos indivíduos com perturbação do espectro do autismo (Cabrera, 2005).

As crianças com perturbações do espectro do autismo, especialmente nas primeiras etapas, podem recusar ou ignorar qualquer tipo de contacto com outra pessoa, inclusive com o terapeuta. No entanto, um instrumento musical pode servir de intermediário efetivo entre o paciente e o terapeuta, oferecendo-lhe um ponto de contacto inicial. Por outro lado, descreveu-se que a música e a musicoterapia podem ser efetivas em reforçar e mudar o comportamento social da criança Autista. Na área da comunicação, facilita-se o processo de vocalização, estimulando o processo mental relativamente a aspetos como conceitualização, simbolismo e compreensão.

Adicionalmente, regula o comportamento sensitivo e motor, o qual está frequentemente alterado na criança Autista. Neste sentido, a música com atividade rítmica é efetiva em reduzir comportamento estereotipados. Por último, a musicoterapia facilita a criatividade e promove a satisfação emocional. Este aspeto leva-se a cabo através da liberdade

do paciente no uso de um instrumento musical, à margem do tipo de sons que podem sair dele (Padilha, 2008).

Segundo Bréscia (2003), as crianças mentalmente deficientes e possuidoras de autismo, demonstram de forma geral, reagir à música, quando o resto pode possuir falhas. A Música é um meio cujas expressões por ela emanadas permitem o alívio da tensão emocional, superando deste modo as dificuldades da fala e da linguagem. É igualmente utilizada para ensinar a controlar a respiração e nos casos da existência de distúrbios na fala, ajuda a melhorar a dicção. As atividades que se prendem com a musicalização podem ser instrumentos potenciais para servir de estímulo à realização e à organização do pensamento, pois estas atividades sendo realizadas em grupo podem igualmente fomentar a cooperação e comunicação. A criança ao envolver-se numa atividade, cujo objetivo é a própria criança, onde coopera, onde a seu modo próprio de se expressar é respeitado e a sua forma de agir é conseqüentemente valorizada, permite desenvolver de um modo crescente a sua própria autoestima.

Devido às diferenças entre indivíduos com Autismo, não existem regras universais sobre como se deve aplicar a terapia musical. Umhas crianças podem reagir positivamente a certa técnica, enquanto outras podem fazê-lo negativamente. A música pode ser um instrumento muito poderoso para romper padrões de isolamento ao prover um estímulo externo mas por outro lado, a terapia musical. Pode criar uma sobrecarga no sistema nervoso de algumas pessoas com perturbação do espectro do autismo, e aumentar as reações de autoestimulação (Bréscia, 2003).

Alguns investigadores mencionam que a terapia musical aplicada a crianças com perturbações do espectro do autismo pode, entre outros:

- Romper com os padrões de isolamento e abandono social e contribuir para o desenvolvimento sócio emocional;
- Facilitar a comunicação verbal e não-verbal;
- Reduzir os comportamentos conseqüentes de problemas de percepção e de funcionamento motor, e melhorar o desenvolvimento nestas áreas;
- Facilitar a autoexpressão e promover a satisfação emocional;

(Cabrera, 2005)

O cérebro do autista é muito parecido a um computador, o cérebro conta com um emaranhado de fios para processar e transmitir as informações. Os cientistas descobriram que,

em pessoas com autismo, esses fios estão com defeito, o que causa falha de comunicação entre as células do cérebro.

No cérebro, as células nervosas transmitem mensagens importantes que controlam as funções do corpo, desde o comportamento social até aos movimentos. Estudos de imagens revelaram que as crianças autistas têm muitas fibras nervosas, mas elas não funcionam de maneira suficiente para facilitar a comunicação entre as várias partes do cérebro. Os cientistas acham que todo esse circuito elétrico pode afetar o tamanho do cérebro. Embora as crianças autistas nasçam com cérebros normais ou menores que o normal, elas passam por um período de rápido crescimento entre os 6 e 14 meses, por isso que, por volta dos quatro anos, o cérebro tende a ser grande para sua idade (Santos, 2009).

Os defeitos genéticos nos fatores de crescimento do cérebro podem levar ao seu desenvolvimento anormal. Os cientistas também descobriram irregularidades nas próprias estruturas do cérebro, como no corpo caloso, que facilita a comunicação entre os dois hemisférios do cérebro; na amígdala, que afeta o comportamento social e emocional; e no cerebelo, que está envolvido com as atividades motoras, o equilíbrio e a coordenação. Eles acreditam que essas anormalidades ocorrem durante o desenvolvimento pré-natal. O cérebro de uma criança com autismo apresenta alterações no corpo caloso, amígdala e cerebelo. Além disso, os cientistas perceberam desequilíbrios nos neurotransmissores, substâncias químicas que ajudam as células nervosas a comunicarem-se. Dois dos neurotransmissores que parecem ser afetados são a serotonina, que afeta emoção e comportamento, e o glutamato, que tem um papel na atividade dos neurónios. Juntas, essas alterações do cérebro podem ser responsáveis pelos comportamentos do autista. Segundo o autor supracitado, os cientistas continuam procurando pistas sobre as origens do autismo.

Ao estudarem os fatores ambientais e genéticos que podem causar a doença, eles esperam desenvolver testes para identificar o autismo mais cedo, além de novos métodos de tratamento. Vários estudos de pesquisa estão focados na ligação entre os genes e o autismo. O maior deles é o Projeto Genoma do Autismo (Autism Genome Project) da NAAR (National Alliance for Autism Research - Aliança Nacional para Pesquisa sobre Autismo). Esse esforço colaborativo, realizado em aproximadamente 50 instituições de pesquisa, em 19 países, está a examinar os 30 mil genes que formam o genoma humano em busca dos genes que desencadeiam o autismo.

Cabe ao musicoterapeuta perceber, valorizar, respeitar e aprender com ele. Os objetivos variam conforme as necessidades individuais. Desde a utilização de instrumentos

musicais variados, objetos sonoros adaptados, computador e programas de atividades musicais e músicas, dvds, cds e tudo que levar a uma melhor interação e a atingir os objetivos estabelecidos. A musicoterapia não pode curar porque o cérebro do autista é diferente, mas com certeza pode ajudar muito numa melhor qualidade de vida e interação (Padilha, 2008).

### **3.1- A Importância da Musicoterapia para o Autismo**

A Musicoterapia no tratamento de uma criança autista pode ser uma “terapia” extremamente eficiente na abertura de canais de comunicação, pois esta é realizada como forma de possibilitar mudanças significantes na vida do autista, tanto no âmbito terapêutico como no contexto educacional e ainda no meio social e familiar (Craveiro de Sá, 2003).

O autismo transporta profundas anormalidades nos mecanismos neurológicos que conferem a capacidade da pessoa alterar o foco de atenção num determinado contexto mediante a provocação de diferentes estímulos (Courchesne, 1980 citado por Grandin, 1992). Isso pode originar a escuta de sons mediante critérios próprios de um só indivíduo.

O autista normalmente apresenta percepções auditivas distintas dos indivíduos neurotípicos, que em comparação podem ser aumentadas ou diminuídas.

Leivinson (1999), revela que é complicado obter respostas concludentes relacionadas com determinados estímulos sonoros, contudo determinadas regras que se prendem com intensidade e altura do som, parecem vulgares nos indivíduos autistas. Porém, estas pautas não podem ser generalizadas no caso de a criança vivenciar uma situação de grande satisfação, em que não necessita de demonstrar atos defensivos.

Saber escutar, entender as diferentes perspectivas da escuta tando a sua como a do paciente, permite a organização da leitura do musicoterapeuta em relação aos eventos ocorridos ao longo das sessões de musicoterapia possibilitando desta forma intervenções musico-sonoras por parte do terapeuta.

O indivíduo autista possui enormes dificuldades na socialização, fazendo com que este possua uma pobre consciência da outra pessoa, na maioria dos casos, isso produzirá a diminuição ou falta das capacidades imitativas, que representa um dos pré-requisitos fundamentais para a aprendizagem. Outra característica importante é a incapacidade de se transpor no lugar do outro e de compreender os acontecimentos a partir da ótica do outro. A prática compartilhada com a música é crucial e pode auxiliar na construção de relações

significantes dentro de um cenário imaginário, promovendo momentos desafiadores por permitir a estimulação do desejo de imaginar por parte da criança.

No âmbito do processo terapêutico, a relação do paciente com o terapeuta e com a música assume um aspeto crucial e possui uma significação central no mesmo. A música apresentando-se de uma forma isolada não tem capacidade em construir relações. É a própria relação com a música que constrói as relações. O autista, pode ampliar a sua capacidade de integração social e pouco a pouco adquirir mais autonomia, através das experiências musicais e relações estabelecidas através delas (Costa, 1989).

A falta de capacidade em entender e perceber expressões emocionais nas outras pessoas prende-se com a dificuldade em imaginar qualquer coisa. A falta de capacidade criativa e meta-representação são notoriamente evidentes. Os efeitos positivos resultantes da participação em experiências criativas com a música, referente à abertura de canais de comunicação têm a possibilidade de lhe conferir maior contacto com a realidade assim como uma alteração na representação do mundo que o rodeia.

A ausência de tentativas instintivas de compartilhar prazer, interesses ou realizações com outras pessoas, é de facto muitas vezes superada através das interações musicais do paciente com o terapeuta. A experiência criativa com a música cria alterações, permitindo que alguns comportamentos permanentes do sujeito se modifiquem dentro do modelo terapêutico e que por sua vez, esta experiência de mudança seja diferida para outras situações da sua vida pessoal (Brandalise, 2001).

Os movimentos estereotipados, não funcionais, tais como o agitar ou torcer as mãos ou os dedos, e ainda os movimentos de balanceamento do corpo, tão característicos na síndrome abordada, podem ser extintos ou flexibilizados através da interação musical. O recurso à comunicação verbal nestes casos tem-se revelado ineficaz. As experiências sonoro-musicais podem auxiliar o sujeito autista a afastar-se do círculo vicioso em que permanece.

Os jogos sonoros que se realizam numa sessão de Musicoterapia podem basear-se nas estereotipias próprias da criança em questão e serem posteriormente transpostas para um determinado instrumento musical, atribuindo outra utilidade ao gesto, originando uma alteração qualitativa na relação com os objetos (Levinson, 1999).

A musicalidade está inerente em todo o ser humano, independentemente do grau ou da forma, e poderá ser desenvolvida ou não e até poderá ser inutilizada, dependendo de fatores de ordem vária, como o meio onde está inserido o indivíduo ou as respetivas possibilidades que cada um detém para desenvolvê-la (Barcellos, 2004).

Brandalise, afirma que o musicoterapeuta só poderá revelar a potência terapêutica da música através do desenvolvimento de sua musicalidade clínica. O musicoterapeuta deverá deste modo, adquirir a habilidade para deteta-la dentro do processo musicoterápico através do estabelecimento da relação terapêutica e da percepção de demanda clínica do paciente (Brandalise, 2001).

Para Barcellos (2004), a musicalidade clínica é a competência do musicoterapeuta que o permite perceber elementos musicais contidos na produção ou reprodução musical de um paciente, é ainda a aptidão de responder, interagir, mobilizar e ainda recorrer a intervenções musicais na produção do paciente adequadamente. Tal capacidade não remete apenas a percepção desses elementos, mas também possuir condições de forma a articula-los em conformidade com a história do paciente, com a sua trajetória de vida assim como a situação na qual estes elementos estão a ser produzidos, tendo como principal objetivo de captar possíveis significados, sentidos e conteúdos vinculados através dessa produção.

A música pode ajudar a criança com autismo a evoluir do caos para a ordem. Partindo da ideia de que uma postura não diretiva permite uma maior liberdade sonora e que esta liga-se a uma diminuição dos medos e obsessões numa relação de reforço mútuo. O primeiro objetivo será então, criar um “espaço-experiencia” onde a criança possa satisfazer as suas necessidades de expressão não-verbal, através da sua liberdade espontânea, a qual, vai sendo estruturada por um quadro de referência e suporte, o terapeuta e a sua música/som. É no decurso desta relação, mediada pela música, que podemos observar como a criança se torna mais consciente das relações humanas e musicais envolvidas na experiência (Alvin & Warwick, 1991).

### **3.2-Educação Inclusiva**

Segundo a perspectiva de Kirk & Gallagher (2000), as atitudes em relação às pessoas possuidoras de NEE têm sucumbido a mudanças constantes, correspondendo a quatro períodos históricos distintos podendo denominar-se, de forma geral como prática da separação e marginalização (em épocas mais remotas),sendo sucedida pela fase de proteção, de cariz assistencial e institucional, passando posteriormente a uma fase traduzida pela emancipação, possuindo escolas específicas, para os alunos em questão e numa ultima fase mais recente, conhecida pela sua preocupação com a integração das pessoas com NEE com os seu pares,

nomeadamente nos seus respetivos contextos e inseridos na sua comunidade de pertença, paralelamente a uma educação apropriada, seguindo uma perspetiva inclusiva, sistémica e ecológica.

Ao abordar a temática da inclusão escolar não devemos esquecer de mencionar os seguintes pressupostos contidos na Declaração de Salamanca (1994):

“O princípio fundamental das escolas inclusivas consiste em todos os alunos aprenderem juntos, sempre que possível, independentemente das dificuldades e das diferenças que apresentem. Estas escolas devem reconhecer e satisfazer as necessidades diversas dos seus alunos, adaptando-se aos vários estilos e ritmos de aprendizagem, de modo a garantir um bom nível de educação para todos, através de currículos adequados, de uma boa organização escolar, de estratégias pedagógicas, de utilização de recursos e de uma cooperação com as várias comunidades. É preciso, portanto, um conjunto de apoios e serviços para satisfazer as necessidades especiais dentro da escola.” “...as escolas devem acolher todas as crianças, independentemente das suas condições físicas, intelectuais, sociais, emocionais, linguísticas ou outras. Devem incluir as crianças deficientes ou sobredotadas, as crianças de rua, e as que trabalham, as de populações nómadas ou remotas; as de minorias étnicas e linguísticas e as que pertencem a áreas ou grupos desfavorecidos ou marginalizados”, (Declaração de Salamanca, 1994, pp. 22,23).

A diferença da escola inclusiva, como é demarcado por vários autores (Morinã, 2002; Verdugo, 2007), abrange vários aspetos:

1. Dirige-se não apenas a alunos com necessidades educativas especiais que precisam de apoio educacional, mas também engloba todos alunos em geral;
2. Dá primazia à resolução de problemas deixando para segundo plano o diagnóstico, rege-se pelos princípios da igualdade, colaboração, solidariedade encarando as diferenças como princípio de enriquecimento da sociedade;
4. Respeita a inclusão social e incondicional dos alunos;
5. Demanda uma enorme alteração do sistema educativo e uma rutura das práticas tradicionais;
6. Centraliza-se na sala de aula, facultando aos alunos apoios necessários aos alunos na sala de aula regular e não em programas próprios.

Deve-se destacar, que as mudanças assinaladas na atenção educacional, até chegar ao principio da educação inclusiva não surgiram de forma isolada, caminhando paralelamente com as alterações que foram surgindo na história, na própria conceção de deficiência (Crespo;

Campo; Verdugo, 2003; Verdugo, 2007; Schalock, 2007), que foi sofrendo uma evolução a partir dos modelos que consideravam a deficiência da pessoa remetendo-se no seu contexto e conforme as interações que nele ocorrem (Rodríguez & Verdugo, 2009). A estes se unem elementos igualmente fundamentais como o modelo de apoios individualizados e dirigidos a fim de fomentar mudanças nas variáveis ambientais junto dos alunos, tais como os paradigmas de qualidade de vida e autodeterminação, que por sua vez sustentam a atenção personalizada, a avaliação sistémica dos resultados pessoais, as pretensões, conceções e aspirações das pessoas como aspetos indispensáveis de toda a forma de intervenção, tal como fatores fundamentais na prática educativa.

É necessário salientar o facto de que todos indivíduos possuem o direito à escolaridade, isto significa, um direito de igual acesso à educação, recorrendo aos recursos especializados para a obtenção da melhor educação possível. Desta forma, defende-se, valorizando a educação como melhor modo de alteração e posterior integração como forma de normalização. A integração social é um esboço da normalização e que consta “no uso dos meios o mais normalizantes possível do ponto de vista cultural para estabelecer ou manter comportamentos e características que sejam de facto o mais possível normais” (Wolfensberger, citado por Jiménez, 1997, p.28).

Nesta perspetiva, normalizar não designa tornar normal o individuo com NEE, mas proporcionar-lhe condições de vida análogas às dos outros elementos da sociedade em que se insere, nunca esquecendo contudo que para o conquistar, requer diversas alternativas de serviços que a sociedade deve colocar ao seu dispor. Desta forma, a partir desta época, uma das grandes preocupações das constantes e sucessivas reformas educativas, revela ter sido a de ambicionar e garantir que facultassem aos alunos com NEE a possibilidade de frequentar as escolas regulares de forma a substituir as escolas especiais ou instituições, iniciando-se assim, uma primeira fase de carácter mais físico, surgindo então as turmas especiais, onde os alunos com NEE teriam de ter apoios específicos, ajustados às suas necessidades (Correia, 2003).

A heterogeneidade e a diversidade são inerentes ao processo de integração. Embora não possibilite a todos as mesmas oportunidades que decorrem mediante a especificidade de determinadas situações, permite a partilha de áreas sociais como a escola, o trabalho, o lazer, entre outros. Tem a preocupação de contextualizar o aluno num ambiente escolar mais eficaz, acreditando que o contacto com alunos normais e com NEE produzira efeitos benéficos tanto a nível pessoal social como académico, para todos. Desta forma, a integração de alunos com

NEE em turmas regulares é um processo positivo, pois permite a interação social com os outros, a aceitação social e também traduz-se relevante a nível de contacto, produzindo provavelmente um desenvolvimento crescente no seu autoconceito (Costa, 1997).

O conceito de integração não deve ser considerado só pelo facto de colocar no mesmo espaço os que no passado andavam separados, mas sim construir condições que lhe permitam uma participação efetiva nas tarefas escolares que lhe facultam a educação diferenciada mas sustentada nas adaptações e meios indispensáveis em cada caso respetivamente (Steinemann, 1994).

Passou-se a compreender que o aceitar a diferença é muito mais do que somente tolerar ao outro distintas carências, mas também conceder-lhe a progressão na sua diferença (Leite, 1996).

Rodrigues (2001), acredita que embora a educação inclusiva possa ser encarada como uma evolução da escola integrativa, na realidade ela não traduz desenvolvimento mas sim uma rutura com os valores da educação tradicional, adotando um novo paradigma de escola, disposto de acordo com um conjunto de valores de consideração, cooperação e qualidade para todos os alunos. Contudo, a educação inclusiva obedece ao respeito das culturas, das suas respetivas capacidades assim como às faculdades que dispõem para poderem evoluir, por isso estabelece-se posteriormente um objetivo atrativo mas simultaneamente extremamente ambicioso, tendo em conta a implicação que envolve mudança de estratégias e atitudes dos agentes educativos, não sendo apenas e só um conjunto de documentação legal.

Segundo o mesmo autor, a escola deixa de ser somente um local onde procede a aprendizagem da leitura e da escrita, onde se adquire a instrução, para poder desempenhar funções distintas tais como ensinar a viver, proporcionar situações onde possam participar em conjunto em atividades assim como ter um melhor conhecimento acerca da comunidade onde está inserido e no convívio com pessoas diferentes. Este novo modelo de escola conduz-nos para as questões de orientar a heterogeneidade e de fomentar a igualdade de sucesso dos alunos, pois não é possível manter a igualdade se não nos dedicarmos as pessoas em conformidade com a sua diversidade.

O conceito de inclusão, nomeadamente a inserção completa do aluno com NEE, em termos físicos, sociais e académicos nas escolas regulares, transpõe o conceito de integração, na medida que não deseja colocar o aluno com NEE numa curva normal, contudo, pretende assumir que heterogeneidade que existe entre os alunos de base é um facto extremamente

positivo, possibilitando o progresso de comunidades escolares mais ricas e produtivas. A inclusão pretende conduzir o aluno com NEE às escolas regulares e, sempre que possível, às turmas regulares onde, por direito, deve auferir todos os serviços adequados inerentes às suas características e necessidades. Necessita portanto, descobrir estratégias de modo a aumentar a participação de todos os alunos com NEE, abrangendo aqueles que possuem NEE moderadas e severas nas turmas regulares, independentemente dos seus níveis sociais ou académicos (Correia, 2003).

Em termos gerais a inclusão possui subjacente na sua essência o saber conviver na e com a diversidade, com complacência, respeitando reciprocamente as diferenças (Serrano, 2008).

### **3.3- Atitude dos professores face à inclusão**

Um dos pressupostos apresentados como justificação para a aplicação na Educação da Classificação Internacional de Funcionalidade, CIF, da Organização Mundial de Saúde (2004), prende-se com o despontar do modelo social, através de uma vertente de classificação da funcionalidade ligada à atividade e participação, combinando fatores pessoais e ambientais na classificação do indivíduo. A emergência do modelo social sobre o clínico, levou o Ministério da Educação a apresentar esta escala como um "novo paradigma" na avaliação das Necessidades Educativas Especiais. Desde os anos 70 que os movimentos contra a exclusão, baseados na defesa dos direitos do cidadão com deficiência, motivaram o surgimento de modelos baseados nos direitos de participação e cidadania, construindo a base de um modelo social. Trata-se de uma visão funcionalista da deficiência, pois coloca a sua caracterização no âmbito da interação do indivíduo com a sociedade, descentrando para a segunda a responsabilidade de se adequar às necessidades individuais.

Na Educação, a abolição das categorias de deficiência é um aspeto positivo herdado das perspetiva sociais. Documentos como Education Act (1981) e Warnock Report (1978), criaram o conceito de Necessidades Educativas Especiais, NEE, que se centra nas respostas às necessidades educativas do aluno. Das vantagens e contradições dos modelos clínico e social, (indivíduo-ambiente), nasceu na década de 80 o modelo de "escola para todos", ou "escola inclusiva". Esta resposta institucional emerge dos modelos anteriores como novo paradigma, tornando necessário investir na transformação da própria escola, para gerar mudanças efetivas e duradouras na educação de todos os alunos, tendo em conta igualmente as variáveis

ecológicas. O modelo inclusivo veio contribuir para a compreensão de como é importante o papel da escola e da turma, na forma como os alunos crescem e aprendem. Ao contrário dos modelos clínico e social, que subestimaram estes fatores. As necessidades especiais, centradas anteriormente nos défices individuais, ou nas barreiras sociais, passam a ser também abordadas no âmbito da forma como as escolas se organizam.

Desde a década de 90 que Portugal assume oficialmente este modelo através de documentos legais, tendo trilhado um longo caminho na sua implementação. Pacotes de formação levados a cabo pelo Instituto de Inovação Educacional e pelo então Departamento de Educação Básica, desmultiplicaram pelo país as ideias centrais para a construção de uma educação inclusiva. Desenvolveram-se investigações, publicações diversas e instrumentos que operacionalizaram conceitos e promoveram a mudança nas práticas, como os projetos "Currículos Funcionais" (Costa et al. 1996), "Aprender com a Diversidade" (Caldeira et al. 2002), "Pathways to Inclusion" (Eggertsdóttir e Marinósson 2005) ou "Índex for Inclusion" (Booth e Aiscow 2000), entre outros, cuja aplicação se disseminou em muitas escolas portuguesas pelos diferentes profissionais.

A alteração legislativa mais recente no sector foi introduzida pelo Decreto-lei nº20/2006 de 31 de Janeiro, que criou o Grupo de Docência de Educação Especial. As funções deste professor são: "promover a existência de condições para a inclusão sócio-educativa de crianças e jovens com necessidades educativas especiais de carácter prolongado", colocando definitivamente o caminho da inclusão como ação central destes profissionais. Já em 2005, quando da reformulação do Despacho 105/97 pelo Despacho 10856/05 de 13 de Maio, era atribuída como função principal dos recursos e apoios educativos especializados a construção de uma "escola inclusiva". Mas a educação inclusiva representa uma alternativa ao ensino integrado (nascido da escola tradicional) e não a sua continuação. Para que os agentes educativos operacionalizem a educação inclusiva, a resposta às necessidades individuais deve centrar-se em mudanças profundas nos currículos, na organização académica, na pedagogia praticada, no trabalho com grupos heterogéneos, no desenvolvimento dos profissionais, nos recursos e no envolvimento das famílias e da comunidade.

Analisada sob este prisma a CIF não apresenta soluções para a educação, nem promove o trabalho de construção de uma escola inclusiva. Tão pouco se adequa a crianças e jovens, não se entendendo a adoção de um instrumento vindo da área da saúde. Pode representar uma mudança importante de paradigma na saúde, ou no sector social, mas não trás

nada de novo à educação especial, fazendo "tábua rasa" de todo um caminho já percorrido em Portugal e que importava agora aprofundar. Não se pode defender determinado modelo na letra da lei e, ao mesmo tempo, levar a cabo medidas que perpetuam o ensino integrado e as práticas tradicionais. A implementação da CIF na educação representa um risco, porque centra uma suposta "reforma", na mera classificação dos alunos, como se verificou no recente levantamento efetuado pelo Ministério da Educação (OMD, 2004).

A reorganização de estratégias de diferenciação pedagógica e numa intervenção especializada deverá ser a base na intervenção dos docentes. Desta forma, torna-se exequível uma regulação individualizada de processos e trajetos de aprendizagem, sendo consequente tanto para a turma como para o aluno portador de deficiência, o aperfeiçoamento de uma prática diversificada ao nível das estratégias, métodos, atividades e recursos (Manual de apoio à Prática, 2008).

Algumas escolas regulares iniciaram o seu trabalho recorrendo a formas alternativas ou adaptadas necessárias para a integração efetivamente dos alunos com PEA. Todas as escolas têm capacidade para fazer algo idêntico sem adicionar custos financeiros e relativamente ao tempo disponível implementando de forma constante intervenções realistas e especializadas. Embora exija um esforço adicional a todos os profissionais envolvidos e que os pais por sua vez cooperem a par com eles tanto quanto possível (Hewitt, 2006).

A aceitação da criança com uma atitude compreensiva, afável gera um clima benéfico para que esta possa aprender e se desenvolva do modo mais estável e agradável possível, requerendo, por parte do educador, uma enorme aptidão e um importante saber ser (Cavaco, 2009).

Segundo a mesma autora, é extremamente importante que o educador, faça uma reflexão sobre os seus valores, motivações, princípios assim como atitudes sendo um ser em permanente desenvolvimento é importante que medite sobre estas questões no sentido do seu trabalho para ir ao encontro das necessidades de todas as crianças em geral, mas no que diz respeito as crianças com autismo de um modo particular, não menosprezando as suas aptidões, talentos e possíveis aprendizagens a nível do saber.

O trabalho pedagógico integrador demanda uma posição de "confiança" na competência do outro, compreendendo a capacidade de fortificar-se de modo a resistir as dificuldades perante um conflito, que na maioria das vezes conduz a agressividade e indiferença. Tal confiança não se prende à ingenuidade mas sim à sabedoria, organizando-se a partir da clareza de que os educadores dispõem de meios auxiliares de dinâmicas de

interação que podem operacionalizar as diferenças de forma benéfica e não arrasadora, (Baptista,2000 citado in Cavaco 2009).

### **3.4- A Inclusão Social e Escolar do Autismo**

É importante proporcionar às crianças com autismo oportunidades de conviver com outras da mesma faixa etária, possibilitando o estímulo às suas capacidades interativas, impedindo o isolamento contínuo. Além disso, subjacente ao conceito de competência social está a noção de que as habilidades sociais são passíveis de serem adquiridas pelas trocas que acontecem no processo de aprendizagem social. Entretanto, esse processo requer respeito às singularidades de cada criança. Diante dessas considerações, fica evidente que crianças com desenvolvimento típico fornecem, entre outros aspetos, modelos de interação para as crianças com autismo, ainda que a compreensão social destas últimas seja difícil. A oportunidade de interação com pares é a base para o seu desenvolvimento, como para o de qualquer outra criança.

Na escola, a partir da sua inclusão no ensino comum, pretende-se otimizar os contactos sociais. A análise dos poucos estudos na área de inclusão escolar e autismo apontam para a identificação de competência social nessas crianças, neste contexto. Entretanto, essa é uma habilidade que depende de um conjunto de medidas como, por exemplo, a qualificação dos professores, apoio e valorização do seu trabalho.

Mostrar que a escola pode ser, de facto, um espaço de desenvolvimento da competência social para crianças autistas é ainda um grande desafio para os pesquisadores desta área. Torna-se, portanto, de grande relevância novas pesquisas no campo da psicologia para atender a essa necessidade. São urgentes as investigações com crianças pré-escolares, visto que nessa época as crianças defrontam-se com as primeiras experiências com outras crianças, fora do contexto familiar e recreativo.

A escola inclusiva deve ser sinónimo de uma atitude pedagógica de qualidade visando a presença de alunos com e sem necessidades educativas especiais de forma imperativa em classes ditas regulares, lecionadas por professores que acompanham uma população mais diversificada de alunos, com o auxílio paralelo de programas ajustados, planificações individualizadas, transpondo um conjunto de premissas com a competência de confrontação e os desafios colocados pela educação atual (Serrano, 2007).

Segundo Camargo e Bosa (2009) a escola representa um dos espaços contemporâneos de socialização das crianças desde tenra idade, permitindo às mesmas a interiorização de normas, valores, funções cognitivas, conhecimentos e práticas, pela convivência com novos sujeitos de interação. Dessa forma, a qualidade dessas primeiras experiências provavelmente influirá na adaptação social nos anos escolares subsequentes.

A minimização das crenças distorcidas sobre a (in)capacidade interativa das crianças autistas também pode ser conseguida através de delineamentos de pesquisa desenvolvidos com esta finalidade. Por exemplo, a utilização de “caso-controle” com crianças “típicas” em estudos observacionais permitiria não somente a identificação de áreas socialmente “deficitárias” na criança com autismo, mas em que aspetos ela se assemelha a outras crianças da mesma faixa etária, com desenvolvimento típico. Os estudos devem, portanto, focalizar não apenas a ocorrência de determinados comportamentos, mas a sua frequência e intensidade. Dessa forma, talvez seja possível mostrar que as diferenças nos comportamentos sociais sejam qualitativas e que mesmo a sua baixa frequência não é equivalente à sua ausência. Estudos que investiguem esses aspetos poderão contribuir para a dissolução de diversos mitos em torno da educabilidade de crianças com autismo, fornecendo evidências de que é possível o investimento num espaço que, acima de tudo, é um direito (Camargo e Bosa, 2009).

É considerado de forma consensual que os meios educacionais regulares facultam às crianças com perturbações do espectro do autismo (PEA) uma igualdade de oportunidades, assim como uma melhor preparação para a vida, contudo dado as características que são inerentes a sua própria natureza, os meios regulares demandam, quase de uma forma o recurso a três aptidões ou atributos, ou seja, a comunicação, a socialização, e a imaginação, áreas cujas pessoas com PEA possuem dificuldades. O empenho contínuo que lhes é imposto, que serve apenas para “encaixarem”, é desta forma enorme. Acrescentando-se as exigências naturais inerentes ao processo de aprendizagem académica, poderemos constatar que, num aluno que pretende integrar-se completamente num meio regular, a pressão é simplesmente avassaladora (Hewitt, 2006).

Segundo a mesma autora, a maior parte dos alunos colocados em meios educacionais regulares demandam, inicialmente, um grande apoio suplementar, grande parte deles, cuidadosamente orientados no seu esforço de modo a integrar-se no seu novo meio escolar e nas suas novas rotinas, tornaram-se conseqüentemente mais autónomos. Não se pode de igual forma esquecer que há vários graus de PEA, cada uma com as suas características próprias,

tendo em conta esses fatores e para que a inclusão num ambiente regular seja efetivamente fácil e eficaz, os profissionais devem concentrar-se, em cada momento, apenas numa ou duas áreas que requeiram uma atenção imediata. Certos alunos apresentam dificuldades que carecem um cuidado e uma intervenção específica ao longo de um período de tempo mais alargado, enquanto para os restantes alunos o processo é realizado de uma forma mais rápida e fácil.

## **CAPÍTULO IV - METODOLOGIA**

## 4-Descrição Metodológica

Neste capítulo, iremos justificar o tipo de estudo que estamos a realizar, que é uma investigação do tipo Estudo de Caso. Trata-se de uma abordagem metodológica de investigação especialmente apropriada quando o nosso principal objetivo é compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos cuja complexidade tem inerente o envolvimento de diversos fatores, contextualizando os instrumentos utilizados e o modo como estes foram selecionados e elaborados, bem como descrever a forma do seu processamento. Trata-se também de um “estudo descritivo”. De acordo com Fortin (2003, p. 64) o estudo descritivo “(...) *consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desse grupo ou população*” .

Como já foi anteriormente referido, o nosso trabalho está organizado como um estudo de caso, dado que irá consistir numa metodologia de investigação aprofundada acerca de um indivíduo, de um caso e importa salientar que, para Stake (2005) citado por Duarte (2008, p. 113), o estudo de caso permite prestar atenção aos problemas concretos das nossas escolas: “*o caso pode ser um menino. Pode ser um grupo de alunos ou um determinado movimento de profissionais preocupados com uma situação relativa à infância.*”, Sendo realizada com alguma intensidade, de forma a descrever e compreender acontecimentos e contextos complexos e nos quais estão, envolvidos vários fatores. Desta forma e de acordo com Yin (1994), “*estudo de caso é um estudo realizado com base nas características do fenómeno em estudo e com base num conjunto de características associadas ao processo de recolha de dados e às estratégias de análise dos mesmos.*” (idem, p. 114).

O estudo de caso pertence aos métodos de procedimento, como referem os autores Marconi et Lakatos (2003, p. 106), em que refere que estes métodos “*pressupõem uma atitude concreta em relação ao fenómeno e estão limitadas a um domínio particular.*” O método de pesquisa que melhor se enquadra neste estudo é de natureza qualitativa , uma vez que possibilita a produção de um estudo compreensivo e interpretativo da prática educativa. Existindo a preocupação em observar, descrever, interpretar e apreciar o meio e o fenómeno sem procurar controlar, ou seja, “*o objetivo desta abordagem de investigação utilizada para o desenvolvimento do conhecimento é descrever ou interpretar, mais do que avaliar.*” (Fortin, 2003, p. 22).

Segundo Bogdan e Biklen (1994, p. 90) os dados recolhidos designados por

qualitativos, são ricos em pormenores descritivos relativamente a pessoas, locais, conversas e de complexo tratamento estatístico. Ainda que, os indivíduos que fazem investigação qualitativa possam vir a selecionar questões específicas à medida que recolhem os dados, a abordagem à investigação não é feita com o objetivo de testar hipóteses mas sim privilegiar, essencialmente, a compreensão dos comportamentos a partir da perspetiva dos sujeitos de investigação. A metodologia de investigação qualitativa envolve diversas abordagens, de acordo com designação estar adjudicado pelos diferentes investigadores, tendo capacidade de abranger: “ (...) *a observação participante, a etnografia, o estudo de caso, o interacionismo simbólico, a fenomenologia ou, muito simplesmente, uma abordagem qualitativa.*” (Lessard – H., et al, 1994 p. 31).

As metodologias de investigação qualitativa implicam a utilização de instrumentos e técnicas para recolha e tratamento de dados a fim de obter o máximo rigor e fiabilidade. Para que neste estudo de caso se consigam recolher informações fidedignas, iremos recorrer a diferentes técnicas, são: elas as técnicas documentais e não documentais.

O campo de observação do investigador é bastante amplo e o registo dos dados faz-se em função dos objetivos definidos para a observação, para o que é útil construir uma grelha de observação, apoiando-se na escala PEP-R que possui por sua vez o intuito de observar o desenvolvimento da criança, com o objetivo de identificar o nível de desenvolvimento, num grupo de crianças com Perturbações do Espectro do Autismo. Para Bell (2004), a maior parte das grelhas de observação situa-se entre duas modalidades de observação-participante e não-participante, segundo o autor (idem,p.164), “*quer a sua observação seja estruturada ou não, quer seja participante ou não, o seu papel consiste em observar e registar da forma mais objetiva possível e em interpretar depois os dados recolhidos.*”

Na nossa investigação a observação vai ser não-participante, pois segundo Bogdan & Biklen (1994), neste tipo de observação o investigador não interage de forma alguma com o objeto de estudo no momento em que realiza a observação, portanto não poderá ser considerado participante. Este tipo de prática, restringe substancialmente a intervenção do observador no observado facultando a possibilidade em recorrer ao uso de instrumentos de registo sem influir no objeto de estudo.

Segundo Godoy (1995, p. 27), quando o pesquisador age apenas como espectador, temo o que se convencionou chamar de observação não-participante.

Nos métodos de observação não-participante, o investigador apenas se restringe a observar do exterior. É particularmente adequado recorrer à utilização deste método na análise

não-verbal e daquilo que ele expõe, nomeadamente as condutas e aos respectivos códigos comportamentais, tais como a relação com o corpo, os modos de vida, os traços culturais e a organização espacial da sociedade. A captura dos comportamentos e acontecimentos no próprio momento em que produzem, a recolha de material de forma relativamente espontânea assim como a autenticidade dos dados são características inerentes a este tipo de procedimento. Os métodos complementares pertencentes a este tipo de observação são a entrevista, seguida de análise de conteúdo, (Quivy & Campenhoudt, 1998).

Com estes instrumentos procurou-se recolher informações que complementem as observações e os registos documentais existentes sobre a criança, informações que são determinantes para as conclusões do estudo.

#### **4.1- Amostra**

Assim que a questão em estudo foi precisada, documentada pela literatura e inserida num desenho apropriado, o investigador caracteriza a população estabelecendo critérios de seleção para o estudo, precisa a amostra e determina o seu tamanho. A população compreende todos os elementos (pessoas, grupos, objetos) que partilham características comuns, as quais são determinadas pelos critérios estabelecidos para o estudo (Fortin, 1998).

Sobre esta matéria, é preciso diferenciar a população alvo e a população acessível. A população alvo reporta-se à população que o investigador pretende estudar e para a qual deseja fazer abstrações, no caso no nosso estudo numa escola X, numa turma Y que é a população acessível, a porção da população alvo que está ao alcance do investigador. Pode ser limitada a uma região, uma cidade, a um estabelecimento, no caso da nossa investigação numa dada escola. Uma amostra é um subconjunto de elementos ou de sujeitos tirados da população que são solicitados a participar no estudo, que vão ser os alunos autistas dessa turma, que constituem desta forma uma réplica, em miniatura, da população alvo.

A intervenção do educador no desenvolvimento do processo educativo atravessa várias etapas que se interligam. Deste modo, para um eficaz desenvolvimento da sua prática pedagógica este deverá ser capaz de “observar cada criança e o grupo para conhecer as suas capacidades, interesses e dificuldades” (Ministério da Educação, 1997 p.25), assim como o contexto em que estas se inserem, de modo que seja exequível, da melhor maneira possível, todo o processo educativo à situação real. A observação constitui, de tal forma a base do planeamento.

*“Há diferentes fatores que influenciam o modo próprio de funcionamento de um grupo, tais como, as características individuais das crianças que o compõe, o maior ou menor número de crianças de cada sexo, a diversidade de idades das crianças, a dimensão do grupo”* (Ministério da Educação, 1997 p.35).

Procedemos à caracterização do grupo, na qual as crianças em estudo estão inseridas, a partir das informações dadas pela professora da Educação Especial que trabalha com as crianças em questão numa sala de Ensino Estruturado e igualmente pelos dados oferecidos pelas Musicoterapeutas que trabalham numa sala de aula destinada particularmente às terapias que os mesmos usufruem na escola, nomeadamente a Musicoterapia. Os nomes dos intervenientes são fictícios assim como todos os dados que possam expor a forma anónima dos intervenientes em questão, não são referidos, obedecendo à carta de autorização solicitada ao Agrupamento de Escolas em questão (Anexo VI).

A amostra é constituída por cinco elementos, que são as profissionais que exercem funções de musicoterapeutas com estas crianças em grupo (dois elementos)

**Musicoterapeuta:** “Madalena”

**Data de Nascimento:** 12/04/1981

**Profissão:** Professora de Música e Musicoterapeuta

**Habilitações:**

Curso de Música 6º Grau Completo - Conservatório das Caldas da Rainha  
Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa

**Musicoterapeuta:** “Ana”

**Data de Nascimento:** 03/02/1980

**Profissão:** Professora de Música e Musicoterapeuta

**Habilitações:**

Curso de Música 6º Grau Completo Conservatório das Caldas da Rainha  
Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa

e um grupo de três crianças de uma Unidade de Ensino Estruturado com Perturbações do Espectro do Autismo:

<p><b>Nome do aluno :“Francisco”</b>  <b>Data de Nascimento:</b> 14-12-2002  <b>Idade:</b> 10 anos  <b>Ano de Escolaridade:</b> 1º Ciclo do Ensino Básico – 3ºano  <b>Percurso Escolar:</b>                  (Caldas da Rainha)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Ano Letivo</th> <th>Ano Escolar</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2005-2006</td> <td>Creche (Ensino Privado)</td> </tr> <tr> <td>2006/2007</td> <td>Pré-escolar (Ensino Privado)</td> </tr> <tr> <td>2007/2008</td> <td>Pré-escolar (Ensino Privado)</td> </tr> <tr> <td>2008/2009</td> <td>Pré-escolar (Ensino Privado)</td> </tr> <tr> <td>2009/2010</td> <td>1º ano (Ensino Público)</td> </tr> <tr> <td>2010/2011</td> <td>2º ano (Ensino Público)</td> </tr> <tr> <td>2011/2012</td> <td>3º ano (Ensino Público)</td> </tr> </tbody> </table>	Ano Letivo	Ano Escolar	2005-2006	Creche (Ensino Privado)	2006/2007	Pré-escolar (Ensino Privado)	2007/2008	Pré-escolar (Ensino Privado)	2008/2009	Pré-escolar (Ensino Privado)	2009/2010	1º ano (Ensino Público)	2010/2011	2º ano (Ensino Público)	2011/2012	3º ano (Ensino Público)	<p><b>Nome do aluno :“Gil”</b>  <b>Data de Nascimento:</b> 05/12/2000  <b>Idade:</b> 12 anos  <b>Ano de Escolaridade:</b> 1º Ciclo do Ensino Básico – 4ºano  <b>Percurso Escolar:</b>                  (Caldas da Rainha)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Ano Letivo</th> <th>Ano Escolar</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2001/2002</td> <td>Creche (Ensino Privado)</td> </tr> <tr> <td>2002/2003</td> <td>Creche(Ensino Privado)</td> </tr> <tr> <td>2003/2004</td> <td>Creche (Ensino Privado)</td> </tr> <tr> <td>2004/2005</td> <td>Pré-escolar (Ensino Privado)</td> </tr> <tr> <td>2005/2006</td> <td>Pré-escolar (Ensino Privado)</td> </tr> <tr> <td>2006/2007</td> <td>Pré-escolar (Ensino Privado)</td> </tr> <tr> <td>2007/2008</td> <td>Pré-escolar (Ensino Privado)</td> </tr> <tr> <td>2008/2009</td> <td>1º ano (Ensino Privado)</td> </tr> <tr> <td>2009/2010</td> <td>2º ano (Ensino Privado)</td> </tr> <tr> <td>2010/2011</td> <td>3º ano (Ensino Público)</td> </tr> <tr> <td>2011/2012</td> <td>4º ano (Ensino Público)</td> </tr> </tbody> </table>	Ano Letivo	Ano Escolar	2001/2002	Creche (Ensino Privado)	2002/2003	Creche(Ensino Privado)	2003/2004	Creche (Ensino Privado)	2004/2005	Pré-escolar (Ensino Privado)	2005/2006	Pré-escolar (Ensino Privado)	2006/2007	Pré-escolar (Ensino Privado)	2007/2008	Pré-escolar (Ensino Privado)	2008/2009	1º ano (Ensino Privado)	2009/2010	2º ano (Ensino Privado)	2010/2011	3º ano (Ensino Público)	2011/2012	4º ano (Ensino Público)
Ano Letivo	Ano Escolar																																								
2005-2006	Creche (Ensino Privado)																																								
2006/2007	Pré-escolar (Ensino Privado)																																								
2007/2008	Pré-escolar (Ensino Privado)																																								
2008/2009	Pré-escolar (Ensino Privado)																																								
2009/2010	1º ano (Ensino Público)																																								
2010/2011	2º ano (Ensino Público)																																								
2011/2012	3º ano (Ensino Público)																																								
Ano Letivo	Ano Escolar																																								
2001/2002	Creche (Ensino Privado)																																								
2002/2003	Creche(Ensino Privado)																																								
2003/2004	Creche (Ensino Privado)																																								
2004/2005	Pré-escolar (Ensino Privado)																																								
2005/2006	Pré-escolar (Ensino Privado)																																								
2006/2007	Pré-escolar (Ensino Privado)																																								
2007/2008	Pré-escolar (Ensino Privado)																																								
2008/2009	1º ano (Ensino Privado)																																								
2009/2010	2º ano (Ensino Privado)																																								
2010/2011	3º ano (Ensino Público)																																								
2011/2012	4º ano (Ensino Público)																																								
<p><b>Nome do aluno :”Luís”</b>  <b>Data de Nascimento:</b> 14-08-2004  <b>Idade:</b> 7anos  <b>Ano de Escolaridade:</b> 1º Ciclo do Ensino Básico – 2ºano  <b>Percurso Escolar:</b>                  (Caldas da Rainha)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Ano Letivo</th> <th>Ano Escolar</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2007/2008</td> <td>Pré-escolar (Ensino Público)</td> </tr> <tr> <td>2008/2009</td> <td>Pré-escolar (Ensino Público)</td> </tr> <tr> <td>2009/2010</td> <td>Pré-escolar (Ensino Público)</td> </tr> <tr> <td>2010/2011</td> <td>1º ano (Ensino Público)</td> </tr> <tr> <td>2011/2012</td> <td>2º ano (Ensino Público)</td> </tr> </tbody> </table>	Ano Letivo	Ano Escolar	2007/2008	Pré-escolar (Ensino Público)	2008/2009	Pré-escolar (Ensino Público)	2009/2010	Pré-escolar (Ensino Público)	2010/2011	1º ano (Ensino Público)	2011/2012	2º ano (Ensino Público)																													
Ano Letivo	Ano Escolar																																								
2007/2008	Pré-escolar (Ensino Público)																																								
2008/2009	Pré-escolar (Ensino Público)																																								
2009/2010	Pré-escolar (Ensino Público)																																								
2010/2011	1º ano (Ensino Público)																																								
2011/2012	2º ano (Ensino Público)																																								

#### 4.2- Descrição do meio

*“Reconhece-se, atualmente, que as dificuldades de desenvolvimento com PEA não são apenas decorrentes da sua problemática central, mas também da forma como são aceites e compensadas pelo meio ambiente”* (Jordan, 2000 p. 65).

O estabelecimento que os alunos em estudo frequentam é uma escola pertencente ao Concelho de Caldas da Rainha, distrito de Leiria, sendo o mesmo local onde habitam as respetivas crianças. Este município tem 255.87km<sup>2</sup> de área e 48.846 habitantes.

O concelho das Caldas da Rainha dista aproximadamente 50km do distrito supra citado, encontrando-se a 80km de Lisboa. Tais proximidades tal como a sua centralidade na

Região Oeste, fazem do concelho um grande polo de comércio, serviços, cultura e desenvolvimento turístico. Tem fronteira a norte com o concelho de Alcobaça, a leste com o de Rio Maior e a sul com o de Bombarral, Cadaval e Óbidos. Apresentando-se desta forma, um património-cultural importante e diversificado comportando de igual forma variadas potencialidades turísticas.

É um Concelho que possui dois Agrupamentos de Escolas, pertencendo a escola anteriormente mencionada ao Agrupamento de Escolas D. João II.

Caracterizar o meio torna-se importante pois através da mesma compreendemos mais facilmente que a escola não se pode isolar da sua realidade. O meio que a envolve tem a possibilidade de abranger imensos fatores de desenvolvimento de um modo particular, a capacidade de inclusão da criança no seu respetivo meio, possibilitando a perceção das suas ações, valores ou crianças.

*“A escola deve procurar estabelecer relações constantes com o meio, pois a formação integral do aluno não passa pela simples instrução dos conceitos académicos, mas sim pela educação interdisciplinar na qual desempenham um papel preponderante os valores essenciais a um crescimento harmonioso e talvez a hipótese da salvação do planeta e das pessoas que nele vivem”, (Duarte, 1994, pág. 14).*

É primordial, que haja comunicação entre a instituição e o meio onde esta inserida a mesma. O meio envolvente é igualmente uma relevante fonte de aprendizagens. A ligação direta com realidades distintas provoca posteriormente a curiosidade das crianças e aumenta consequentemente os seus conhecimentos.

### **4.3- Objectivos**

#### **Delimitação do Problema a Investigar**

Este trabalho de Investigação, insere-se no âmbito do estudo sobre a importância da Musicoterapia para o desenvolvimento de crianças com perturbações do espectro do autismo. Centrando-se num estudo de três crianças matriculadas no Pré-Escolar da Rede Pública, numa Unidade de Ensino Estruturado para esta problemática.

## **Objetivos Inerentes ao Estudo**

O estudo em questão procura comprovar os efeitos positivos ou a importância da Musicoterapia no desenvolvimento cognitivo das crianças autistas.

O objetivo de estudar esta problemática foi conhecer o autismo em geral, conhecer as especificidades de cada criança portadora deste síndrome em particular e posteriormente tentar perceber de que forma a musicoterapia pode contribuir para o desenvolvimento cognitivo das mesmas.

Saber se através da música e dos seus recursos as crianças portadoras de tal problemática são capazes de revelar melhorias especificamente no domínio cognitivo ou de uma forma indireta de um modo geral nomeadamente partindo quer no progresso a nível emocional, comportamental, relacional entre outros que conduzam posteriormente e consequentemente a um desenvolvimento positivo abrangendo outras áreas nomeadamente a cognitiva.

## **4.4- Instrumentos**

A recolha de dados, como etapa fundamental de um trabalho de investigação, requer a elaboração de um instrumento apropriado que vá ao encontro dos objetivos inicialmente traçados e às características da população, (Fortin, 2003). Segundo o mesmo autor a recolha dos dados pode ser obtida de diversas formas e é da responsabilidade do investigador decidir o tipo de instrumento que melhor se adequa ao seu estudo.

Antes de delinear uma colheita de dados, o investigador deve questionar-se se a informação que deve colher, através de um instrumento de medida particular é exatamente a que tem necessidade para responder aos objetivos da sua investigação. Para tal, deve ter conhecimento dos diversos instrumentos existentes, assim como as vantagens e os inconvenientes que cada um comporta. De um modo simultâneo, deve-se ter em conta o nível da questão de investigação.

O método que será utilizado na minha investigação será a observação sistemática designada de igual forma como estruturada e individual. Esta deverá ser planeada controlada, o observador sabe o que procura e o que necessita e a importância que esta possui numa determinada situação. Para Lakatos e Marconi (2003, p.193) e Thums (2003, p.155), neste tipo de observação há um planeamento de ações, sendo uma observação direcionada.

Segundo Lakatos e Marconi (1992, p.107), as técnicas de observação são extremamente importantes, mas devemos saber usá-las na obtenção de um propósito.

Para proceder a esta observação iremos utilizar instrumentos e técnicas de observação para tal, a lista de verificação é uma delas, que pretende ser em suma um registo da existência ou não de uma conduta ou o resultado de uma aprendizagem. Estas são ferramentas que auxiliam na coleta de informações e dados, num formato fácil e sistemático, para compilação e análise. Para utilizar a lista de verificação (Anexo II) com eficácia, é importante que se tenha uma compreensão clara do objetivo da coleta de dados e dos resultados finais que dela podem originar.

Estas listas, no caso específico da investigação servirão para verificar determinados pontos a observar em cada início das sessões e no final de cada uma delas respetivamente para verificar a causa-efeito, se de facto houve alteração após cada sessão. Resumindo, esta lista permite uma coleta de dados organizados, facilitando a sua análise e interpretação. Segundo Fortin (2003), estas permitem anotar de forma sistemática a presença ou ausência dos parâmetros que a integram, na estruturação das mesmas tem-se o cuidado de a tornar perceptível e esclarecedora, assegurando a veracidade dos dados recolhidos na observação. É necessário também ter em atenção que existe uma infinidade de tipos de lista de verificação e como tal, o mais importante é que haja facilidade no seu preenchimento, que os dados sejam apontados de modo correto e saber que a forma de coleta de dados depende do objetivo do estudo.

Será utilizado ainda como forma de avaliar cada sessão grelhas de observação, tendo como suporte a escala PEP-R, como referimos anteriormente. A importância da escolha desta escala para a nossa investigação prende-se fundamentalmente no facto deste instrumento considerar dois aspetos significativos, dado o objetivo ser avaliar crianças com autismo, nomeadamente o atraso no desenvolvimento e os comportamentos atípicos (Shopler et al, 1995). Estas grelhas permitirão ainda de registar a assiduidade dos comportamentos e descobrir a sua progressão em várias perspetivas que pretendemos estudar para poder utilizar posteriormente no estudo em questão, uma vez que se pretende obter uma resposta adequada, mantendo o rigor das informações colhidas, com os recursos humanos e materiais disponíveis (Fortin, 2003).

A grelha de observação elaborada para este projeto (anexo I), foi elaborada com base na caracterização nas crianças em questão contendo o sexo, idade e diagnóstico, na escala de

Comportamento PEP-R de acordo com as diferentes áreas: **Comunicacional, Comportamental e Cognitiva.**

Procedemos à legenda da mesma grelha utilizando a escala “**sucesso**” (a criança conseguiu concretizar o objetivo pedido com sucesso), “**emergente**” (atividade que a criança apenas realiza com auxílio ou se for demonstrada) e “**insucesso**” (a criança não alcançou o objetivos pedidos na tarefa em questão).

#### **4.5- Procedimentos**

Na elaboração de qualquer trabalho de investigação, não se podem descurar os aspetos éticos, relacionados com o investigador e como é investigado. Perante isso, nesta pesquisa efetuámos vários contactos (pessoais, telefónicos), entregámos pessoalmente uma carta de consentimento autorizado ao concelho executivo da escola do respetivo agrupamento (Anexo VI), pedindo autorização para realizar os procedimentos inerentes estudo que pretendemos fazer. Contactamos igualmente a professora das NEE e as respetivas Musicoterapeutas em questão, para poder pedir deste modo autorização/aprovação formal para a observação e aplicação de estratégias que se pretendem efetuar.

A recolha dos dados foi feita pelo próprio investigador para poder aplicar as listas de verificação e grelhas de observação em cada secção observada. Ou seja, é preciso fazer um planeamento rigoroso e objetivo da investigação que se pretende realizar, com o intuito de otimizar os resultados de estudo e de garantir o carácter científico do mesmo.

Podemos, assim, afirmar que o objetivo fundamental do diagnóstico ou da análise da realidade, é conhecer a situação problema para a transformar. Deste objetivo se depreende que não podemos apenas saber o que se passa ou sucede em determinada situação social concreta, mas que esse conhecimento nos sirva para atuar de uma forma eficaz.

Pretendeu-se em primeiro lugar, identificar, avaliar e proceder a formulação do problema, pois qualquer trabalho de investigação começa sempre pela definição ou contextualização do mesmo para o qual se pretende encontrar uma solução ou resposta.

Definir o problema, é explicar o que se pretende pesquisar e quais os objetivos desse trabalho. Consultar as partes interessadas, nomeadamente os professores, no nosso caso também as musicoterapeutas com quem pretendemos trabalhar diretamente para poder desta forma interagir com as crianças em questão. Procedemos à revisão da literatura, partindo das

palavras-chave inerentes à pergunta de partida, para fundamento teórico, credibilidade e fiabilidade aos resultados da nossa investigação em campo.

Neste projeto, como anteriormente foi referido utilizámos listas de verificação (Anexo II) e grelhas de observação (Anexo I). Fizemos a análise e avaliação dos dados a partir das informações transmitidas pelas mesmas. A implementação do projeto foi feita na sala de aula, observação direta e não participante, as estratégias utilizadas para tentar resolver o problema as mesmas técnicas utilizadas pela Musicoterapia, utilizadas à priori como resolução mas o objetivo do nosso estudo, prende-se sobretudo na verificação da funcionalidade de tais procedimentos para alcançar o mesmo ou seja comprovar se a musica através da Musicoterapia é importante ou não no desenvolvimento cognitivo das crianças autistas.

Foram realizadas entrevistas às musicoterapeutas (Anexo V), para poder obter mais informações sobre as questões inerentes a esta temática e à evolução das crianças em questão. Segundo Bogdan & Biklen (1994), uma entrevista é geralmente uma conversa intencional entre duas pessoas, com o principal objetivo de obter informações sobre outra.

A entrevista alcança bastante importância no estudo de caso, pois através dela o investigador percebe a forma como os sujeitos interpretam as suas vivências já que ela é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador fomentar intuitivamente uma ideia sobre a forma como os sujeitos interpretam aspetos do mundo” (Bogdan e Biklen, 1994 pag 134). Os diferentes tipos de entrevistas existentes têm sido classificados de formas diversas. Fontana e Frey (1994), consideram a existência de três grandes tipos: estruturada, semi-estruturada, e não estruturada; para Patton (1987), elas dividem-se entre quantitativas e qualitativas, sendo que a última comporta ainda três classificações (conversacional informal, guiada, abertastandard). Assim, as entrevistas implicam de uma forma geral a definição prévia de questões a colocar. No caso da nossa investigação esta será qualitativa e estruturada respetivamente.

Recorremos às notas de campo a partir das observações às sessões de musicoterapia anteriormente mencionadas., realizadas em oito sessões observadas, duas vezes por semana.

O diário de bordo, segundo Bogdan e Biklen (1994), constitui um dos principais instrumentos do estudo de caso, este é utilizado relativamente às notas de campo. O diário de bordo tem como objetivo ser um instrumento em que o investigador vai registando as notas retiradas das suas observações no campo. Bogdan e Bilken (1994, p. 150) referem que essas notas são “ o relato escrito daquilo que o investigador ouve, vê, experiência e pensa no

decurso da recolha e refletindo sobre os dados de um estudo qualitativo”. O diário de bordo representa, não só, uma importante fonte de dados, mas também pode auxiliar o investigador a acompanhar o desenvolvimento do estudo. Bogdan e Biklen (1994, p.151) referem que “acompanhar o desenvolvimento do projeto, a visualizar como é que o plano de investigação foi afetado pelos dados recolhidos, tornando-se posteriormente consciente de como ele ou ela foram influenciados pelos dados”.

#### 4.6- Recolha e Análise de dados

Para proceder à observação dos dados como anteriormente foi referido tornou-se necessário assistir como observador não-participante, a 8 sessões de Musicoterapia, destinando 6 sessões (duas para cada criança respetivamente) para observação direcionada a cada caso particular, tendo como suporte as grelhas de observação e a lista de verificação para cada sessão a um dado aluno, fazendo em cada sessão também um registo através das notas de campo de comportamentos gerais das três crianças em geral.

Ao todo foram realizadas 6 grelhas de observação e 6 listas de verificação duas para cada criança. As duas sessões restantes permitiram uma observação do comportamento global das crianças, do método, das estratégias utilizadas, tendo em conta que numa delas por motivos inerentes aos comportamentos específicos das dadas crianças optamos por não fazer um estudo individualizado para que o estudo de cada uma delas pudesse ser baseado realmente pelo comportamento em que se regem normalmente e não influenciado por fatores externos, para desse modo haver uma maior precisão nos dados observados.

As Grelhas de Observação (Anexo I), regeram-se por três áreas de conteúdo nomeadamente, Comunicacional, Comportamental e Cognitiva.

Foram realizadas duas Grelhas para cada aluno, em duas sessões respetivamente.

Os resultados do “Luís” nas duas Sessões foram os seguintes:

<b>Resultados:</b>		
<b>1ª Sessão</b>		
<b>Área Comunicacional</b>	<b>Início da Sessão</b>	<b>Final da Sessão</b>
<b>Sucesso</b>	<b>2</b>	<b>5</b>
<b>Insucesso</b>	<b>3</b>	<b>1</b>
<b>Emergente</b>	<b>6</b>	<b>5</b>
<b>Total de Respostas: 11</b>		

Anexo 1- Gráfico 1

<b>Resultados:</b>		
<b>2ª Sessão</b>		
<b>Área Comunicacional</b>	<b>Início da Sessão</b>	<b>Final da Sessão</b>
<b>Sucesso</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>Insucesso</b>	<b>5</b>	<b>4</b>
<b>Emergente</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>Total de Respostas: 11</b>		

Anexo 1- Gráfico 2

**Observações:** Nesta área, nas duas sessões observadas, revela ainda muitos objetivos que precisa atingir. Não consegue pedir ajuda a um adulto (de forma verbal), não revela sinais de interação, não levanta a mão para fazer perguntas não se envolvendo na conversação, não comunicando necessidades e desejos. Mostra sinais de frustração não de forma verbal, gesticula, emite sons, por vezes grita, isolando-se posteriormente. Quando se trata da comunicação não-verbal este já mostra sinais evolutivos, reagindo aos estímulos e demonstrando intencionalidade e recetividade. Reagindo aos sons, orientando-se para os mesmos, nem sempre mas mostrando sinais evolutivos nesse sentido.

<b>Resultados:</b>		
<b>1ª Sessão</b>		
<b>Área Comportamental</b>	<b>Início da Sessão</b>	<b>Final da Sessão</b>
<b>Sucesso</b>	<b>1</b>	<b>4</b>
<b>Insucesso</b>	<b>4</b>	<b>1</b>
<b>Emergente</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>Total de Respostas: 6</b>		

Anexo I-Grelha 1

<b>Resultados:</b>		
<b>2ª Sessão</b>		
<b>Área Comportamental</b>	<b>Início da Sessão</b>	<b>Final da Sessão</b>
<b>Sucesso</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>Insucesso</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>Emergente</b>	<b>3</b>	<b>2</b>
<b>Total de Respostas: 6</b>		

Anexo I- Grelha 2

**Observações:** No que diz respeito à área comportamental, demonstra nem sempre conseguir estar atento às atividades propostas, reagindo aos barulhos da sala, assusta-se com facilidade. Por vezes reage de forma positiva às mudanças e novas experiências, desde que as mesmas sejam demonstradas de uma forma calma e serena, sendo capaz também de por vezes mostrar capacidades em saber lidar com situações e atividades recreativas. Não possui comportamentos que denotem agressividade nem que perturbem os outros.

<b>Resultados:</b>		
<b>1ª Sessão</b>		
<b>Área Cognitiva</b>	<b>Início da Sessão</b>	<b>Final da Sessão</b>
<b>Sucesso</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>Insucesso</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
<b>Emergente</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>Total de Respostas: 9</b>		

Anexo I- Grelha 1

<b>Resultados:</b>		
<b>2ª Sessão</b>		
<b>Área Cognitiva</b>	<b>Início da Sessão</b>	<b>Final da Sessão</b>
<b>Sucesso</b>	<b>5</b>	<b>3</b>
<b>Insucesso</b>	<b>2</b>	<b>4</b>
<b>Emergente</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>Total de Respostas: 9</b>		

Anexo I- Grelha 2

**Observações:** Na área cognitiva, o “Luís” de uma forma geral não consegue atingir os objetivos propostos nas sessões, não canta canções sozinho, nem com os restantes elementos, embora vá demonstrando aos pouco uma certa reação à imitação dos seus sons, não é capaz de preservar as palavras e os sons, nem repetir os mesmos com ritmos ou com instrumentos. Contudo mostra sensibilidade às sonoridades, reage ao som, aos ruídos. Revela sensibilidade e demonstra receptividade às atividades musicais.

Relativamente às Sessões observadas do “Francisco” (Anexo 1), procedemos à seguinte análise:

<b>Resultados:</b>		
<b>1ª Sessão</b>		
<b>Área Comunicacional</b>	<b>Início da Sessão</b>	<b>Final da Sessão</b>
<b>Sucesso</b>	8	7
<b>Insucesso</b>	1	1
<b>Emergente</b>	2	3
<b>Total de Respostas: 11</b>		

Anexo I - Grelha 3

<b>Resultados:</b>		
<b>2ª Sessão</b>		
<b>Área Comunicacional</b>	<b>Início da Sessão</b>	<b>Final da Sessão</b>
<b>Sucesso</b>	7	9
<b>Insucesso</b>	0	0
<b>Emergente</b>	4	2
<b>Total de Respostas: 11</b>		

Anexo I - Grelha 4

**Observações:** O “Francisco” revela na área comunicacional aspetos muito relevantes de objetivos já atingidos, outros prestes a atingir demonstrando uma evolução significativa. Este pede ajuda ao adulto, envolve-se nos diálogos, consegue expressar as suas necessidades e desejos revela ter capacidade de demonstrar frustração, tanto utilizando a linguagem verbal, com dificuldades notórias, mas dizendo palavras, frases completas e através da linguagem não-verbal, através de gestos, procurando as pessoas, segurando-as pela mão conduzindo-as até à realização de um dado objetivo. Responde aos estímulos como aos sons dos assobios, dos batusques, ouve e orienta-se para o som. Apesar demonstrar momentos de grande nervosismo e ansiedade, mostra também ser capaz de se acalmar por si próprio.

<b>Resultados:</b>		
<b>1ª Sessão</b>		
<b>Área Comportamental</b>	<b>Início da Sessão</b>	<b>Final da Sessão</b>
<b>Sucesso</b>	4	3
<b>Insucesso</b>	0	1
<b>Emergente</b>	2	2
<b>Total de Respostas: 6</b>		

Anexo I - Grelha 3

<b>Resultados:</b>		
<b>2ª Sessão</b>		
<b>Área Comportamental</b>	<b>Início da Sessão</b>	<b>Final da Sessão</b>
<b>Sucesso</b>	4	3
<b>Insucesso</b>	1	2
<b>Emergente</b>	1	1
<b>Total de Respostas: 6</b>		

Anexo I - Grelha 4

**Observações:** Em relação ao comportamento, o “Francisco” revela reagir ao barulho na sala, às intensidades dos sons, mostra variações de humor em relação às mudanças assim como novas experiências. Demonstra ser muito emotivo, às vezes muito nervoso e bastante agitado daí resultarem alguns comportamentos que perturbam os outros, grita, gesticula com agressividade, tenta algumas vezes agredir, mas consegue voltar ao estado normal, não através da verbalização por parte do adulto mas mais por parte do tato e do contacto físico, consegue acalmar-se mais com um gesto afável do que com a palavra. Precisa evoluir ainda no que diz respeito à interação em determinadas situações e em atividades recreativas assim como saber comportar-se nos diferentes locais. Embora não o faça de modo inadequado, ainda não consegue agir de forma normal nessas determinadas situações.

<b>Resultados:</b>		
<b>1ª Sessão</b>		
<b>Área Cognitiva</b>	<b>Início da Sessão</b>	<b>Final da Sessão</b>
<b>Sucesso</b>	7	8
<b>Insucesso</b>	0	0
<b>Emergente</b>	2	1
<b>Total de Respostas: 9</b>		

Anexo I - Grelha 3

<b>Resultados:</b>		
<b>2ª Sessão</b>		
<b>Área Cognitiva</b>	<b>Início da Sessão</b>	<b>Final da Sessão</b>
<b>Sucesso</b>	6	3
<b>Insucesso</b>	0	2
<b>Emergente</b>	3	1
<b>Total de Respostas: 9</b>		

Anexo I - Grelha 4

**Observações:** Este aluno demonstra grandes capacidades no que diz respeito a esta área, mostra ter competências e vai desenvolvendo as mesmas de modo crescente. Este possui a capacidade de cantar canções quer sozinho quer acompanhado, reagindo à imitação dos seus sons, mantendo as palavras em simultâneo com os sons repetindo os mesmos com ritmo. Reage ainda à intensidade do som. Apesar das competências reveladas pelo “Francisco” nesta área, este revela dificuldades na conclusão das atividades que inicia assim como na repetição de sons com os instrumentos.

Pudemos observar através das Grelhas de Observação do “Gil” (Anexo 1) os seguintes aspetos:

<b>Resultados:</b>		
<b>1ª Sessão</b>		
<b>Área Comunicacional</b>	<b>Início da Sessão</b>	<b>Final da Sessão</b>
<b>Sucesso</b>	4	5
<b>Insucesso</b>	5	4
<b>Emergente</b>	2	2
<b>Total de Respostas: 11</b>		

Anexo 1 - Grelha 5

<b>Resultados:</b>		
<b>2ª Sessão</b>		
<b>Área Comunicacional</b>	<b>Início da Sessão</b>	<b>Final da Sessão</b>
<b>Sucesso</b>	6	4
<b>Insucesso</b>	3	4
<b>Emergente</b>	2	2
<b>Total de Respostas: 11</b>		

Anexo I - Grelha 6

**Observações:** Nesta área o “Gil” apresenta dificuldades notórias no que diz respeito à expressão quer verbal quer não-verbal, não consegue pedir ajuda a um adulto, não ergue a mão para colocar questões, não responde a perguntas que lhes sejam colocadas, não possui a capacidade de se envolver numa conversação. Contudo, também se verifica vontade (da sua parte) em comunicar e em expressar o que sente, manifestando assim frustração através de estereotipas tais como colocar as mãos nos ouvidos, abanando o corpo de um lado para o outro e emitindo vocalizações estereotipadas.

O “Gil” reage ao som do assobio, do batoque, ouve e orienta-se para os sons.

<b>Resultados:</b>		
<b>1ª Sessão</b>		
<b>Área Comportamental</b>	<b>Início da Sessão</b>	<b>Final da Sessão</b>
<b>Sucesso</b>	2	3
<b>Insucesso</b>	0	0
<b>Emergente</b>	4	3
<b>Total de Respostas: 6</b>		

Anexo I - Grelha 5

<b>Resultados:</b>		
<b>2ª Sessão</b>		
<b>Área Comportamental</b>	<b>Início da Sessão</b>	<b>Final da Sessão</b>
<b>Sucesso</b>	2	3
<b>Insucesso</b>	0	1
<b>Emergente</b>	4	2
<b>Total de Respostas: 6</b>		

Anexo I - Grelha 6

**Observações:** O “Gil”, possui dificuldades em permanecer com atenção às determinadas atividades a ele propostas. Tem grandes problemas em reagir em relação aos barulhos da sala, vários sons em simultâneo causam-lhe algum transtorno o que conduz às vezes a atitudes que perturbam um pouco os outros colegas. Apesar de ser notório uma certa evolução, ainda é difícil para o “Gil” lidar com situações e atividades recreativas assim como o seu comportamento em diferentes locais é instável e imprevisível.

<b>Resultados:</b>		
<b>1ª Sessão</b>		
<b>Área Cognitiva</b>	<b>Início da Sessão</b>	<b>Final da Sessão</b>
<b>Sucesso</b>	4	3
<b>Insucesso</b>	2	3
<b>Emergente</b>	2	1
<b>Total de Respostas: 9</b>		

Anexo I - Grelha 5

<b>Resultados:</b>		
<b>2ª Sessão</b>		
<b>Área Cognitiva</b>	<b>Início da Sessão</b>	<b>Final da Sessão</b>
<b>Sucesso</b>	4	4
<b>Insucesso</b>	4	3
<b>Emergente</b>	1	2
<b>Total de Respostas: 9</b>		

Anexo I - Grelha 6

**Observações:** Nesta Área o “Gil” revela obter sucesso em vários aspetos na aquisição de determinados objetivos tais como ter a capacidade de imitar os seus sons, repetir os mesmos com ritmo, reagir ao ruído assim com à intensidade do som. Este não consegue cantar canções sozinho, nem com os restantes elementos e ainda não possui a capacidade de repetir os sons com os instrumentos. Ainda não consegue terminar os trabalhos que inicia.

A lista de verificação que foi feita aos mesmo alunos uma por sessão da mesmo forma que as Grelhas de Observação individual, foi elaborada com uma lista de objetivos enquadrando-se nas mesmas áreas anteriormente abordadas pelas grelhas acima analisadas. Estas listas pretendem verificar se estas crianças de forma geral conseguem atingir ou não os objetivos anteriormente referidos.

### Listas de Verificação do “Luís”

<b>Resultados:</b>
<b>1º Sessão</b>
<b>Sim:9</b>
<b>Não:2</b>
<b>Emergente:5</b>
<b>Total de Respostas: 16</b>

Anexo II - Lista 1

<b>Resultados:</b>
<b>2ª Sessão</b>
<b>Sim:13</b>
<b>Não:1</b>
<b>Emergente:2</b>
<b>Total de Respostas: 16</b>

Anexo II - Lista 2

**Observações:** O “Luís”, consegue realizar as atividades propostas pelas Musicoterapeutas, umas vezes sozinho, outras com apoio. Verifica-se alguma autonomia e participação espontânea na sua realização, explora instrumentos, por si. Tem capacidade de se exprimir

corporalmente e através de sons, assistindo-se uma progressão gradual à medida que vão alterando as atividades. Demonstrando assim interesse pelas atividades propostas e mostra também gosto pelas sessões, manifestando agrado por uma dada atividade. Em relação ao nível de comunicação, este não comunica verbalmente e a forma não-verbal que possui para se exprimir não o faz com os colegas mas sim com os adultos, nomeadamente com as Musicoterapeutas.

O aluno ainda não adquiriu a noção de ritmo, não consegue ainda distinguir o som dos vários instrumentos. Ainda não consegue responder às mudanças de atividades como as sonoras, assim como a nível de compreensão é notório a dificuldade que ainda possui a compreender a execução dos exercícios pedidos. Relativamente ao domínio cognitivo depreende-se estar numa área emergente.

### Listas de Verificação do “Francisco”

<b>Resultados:</b> <b>1ª Sessão</b>  <b>Sim:14</b> <b>Não:0</b> <b>Emergente:2</b> <b>Total de Respostas: 16</b>
--

Anexo II - Lista 3

<b>Resultados:</b> <b>2ª Sessão</b>  <b>Sim:14</b> <b>Não:0</b> <b>Emergente:2</b> <b>Total de Respostas: 16</b>
--

Anexo II - Lista 4

**Observações:** O “Francisco” consegue atingir maior parte dos objetivos sugeridos pelas atividades dinamizadas pelas musicoterapeutas, revelando interesse e gosto pelas mesmas. Responde às alternâncias das atividades assim como as mudanças sonoras. Revela de modo geral prazer pelas sessões. Possui capacidades notórias a nível de expressão corporal, vocal, através de sons, canto, adquiriu a noção de ritmo e reage aos sons dos instrumentos. Exprime as suas preferências por uma determinada atividade. Manifesta participar de forma voluntária e com uma certa autonomia nas tarefas pedidas. Contudo ainda não consegue distinguir os sons dos instrumentos, assim como não consegue ainda estabelecer comunicação com os colegas, apenas com os adultos, uma vezes verbalmente outras gestualmente, com sons.

De uma forma geral, o “Francisco” consegue compreender e realizar o que lhe é pedido pelas musicoterapeutas e revela sinais significativos em termos de progressão na área cognitiva.

## Listas de Verificação do “Gil”:

<b>Resultados:</b> <b>1ª Sessão</b>  <b>Sim:11</b> <b>Não:0</b> <b>Emergente:5</b> <b>Total de Respostas: 16</b>
--

Anexo 2 - Lista 4

<b>Resultados:</b> <b>2ª Sessão</b>  <b>Sim:12</b> <b>Não:2</b> <b>Emergente:2</b> <b>Total de Respostas: 16</b>
--

Anexo 2 - Lista 5

**Observações:** O “Gil”, manifesta um interesse significativo pelas atividades realizadas pelas Musicoterapeutas, realiza as mesmas compreendendo a sua execução. Mostra noção de ritmo, reage aos sons dos instrumentos, exprime-se quer corporalmente, quer através de sons. É notório, o gosto revelado pelas sessões, conseguindo exprimir preferência por uma atividade em particular, participando espontaneamente nas mesmas. Contudo, não demonstra autonomia na realização das tarefas pedidas. Este não revela sinais de grande evolução de uma atividade para a outra, assim como não possui a capacidade para distinguir os vários sons dos instrumentos, ainda continua a ser uma área a desenvolver, assim como o seu nível de relação com os colegas. Este aluno só consegue estabelecer contacto com os adultos. A nível cognitivo, o “Gil”, revela ainda grandes dificuldades, mostrando ser uma área ainda a desenvolver.

## Notas de campo

As notas de campo (Anexo V), realizadas na nossa investigação prendem-se essencialmente, na observação geral quer das crianças observadas quer no espaço, nos recursos utilizados, materiais, métodos utilizados pelas musicoterapeutas, assim como os procedimentos metodológicos como também a forma como interagem com as crianças. Foram realizadas ao todo oito observações em oito sessões respetivamente. Em cada sessão fez-se uma observação dirigida particularmente a um aluno em particular de onde provêm os resultados das Grelhas de Observação Individual e Listas de Verificação, anteriormente mencionadas. Contudo, as notas de campo fazem uma observação mais ampla, registando outros dados importantes a nível geral.

## **Observações:**

No primeiro dia de observação, verificou-se as boas condições da sala de aula onde decorrem as sessões. Apesar de não ser uma sala construída para esse fim mas com as adaptações adequadas para tal. É uma sala “...*ampla, com boas condições a nível de acústica. Existe material adaptado para execução dos exercícios, como os colchões (Anexo III, Fotos 5 e 6 ), utilização de instrumentos musicais tais como as maracas, guitarra, guizos, xilofones, paus de chuva entre outros (Anexo III, Fotos 10, 11, 12,16), são utilizados ainda registos musicais ao vivo tocados pelas próprias musicoterapeutas tal como se recorre a registos musicais gravados e utilização do computador para a audição dos mesmos...*”(Anexo V – Nota de Campo 1).

As musicoterapeutas pretendem dar a entender às crianças que os instrumentos possuem outras funções para além do objeto em si, que na maioria é utilizado ou procurado para brincar: rodopiam, giram, manipulam. “...*O “Luís” procura os instrumentos a gatinhar na sua direção, utilizando-os como brinquedos e coloca-os na boca...*” (Anexo V – Nota de Campo 1). Nota-se que com a interação das musicoterapeutas que ao mostrar-lhe a verdadeira função dos instrumentos, tocando com os mesmos, revelando a sonoridade de cada um, incentivam as crianças a fazê-lo também e por sua vez ao aprender e descobrir a verdadeira função dos mesmos são conduzidas elas próprias a explorarem os instrumentos não como meros objetos, mas como “algo” que produz som.

As crianças de uma forma geral, demonstram tranquilidade, reagem bem em grupo, contudo não há interação entre elas, cada uma ocupa o seu espaço alheando-se da presença dos outros, como se estivessem sozinhos “...*no meio dos outros no seu próprio mundo...*”(Anexo V – Nota de Campo 1).

Existe uma tendência para o isolamento sobretudo da parte do “Luís”. Este demonstra sinais de grande imaturidade, que se traduzem pelos seus comportamentos infantis, coloca os objetos na boca, procura o colo das musicoterapeutas em momentos em que está assustado ou simplesmente à busca de carinho, revelando a sua carência afetiva mas é uma criança afável “...*quando gosta de uma atividade sorri...*” (Anexo V - Notas de Campo 1).

Esta sessão, foi a primeira observação do “Luís”, embora sejam observados todos de uma forma global ao longo de todas as sessões posteriores. De uma forma geral, todos revelam gostas das sessões “...*é notório em todos eles o gosto que possuem pelo som dos*

instrumentos. O som da guitarra muda a expressão das crianças...” (Anexo V - Notas de Campo 1).

O “Luís”, mostra cansar-se com facilidade, revelando ter pouco tempo de concentração. Nesses momentos, afasta-se do grupo e só regressa quando é estimulado pelas musicoterapeutas que ao dirigirem as atividades especificamente para ele agem como fator motivacional, captando a sua atenção.

Todas as sessões dão início da mesma forma nomeadamente com a mesma música a do “*Bom dia*” (Anexo V – Notas de Campo 7), que se traduz como se tratasse de um “ritual”, um momento que marca o início da sessão, uma forma de aproximação das crianças, pois vão repetindo o nome das crianças sucessivamente, interagindo, fomentando os afetos e a sociabilização entre o grupo.

Esta foi a segunda sessão de observação do “Luís”, este iniciou a mesma “...mostrando interesse pelos momentos musicais criados pelas musicoterapeutas, passando a interagir com as mesmas, tocando na guitarra que uma delas possuía nos braços...” (Anexo V – Nota de Campo 2).

Um comportamento interessante e observável de um modo geral em todos estas crianças é o modo como a música influencia o seu comportamento. Os fatores podem ser vários como as sonoridades, a musicalidade dos instrumentos da música, o ambiente gerado, parecem ser fatores preponderante influenciando o comportamento e expressão dos meninos “...o “Luís” hoje salta, toca brinca, ao som da música...” (Anexo V – Nota de Campo 2), interage com as musicoterapeutas, procura o contacto físico e visual. Contudo assim que surge o silêncio e tentam comunicar-lhe verbalmente, o “Luís” fecha-se no seu “Mundo” novamente.

Esta criança, assim com os outros colegas, não se relacionam entre si, procuram apenas o contacto com os adultos neste caso com as musicoterapeutas.

Nota-se também que o desempenho do “Luís” está condicionado pelo seu “estado de humor”. Como exemplo disso podemos lembrar a sua participação efusiva e entusiástica, que com um movimento brusco e repentino da parte do “Francisco”, remete-o uma vez mais na sua posição de defesa refugiando-se para o seu local habitual, no canto da janela, quando surge um tipo de situação semelhante.

As crianças de um modo geral demonstram autonomia tanto na movimentação no espaço como na utilização dos instrumentos, participando muitas vezes nas atividades por iniciativa própria.

O “Luís” reage aos sons, às sonoridades “...a música desperta-lhe os sentidos e a expressividade, através da mesma ele consegue comunicar com as musicoterapeutas, através de um olhar, intenso de olhos bem abertos...”, “...a música conduz o seu olhar em direção à musicoterapeuta, quando deixa de haver música, o seu olhar desvia-se completamente, regressando à sua ausência tipicamente Autística...” (Anexo V – Nota de Campo 2) .

Esta capacidade que a música manifestamente possui ao permitir estabelecer comunicação, não de uma forma verbal mas gestual, através das expressões da emotividade é algo evidente também nos restantes elementos do grupo principalmente no caso do “Francisco”. Constata-se através dos comportamentos dos mesmos que a música é um meio eficaz de abertura dos canais de comunicação que se fecha assim que termina a mesma e se inicia a verbalização “...O “Luís”, com o ambiente envolvente dos sons, ausência quase total da luz na sala, acalma-o de tal forma ao ponto de alterar a própria expressão facial do rosto deste menino. Que deixa o seu ar melancólico e triste passando a esboçar o seu grande sorriso bonito e contagiante...” ( Anexo V – Notas de Campo 6).

A terceira sessão coincide com a observação do “Francisco” que chega sempre à sala a cantar “...o “Francisco” iniciou a sessão a canta uma música que trazia no ouvido (dos desenhos animados que assistiu em casa)...” (Anexo V – Notas de Campo 3), “...O “Francisco”, chega à sala a cantar e começa de imediato por iniciativa própria, a tocar nos instrumentos...”(Anexo V - Notas de Campo 4).

Nota-se que o Francisco é uma criança musical, os factos anteriormente observados são prova disso, assim como é o único que canta a música do “Bom dia”, com a letra completa, repetindo o nome de todos os seus companheiros. Este procura o sons dos instrumentos pela sua musicalidade “...o “Francisco” quando pega num instrumento já procura explorar na procura de obtenção de sons...”(Anexo V – Sessão 3).

O “Francisco” ouve atentivamente as músicas quer as letras quer as melodias “...ouve atentamente a música tocada uma vezes com guitarra outras com flauta ou mesmo cantada, tentando deste modo repetir o ritmo com a pandeireta entoando ao mesmo tempo com sons, à base de improvisos criados pelo mesmo...”(Anexo V –Sessão 3).

É evidenciado ao longo desta sessões que todas as crianças conseguem umas com mais facilidade do que outras, realizar as tarefas que lhe pedem, contudo o tempo, a repetição e a persistência são fatores primordiais para obtenção de resultados positivos.

Nesta sessão sucede o mesmo facto curioso que já se verificou nas sessões anteriores há um momento da sessão sempre à mesma hora destinado à audição de músicas

instrumentais, clássicas, sons da natureza, onde estão luzes coloridas no fundo da sala (Anexo III - Foto 1) outras espelhadas no centro (Anexo III – Foto 2), contextualizado num ambiente apropriado e elaborado para transmitir tranquilidade e proporcionar momentos de relaxamento. Quando chega esse dado momento sem ninguém dizer nada os meninos aleatoriamente (se não for um é outro), de um modo espontâneo levanta-se para fechar a persianas, enquanto outro fecha as luzes.

Num desses momentos anteriormente referidos há sempre um som de fundo subjacente aquele ambiente musical, praticamente com ausência de luz “...como pano de fundo ouvimos palavras soltas, umas vezes de um modo suaves, outras de um modo mais intenso, mais profundo ...”(Anexo V – Notas de Campo 3).

Na 4ª Sessão, o “Francisco” uma vez mais é o único que canta a canção inicial com as musicoterapeutas, espontaneamente, introduzindo outras músicas que aprendeu “...o *“Francisco”, canta a música “Cai-Neve” qua aprendeu nesse dia com a professora do Ensino Especial, entretanto o mesmo começa a cantar outra por iniciativa própria que também aprendeu...*” (Anexo V – Notas de Campo 4). As musicoterapeutas aproveitam momentos como estes para incrementar a terapia, “...estimulando os alunos a transmitirem os conhecimentos que já possuem, transformando-os em momentos terapêuticos. Este momento fruto do improvisado gerado pela situação anterior realçou a voz bonita que o “Francisco” possui num tom que alcança uns agudos bonitos, melódicos revelando possuir grande musicalidade mesmo em termos corporais...”(Anexo V – Notas de Campo 4). Este aluno possui um grande número de canções no seu repertório, possui grande capacidade em memorizar letras e melodias. As musicoterapeutas aproveitam bastante esta capacidade para atingir os objetivos que pretendem alcançar com a musicoterapia “...O *“Francisco” sabe cantar músicas do princípio ao fim e numa delas “A Primavera”, ele demonstrou a capacidade de improvisação introduzindo um dado novo na respetiva música. O “atchim” introduzido pelo “Francisco” ao final de cada refrão para além de bonito, estava contextualizado, quer a nível de sentido quer a nível melódico. Estes momentos são sempre bem aproveitados pelas musicoterapeutas quer para enriquecimento da sessão quer para estímulo da criança em questão...*” (Anexo V – notas de Campo 6).

Esta criança mostra ser no grupo aquele que possui mais capacidades para realizar a maior parte das atividades dinamizadas pelas musicoterapeutas “... numa dada altura, as musicoterapeutas, ensinam uma música utilizando também gestos. Apenas o “Francisco” consegue realizar corretamente a atividade. Não completamente, mas tentou e conseguiu repetir

muitos gestos com o ritmo certo. Este tipo de atividades proporcionadas pelas musicoterapeutas demonstra ser importante na estimulação de vários sentidos melhorando conseqüentemente as suas capacidades nas áreas em que as crianças possuem maior dificuldades, nomeadamente, da linguagem, cognição, comunicação, sociabilização entre outras...”( Anexo V – Notas de Campo 6 ).

O “Francisco”, possui momentos em que parece estar ausente surgindo posteriormente a ecolalia, na repetição palavras e sons constantemente, “...Contudo ao ser abraçado pela musicoterapeuta constatei que isso o acalmava, regressando novamente a uma postura normal (dentro das suas limitações), voltando à normalidade importante das atividades...”(Anexo V – Notas de Campo 4).Após este momento ele regressa a uma postura normal e interage com as musicoterapeutas.

Dado ao desenvolvimento crescente no que diz respeito as apetências relacionadas com a música que esta criança tem desenvolvido ao longo das sessões também é notório em alguns momentos, já alguma vontade em explorar coisas novas na área “...o Francisco foi incentivado pela musicoterapeuta a repetir a escala musical. Ao repetir este esqueceu-se de uma nota e mediante a frustração de não conseguir lembrar-se começou a chorar. Mostrando sentir-se desapontado quando não consegue fazer algo, atingir um objetivo. Assim que a musicoterapeuta conseguiu a superar o problema, este acalmou-se...” (Anexo V – Notas de Campo 8).

Todos os momentos ao longo das sessões estão plenos de informações e dados riquíssimos que nos fornecem elementos que nos facultam informação para entendermos melhor os comportamentos as atitudes, a avaliação a evolução e os fatores que permitem ou não melhorar uma dada capacidade. Contudo é de salientar que os momentos destinados ao “relaxamento”, são de extrema importância na observação destas crianças “... quando estão na ausência de luz, em que estão a ouvir as melodias, muitas vezes gritam, como quisessem dizer algo, exprimir qualquer coisa, sentimentos, emoções. O que é de realçar, é que quando todos proferem palavras ou emitem todos em simultâneo, não o fazem como um grupo de crianças dita “normais”, ele não se imitam, os sons podem ser ao mesmo tempo mas são distintos. Mesmo nestes momentos não há interação. É notório que a falta de capacidade de sociabilização traduz estas atitudes, onde não comportamentos baseados na imitação do outro, na reprodução do que outro faz. Cada um possui características próprias únicas e individuais, um carácter forte que os caracterizam, mas não havendo sociabilização, continuam iguais a si próprios...” (Anexo V – Notas de Campo 4).

Na Quinta Sessão, decidimos não preencher nenhuma grelha de observação nem lista de verificação pois devido a alguns atrasos resultantes de umas atividades que se desenvolveram na escola a sessão não se iniciou à hora habitual. Dado estas crianças estarem habituadas a determinadas rotinas e no momento que se quebram as suas capacidades posteriormente podem ficar reprimidas, decidimos fazer um levantamento geral a nível global de atitudes. De facto nesta sessão houve algum distanciamento por parte das crianças “...hoje, a nível geral mostram estar um pouco ausentes e desmotivados...”(Anexo V – Notas de Campo 5).

Nota-se ser necessário muito tempo, nomeadamente muitas sessões para haver resultados progressivos “...a música, as práticas, os métodos inerentes à Musicoterapia revelam ser benéficos, contudo estas crianças mostram que o tempo é um fator primordial nesta evolução...” (Anexo V – Notas de Campo 5). Em termos cognitivos, é notório uma certa evolução em termos gerais nestas crianças “...embora o “Luís” e o “Gil” ainda revelarem aos poucos e de um modo mais discreto as suas capacidades, o “Francisco”, por sua vez, é o que demonstra uma evolução mais evidente...” (Anexo V – Notas de Campo 5).

O “Gil” foi a criança observada na sexta e sétima sessão repetidamente, onde demonstrou no início estar motivado e recetivo às atividades tocando instrumentos por iniciativa própria “...emite sons ao ouvir o som da guitarra como quisesse cantar...” (Anexo V – Notas de Campo 6). O “Gil” apesar de manter uma atitude calma inicialmente demonstra atitudes infantis, ao querer os objetos só para si “...há momentos em que se mostra estar ausente, no seu mundo, e quando se apresenta desta maneira, não quer interagir mostra ficar aborrecido e não quer ser perturbado. Nestas situações o “Gil”, mostra um olhar distante...” (Anexo V – Notas de Campo 6).

O “Gil” tem revelado ao longo das sessões ser um menino de extremos: ora muito calmo ora muito agressivo “...por exemplo o “Francisco” deitado no colchão ao esticar-se coloca um pé no nariz do “Gil” que se mantém praticamente imóvel, mostrando uma calma incrível. Por outro lado, a uma dada altura irritou-se com a mistura de sons e começou a tapar os ouvidos, dando início às estereotipias características do dado aluno...” (Anexo V – Notas de Campo 3).

Este aluno demonstra este desconforto causado pela presença de vários sons em simultâneo em ocasiões várias e numa delas começou a andar de um lado para o outro demonstrando grande agitação fazendo as estereotipias habituais já anteriormente mencionadas “...ao apagarem as luzes ele acalma-se progressivamente, com a música

*colocada por uma das musicoterapeutas, a outra por sua vez abraça-o, demonstrando-lhe gestos de afeto, alternando posteriormente o seu comportamento agressivo de quem mostra possuir uma vontade feroz em se exprimir. Ao não conseguir atingir os seus objetivos, surge então uma revolta expressa por estes momentos mais agressivos, mais nervosos e inconstantes...*” (Anexo V – Notas de Campo 6).

O “Gil” revela curiosidade, gosto por explorar os ambientes, as pessoas, contudo, fá-lo de modo discreto, subtil, dado às dificuldades inerentes à sua patologia que o impedem de uma maneira mais direta e mais perceptível tudo o que sente e gostaria de fazer e explorar. Esta criança também demonstra ter uma memória bem rica no que diz respeito a acontecimentos exemplo disso é o facto de prever determinadas situações e saber precaver-se das mesmas “...o “Gil”, tapa os olhos com a mão antes de acender a luz. Sabendo o efeito que esta provoca ao reacender...” (Anexo V – Notas de Campo 7)

De um modo geral todos eles possuem uma perceção maior do que possamos julgar ou avaliar no início das sessões registamos que “...os alunos nomeadamente o “Luís”, o “Francisco” e o “Gil”, não demonstraram sinais da minha presença (estando sentada numa cadeira atrás dos mesmo num canto da sala) ...” (Anexo V- Notas de Campo 1). Após algumas sessões, outras atitudes foram surgindo comprovando o contrário “... o “Luís” hoje como na sessão anterior colocou os sapatos (descalçar os sapatos antes das sessões é um procedimento normal) ao meu lado e olhou discretamente para mim...” (Anexo V – Notas de Campo 6), o “Gil” também teve uma atitude bastante curiosa “....ao movimentar-se pela sala como sempre faz normalmente, passa por mim, mostrando indiferença, (como estou aqui apenas como observadora não-participante, não falo nem interajo com os intervenientes) mas hoje o “Gil”, mostrou que a minha presença tinha sido notada quando ao percorrer a sala calmamente com a cabeça e o olhar direccionado para o solo. De repente, para à minha frente e olha para mim...” (Anexo V - Notas de Campo 7).

A grande parte das atividades desenvolvidas nas sessões prendem-se com o contacto com os instrumentos musicais, exploração dos sons, cantar canções sugeridas pelas mesmas ou aproveitando sonoridade e melodias das crianças e mesmo canções que fazem parte do reportório das mesmas como o caso do “Francisco”. As musicoterapeutas recorrem ao som , ao ritmo, à melodia à harmonia utilizando ou não instrumentos “...aproveitando principalmente todos os momentos propícios facultados pelas próprias crianças de modo a conduzir a terapia aos objetivos por elas delineados Na observação podemos notar que estas sessões se diferenciam das aulas de música pela intencionalidade que a Musicoterapia

*possui, contrariamente ao ensino da música que pretende ensinar conteúdos inerentes à música e aos seus propósitos. Na Musicoterapia recorre-se à utilização da música e dos recursos para atingir um fim...*”( Anexo V – Notas de Campo 8).

Ao longo destas sessões verificou-se também o gosto que estas crianças mostram sentir em relação à música “...o “Luís” gosta de ouvir as melodias, o canto. Interage, não participando ativamente mas exprime-se de uma forma participativa através do olhar e do sorriso. De uma forma geral, todos gostam bastante de ouvir as melodias, os sons, o ritmo, o canto...” (Anexo V – Notas de Campo 7).

*“...até o “Gil” em dadas alturas fecha os olhos para sentir a música. Os seus movimentos estereotipados corporais que lhe são característicos, passam a ser cadenciados pelos ritmos das músicas que ouve...”* (Anexo V – Notas de Campo 4).

## **Entrevistas**

Nesta investigação realizámos duas entrevistas (Anexo IV), às musicoterapeutas responsáveis pela terapia aplicada às crianças em estudo. Foram realizadas na sala onde decorrem as sessões antes da chegada das crianças. Estas entrevistas foram feitas de modo individual e separadamente, obedecendo ao mesmo guião e tendo relativamente o mesmo tempo de elaboração.

## **Observações:**

A “Ana” e a “Madalena”, foram as musicoterapeutas a quem foram feitas as entrevistas e que de um modo claro e sucinto foram respondendo às questões que lhe foram colocadas tendo em conta o trabalho que estão a realizar com o grupo de crianças que possuem Perturbações do Espectro do Autismo e como musicoterapeutas e o trabalho que realizam nessa área podendo desta forma responder às questões inerentes ao tema desta investigação.

No que diz respeito ao que é a música ambas responderam que é em suma é tudo o que produza som embora a “Madalena” vá mais para além “...é uma expressão de sentimentos através dos sons, dos ritmos e das melodias. Cada conjunto pode formar e despertar sentimentos que por vezes podemos desconhecer...”(Anexo IV – Entrevista 1).

Segundo a “Madalena” as principais funções terapêuticas da música prendem-se com a capacidade de relaxamento, de desenvolvimento a nível motor, assim como proporcionar-lhe bem-estar, abrindo-lhe também uma nova forma de comunicar com as pessoas, também

para a musicoterapeuta “Ana” seja por que motivo for a música possui um papel preponderante a nível terapêutico, “...*Ajuda em tudo, seja a nível psicológico seja a nível motor...*” (Anexo IV – Entrevista 2).

Relativamente à questão se música seria o principal instrumento utilizado pela Musicoterapia ou existiriam outros recursos por parte da mesma, ambas concordam que embora a música seja a base da Musicoterapia existam outros recursos, “...nós normalmente utilizamos só a música, esta e os seus componentes ou seja o ritmo, o som, as melodias, as harmonias. Depois através cada componente, nós podemos fazer as improvisações ou aplicar diretamente canções. Quando utilizamos as luzes é mais no sentido passivo ou seja, eles estão num ambiente que lhes é imposto, permitindo desta forma relaxar um pouco...” (Anexo IV – Entrevista 1).

Os principais objetivos da Musicoterapia são para ambas as musicoterapeutas, fundamentalmente o desenvolvimento, a nível motor, psicológico e social. No caso particular destas crianças com Perturbações do Espectro do Autismo abre o canal das comunicações, a nível comunicacional, permitindo-lhe interagir entre si e com o meio social que os rodeia.

Quanto ao papel da Musicoterapia especificamente às crianças com Perturbações do Espectro do Autismo a “Madalena” realça a importância da mesma na capacidade que esta possui em termos de permitir que estas crianças se sintam bem quer a nível pessoal quer com os outros a nível de interação social, por outro lado a “Ana” afirma que a música “...*tem uma vasta capacidade e sendo eles crianças que vivem num mundo deles, a música ajuda-nos quase que a perceber como entrar no mundo deles e a perceber-los a desenvolver e ajudar a entender a sua linguagem...*” (Anexo IV – Entrevista 2).

Ambas consideram a Musicoterapia eficaz no desenvolvimento cognitivo das crianças autistas. Consideram a música como possuidora de influência direta e também em várias áreas de desenvolvimento remetendo posteriormente à melhoria das capacidades cognitivas. Tem-se revelado nos casos concretos com quem trabalham “...*Quem os conheceu antes, pois eu no ano passado trabalhei com alguns durante as minhas aulas de música e outros só acompanhava por fora, noto uma diferença muito grande...*” ( Anexo IV – Entrevista 2). Por isso ser eficaz não só para as crianças que possuem Perturbações do espectro do Autismo mas para toda a gente.

Respeitante à forma como o papel do musicoterapeuta influência na aplicação eficaz da Musicoterapia ao longo das sessões a “Madalena” considera ser importante acima de tudo saber escolher bem o que se pretende e o que se vai fazer para só depois aplicar conforme a

população em questão, neste caso concreto de crianças com autismo é necessário ir ao encontro do que ele consegue ou não realizar, concretizar. A “Ana”, acrescenta ser importante o contacto visual sendo mais fácil comunicar com as crianças verificando a calma que estes alcançam durante as sessões.

As duas musicoterapeutas são consensuais quando se trata de afirmar que as crianças com quem têm trabalhado revelam ter evoluído ao longo destes meses. A “Madalena” afirma haver grandes evoluções “...ao longo destes 5 meses nota-se uma grande evolução em vários aspetos. Acho que conseguimos que eles interajam de forma positiva, eles vão procurar os instrumentos, eles tentam tocar os mesmos, explorar esses instrumentos. Eles próprios pedem-nos, já têm uma forma de nos pedir ou para tocar como é que faz ou então como se estivessem a dizer: “ajuda-me”. Eles têm uma forma particular de pedir ajuda, já interagem...”(Anexo IV – Entrevista 1). A “Ana” revela notar uma grande evolução a nível cognitivo “...o “Gil” por exemplo que foi o aluno com quem mais trabalhei no ano passado. Este ano o “Gil” tem umas atitudes completamente diferentes. A música para ele era quase como se fosse um pesadelo. O “Gil” assim que alguém começasse a cantar ou a tocar ele tapava logo os ouvidos. Agora, só quando o volume fica excessivo ou perante muita confusão. Atualmente, não. Se ouve cantar, se ouve os colegas da turma isto falando a nível de turma, o “Gil” assim que eu começava a fazer alguma coisa a nível de música ele começava a fazer os ruídos dele e a tapar os ouvidos. Agora não. O “Gil” pára, quer fazer e está a olhar para a turma.

O “Luís” por exemplo no início, no primeiro período não participava nas aulas com a turma e a partir do momento que começou a haver musicoterapia o Alberto já participa nas aulas com a turma...”(Anexo IV – Entrevista 2).

Em relação há existência ou não de um tempo previamente definido para estabelecer o início de algum tipo de progresso, especificamente nas crianças com Perturbação do Espectro do Autismo, a musicoterapeuta “Ana”, afirma não haver um tempo pré-definido de modo a definir uma data prevista de evolução. A “Madalena”, por sua vez diz que depende de cada criança, diz ser muito relativo, pode-se acompanhar crianças que se desenvolvam mais facilmente em detrimento de outras. Assim como outras crianças que podem demorar meses para proferir uma palavra “...no caso específico das crianças que estamos neste momento a trabalhar, eu não conhecia nenhum deles. Todo o trabalho foi realizado nestes 5 meses. O “Francisco” por exemplo canta todas as canções do início ao fim, o “Luís” eu noto muita diferença nele no sentido de querer experimentar e está mais concentrado quando tem uma

*atividade para fazer, em relação ao “Gil” noto diferenças porque acho que está mais calmo. Porque a nível geral também foram aprendendo as regras...”* (Anexo IV – Entrevista 1).

Ao abordamos a questão do melhor procedimento quando se trata de musicoterapia nomeadamente trabalhar com as crianças individualmente ou em grupo, a musicoterapeuta “Madalena” é apologista que as sessões de musicoterapia deveriam ser individuais, justificando que neste casos particulares de autismo eminente, trata-se de casos específicos em que as crianças se dispersam muito, sendo mais fácil e eficaz trabalhar com eles de modo individual para não haver dispersão, podendo recorrer a outro tipo de técnicas. Por outro lado, a “Ana” acredita existir duas vertentes a considerar “...o individual é bom porque podemos dar atenção só para aquela criança e dá para perceber as necessidades dele para nos irmos ao encontro daquelas necessidades. E em grupo também é bom porque interagem uns com os outros e no caso do autismo é fundamental...” (Anexo IV – Entrevista 2).

O número de sessões que devem ser realizadas a fim de obter bons resultados é uma questão que é considerada pelas musicoterapeutas muito relativa, dependendo das crianças “... por exemplo o “Luís” só a meio do segundo período é que começou a evoluir os outros demonstraram evolução há mais tempo...” (Anexo IV – Entrevista 2). Segundo a “Madalena” também está relacionado com a disponibilidade da escola ou no espaço em que é aplicado a Musicoterapia “...depende muito do tempo que nós temos com eles. Nestes casos temos 45 minutos duas vezes por semana. As sessões são de 45 minutos porque não devemos exceder esse tempo visto que eles têm um défice de concentração muito baixo ...” (Anexo IV – Entrevista 1).

Para finalizar as entrevistas foi colocada uma última questão relativamente ao haver ou não uma idade aconselhável para iniciar este tipo de terapia. Ambas concordam que terapias como esta podem ser praticadas desde pequenos, assim que consigam possuir alguma motricidade. Quando mais cedo foram estimulados melhor.

#### **4.7- Discussão dos Resultados**

Esta parte do trabalho destina-se à discussão dos resultados encontrados a partir da análise dos dados. A discussão será elaborada em tópicos seguindo a ordem de organização dos resultados.

Os três casos observados nesta investigação comprovam a existência de vários autismos, tendo em conta que os indivíduos autistas são únicos, não possuindo por base um

único diagnóstico mas vários, convencendo-se posteriormente, mediante tal facto, chamar de “espectro autista”. Afirmando-se que existem três áreas prioritárias entre os vários autismos, nomeadamente integração, comunicação e brincar é importante o reconhecimento das dificuldades em comum (Alvarez & Reid, 1999; Sacks, 1995; Wing & Attwod, 1987); citado in Luciana Pires, 2007).

Verificou-se através das Grelhas de Observação e Listas de Verificação elaboradas por meio de observação de algumas sessões de Musicoterapia neste grupo de crianças com Perturbações do Espectro do Autismo que todos de uma maneira muito distinta possuem dificuldades incidindo nas mesmas áreas nomeadamente comunicacional, comportamental e consequentemente cognitiva.

Pode-se constatar de uma forma geral em todas as sessões que ainda há muitos objetivos que precisam atingir, não conseguindo ainda aceder às formas verbais para pedir ajuda, como forma de comunicação, não se envolvendo por esse motivo numa conversação, não lhe permitindo dessa forma comunicar, expressar necessidades e desejos, gesticulam, emitem sons, por vezes gritam. Mostram mais sinais evolutivos quando se trata da comunicação não-verbal demonstrando aí intencionalidade e recetividade. Demonstram interesse pelas atividades propostas pelas musicoterapeutas contudo, nem sempre conseguem estar atentos às mesmas por possuírem uma capacidade de concentração limitada. Relativamente a comportamentos que denotem agressividade uns possuem mais do que outros. Na área cognitiva de uma forma geral todos possuem dificuldades em atingir alguns objetivos.

Embora a variedade de comportamentos, sintomatologia e severidade da Perturbação Autística encontrada nos casos anteriormente referidos (e que se reflete a noção do espectro do autismo), deparámo-nos com um padrão comum de atrasos, ou alterações; na comunicação verbal e não-verbal; na imitação ou jogo simbólico, associado a dificuldades em iniciar e manter interações, e modalidades pouco organizadas de expressão dos afetos. (Marques, 2000).

Todos possuem graves problemas nas áreas observadas, obedecendo às características comuns das crianças autistas, uns demonstrando maior evolução numa dada característica em detrimento de outras.

O individuo autista é aquela que pessoa que vive mentalmente ausente no meio social onde está inserido, vivendo distante, não possuindo capacidade para se adaptar, orientando a sua conduta recorrendo à comunicação, é aquela pessoa resultante de um acidente da natureza

genético, metabólico, infeccioso entre outros, provocando posteriormente a sua inibição a aceder à intersubjectividade das outras pessoas, não possibilitando o acesso ao mundo das pessoas, conseqüentemente, nem mesmo ao seu (Marco, J e Rivières.A (1998, p.26, citado por Saldanha, A.2009).

O autismo é um problema neurológico que prejudica a percepção, o pensamento e a atenção, manifestando-se numa perturbação comportamental desde os primeiros anos de vida (Correia, 1999).

As três crianças em estudo, apenas mostraram interação com os adultos, neste caso, com as musicoterapeutas em questão. Não se verificou intenção de comunicação entre o grupo permaneciam em conjunto mas de um modo individual como se os outros não existissem.

Estas crianças mostram em comum não possuir a consciência da existência dos sentimentos por parte dos outros e do subsequente impacto negativo das atitudes resultantes dos seus comportamentos, nos outros (Siegel, 2008).

Demonstram também tendência para possuírem comportamentos agressivos principalmente em situações ou locais desconhecidos em situações novas, ou quando estão claramente irritados ou mediante frustração. Apresentam todos também problemas de comunicação, apenas uma criança das três em estudo apresenta alguma evolução, pronunciado frases e palavras, os outros repetem uma palavra de um forma cantada e monocórdica. Segundo Hewitt (2006), um dos grandes problemas destas crianças autistas (como todas elas que apresentam a mesma patologia), para além da sua capacidade de falar, também é o aprender o sentido da comunicação.

À exceção do “Luís”, que nunca manifestou comportamentos agressivos, quer o “Francisco”, quer o “Gil”, demonstraram atitudes mais temperamentais. Este último reage mais intempestivamente quando pretende comunicar, dado às dificuldades graves que possui a nível comunicacional, verifica-se a sua intenção comunicacional, a sua vontade crescente de expressar o que sente. Não conseguindo fazê-lo manifesta a sua frustração através de estereotípias como colocar as mãos nos ouvidos, andando de um lado para o outro associado a vocalizações estereotipadas.

Cavaco (2009), afirma que normalmente as pessoas com Espectro do Autismo possuem uma empatia limitada, sendo capazes de demonstrar afeição à sua maneira, de forma geral não contactam normalmente com as pessoas de forma espontânea não buscam conforto em momentos de frustração, possuem dificuldade em estabelecer relações de amizade, não se

envolvem em jogos cooperativos, verificando-se este comportamento nas sessões de Musicoterapia em que as crianças não participavam nem cooperavam nas atividades propostas pelas Musicoterapeutas em grupo mas sim individualmente. Manifestando as suas frustrações associado às suas capacidades linguísticas limitadas que remetem posteriormente a ecolalia, inversão de pronomes e palavras assim como revelam reações desajustadas relativamente às aproximações verbais e não-verbais das pessoas.

É importante realçar a importância da música não só no desenvolvimento das várias capacidades referidas ao logo de todo este estudo mas também a capacidade que esta possui através Musicoterapia, mas também como meio de contextualizar estas crianças em situações que as podem conduzir ao contacto com os outros dentro de uma escola inclusiva que segundo Serrano (2007) deve ser sinónimo de uma atitude pedagógica de qualidade apontando a presença de alunos com e sem necessidades educativas especiais de uma forma imperiosa em classes ditas regulares, lecionadas por professores do ensino regular, acompanhados paralelamente com outros profissionais especializados, terapeutas e programas ajustados com competências para fazer face ao desafios da educação atual. Hewitt (2006), também é apologista que a maior parte dos alunos com Perturbações do Espectro do Autismo colocados em meios educacionais regulares requerem inicialmente, um grande apoio suplementar, grande parte deles, cuidadosamente orientados no seu esforço de modo a integrar-se no seu novo meio escolar e nas suas novas rotinas, tornaram-se conseqüentemente mais autónomos. Neste caso particular da Musicoterapia, as sessões realizadas em grupo permitem o desenvolvimento e integração desta pequena população de modo a adquirir ou fortalecer as suas capacidades e meios comunicacionais e relacionais para uma melhor integração no meio escolar. Não se pode de igual forma esquecer a existência de vários graus de PEA, cada uma com as suas características próprias, tendo em conta esses fatores e para que a inclusão num ambiente regular seja efetivamente facilitada, conduzindo a resultados eficazes, os profissionais devem centralizar, em cada momento, apenas numa ou duas áreas que requeiram uma atenção imediata. Alguns alunos mostram dificuldades que necessitam ao longo de um período de tempo mais alargado de um cuidado e uma intervenção específica, relativamente para os restantes alunos o método é executado de uma forma mais célere e fácil.

Das três crianças observadas todas apresentam problemas em todas as áreas, contudo verifica-se que o “Francisco” é o que possui mais capacidades, na área comunicacional e a nível de linguagem. Este aluno verbaliza frases, palavras, consegue com dificuldade exprimir-

se verbalmente daí conseqüentemente consegue melhorar a área comportamental assim como cognitiva.

Segundo Marques (2000), os estudos iniciais sobre o Autismo infantil tinham por base fundamentalmente as anomalias inerentes aos problemas de interação social e a dada altura, o interesse sobre os défices cognitivos próprios dessa perturbação. Desta forma, o défice cognitivo, começa a desempenhar um papel preponderante na determinação da origem do autismo.

Estas crianças possuíam um gosto particular nas sessões de Musicoterapia em procurar os instrumentos musicais no início como se tratassem de brinquedos que rodopiam, giraram, explorando-os como meros objetos. Segundo Hewitt (2006) este tipo de comportamento é comum quando se trata de crianças com autismo: manifestam um fascínio, há uma preferência particular por objetos que podem ser manuseados por meio de movimentos, repetitivos, de motricidade fina, especialmente por aqueles que podem ser colocados sem possuir outra intenção relativamente ao modo mais ajustado de utilizar os dados objetos ou brinquedos.

Verificou-se que nas sessões seguintes com a orientação das Musicoterapeutas, as crianças procuravam os instrumentos, não pelo objeto em si como brinquedo, mas como algo que produz som tentando repetir os sons como tinham visto as Musicoterapeutas fazer tanto com a Guitarra, como a Flauta e todos os restantes instrumentos utilizados pelas mesmas. Verificou-se a exploração dos sons dos instrumentos por iniciativa própria como o caso do “Francisco” que explorava ritmos, improvisava, assim como também se verificou de um modo mais subtil da parte do “Gil” e do “Luís”. Comportamentos desta natureza provam como estes procedimentos utilizados nas sessões são importantes para aprendizagem, não só de conteúdos, pois não é a função da terapia mas sim estimular competências e fomentar as áreas afetadas. Segundo Sekeff (2002), a linguagem musical não pode ser considerada apenas pelo seu lado estético, ela é muito mais do que um recurso de combinação e exploração de sons, é principalmente um meio de expressão quer de sentimentos, ideias, valores, como também uma forma de comunicação (da pessoa com ela mesmo ou com as pessoas que as rodeiam), é um meio de gratificação (psíquica, emocional, artística), de mobilização (física, motora, afetiva e intelectual) e de autorrealização, uma vez que possuindo aptidões nessa área o individuo tendencialmente dirige-se nesse sentido seja numa forma direta compondo, fazendo música seja puramente no lado passivo da sua apreciação, simplesmente no prazer de escutar.

A música só por si é um instrumento utilizado nas sessões que demonstrava ter influência enorme de forma positiva em todas as crianças: o “Luís” reagia imenso aos sons às sonoridades, como se despertasse os sentidos e a sua expressividade, através da mesma ele conseguia comunicar de forma não-verbal com as musicoterapeutas através de um olhar, de um sorriso, de um colocar a mão da musicoterapeuta na guitarra como forma de lhe pedir que voltasse a tocar. Assim que a música parasse e voltassem a verbalizar com o mesmo a comunicação parava nesse instante comprovando que a música era de facto o estímulo que o despertava e estabelecia a forma de comunicar que tinha ao seu alcance, nomeadamente a comunicação não-verbal. Segundo Cabrera (2005), podemos considerar a música como um meio de expressão não-verbal, um tipo de linguagem que auxilia a comunicação e fomenta a exteriorização de sentimentos, facultando às pessoas descobrir ou redescobrir o conteúdo do seu interior podendo partilhar com os que o rodeiam. O mesmo autor afirma que alguns investigadores provaram que a terapia musical pode afetar positivamente o comportamento dos indivíduos com Perturbação do Espectro do Autismo.

O “Francisco” também demonstrou em todas as sessões que a música possuía um efeito estimulante ao chegar em todas elas a cantar. Este aluno possui capacidades mais desenvolvidas que os restantes como foi anteriormente referido, contudo, denota-se que a música é um fator que estimula e melhora essas capacidades, ao cantar, este desenvolve a memória ao decorar um repertório imenso de canções, desenvolve a linguagem, assim como representa um meio de comunicar e estabelecer relações com os outros, cantando por exemplo com as musicoterapeutas.

O “Gil”, tal como as outras crianças também é afetado de um modo bastante relevante pelo poder que a música exerce sobre os indivíduos. Esta criança demonstra gostar dos sons da música em sim muitas vezes observamos o “Gil” em plena contemplação musical, de olhos fechados para sentir melhor a música e de repente os seus movimentos estereotipados corporais que lhes são característicos passavam a ser cadenciados pelos ritmos das músicas que ia ouvindo. Tendo a capacidade de o acalmar, visto ser uma criança nervosa que possui comportamentos às vezes um tanto agressivos, a música possui a capacidade de o relaxar e conseqüentemente solucionar os seus movimentos estereotipados.

Conforme a World Federation of Musictherapy (1985), em Musicoterapia o poder que a música possui de estimular o ser humano tanto a nível físico como psíquico, utiliza-se para alcançar objetivos terapêuticos, conservando, desenvolvendo e recuperando desta forma o funcionamento físico, cognitivo, emocional e social dos indivíduos. Partindo desta relação,

a Musicoterapia organiza a sua base de trabalho, de modo a produzir efeitos terapêuticos e esta terapia recorre a qualquer manifestação sonora, nomeadamente o uso do som, ritmo, melodia, harmonia, intensidade entre outros, por alguém qualificado, com um indivíduo ou um grupo de indivíduos, num procedimento planificado para tal.

A música tem sido designada também por Brúscia (2000), como um recurso terapêutico complementar abrangendo quer as dimensões físicas (por meio do relaxamento muscular, alívio da ansiedade); mentais e psicológicas (fortalecendo a identidade, o autoconceito, promovendo a fantasia); sociais (motiva a expressão, e o alívio espiritual assim como a expressão quer de dúvidas, raiva ou medo).

Grande parte das atividades desenvolvidas nas sessões associam-se com o contacto com os instrumentos musicais, assim como exploração dos seus sons, cantar canções sugeridas pelas musicoterapeutas, ou o aproveitamento da sonoridade e melodias das crianças, no caso do “reportório” de canções que o “Francisco” cantava, que era por sua vez constantemente aproveitado pelas musicoterapeutas, recorrendo ao som, ao ritmo, à melodia à harmonia umas vezes utilizando instrumentos noutras não. Tal como Benezon que defendia que o musicoterapeuta podia recorrer à utilização somente de um som, a apenas um ritmo, escolher uma música conhecida e até mesmo fazer com que a criança crie a sua própria música. Todos estes fatores prendem-se com a disponibilidade e empenho do paciente assim como das finalidades do musicoterapeuta, devendo este encontrar-se constantemente preparado para dançar, saltar, correr, deitar-se no solo, possuindo consciência que pode ter qualquer tipo de reação por parte do paciente podendo ser tanto ativa como simplesmente passiva.

Na observação das sessões pudemos também registar que o principal objetivo da Musicoterapia não é saber música, não é o ensino da música mas sim recorrer à música para atingir um fim. Leite (2005) e Lecourt (1988), creem também que é o atenuar do sofrimento psíquico por meio de criações no mundo sonoro. O que é importante não é o tipo de sons, de música que o indivíduo possa criar, é fundamental sim que expressem os seus sentimentos e emoções por meio deles.

Segundo os autores Santos (1985) e Alvin (1973), cada pessoa possui a sua interpretação própria da música que ouve, o que ouve e o modo como faz interpretação resultam de uma criação dela própria correspondendo às suas experiências físicas, intelectuais e emotivas. Pudemos verificar esta realidade nas observações a estas crianças que ouviam as músicas e interpretavam as mesmas de modos distintos: o “Luís” gostava de saltitar ao som da

música, o “Francisco” de cantar ao som da mesma e o “Gil” preferia manter uma atitude mais contemplativa de concentração mais profunda em relação à sua audição. O efeito sentimental está inerente ao grau de sensibilidade do sujeito e a influência sobre o cognitivo resulta da cultura musical da pessoa.

Em todas as sessões de Musicoterapia observadas na nossa investigação pudemos deparar com a utilização de técnicas segundo Fadiman & Frager (1979), não apenas passivas onde o paciente exerce um papel apenas de ouvinte, como nos momentos em que as crianças estavam de luzes quase apagadas simplesmente a ouvir melodias, momentos que eram utilizados como forma de relaxamento, mas também ativo onde o paciente cria momentos musicais executando movimentos corporais utilizando mesmo a verbalização, trazendo benefícios psicológicos, físicos e emocionais.

Padilha (2008), defende que nos primeiros contactos com estas crianças, é natural que haja recusa por parte dos mesmos a qualquer tipo de contacto. Contudo nas sessões de Musicoterapia verifica-se que o instrumento musical pode servir de intermediário efetivo entre o paciente e o terapeuta, tais como os momentos que pudemos constatar entre o “Francisco” e as musicoterapeutas quando tocava nos tambores ou outros instrumentos tentando reproduzir os ritmos permitindo-lhe um ponto de contacto visual. Verificou-se de igual forma que a música e a Musicoterapia podem desempenhar um papel preponderante no que diz respeito ao reforço e mudança do comportamento social da criança autista ou quando o “Luís” tocava na guitarra quando a musicoterapeuta a tinha nos braços, olhando depois para ela sorrindo. Tanto na área da comunicação facilitando-lhe o processo de vocalização como no estímulo do processo mental relativamente a aspetos tais como a conceitualização, simbolismo e compreensão.

As musicoterapeutas são consensuais nas entrevistas realizadas quando falam no papel da musicoterapia no desenvolvimento global quer cognitivo destas crianças, ambas concordam que as principais funções terapêuticas da música prendem-se com a capacidade de relaxamento, de desenvolvimento a nível motor, psicológico e social como proporcionar condições de bem-estar, assim como na abertura dos canais de comunicação, permitindo-lhes interagir entre si e com o meio social que os rodeia, conduzindo posteriormente ao desenvolvimento de outras capacidades como as de raciocínio e cognição. Estas acreditam que em Musicoterapia a música é a base da mesma, contudo os seus componentes tais como o ritmo o som, as melodias, as harmonias utilizadas quer em improvisações ou diretamente em canções permitem conduzir a terapia noutros aspetos igualmente importantes a desenvolver.

Segundo as musicoterapeutas em questão, a utilização da música neste tipo de terapia ajuda-as a perceber como entrar no mundo destas crianças e em simultâneo percebe-los e ajudar a interpretar a sua linguagem que lhes é tão própria assim como a sua maneira de ser.

As musicoterapeutas consideram a Musicoterapia como sendo bastante eficaz no desenvolvimento de crianças autistas em particular nestes casos em estudo, considerando uma vez mais a música como possuidora de influência evidente em várias áreas de desenvolvimento remetendo posteriormente ao progresso em relação à capacidades cognitivas. Segundo as mesmas que os conheciam de anos anteriores apenas como professoras de música, notaram diferenças substanciais, ao longo dos cinco meses em que praticam Musicoterapia com os mesmos, revelando notar diferenças significativas quer a nível de comportamento, interação, comunicação e mesmo no que diz respeito à aprendizagem. Podendo, contudo ser uma prática que pode demorar o seu tempo dado as características próprias do autismo, e as crianças numas podendo demorar mais ou menos tempo para começar a surtir o efeito desejado.

Ao longo de todas as sessões observadas pudemos concluir que a música assim como as práticas utilizadas na Musicoterapia são importantes no desenvolvimento geral das crianças com Perturbações do Espectro do Autismo. Observamos que existe evolução crescente em todas as áreas analisadas, embora maiores nuns alunos do que em outros, dado as capacidades e a problemática em questão incapacitar áreas diferentes de desenvolvimento em maior ou menor grau conforme a criança em questão. Contudo é de realçar que o desenvolvimento da criança autista prende-se fundamentalmente com o trabalho e crescente melhoria das capacidades que se prendem com a área comunicacional e comportamental sendo estas desenvolvidas pela Musicoterapia que por sua vez, conduz ao desenvolvimento posterior na progressão em relação ao conhecimento, aprendizagem, apreensão de saberes e cognição de forma geral. Em relação ao desenvolvimento destas crianças pudemos observar que apesar das limitações inerentes, estes revelam estarem em fase de progressão e que determinados aspetos são estimulados de forma positiva através da música e das práticas musicoterapêuticas conduzindo de forma positiva ao desenvolvimento cognitivo das crianças com Perturbações do Espectro do Autismo.

#### **4.8- Limitações do Estudo**

As limitações inerentes ao presente estudo prendem-se essencialmente com o fator tempo. As sessões de Musicoterapia observadas nesta investigação foram fruto de um trabalho relativamente recente (5 meses). Os dados e os resultados poderiam ter uma crescente evolução mostrando uma congruência mais significativa.

Outra limitação no nosso trabalho prende-se com as questões da exigência do Agrupamento de Escolas a quem pedimos autorização para realizar o nosso estudo que só permitiu a realização desta investigação se da nossa parte os dados fossem tratados de forma anónima. Assim sendo, houve dados que poderiam fornecer informações importantes principalmente no que diz respeito à caracterização das crianças em questão, para haver uma maior perceção da sua linha evolutiva tendo em conta as suas características de crianças com Perturbações do Espectro do Autismo.

#### **Conclusões**

Descobrir de que forma a Musicoterapia responde eficazmente no desenvolvimento cognitivo das crianças com Perturbações do Espectro do Autismo, assim como papel que assume no crescimento destas crianças como um todo em todas suas áreas principalmente as que são afetadas pelas suas limitações foi em suma o que conduziu o nosso projeto, que se debruçou num estudo particular de um grupo de três crianças autistas que provaram que por possuir Perturbações do Espectro do Autismo não significa, que as mesmas não possam adquirir a capacidade de interagir com os seus pares, de comunicar ou mesmo de revelar melhorias nas suas capacidades cognitivas pelo contrário, continuam a ser crianças que possuem características específicas da sua própria individualidade e que através a Musicoterapia podem evoluir de modo crescente tendo em conta as suas limitações mas com um bem estar e um sorriso nos lábios conferido pelo poder da música com o bem-estar na harmonia dos sentidos . O crescimento e conseqüente evolução pode se verificar mais demorado ou menos mediante vários fatores intrínsecos ou extrínsecos a estas crianças, contudo, é notoriamente observável a sua crescente evolução.

É crucial, possuímos expectativas em relação aos progressos destas crianças, compreendermos e aceitarmos os seus ritmos de aprendizagem, como ter em conta certas situações perturbadoras que, muitas vezes, condicionam as suas aprendizagens. É

imprescindível um conhecimento mais alargado das possibilidades das crianças com autismo e das suas características de desenvolvimento, porque só assim temos a possibilidade de utilizar determinados princípios pedagógicos e terapêuticos com maior eficácia. Determinados comportamentos exteriorizados por estas crianças podem ser tão transtornantes que remetemos de imediato a ideia de controlá-los de modo a permitir o ensino e a aprendizagem. Contudo, há soluções mais eficazes para poder lidar com o comportamento, procurando compreender acima de tudo as causas dos seus comportamentos ensinando ou conduzindo a terem atitudes alternativas. A Musicoterapia possui técnicas que vão a esse encontro conduzindo estas crianças a comportamentos mais ajustados de uma forma apaziguadora eficaz, permitindo ultrapassar as barreiras comportamentais que muitas vezes os inibem de progredir noutras áreas de desenvolvimento.

De forma a levar ao desenvolvimento total da criança, é fundamental identificar as crianças com autismo o mais cedo possível (intervenção precoce), reduzindo consequentemente os comportamentos inadequados e reforçando por sua vez os ajustados, conduzindo posteriormente a sua melhoria. A música, surge nesta perspetiva como um instrumento dinâmico, fundamental no tratamento das necessidades sensoriais de socialização e cognição. Contemplando os vários ritmos e estilos de aprendizagem de cada criança, a intervenção em musicoterapia tem como objetivo fundamental contribuir para o seu desenvolvimento pleno, quer ao nível escolar, quer ao nível social.

Este estudo apesar das suas limitações metodológicas e temporais permitiu, observar o papel da música e do som, no contexto de uma relação que se pretendeu terapêutica. Podemos afirmar que em todos os casos, deu-se uma organização progressiva do vocabulário sonoro da criança, dentro da dinâmica de uma relação transferencial. Correspondeu a esse processo, um conjunto comum de indicadores com evolução positiva: um aumento do número de interações iniciadas e duração das mesmas; uma maior partilha dos instrumentos musicais, para além de um enriquecimento no modo como exploravam os mesmos; uma maior variabilidade nas produções sonoras; um aumento da expressividade vocal e expressão de afetos em geral.

O recurso à música, ao som promoveu comportamentos de antecipação ao tornar os acontecimentos mais previsíveis. Esta capacidade da música para criar antecipação e previsibilidade, foi visível nas sequências musicais e sonoras representadas por momentos de tensão e relaxamento, assumindo um papel importante, pela dinâmica e prazer que acrescentaram às interações estabelecidas ao longo das sessões.

Tanto ao nível intra como interpessoal, houve uma coerência entre os diferentes graus de perturbações, dentro do espectro autista e os “acontecimentos musicais”. Nos três casos em estudo, quanto mais grave era a perturbação, mais as estruturas sonoras eram apresentados de uma forma rígida assim como repetitiva, assim como a utilização dos instrumentos era feita de um modo estereotipado e sem intencionalidade musical ou relacional denotando-se falta de criatividade na produção de sons.

De uma forma geral, a manipulação dos instrumentos musicais, tal como a exploração sonora dos mesmos, representou uma fonte de prazer para estas crianças, sendo a voz, o mediador ao qual as crianças reagiram de um modo mais consistente. Os instrumentos musicais, a voz e a música/som, funcionaram como um meio de expressão, podendo ligar-se às mudanças que a relação com o terapeuta, como forma de transformação podendo proporcionar momentos de prazer à criança.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aarons, M. & Giten, T. (1992). *The handbook of autism: a guide for parents and professionals*. London:Routledge.

American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. (2008). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* Climepsi Editores Lisboa.

Almeida, A. (1997). *As relações entre os pares em idade escolar. Um estudo de avaliação da competência social pelo método Q-Sort*. Tese de Doutoramento, Universidade do Minho, Portugal.

Alvin, J. (1975). *Music Therapy*. London: Hutchinson & Company.

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

Azevedo, M. (2008) *A musica mesmo no meio da escola*. Cadernos de estudo 14: escola superior de educação Paula Frassinetti.

Baron-Cohen, S. (1990). Autismo: Uma alteração cognitiva específica de “cegueira mental”. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, p.24, 407-430.

Barcellos, M. (2002). *Teorias e Técnicas em Musicoterapia*. Unisul: Florianópolis.

Barcellos, M. (2004). *Musicoterapia: alguns escritos*. Rio de Janeiro RJ: Enelivros.

Bell, J. (2004). *Como realizar um projeto de investigação*. Coleção Trajectos, 38. Lisboa: Gradiva Publicações p.38.

Benenson, R. (1985). *O Manual de Musicoterapia*. Rio de Janeiro RJ: Enelivros.

Benenzon, R. (2004). *La Musicotherapie, la part oubliee de la personnalite*. Bruxelles. Éditions De Boeck.

Bogdan, R. e Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora, pp. 90,134,150,151.

Booth, T. & Ainscow, M. (2000). *Índex for Inclusion: Developing Learning and Participation in Schools*. Bristol: Centre for Studies on Inclusive Education.

Borges, F. (2000). *Autismo: Um silêncio ruidoso. Perspetiva empírica sobre o autismo no sistema regular de ensino*. Almada: Escola Superior de Educação Jean Piaget de Almada.

Bosa & Callias. (2000). *Autismo: Breve Revisão de diferentes abordagens*. Psicologia Reflexiva Crítica.

Bosa, Cleonice, Baptista, Claudio Roberto. (2002). *Autismo e Educação: Reflexões e propostas de intervenção*. Porto Alegre: Arted Editora.

Brandalise, A. (2001). *Musicoterapia Músico-centrada. Linda 120 sessões*. São Paulo SP: Apontamentos Editora.

Brandão, Israel Rocha e Bomfim, Zulmira, Cruz. (1999). *Os jardins da psicologia comunitária. Escritos sobre a trajetória de um modelo teórico vivencial*. Ceará: Pró Reitoria de Extensão da UFC/ABRASPSO, p. 121.

Brécia, V. (2003). *Educação Musical: bases psicológicas e ação preventiva*. São Paulo. Átomo.

Bruscia, K. (2000). *Definindo musicoterapia*. Rio de Janeiro: Enelivros, pp. 237-268.

Bryson, S. Clark. (1988). *First report of Canadian epidemiological study of autism syndromes*. *Journal of the American Academy of child and adolescent psychiatry*.

Cabrera, T. (2005). Musicoterapia y Pediatría. Revista Peruana de Pediatría. Educador, pp. 54,55.

Caldeira, E. I., Micaelo, M. e Vitorino, T. (2004). Aprender com a Diversidade. Um Guia para o Desenvolvimento da Escola. Porto: ACIME. Lisboa: Ministério da Educação.

Cairns, R. B. (1986). A contemporary perspective on social development. In P. S. Strain, M. Guralnick, & H. M. Walker (Orgs), Children's social behavior. Development, assessment, and modification. Orlando: Academic Press.

Carvalho, E. (1998). Musicoterapia analítica - Um Estudo Introdutório. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Arte Terapia.

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

Camargo, S.P. & Bosa, C.A. (2009). Competência social, inclusão escolar e autismo: Revisão crítica da Literatura. Psicologia e Sociedade.

Costa, A da. et al. (1996) Currículos funcionais. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.

Costa, C. (1989). O despertar para o outro. São Paulo: Summus.

Correia, L.M. (1999). Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas classes regulares. Porto Editora.Lda.

Correia, L.M. (2003). Educação especial e Inclusão: Quem disser que sobrevive sem a outra não está no seu perfeito juízo. Porto: Porto Editora.

Chakrabarti, S. & Fombonne, E. (2005). Pervasive developmental disorders ins preschool children confirmation of right prevalence. American Journal of Psychiatry , pp. 162, 1133-1141.

Craveiro de Sá, L. (2003). *A Teia do Tempo e o Autista: Música e Musicoterapia*. Goiânia:UFG.

Crespo, Manuela; Campo, Maribel; Verdugo, Miguel Ángel. (2003). Historia de la clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF): un largo camino recorrido. *Siglo Cero*, Madrid, v. 34, n. 1, pp. 20-26.

Cumine.V., Leach, J. & Stevenson, G. (2006). *Comprender a Síndrome de Asperger: Guia Prático para Educadores*. Coleção Educação e Diversidade. Porto: Porto editora.

Declaração de Salamanca sobre princípios, política e práticas na área das necessidades educativas especiais, 1994, pp. 23,23

Duarte, A. (1994). *Educação Patrimonial. Guia para Professores, Educadores e Monitores de Museus e Tempos Livres*. Texto Editora, Lisboa, p.14.

Duarte, José B. (2008). Estudos de caso em educação. Investigação em profundidade com recursos reduzidos e outro modo de generalização. *Revista Lusófona de educação*, nº11.

Duarte, C., Bordin, & Jensen, P. (2001). *A abordagem clinica das mães de crianças autistas*. *Psiquiatria na Pratica Médica*.

Eggertsdottir, R. & Marinossou, G. ( 2005). *Pathways to inclusion. A guide to staff development*. University of Iceland Press.

Fadiman, James; Frager, Robert. (1979). *Teorias da Personalidade*. São Paulo, SP:Editora Harper&Row do Brasil, p.272.

Ferreira, António. (2011). *Autismo, musicalização e Musicoterapia*.

[www.meloteca.com/pdf/musicoterapia/autismo\\_educacao\\_musicaemusicoterapia.pdf](http://www.meloteca.com/pdf/musicoterapia/autismo_educacao_musicaemusicoterapia.pdf)

(acedida a 7 de Março de 2012)

Frith. U. (1996). *Autism: Explaining the enigma*. Oxford, UK: Blackwell.

Fontana, A. & Frey, J. H. (1994). Interviewing: the art of science. In N. Denzin Y. Lincoln, *Handbook of qualitative research* . Newsbury Park: Sage.

Fortin, M. (2003). O processo de investigação: da concepção à realização. Décarie éditeur: Ludociência.

Gadia, C.; Tuchman R.; Rotta, N. (2004). Autismo e doenças invasivas do desenvolvimento. In *jornal de pediatria* n°80.

Gagnard, M. (1974). Iniciação musical dos jovens: Editorial Estampa.

Garcia, Teresa.; Rodríguez, Carmen. (1997). A Criança Autista. In Cuberos, M. et al. *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Dinalivro.

Godoy, A. (1995). Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 27.

Grandin, T. (1992). An inside view of autism. In E. Schopler and G. B. Mesibov . *High functioning individuals with autism*, pp. 105-126, New York: Plenum Press.

Guppta, A. & State. M. (2006). Autismo: Genética. *Revista Brasileira de Psiquiatria*.

Happé, F. (2003). Cognition in autism: One deficit or many? *Novartis Found Symp*, pp.198-207.

Happé, F. & Frith (2006). The Weack Coherence Account: Detail-focused cognitive style in Autism Spectrum Disorders. *J. Autism Dev. Disord*.

Hewitt, Sally. (2006). *Comprender o Autismo – Estratégias para alunos com Autismo nas Escolas Regulares*. Porto: Porto Editora

Holmes, L. (1997). *Autism Through the Lifespan: The Eden Model*. Bethesda, MD: Woodbine House.

Houghton, Kat. (2008). *Empirical Research Supporting The Son-Rise Program*. The Autism Treatment Center of America. Marian Tolezani, In <http://www.inspiradospeloautismo.com.br/index.html>, consultado a 1 de Fevereiro 2012.

Jiménez, R. (1997). *Educação especial e reforma educativa*. In R.Bautista (org.). *Necessidades Educativas Especiais*: Lisboa: Dina Livro.

Jordan, R. & Powell, S. (1997). *Autismo and Learning: A guide for good practice*. London: David Fulton.

Jordan, R. (2000). *Educação de crianças e jovens com autismo*. Lisboa: Instituto da Inovação Educacional - Ministério da Educação, p.65.

Kirk, S. & Gallagher, J. (2000). *Educação da criança excecional*. São Paulo: Martins Fontes.

Klin, A. (2006). *Autismo e Síndrome de Asperger: uma visão geral*. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, p. 3-11.

Lakatos, E.; Marconi, M. (1992). *Metodologia do trabalho científico*. São Paulo, Atlas S.A., p.107.

Lecourt, E. (1988). *La musicothérapie.Nodules*. PUF.Paris.

Leite, C. (1996). *O multiculturalismo na educação escolar: Que estratégias numa mudança curricular? Inovação*, pp. 63-81.

Leite, T. (2005, Maio). *Introdução à musicoterapia*. Workshop realizado no Campus Universitário de Almada (Instituto Piaget).

Leivinson, Cora. (1999). Musicoterapia para autismo o musicoterapia por ser humano? Artigo: Jornadas de Autismo, Mendoza, APADEA.

Lessard, H., Michelle, G., Gabriel, B., Gérald. (1994). Investigação Qualitativa: Fundamentos e Práticas, Lisboa: Instituto Piaget, p.31.

Lisa Ouss-Ryngaert. (2008). L'enfant autiste - Royaume Uni : John Libbey Eurotext. Guides pratiques de l'aidant.

Lippi, J. (2005). Autismo e transtornos do desenvolvimento - Revisão histórica do conceito, diagnóstico classificação. <http://www.psicweb.med.br/infantil/autismo.html> (acedida a 18 de Fevereiro de 2012)

Lord, C. ; Rutter, M. Goode, J.; Heemsbergen, H.; Jordan, L., Mawhood, and E. Schopler. (1989). Autism diagnostic observation schedule: a standardized observation of communicative and social behavior. Journal of Autism and Developmental Disorders.

Lord, C., Ruther, M., Dilavore, P., & Risi, S. (2002). Autism Diagnostic Observation Shedule. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.

Luciana Pires. (2007). Do Silêncio ao Eco. Autismo e clínica psicanalítica. S.Paulo. Editora da Universidade de S.Paulo.

Marconi, M., Lakatos, E. (2003). Fundamentos da Metodologia Científica. São Paulo: Atlas, p.193.

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

Marques, C. E. (2000) Perturbações do Espectro do Autismo. Coimbra: Quarteto editora, p. 69.

Marques, T. (2002). Autismo: que intervenção? Cidade Solitária, p. 8, pp. 99-104.

Mello, Ana. (2005). Autismo – Guia prático. 4ª Edição. São Paulo :AMA; Brasília.

Michalovicz, Adriano. (2012). Musicoterapia na área social. CMPT 253/09. Curitiba.

Ministério da Educação. (1997). Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação, pp. 25-35.

Moriña, Anabel. (2002). El camino hacia la inclusión en España: Una revisión de las estadísticas de Educación Especial. Revista de Educación, Madrid, pp. 395-414.

Mota, Martins. (2004). O Estado da Terapia Ocupacional. Porto.

Murphy, M.; Bolton, P., Pickles, A.; Fombonne, E.; Piven, J. & Rutter, M. (2000). Personality traits of the relatives of autistic probands. Psychol Med, p. 30, 1411 – 1424.

Nielsen, L. B. (1999). Necessidades Educativas Especiais na sala de aula: um guia para professores. Porto: Porto Editora, lda.

OMD. (2004) Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Ozonoff, Sally.; Rogers, Sally.; Hedren, Robert. (2004). Perturbações do Espectro do Autismo: Perspectivas da Investigação Actual. Lisboa. Climepsi Editores.

Padilha, M. (2008) A Musicoterapia no tratamento de crianças com espectro do autismo – dissertação de mestrado integrado em medicina: Faculdade de Ciências da Saúde da Beira Interior.

Pereira, E. (1998). Autismo: Do conceito à pessoa. Lisboa: Graforim Artes Gráficas Lda.

Pereira, E. (1999). *Autismo: O significado como processo central*. Lisboa: Secretariado e Reabilitação e Integração da Pessoas com Deficiência. Lisboa: Graforim Artes Gráficas Lda.

Pereira, C. & Serra, H. (2006). *Autismo – Uma perturbação perversiva do desenvolvimento*. Vila Nova de Gaia: Edições Gailivro.

Quivy, Raymond.; Campenhoudt, L. (1998) – *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa, Gradiva.

Rodrigues, D. (2001). *Educação e Diferença. Valores e práticas para uma educação inclusiva*. Coleção Educação Especial. Porto: Porto Editora.

Rodríguez, A.; Verdugo, M. (2009). Valoración de La inclusión educativa desde diferentes perspectivas. *Siglo cero, Madrid*, v.39, n. 4, pp.5-25.

Ruud, E. (1990). *Caminhos da musicoterapia*. São Paulo: Summus, p. 89.

Saldanha, A. (2009).”A Criança Autista e o Jogo Simbólico”. *Necesidades Educativas Especiales: Calidad de Vida y Sociedad Actual. International Journal of Developmental and Educational Psychology. INFAD – Revista de Psicología* Nr 1,(3), pp. 13-21.

Santos, L.; Sousa, P. (2009). Como intervir na perturbação autista. In [www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0262.pdf](http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0262.pdf) (acedida a 4 de Março de 2012).

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

Serrano, J. (2007).Sala de aula: Porta para a realidade ou para a utopia da educação inclusiva? In David Rodagalhães (coord). *Aprender juntos para aprender melhor*. Cruz Quebrada: FMH-Fórum de Estudos de Educação Inclusiva.

Serrano, J. (2008). *Educação Inclusiva: O impacto pedagógico das divergências conceptuais*. Cadernos de Investigação Aplicada. Lisboa: Edições Universitárias Lusófonas.

Schalock, R.; Gardner, James.; Bradley, V. (2007). Quality of life for persons with intellectual and other developmental disabilities: Applications across individuals, organizations, communities, and systems. Washington, DC: American.

Siegel, B. (2008). O Mundo da Criança Autista – Compreender e Tratar Perturbações do Espectro do Autismo. Porto: Porto Editora, pp. 22, 23

Steinemann, F. (1994). The Vocational Integration of Handicapped EASE-Edition, p. 8, pp. 6-13.

Thums, J. (2003). Ética na educação: filosofia e valores na escola. Canoas: Ulbra, p. 476.

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

Wing, L. & Gould, J. (1979). Severe Impairments of Social Interaction and Associated Abnormalities in Children: Epidemiology and Classification. Journal of Autism and Developmental Disorders, p. 9, pp.11-29.

Wing, L. (1997). Syndromes of atypical development. In D. Cohen & F. Volkmar (eds.). Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders: New York: John Wiley & Sons, pp. 148-172.

Warnock, H. M. (1978). Special Education Needs: Report of the Committee of Enquire into the Education of Handicapped Children and Young People. London: Her Majesty Stationary Office.

World Federation of Music Therapy (WFMT) (1985)

<http://www.wfmt.info/WFMT/Home.html> (acedida a 4 de Março de 2012)

Verdeau - Pailles, J. (1985). Music and the body. In R. Pratt (Ed.). The fourth international symposium on music: Rehabilitation and well - being, Lanham, MD: University Press of America, pp.37 - 87.

Verdugo, M. (2007). El concepto de calidad de vista en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. Siglo Cero. Madrid, v. 38, n. 4, pp. 21-36.

Volkmar, K., Lord, C., Bailey, A.; Schultz, R., & Klin, A. (2004). Autism and pervasive developmental disorders. Journal of Child Psychology and Psychiatry, p. 45, pp. 135-170.

### **Legislação Interna**

Decreto de Lei nº564/99.(21 Dezembro-art.5º,linha q) Lisboa: Ministério da Saúde.

Decreto-Lei n.º 20/2006.(31 de Janeiro)Lisboa: Ministério da Educação.

Despacho nº 10856/05 de 13 de Maio.

Lei nº5/95.(10 de Fevereiro de 1997).Lisboa: Ministério da Educação.

## Abreviaturas

EUA	Estados Unidos da América
APEMESP	Associação de Profissionais e Estudantes de Musicoterapia do Estado de São Paulo
PGD	Perturbações Globais de Desenvolvimento
DMS-IV(APA)	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – IV
ICD10(OMS)	International Classification of Diseases / Organização Mundial de Saúde
SA	Síndrome de Asperger
ABA	Análise Comportamental Aplicada
TEACCH	Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children
AOTA	American Occupational Therapy Association
PECS	Picture Exchange Communication System

## **ANEXOS**

## **ANEXO I**

# GRELHA 1

## AGRUPAMENTO DE ESCOLAS DE ESCOLAS D.JOÃO II

### (CALDAS DA RAINHA)

### GRELHA DE OBSERVAÇÃO INDIVIDUAL

**Escola:** Escola 1º Ciclo do Ensino Básico/Jardim de Infância pertencente ao Agrupamento de Escolas D.JoãoII (Caldas da Rainha).

**Nome:** "Luís" **Data de Nascimento:** 14/08/2004

Ano Letivo:2011/2012  
Sessão nº: 1

Musicoterapeutas: "Madalena" e "Ana"

ÁREAS DE CONTEUDO	OBJECTIVOS E PRIORIDADES	INÍCIO DA SESSÃO			FINAL DA SESSÃO		
		S	I	E	S	I	E
ÁREA COMUNICACIONAL	Pede ajuda de um adulto?			X			X
	Levanta a mão para colocar questões?			X			X
	Responde às perguntas?		X			X	
	Envolve-se na conversação?			X			X
	Comunica as suas necessidades e desejos?			X	X		
	Consegue recordar-se das suas experiências?			X			X
	É capaz de manifestar frustração?	X			X		
	Reage ao som do assobio?			X			X
	Reage ao som do Batuque?	X			X		
	É capaz de se acalmar sozinho?		X		X		
	Ouve e orienta-se para o som?		X		X		

Resultados:

Área Comunicacional	Início da Sessão	Final da Sessão
Sucesso	2	5
Insucesso	3	1
Emergente	6	5

Total de Respostas: 11

ÁREAS DE CONTEÚDO	OBJECTIVOS E PRIORIDADES	INÍCIO DA SESSÃO			FINAL DA SESSÃO																				
		S	I	E	S	I	E																		
<b>ÁREA COMPORTAMENTAL</b>	É capaz de permanecer atento as tarefas?		X		X																				
	Reage ao barulho na sala de aula?	X			X																				
	Reage às mudanças e novas experiências?		X		X																				
	É capaz de lidar com as situações e atividades recreativas?		X		X																				
	Tem comportamentos que perturbam os outros?		X			X																			
	Comporta-se adequadamente nos diferentes locais?			X			X																		
ÁREAS DE CONTEÚDO	OBJECTIVOS E PRIORIDADES	INÍCIO DA SESSÃO			FINAL DA SESSÃO																				
<b>ÁREA COGNITIVA</b>		S	I	E	S	I	E																		
	Canta canções sozinho?		X			X																			
	Canta canções com os restantes elementos?		X			X																			
	Reage à imitação dos seus sons?			X	X																				
	Preserva as palavras e os sons?		X			X																			
	Repete os sons com ritmo?		X			X																			
	Reage ao ruído?	X			X																				
	Reage à intensidade do som?	X			X																				
	Conclui os trabalhos que inicia?			X			X																		
	Repete sons com os instrumentos?		X			X																			
<b>Observação:</b> S- SUCESSO I- INSUCESSO E- EMERGENTE	<b>Resultados:</b> Total de Respostas: 6			<b>Resultados:</b> Total de Respostas: 9																					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Área Comportamental</th> <th>Início da Sessão</th> <th>Final da Sessão</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sucesso</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Insucesso</td> <td>4</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Emergente</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	Área Comportamental	Início da Sessão	Final da Sessão	Sucesso	1	4	Insucesso	4	1	Emergente	1	1	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Área Cognitiva</th> <th>Início da Sessão</th> <th>Final da Sessão</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sucesso</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Insucesso</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Emergente</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	Área Cognitiva	Início da Sessão	Final da Sessão	Sucesso	2	3	Insucesso	5	5	Emergente	2
Área Comportamental	Início da Sessão	Final da Sessão																							
Sucesso	1	4																							
Insucesso	4	1																							
Emergente	1	1																							
Área Cognitiva	Início da Sessão	Final da Sessão																							
Sucesso	2	3																							
Insucesso	5	5																							
Emergente	2	1																							

## GRELHA 2

### AGRUPAMENTO DE ESCOLAS DE ESCOLAS D.JOÃO II

#### (CALDAS DA RAINHA)

#### GRELHA DE OBSERVAÇÃO INDIVIDUAL

**Escola:** Escola 1º Ciclo do Ensino Básico/Jardim de Infância pertencente ao Agrupamento de Escolas D.JoãoII (Caldas da Rainha).

**Nome:** “Luís” **Data de Nascimento:** 14/08/2004

Ano Letivo:2011/2012 Musicoterapeutas: “Madalena” e “Ana”  
Sessão nº: 2

ÁREAS DE CONTEUDO	OBJECTIVOS E PRIORIDADES	INÍCIO DA SESSÃO			FINAL DA SESSÃO		
		S	I	E	S	I	E
ÁREA DE COMUNICAÇÃO							
	Pede ajuda de um adulto?		X			X	
	Levanta a mão para colocar questões?		X			X	
	Responde às perguntas?	X				X	
	Envolve-se na conversação?		X			X	
	Comunica as suas necessidades e desejos?		X				X
	Consegue recordar-se das suas experiências?			X	X		
	É capaz de manifestar frustração?	X			X		
	Reage ao som do assobio?	X			X		
	Reage ao som do Batuque?	X			X		
	É capaz de se acalmar sozinho?	X			X		
	Ouve e orienta-se para o som?	X			X		

**Resultados:**

Área Comunicacional	Início da Sessão	Final da Sessão
Sucesso	5	6
Insucesso	5	4
Emergente	1	1

Total de Respostas: 11

ÁREAS DE CONTEÚDO	OBJECTIVOS E PRIORIDADES	INÍCIO DA SESSÃO			FINAL DA SESSÃO		
		S	I	E	S	I	E
<b>ÁREA COMPORTAMENTAL</b>	É capaz de permanecer atento as tarefas?		X			X	
	Reage ao barulho na sala de aula?	X			X		
	Reage às mudanças e novas experiências?			X			X
	É capaz de lidar com as situações e atividades recreativas?			X	X		
	Tem comportamentos que perturbam os outros?		X			X	
	Comporta-se adequadamente nos diferentes locais?			X			X
ÁREAS DE CONTEÚDO	OBJECTIVOS E PRIORIDADES	INÍCIO DA SESSÃO			FINAL DA SESSÃO		
<b>ÁREA COGNITIVA</b>		S	I	E	S	I	E
	Canta canções sozinho?		X			X	
	Canta canções com os restantes elementos?	X				X	
	Reage à imitação dos seus sons?	X			X		
	Preserva as palavras e os sons?			X			X
	Repete os sons com ritmo?	X				X	
	Reage ao ruído?	X			X		
	Reage à intensidade do som?	X			X		
	Conclui os trabalhos que inicia?			X			X
	Repete sons com os instrumentos?		X			X	
<b>Observação:</b> S- SUCESSO I- INSUCESSO E- EMERGENTE	<b>Resultados:</b> Total de Respostas: 6			<b>Resultados:</b> Total de Respostas: 9			
	<b>Área Comportamental</b>	<b>Início da Sessão</b>	<b>Final da Sessão</b>	<b>Área Cognitiva</b>	<b>Início da Sessão</b>	<b>Final da Sessão</b>	
	Sucesso	2	3	Sucesso	5	3	
	Insucesso	1	1	Insucesso	2	4	
	Emergente	3	2	Emergente	1	2	

### GRELHA 3

## AGRUPAMENTO DE ESCOLAS DE ESCOLAS D.JOÃO II

### (CALDAS DA RAINHA)

### GRELHA DE OBSERVAÇÃO INDIVIDUAL

**Escola:** Escola 1º Ciclo do Ensino Básico/Jardim de Infância pertencente ao Agrupamento de Escolas D.JoãoII (Caldas da Rainha).

**Nome:** “Francisco” **Data de Nascimento:** 14/12/2002

Ano Letivo: 2011/2012 Musicoterapeutas: “Madalena” e “Ana”  
Sessão nº:3

ÁREAS DE CONTEUDO	OBJECTIVOS E PRIORIDADES	INÍCIO DA SESSÃO			FINAL DA SESSÃO		
		S	I	E	S	I	E
ÁREA COMUNICACIONAL	Pede ajuda de um adulto?	X					X
	Levanta a mão para colocar questões?		X			X	
	Responde às perguntas?	X			X		
	Envolve-se na conversação?						X
	Comunica as suas necessidades e desejos?			X	X		
	Consegue recordar-se das suas experiências?	X					X
	É capaz de manifestar frustração?			X	X		
	Reage ao som do assobio?	X			X		
	Reage ao som do Batuque?	X			X		
	É capaz de se acalmar sozinho?	X			X		
	Ouve e orienta-se para o som?	X			X		

#### Resultados:

Área Comunicacional	Início da Sessão	Final da Sessão
Sucesso	8	7
Insucesso	1	1
Emergente	2	3

Total de Respostas: 11

ÁREAS DE CONTEÚDO	OBJECTIVOS E PRIORIDADES	INÍCIO DA SESSÃO			FINAL DA SESSÃO																				
		S	I	E	S	I	E																		
<b>ÁREA COMPORTAMENTAL</b>	É capaz de permanecer atento as tarefas?	X				X																			
	Reage ao barulho na sala de aula?	X			X																				
	Reage às mudanças e novas experiências?	X			X																				
	É capaz de lidar com as situações e atividades recreativas?			X			X																		
	Tem comportamentos que perturbam os outros?	X			X																				
	Comporta-se adequadamente nos diferentes locais?			X			X																		
ÁREAS DE CONTEÚDO	OBJECTIVOS E PRIORIDADES	INÍCIO DA SESSÃO			FINAL DA SESSÃO																				
<b>ÁREA COGNITIVA</b>		S	I	E	S	I	E																		
	Canta canções sozinho?	X			X																				
	Canta canções com os restantes elementos?	X			X																				
	Reage à imitação dos seus sons?	X			X																				
	Preserva as palavras e os sons?	X			X																				
	Repete os sons com ritmo?	X			X																				
	Reage ao ruído?	X			X																				
	Reage à intensidade do som?	X			X																				
	Conclui os trabalhos que inicia?			X			X																		
	Repete sons com os instrumentos?			X	X																				
<b>Observação:</b> S- SUCESSO I- INSUCESSO E- EMERGENTE	<b>Resultados:</b> Total de Respostas: 6			<b>Resultados:</b> Total de Respostas: 9																					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Área Comportamental</th> <th>Início da Sessão</th> <th>Final da Sessão</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sucesso</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Insucesso</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Emergente</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	Área Comportamental	Início da Sessão	Final da Sessão	Sucesso	4	3	Insucesso	0	1	Emergente	2	2	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Área Cognitiva</th> <th>Início da Sessão</th> <th>Final da Sessão</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sucesso</td> <td>7</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Insucesso</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Emergente</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	Área Cognitiva	Início da Sessão	Final da Sessão	Sucesso	7	8	Insucesso	0	0	Emergente	2
Área Comportamental	Início da Sessão	Final da Sessão																							
Sucesso	4	3																							
Insucesso	0	1																							
Emergente	2	2																							
Área Cognitiva	Início da Sessão	Final da Sessão																							
Sucesso	7	8																							
Insucesso	0	0																							
Emergente	2	1																							

## GRELHA 4

### AGRUPAMENTO DE ESCOLAS DE ESCOLAS D.JOÃO II

#### (CALDAS DA RAINHA)

#### GRELHA DE OBSERVAÇÃO INDIVIDUAL

**Escola:** Escola 1º Ciclo do Ensino Básico/Jardim de Infância pertencente ao Agrupamento de Escolas D.JoãoII (Caldas da Rainha).

**Nome:** "Francisco" **Data de Nascimento:** 14/12/2002

Ano Letivo: 2011/2012 Musicoterapeutas: "Madalena" e "Ana"  
Sessão nº: 4

ÁREAS DE CONTEÚDO	OBJECTIVOS E PRIORIDADES	INÍCIO DA SESSÃO			FINAL DA SESSÃO		
		S	I	E	S	I	E
ÁREA COMUNICACIONAL	Pede ajuda de um adulto?			X	X		
	Levanta a mão para colocar questões?			X	X		
	Responde às perguntas?	X			X		
	Envolve-se na conversação?			X			X
	Comunica as suas necessidades e desejos?	X			X		
	Consegue recordar-se das suas experiências?			X			X
	É capaz de manifestar frustração?	X			X		
	Reage ao som do assobio?	X			X		
	Reage ao som do Bataque?	X			X		
	É capaz de se acalmar sozinho?	X			X		
	Ouve e orienta-se para o som?	X			X		

Resultados:

Área Comunicacional	Início da Sessão	Final da Sessão
Sucesso	7	9
Insucesso	0	0
Emergente	4	2

Total de Respostas: 11

ÁREAS DE CONTEÚDO	OBJECTIVOS E PRIORIDADES	INÍCIO DA SESSÃO			FINAL DA SESSÃO																				
		S	I	E	S	I	E																		
ÁREA COMPORTAMENTAL	É capaz de permanecer atento as tarefas?	X				X																			
	Reage ao barulho na sala de aula?	X			X																				
	Reage às mudanças e novas experiências?	X				X																			
	É capaz de lidar com as situações e atividades recreativas?	X				X																			
	Tem comportamentos que perturbam os outros?		X		X																				
	Comporta-se adequadamente nos diferentes locais?			X			X																		
ÁREAS DE CONTEÚDO	OBJECTIVOS E PRIORIDADES	INÍCIO DA SESSÃO			FINAL DA SESSÃO																				
ÁREA COGNITIVA		S	I	E	S	I	E																		
	Canta canções sozinho?	X			X																				
	Canta canções com os restantes elementos?			X	X																				
	Reage à imitação dos seus sons?	X			X																				
	Preserva as palavras e os sons?	X			X																				
	Repete os sons com ritmo?	X			X																				
	Reage ao ruído?	X			X																				
	Reage à intensidade do som?	X			X																				
	Conclui os trabalhos que inicia?			X			X																		
	Repete sons com os instrumentos?			X			X																		
<b>Observação:</b> S- SUCESSO I- INSUCESSO E- EMERGENTE	<b>Resultados:</b> Total de Respostas: 6			<b>Resultados:</b> Total de Respostas: 9																					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Área Comportamental</th> <th>Início da Sessão</th> <th>Final da Sessão</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sucesso</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Insucesso</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Emergente</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	Área Comportamental	Início da Sessão	Final da Sessão	Sucesso	4	3	Insucesso	1	2	Emergente	1	1	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Área Cognitiva</th> <th>Início da Sessão</th> <th>Final da Sessão</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sucesso</td> <td>6</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Insucesso</td> <td>0</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Emergente</td> <td>3</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	Área Cognitiva	Início da Sessão	Final da Sessão	Sucesso	6	3	Insucesso	0	2	Emergente	3
Área Comportamental	Início da Sessão	Final da Sessão																							
Sucesso	4	3																							
Insucesso	1	2																							
Emergente	1	1																							
Área Cognitiva	Início da Sessão	Final da Sessão																							
Sucesso	6	3																							
Insucesso	0	2																							
Emergente	3	1																							

## GRELHA 5

### AGRUPAMENTO DE ESCOLAS DE ESCOLAS D.JOÃO II

#### (CALDAS DA RAINHA)

#### GRELHA DE OBSERVAÇÃO INDIVIDUAL

**Escola:** Escola 1º Ciclo do Ensino Básico/Jardim de Infância pertencente ao Agrupamento de Escolas D.JoãoII (Caldas da Rainha).

**Nome:** "Gil" **Data de Nascimento:** 05/12/2000

Ano Letivo: "Gil" Musicoterapeutas: "Madalena" e "Ana"  
Sessão nº:6

ÁREAS DE CONTEÚDO	OBJECTIVOS E PRIORIDADES	INÍCIO DA SESSÃO			FINAL DA SESSÃO		
		S	I	E	S	I	E
ÁREA COMUNICACIONAL	Pede ajuda de um adulto?		X			X	
	Levanta a mão para colocar questões?		X			X	
	Responde às perguntas?		X			X	
	Envolve-se na conversação?		X			X	
	Comunica as suas necessidades e desejos?			X			X
	Consegue recordar-se das suas experiências?			X			X
	É capaz de manifestar frustração?	X			X		
	Reage ao som do assobio?	X			X		
	Reage ao som do Bataque?	X			X		
	É capaz de se acalmar sozinho?		X		X		
	Ouve e orienta-se para o som?	X			X		

**Resultados:**

Área Comunicacional	Início da Sessão	Final da Sessão
Sucesso	4	5
Insucesso	5	4
Emergente	2	2

Total de Respostas: 11

ÁREAS DE CONTEÚDO	OBJECTIVOS E PRIORIDADES	INÍCIO DA SESSÃO			FINAL DA SESSÃO																				
		S	I	E	S	I	E																		
<b>ÁREA COMPORTAMENTAL</b>	É capaz de permanecer atento as tarefas?			X			X																		
	Reage ao barulho na sala de aula?	X			X																				
	Reage às mudanças e novas experiências?	X			X																				
	É capaz de lidar com as situações e atividades recreativas?			X			X																		
	Tem comportamentos que perturbam os outros?			X	X																				
	Comporta-se adequadamente nos diferentes locais?			X			X																		
ÁREAS DE CONTEÚDO	OBJECTIVOS E PRIORIDADES	INÍCIO DA SESSÃO			FINAL DA SESSÃO																				
<b>ÁREA COGNITIVA</b>		S	I	E	S	I	E																		
	Canta canções sozinho?		X			X																			
	Canta canções com os restantes elementos?		X			X																			
	Reage à imitação dos seus sons?	X			X																				
	Preserva as palavras e os sons?			X		X																			
	Repete os sons com ritmo?	X				X																			
	Reage ao ruído?	X			X																				
	Reage à intensidade do som?	X			X																				
	Conclui os trabalhos que inicia?			X			X																		
	Repete sons com os instrumentos?		X			X																			
<b>Observação:</b> S- SUCESSO I- INSUCESSO E- EMERGENTE	<b>Resultados:</b> Total de Respostas: 6			<b>Resultados:</b> Total de Respostas: 9																					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Área Comportamental</th> <th>Início da Sessão</th> <th>Final da Sessão</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sucesso</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Insucesso</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Emergente</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	Área Comportamental	Início da Sessão	Final da Sessão	Sucesso	2	3	Insucesso	0	0	Emergente	4	3	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Área Cognitiva</th> <th>Início da Sessão</th> <th>Final da Sessão</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sucesso</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Insucesso</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Emergente</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	Área Cognitiva	Início da Sessão	Final da Sessão	Sucesso	4	3	Insucesso	2	3	Emergente	2
Área Comportamental	Início da Sessão	Final da Sessão																							
Sucesso	2	3																							
Insucesso	0	0																							
Emergente	4	3																							
Área Cognitiva	Início da Sessão	Final da Sessão																							
Sucesso	4	3																							
Insucesso	2	3																							
Emergente	2	1																							

## GRELHA 6

### AGRUPAMENTO DE ESCOLAS DE ESCOLAS D.JOÃO II

#### (CALDAS DA RAINHA)

#### GRELHA DE OBSERVAÇÃO INDIVIDUAL

**Escola:** Escola 1º Ciclo do Ensino Básico/Jardim de Infância pertencente ao Agrupamento de Escolas D.JoãoII (Caldas da Rainha).

**Nome:** “Gil”

**Data de Nascimento:** 05/12/2000

Ano Letivo: 2011/2012

Musicoterapeutas: “Madalena” e “Ana”

Sessão nº: 7

ÁREAS DE CONTEÚDO	OBJECTIVOS E PRIORIDADES	INÍCIO DA SESSÃO			FINAL DA SESSÃO		
		S	I	E	S	I	E
ÁREA DE LINGUAGEM ORAL	Pede ajuda de um adulto?			X			X
	Levanta a mão para colocar questões?		X		X		
	Responde às perguntas?		X		X		
	Envolve-se na conversação?	X			X		
	Comunica as suas necessidades e desejos?		X				
	Consegue recordar-se das suas experiências?			X			X
	É capaz de manifestar frustração?	X			X		
	Reage ao som do assobio?	X			X		
	Reage ao som do Bataque?	X			X		
	É capaz de se acalmar sozinho?	X				X	
	Ouve e orienta-se para o som?	X			X		

#### Resultados:

Área Comunicacional	Início da Sessão	Final da Sessão
Sucesso	6	4
Insucesso	3	4
Emergente	2	2

Total de Respostas: 11

ÁREAS DE CONTEÚDO	OBJECTIVOS E PRIORIDADES	INÍCIO DA SESSÃO			FINAL DA SESSÃO		
		S	I	E	S	I	E
<b>ÁREA COMPORTAMENTAL</b>	É capaz de permanecer atento as tarefas?	X				X	
	Reage ao barulho na sala de aula?	X			X		
	Reage às mudanças e novas experiências?			X	X		
	É capaz de lidar com as situações e atividades recreativas?			X			X
	Tem comportamentos que perturbam os outros?			X	X		
	Comporta-se adequadamente nos diferentes locais?			X			X
ÁREAS DE CONTEÚDO	OBJECTIVOS E PRIORIDADES	INÍCIO DA SESSÃO			FINAL DA SESSÃO		
<b>ÁREA COGNITIVA</b>		S	I	E	S	I	E
	Canta canções sozinho?		X			X	
	Canta canções com os restantes elementos?		X			X	
	Reage à imitação dos seus sons?	X			X		
	Preserva as palavras e os sons?		X			X	
	Repete os sons com ritmo?	X			X		
	Reage ao ruído?	X			X		
	Reage à intensidade do som?	X			X		
	Conclui os trabalhos que inicia?			X			X
	Repete sons com os instrumentos?		X				X
<b>Observação:</b> S- SUCESSO I- INSUCESSO E- EMERGENTE	<b>Resultados:</b> Total de Respostas: 6			<b>Resultados:</b> Total de Respostas: 9			
	<b>Área Comportamental</b>	<b>Início da Sessão</b>	<b>Final da Sessão</b>	<b>Área Cognitiva</b>	<b>Início da Sessão</b>	<b>Final da Sessão</b>	
	<b>Sucesso</b>	2	3	<b>Sucesso</b>	4	4	
	<b>Insucesso</b>	0	1	<b>Insucesso</b>	4	3	
	<b>Emergente</b>	4	2	<b>Emergente</b>	1	2	

## **ANEXO II**

LISTA 1

**LISTA DE VERIFICAÇÃO**

<b>Escola: Pertencente ao Agrupamento de Escolas D.João II (Caldas da Rainha)</b>		<b>Nº de alunos presentes na Sessão:3</b>			
		<b>Aluno: “Luís” Sessão Observada nº: 1</b>			
<b>Unidade de Ensino Estruturado</b>		<b>Musicoterapeutas: “Madalena” e “Ana”</b>			
<b>Sessões de Musicoterapia</b>					
		<b>Marcar com X na resposta correta</b>			
<b>N.º</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Emergente</b>	<b>Observações</b>
1	Realiza as atividades propostas pelo professor/Musicoterapeuta.?	X			
2	Demonstra interesse pelas atividades propostas?	X			
3	Reage aos sons dos instrumentos?	X			
4	Aumentou o seu nível de comunicação entre os seus pares?		X		
5	Responde às mudanças de atividades e a novas mudanças sonoras?		X		
6	Existe sinais de progressão de uma forma geral na área cognitiva?			X	
7	Compreende a execução dos exercícios pedidos?			X	
8	Demonstra gosto pelas sessões?	X			
9	Consegue exprimir-se corporalmente?	X			
10	Consegue exprimir-se através dos sons?	X			
11	Há sinais de progressão /evolução à medida que vão alterando as atividades propostas?	X			
12	Adquiriu noção de ritmo?			X	
13	Consegue distinguir os vários sons dos instrumentos?			X	
14	Consegue exprimir preferência por uma dada atividade?	X			
15	Participa de forma espontânea nas atividades propostas?	X			
16	Demonstra autonomia na realização das tarefas pedidas?			X	

**Resultados:**

**Sim:9**

**Não:2**

**Emergente:5**

**Total de Respostas: 16**

LISTA 2

**LISTA DE VERIFICAÇÃO**

<b>Escola: Pertencente ao Agrupamento de Escolas D.João II (Caldas da Rainha)</b>		<b>Nº de alunos presentes na Sessão: 3</b>			
		<b>Aluno: "Luís"</b>		<b>Sessão Observada nº: 2</b>	
<b>Unidade de Ensino Estruturado</b>		<b>Musicoterapeutas: "Madalena" e "Ana"</b>			
<b>Sessões de Musicoterapia</b>					
<b>Marcar com X na resposta correta</b>					
<b>N.º</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Emergente</b>	<b>Observações</b>
1	Realiza as atividades propostas pelo professor/Musicoterapeuta.?	X			
2	Demonstra interesse pelas atividades propostas?	X			
3	Reage aos sons dos instrumentos?		X		
4	Aumentou o seu nível de comunicação entre os seus pares?	X			
5	Responde às mudanças de atividades e a novas mudanças sonoras?			X	
6	Existe sinais de progressão de uma forma geral na área cognitiva?	X			
7	Compreende a execução dos exercícios pedidos?	X			
8	Demonstra gosto pelas sessões?	X			
9	Consegue exprimir-se corporalmente?	X			
10	Consegue exprimir-se através dos sons?	X			
11	Há sinais de progressão /evolução à medida que vão alterando as atividades propostas?	X			
12	Adquiriu noção de ritmo?	X			
13	Consegue distinguir os vários sons dos instrumentos?			X	
14	Consegue exprimir preferência por uma dada atividade?	X			
15	Participa de forma espontânea nas atividades propostas?	X			
16	Demonstra autonomia na realização das tarefas pedidas?	X			

**Resultados:**

**Sim:13**

**Não:1**

**Emergente:2**

**Total de Respostas: 16**

LISTA 3

## LISTA DE VERIFICAÇÃO

<b>Escola: Pertencente ao Agrupamento de Escolas D.João II (Caldas da Rainha)</b>		<b>Nº de alunos presentes na Sessão:3</b>			
		<b>Aluno: "Francisco" Sessão Observada nº: 3</b>			
<b>Unidade de Ensino Estruturado</b>		<b>Musicoterapeutas: "Madalena" e "Ana"</b>			
<b>Sessões de Musicoterapia</b>					
<b>Marcar com X na resposta correta</b>					
<b>N.º</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Emergente</b>	<b>Observações</b>
1	Realiza as atividades propostas pelo professor/Musicoterapeuta.?	X			
2	Demonstra interesse pelas atividades propostas?	X			
3	Reage aos sons dos instrumentos?	X			
4	Aumentou o seu nível de comunicação entre os seus pares?			X	
5	Responde às mudanças de atividades e a novas mudanças sonoras?	X			
6	Existe sinais de progressão de uma forma geral na área cognitiva?	X			
7	Compreende a execução dos exercícios pedidos?	X			
8	Demonstra gosto pelas sessões?	X			
9	Consegue exprimir-se corporalmente?	X			
10	Consegue exprimir-se através dos sons?	X			
11	Há sinais de progressão /evolução à medida que vão alterando as atividades propostas?	X			
12	Adquiriu noção de ritmo?	X			
13	Consegue distinguir os vários sons dos instrumentos?			X	
14	Consegue exprimir preferência por uma dada atividade?	X			
15	Participa de forma espontânea nas atividades propostas?	X			
16	Demonstra autonomia na realização das tarefas pedidas?	X			

**Resultados:**

**Sim:14**

**Não:0**

**Emergente:2**

**Total de Respostas: 16**

LISTA 4

## LISTA DE VERIFICAÇÃO

<b>Escola: Pertencente ao Agrupamento de Escolas D.João II (Caldas da Rainha)</b>		<b>Nº de alunos presentes na Sessão: 3</b>			
		<b>Aluno: "Francisco" Sessão Observada nº:4</b>			
<b>Unidade de Ensino Estruturado</b>		<b>Musicoterapeutas: "Madalena" e "Ana"</b>			
<b>Sessões de Musicoterapia</b>					
<b>Marcar com X na resposta correta</b>					
<b>N.º</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Emergente</b>	<b>Observações</b>
1	Realiza as atividades propostas pelo professor/Musicoterapeuta.?	X			
2	Demonstra interesse pelas atividades propostas?	X			
3	Reage aos sons dos instrumentos?	X			
4	Aumentou o seu nível de comunicação entre os seus pares?			X	
5	Responde às mudanças de atividades e a novas mudanças sonoras?	X			
6	Existe sinais de progressão de uma forma geral na área cognitiva?	X			
7	Compreende a execução dos exercícios pedidos?	X			
8	Demonstra gosto pelas sessões?	X			
9	Consegue exprimir-se corporalmente?	X			
10	Consegue exprimir-se através dos sons?	X			
11	Há sinais de progressão /evolução à medida que vão alterando as atividades propostas?	X			
12	Adquiriu noção de ritmo?	X			
13	Consegue distinguir os vários sons dos instrumentos?			X	
14	Consegue exprimir preferência por uma dada atividade?	X			
15	Participa de forma espontânea nas atividades propostas?	X			
16	Demonstra autonomia na realização das tarefas pedidas?	X			

**Resultados:**

**Sim:14**

**Não:0**

**Emergente:2**

**Total de Respostas: 16**

LISTA 5

## LISTA DE VERIFICAÇÃO

<b>Escola: Pertencente ao Agrupamento de Escolas D.João II (Caldas da Rainha)</b>		<b>Nº de alunos presentes na Sessão: 3</b>			
		<b>Aluno: "Gil"</b>		<b>Sessão Observada nº: 6</b>	
<b>Unidade de Ensino Estruturado</b>		<b>Musicoterapeutas: "Madalena" e "Ana"</b>			
<b>Sessões de Musicoterapia</b>					
<b>Marcar com X na resposta correta</b>					
<b>N.º</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Emergente</b>	<b>Observações</b>
1	Realiza as atividades propostas pelo professor/Musicoterapeuta.?	X			
2	Demonstra interesse pelas atividades propostas?	X			
3	Reage aos sons dos instrumentos?	X			
4	Aumentou o seu nível de comunicação entre os seus pares?			X	
5	Responde às mudanças de atividades e a novas mudanças sonoras?	X			
6	Existe sinais de progressão de uma forma geral na área cognitiva?			X	
7	Compreende a execução dos exercícios pedidos?	X			
8	Demonstra gosto pelas sessões?	X			
9	Consegue exprimir-se corporalmente?	X			
10	Consegue exprimir-se através dos sons?	X			
11	Há sinais de progressão /evolução à medida que vão alterando as atividades propostas?			X	
12	Adquiriu noção de ritmo?	X			
13	Consegue distinguir os vários sons dos instrumentos?			X	
14	Consegue exprimir preferência por uma dada atividade?	X			
15	Participa de forma espontânea nas atividades propostas?	X			
16	Demonstra autonomia na realização das tarefas pedidas?			X	

**Resultados:**

**Sim:11**

**Não:0**

**Emergente:5**

**Total de Respostas: 16**

LISTA 6

# LISTA DE VERIFICAÇÃO

<b>Escola: Pertencente ao Agrupamento de Escolas D.João II (Caldas da Rainha)</b>		<b>Nº de alunos presentes na Sessão:3</b>			
		<b>Aluno: "Gil"</b>		<b>Sessão nº: 7</b>	
<b>Unidade de Ensino Estruturado</b>		<b>Musicoterapeutas: "Madalena" e "Ana"</b>			
<b>Sessões de Musicoterapia</b>					
<b>Marcar com X na resposta correta</b>					
<b>N.º</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Emergente</b>	<b>Observações</b>
1	Realiza as atividades propostas pelo professor/Musicoterapeuta.?	X			
2	Demonstra interesse pelas atividades propostas?	X			
3	Reage aos sons dos instrumentos?	X			
4	Aumentou o seu nível de comunicação entre os seus pares?		X		
5	Responde às mudanças de atividades e a novas mudanças sonoras?	X			
6	Existe sinais de progressão de uma forma geral na área cognitiva?	X			
7	Compreende a execução dos exercícios pedidos?			X	
8	Demonstra gosto pelas sessões?	X			
9	Consegue exprimir-se corporalmente?	X			
10	Consegue exprimir-se através dos sons?	X			
11	Há sinais de progressão /evolução à medida que vão alterando as atividades propostas?	X			
12	Adquiriu noção de ritmo?			X	
13	Consegue distinguir os vários sons dos instrumentos?		X		
14	Consegue exprimir preferência por uma dada atividade?	X			
15	Participa de forma espontânea nas atividades propostas?	X			
16	Demonstra autonomia na realização das tarefas pedidas?	X			

**Resultados:**

**Sim:12**

**Não:2**

**Emergente:2**

**Total de Respostas: 16**

## **ANEXO III**

**FOTOS NA SALA ONDE SE REALIZAM AS SESSÕES DE MUSICOTERAPIA:**

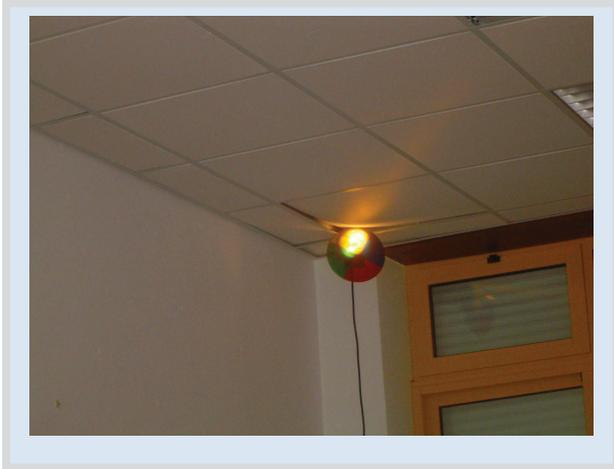


Foto 1



Foto 2



Foto 3



Foto 4



Foto 5



Foto 6

**FOTOS DOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS NAS SESSÕES:**



Foto 7

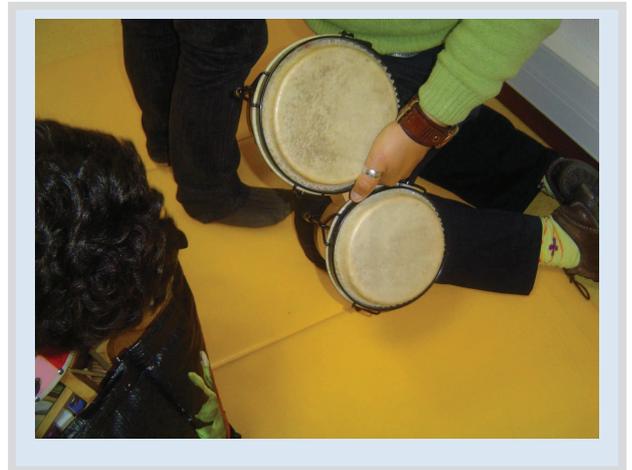


Foto 8



Foto 9

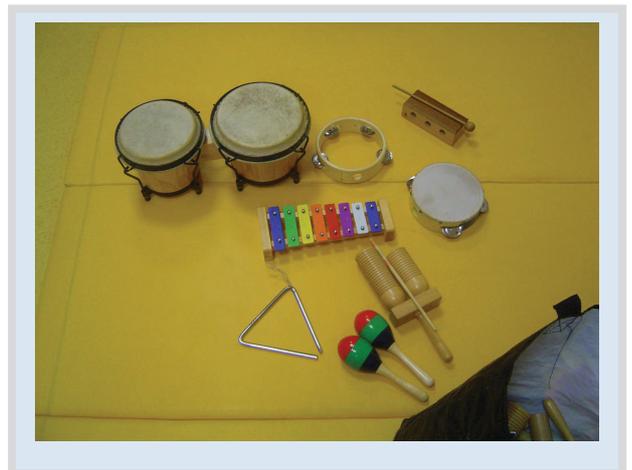


Foto 10

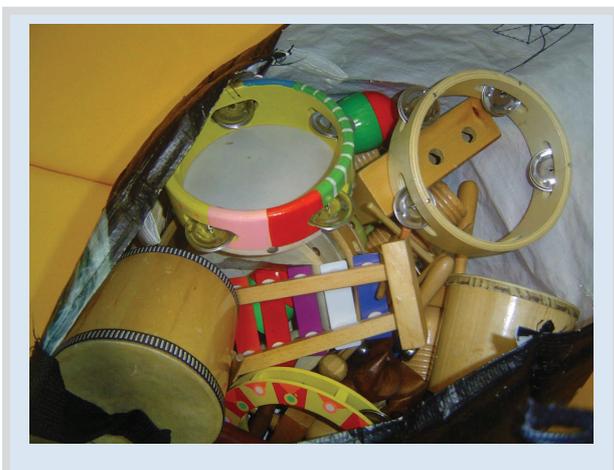


Foto 11



Foto 12



Foto 13

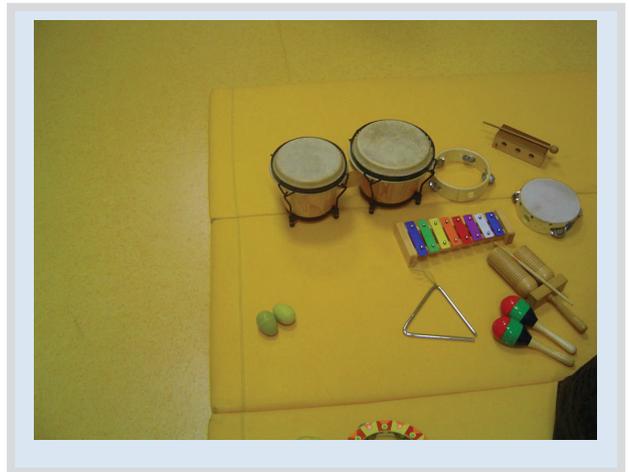


Foto 14

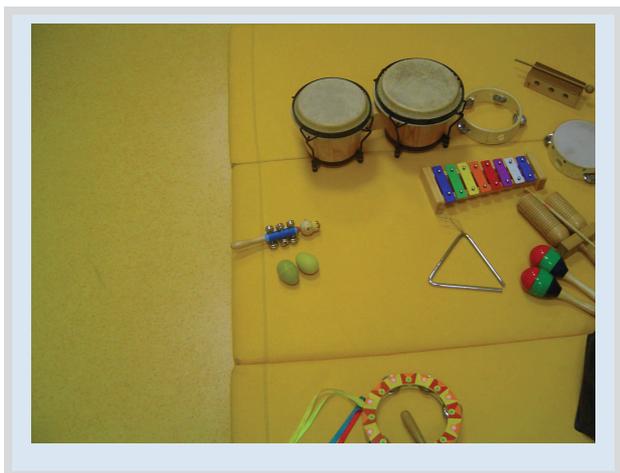


Foto 15



Foto 16

## **ANEXO IV**

## **ENTREVISTA 1**

### **Caracterização do Entrevistado**

O entrevistado é Professora de Música e Musicoterapeuta numa Escola de 1º Ciclo do ensino Básico das Caldas da Rainha com um grupo de crianças com Perturbações do Espectro do Autismo da Unidade de Ensino Estruturado da mesma escola desde Novembro do ano letivo 2011/2012 com 3 alunos, 2 dias por semana, com sessões de 45 minutos respetivamente.

A musicoterapeuta trabalha com 3 alunos com Espectro do Autismo, acompanhados (ou não), pelo professor das Necessidades Educativas Especiais.

### **Condições de Realização da Entrevista**

A entrevista com duração de cerca de 15 minutos, foi gravada no dia 23/04/2012 na escola anteriormente referida. Foi acordado anteriormente e autorizado o seu registo áudio.

A atitude do entrevistado pautou-se por uma forma bastante recetiva e colaboradora às questões colocadas, respondendo de uma forma bastante positiva, facultando dados importantes inerentes à investigação.

A transcrição procura ser fiel ao discurso oral tal como foi produzido.

**ENTREVISTA 1**  
**“Madalena”**

<b>Perguntas</b>	<b>Respostas</b>
O que é a música?	A música é uma expressão de sentimentos através dos sons, dos ritmos e das melodias. Cada um em conjunto pode formar e despertar sentimentos que nós por vezes podemos desconhecer.
Quais são as principais funções terapêuticas da música?	A música vai transmitir um bem-estar à criança, neste caso aos autistas. Vai relaxá-los, vai desenvolvê-los a nível motor, vai-lhe proporcionar-lhes o bem-estar, vai abrir uma nova forma de comunicar com as outras pessoas.
A música é o principal instrumento utilizado pela Musicoterapia ou existem outros recursos por parte da mesma?	Nós normalmente utilizamos só a música, esta e os seus componentes ou seja o ritmo, o som, as melodias, as harmonias. Depois através de cada componente nós podemos fazer as improvisações ou aplicar directamente canções. Quando utilizamos as luzes é mais no sentido passivo ou seja, eles estão num ambiente que lhes é imposto, permitindo desta forma relaxar um pouco.
Quais são os principais objetivos da Musicoterapia?	São a de desenvolver a nível motor, psicológico, pessoal, social. Neste caso particular dos autistas abre o canal das comunicações, a nível comunicacional, para eles interagirem uns com os outros e com o meio social que o rodeia.
Qual o papel da Musicoterapia relativamente às crianças com Perturbações do Espectro do Autismo?	O papel da musicoterapia neste caso particular de crianças com autismo é fazer com que eles consigam sentir-se bem a nível pessoal, interno e que consigam também interagir uns com os outros.
Considera a Musicoterapia eficaz no desenvolvimento cognitivo das crianças autistas?	Sim. E não só nos autistas. Para toda a gente. A música possui uma influência direta e também nas várias áreas de desenvolvimento que conduzem posteriormente à melhoria das capacidades cognitivas.

<p>De que forma o papel do Musicoterapeuta influencia na aplicação eficaz da Musicoterapia ao longo das sessões?</p>	<p>Acima de tudo convém escolher bem aquilo que se pretende fazer e aplicar conforme a população. Neste caso aos autistas convém aplicar diretamente para estes em particular ou indo encontro do que eles conseguem ou não fazer.</p>
<p>As crianças em questão com quem tem trabalhado têm revelado alguma forma de evolução ao longo destes meses?</p>	<p>Sim, muita evolução. Ao longo destes 5 meses nota-se uma grande evolução em vários aspectos. Acho que conseguimos que eles interajam de forma positiva, eles vão procurar os instrumentos, eles tentam tocar os mesmos, explorar esses instrumentos. Eles próprios pedem-nos já têm uma forma de nos pedir ou para tocar ou como é que se faz ou então como se estivessem a dizer: “ajuda-me”. Eles têm uma forma particular para pedir ajuda, já interagem.</p>
<p>Existe algum tempo previamente definido para estabelecer o início de algum tipo de progresso, especificamente nas crianças autistas?</p>	<p>Depende de cada criança, é muito relativo. Nós podemos ter uma criança que desenvolva muito mais facilmente do que outra. Temos crianças que podem demorar meses e meses a dizer uma palavra. No caso específico das crianças que estamos neste momento a trabalhar, eu não conhecia nenhum deles. Todo o trabalho foi realizado nestes 5 meses. O “Francisco” por exemplo canta todas as canções do início ao fim, o “Luís” eu noto muita diferença nele no sentido de querer experimentar e esta mais concentrado quando tem uma actividade para fazer, em relação ao “Gil” noto diferenças porque acho que está mais calmo. Porque a nível geral também foram aprendendo as regras.</p>
<p>O que acha mais adequado quando se trabalha com Musicoterapia, sessões individuais ou em grupo?</p>	<p>Eu sou apologista que as sessões de Musicoterapia devem ser individuais porque neste caso particular do autismo é uma criança que se dispersa muito facilmente do “nosso” mundo e entra no “mundo” dele e se nós agirmos com ele só a nível individual é muito mais eficaz do que quando temos três ou quatro. Depois enquanto damos atenção a um os outros</p>

	<p>dispersam-se. Por outro lado as técnicas podem ser diferentes.</p>
<p>Quantas sessões as crianças devem realizar para obtenção de bons resultados?</p>	<p>Isso depende, de cada criança, da capacidade de cada um. É de facto muito relativo. Depende também da disponibilidade da escola ou no espaço em que é aplicado a musicoterapia, depende muito do tempo que nós temos com eles. Nestes casos temos 45 minutos duas vezes por semana. As sessões são de 45 minutos porque não devemos exceder esse tempo visto que eles têm um défice de concentração muito baixo.</p>
<p>A partir de que idade é aconselhável este tipo de terapia?</p>	<p>Desde pequenino, desde que consiga ter alguma motricidade. Acho que desde pequenino mesmo. Devem ser estimulados desde a tenra idade.</p>

## **ENTREVISTA 2**

### **Caracterização do Entrevistado**

O entrevistado é Professora de Música e Musicoterapeuta numa Escola de 1º Ciclo do ensino Básico das Caldas da Rainha com um grupo de crianças com Perturbações do Espectro do Autismo da Unidade de Ensino Estruturado da mesma escola desde Novembro do ano letivo 2011/2012 com 3 alunos, 2 dias por semana, com sessões de 45 minutos respetivamente.

A musicoterapeuta trabalha com 3 alunos com Espectro do Autismo, acompanhados (ou não), pelo professor das Necessidades Educativas Especiais.

### **Condições de Realização da Entrevista**

A entrevista com duração de cerca de 15 minutos, foi gravada no dia 23/04/2012 na escola anteriormente referida. Foi acordado anteriormente e autorizado o seu registo áudio.

A atitude do entrevistado foi de forma geral bastante positiva. Apesar da concisão das respostas. Estas, foram pertinentes e incisivas aos conteúdos questionados. A transcrição procura ser fiel ao discurso oral tal como foi produzido.

**ENTREVISTA 2****“Ana”**

<b>Perguntas</b>	<b>Respostas</b>
O que é a música?	É tudo o que faça som, tudo o que é possível explorar a nível de sons.
Quais são as principais funções terapêuticas da Música?	Acho que é tudo. Seja que por motivo for. Ajuda em tudo, seja a nível psicológico seja a nível motor.
A Música é o principal instrumento utilizado pelo Musicoterapia ou existem outros recursos por parte do mesmo?	Há outros recursos, mas a música é a base da Musicoterapia.
Quais são os principais objetivos da Musicoterapia?	Estimular, desenvolver. Principalmente é isso.
Qual o papel da Musicoterapia relativamente às crianças com Perturbações do Espectro do Autismo?	A música tem uma vasta capacidade e sendo eles crianças que vivem num mundo deles a música ajuda-nos quase que a perceber como entrar no mundo deles e a perceber-los a desenvolver e ajudar a entender a sua linguagem.
Considera a Musicoterapia eficaz no desenvolvimento cognitivo das crianças autistas?	Sim muito. Tem-se revelado principalmente aqui, nestes casos concretos. Quem os conheceu antes, pois eu no ano passado trabalhei com alguns durante as minhas aulas de música e outros só acompanhava por fora, noto uma diferença muito grande.
De que forma o papel do Musicoterapeuta influencia na aplicação eficaz da Musicoterapia ao longo das sessões?	A nível visual é possível ver o que influencia, desde de comunicar com eles é muito mais fácil. A calma que eles alcançam durante as sessões.

<p>As crianças em questão com quem tem trabalhado têm revelado alguma forma de evolução ao longo destes meses?</p>	<p>Sim nota-se uma grande evolução a nível cognitivo. O “Gil” por exemplo que foi o aluno com quem mais trabalhei no ano passado. Este ano o “Gil” tem umas atitudes completamente diferentes. A música para ele era quase como se fosse um pesadelo. O “Gil” assim que alguém começasse a cantar ou a tocar ele tapava logo os ouvidos. Agora, só quando o volume fica excessivo ou perante muita confusão. Atualmente, não. Se ouve cantar, se ouve os colegas da turma isto falando a nível de turma, o “Gil” assim que eu começava a fazer alguma coisa a nível de música ele começava a fazer os ruídos dele e a tapar os ouvidos. Agora não. O “Gil” pára, quer fazer e está a olhar para a turma.</p> <p>O “Luís” por exemplo no início, no primeiro período não participava nas aulas com a turma e a partir do momento que começou a haver musicoterapia o “Luís” já participa nas aulas com a turma.</p>
<p>Existe algum tempo previamente definido para estabelecer o início de algum tipo de progresso, especificamente nas crianças autistas?</p>	<p>Sejam autistas ou não. Não existe tempo pré-definido para se definir a data prevista da evolução.</p>
<p>O que acha mais adequado quando se trabalha com musicoterapia, sessões individuais ou em grupo?</p>	<p>Têm as duas vertentes. O individual é bom porque podemos dar atenção só para aquela criança e dá para perceber as necessidades dele para nos irmos ao encontro daquelas necessidades. E em grupo também é bom porque interagem uns com os outros e no caso do autismo é fundamental.</p>
<p>Quantas sessões as crianças devem realizar para obtenção de bons resultados?</p>	<p>É relativo, depende das crianças, por exemplo o “Luís” só a meio do segundo período é que começou a evoluir os outros demonstraram evolução há mais tempo.</p>

<p>A partir de que idade é aconselhável este tipo de terapia?</p>	<p>Quanto mais cedo melhor, seja a nível de terapia seja a nível de conhecimento. Quanto mais cedo se começa a explorar melhor.</p>
---	---

## **ANEXO V**

## NOTAS DE CAMPO - 1

1ª Sessão

45 minutos

(dia 9/03/2012)

<p>Hoje é o primeiro dia de observação das sessões de Musicoterapia realizadas nesta escola. A sala onde decorrem as sessões é ampla com boas condições a nível de acústica. Existe material adaptado para execução dos exercícios (colchões), utilização de instrumentos musicais tais como as maracas, guitarra, guizos, xilofones, paus de chuva entre muitos outros. São utilizados ainda registos musicais ao vivo tocados pelas próprias musicoterapeutas tal como se recorre a registos musicais gravados e utilização de computador para a audição dos mesmos.</p>
<p>As musicoterapeutas procuram motivar as crianças utilizando os instrumentos não só como objetos (como a maioria utiliza o instrumento como brinquedo, gesticula, roda, rodopia, mexe, atira, coloca na boca) para dar entender que possui outra função ou seja produzir som. Estas procuram fazer isto também porque ao brincar com os instrumentos eles abstraem-se das atividades em que se pretende ter o seu foco de atenção.</p>
<p>O “Luís” procura os instrumentos gatinhando na sua direção, utilizando-os como brinquedos e coloca-os na boca. Também se nota aos poucos um interesse da criança pelo instrumento, pela sonoridade do mesmo. O “Luís” mantém os olhos bem abertos quando presta atenção a uma coisa em particular, exemplo disso quando se toca um instrumento e se ouve uma música ou se canta.</p>
<p>O “Luís” apenas faz o que lhe interessa, age à vontade e mostra-se tranquilo. Há que realçar o facto de as crianças reagirem muito bem em grupo mas como se estivessem sozinhas. No meio dos outros no seu próprio mundo. Os alunos, “Luís”, o “Gil” e o “Francisco”, não demonstraram sinais da minha presença (sentada numa cadeira atrás dos mesmos a um canto da sala).</p>
<p>O “Luís”, tem tendência para se isolar (no canto da janela da sala), coloca constantemente instrumentos na boca, contudo demonstra ser afável possui um olhar triste e tímido. Quando gosta de uma determinada atividade sorri.</p>
<p>O “Luís” assusta-se com muita facilidade, mesmo conseguindo adaptar-se as coisas novas que possam surgir: o barulho novo, um gesto. A sua reação é de medo refugiando-se para o colo do adulto que lhe está próximo, neste caso das musicoterapeutas.</p>
<p>Esta sessão é a primeira de observação do “Luís”, contudo vou também observando a reação dos restantes elementos que também serão observados mais adiante em particular. De uma forma geral todos demonstram interesse pelas atividades, é notório em todos eles o gosto que possuem pelo som dos instrumentos. O som da guitarra muda a expressão destas crianças.</p>
<p>A dada altura o “Luís” mostra cansar-se facilmente pelas atividades demonstrando desinteresse e afasta-se do grupo. Só regressa ao ser estimulado por uma das musicoterapeutas, mostrando-se mais motivado quando as atividades só são dirigidas ao mesmo.</p>

## NOTAS DE CAMPO - 2

2ª Sessão

45 minutos

(dia 12/03/2012)

As sessões iniciam-se sempre com a música do “Bom dia”, que tem vindo a ser quase como um ritual. As crianças gostam sendo uma forma suave e divertida para dar início às atividades.

O “Luís”, hoje teve uma atitude muito afável e muito positiva no início da sessão. Estava alegre e bem-disposto.

Mostrou gosto e interesse na participação dos momentos musicais criados pelas musicoterapeutas e passou mesmo a interagir com elas tocando na guitarra que uma das delas possuía nos braços.

Os sons, o bom ambiente e a boa disposição pareciam estar a criar-lhe condições para se exprimir da forma que fez. O “Luís” hoje salta, toca, brinca ao som da música. Quando surge o silêncio e tentam comunicar-lhe verbalmente o “Luís” fecha-se no seu mundo. Esta atitude também se enquadra nos restantes elementos sendo mais evidenciado em dados momentos por esta criança em questão.

O “Luís” interage mais com as musicoterapeutas do que propriamente com os colegas. As outras crianças são como se não estivessem.

É notório o seu interesse crescente pelos instrumentos, o redescobrir dos seus verdadeiros propósitos.” Afinal isto serve só para brincar, ao pôr na boca isto produz som, é bonito, gosto”. É o que parece exprimir quando contacta com eles.

O nível de motivação do “Luís” e de desempenho revelam estar condicionados pelo seu estado de humor o “estar bem-disposto” ou o contrário mostram ser relevantes no seu desempenho tais como as suas atitudes. Temos como exemplo disso a boa disposição revelada no início da sessão quando este se assusta com um movimento brusco provocado pelo “Francisco”, o “Luís” por sua vez manteve-se imóvel no seu canto habitual quando coisas do género sucedem ou seja no canto da janela.

O “Luís”, assim como os restantes colegas demonstram autonomia tanto na movimentação espacial como na utilização dos objetos. Participam nas atividades por iniciativa própria.

O “Luís” reage ao som, tanto no aspeto positivo, agradando-lhe certas sonoridades como também interferindo no seu sistema emocional de um modo agressivo, assustando-se com facilidade com alguns sons e devido também à sua intensidade.

A música desperta-lhe os sentidos e a expressividade, através da mesma ele consegue comunicar com as musicoterapeutas, através do olhar (intenso, olhos bem abertos). A música conduz o seu olhar em direção à musicoterapeuta, quando deixa de haver música, o seu olhar desvia-se completamente, regressando à sua ausência tipicamente “Autística”.

Nota-se que todos os três elementos do grupo conseguem estabelecer comunicação, uns mais (principalmente o “Francisco”) outros menos através da música. Esta permite a abertura do canal de comunicação que se fecha assim que se introduz a verbalização.

Houve um aspeto bastante interessante e curioso que não posso deixar de anotar que é o facto de há mesma hora (já na sessão anterior procederam da mesma forma) o “Luís” dirigiu-se à janela para fechar as persianas, e o “Gil” (desta vez, pois da última foi o “Francisco”) foi apagar as luzes. Eles já estão habituados àquela rotina. Porque a essa hora as musicoterapeutas têm um momento destinado a relaxação, onde ouvem músicas instrumentais, clássicas, sons da natureza, isto contextualizado num ambiente onde as luzes de fundo colocadas para esse efeito, umas ao canto da sala com efeitos multicolores, outras espelhadas no centro da sala e outras projetadas na parede através

do computador, transmitem um ambiente calmo de serenidade, de paz possuindo desta forma a capacidade de influenciar o comportamento a nível geral do grupo em questão.

Ao terminar este momento em que se trabalha praticamente sem luz e com um ritmo mais calmo os meninos voltam aos respetivos lugares mas desta vez para acender as luzes e abrir as persianas.

Após este momento, antes de terminar a sessão e tal como inicialmente, cantam a música do “Adeus”. As crianças demonstram um certo cansaço dado ao momento mais calmo da finalização da sessão, mas animadas, o “Luís” até dança com as musicoterapeutas.

A sessão termina sempre com o mesmo procedimento nomeadamente o recolher e arrumar dos colchões e respetivos instrumentos utilizados nas sessões.

## NOTAS DE CAMPO - 3

3ª Sessão

45 minutos

(dia 16/03/2012)

<p>O “Francisco” iniciou a sessão a cantar uma música que trazia no ouvido (dos desenhos animados que assistiu em casa).</p>
<p>A musicoterapeuta canta a música do “Bom dia” e o “Francisco” canta-a aos companheiros, dizendo o nome de todos eles. Este canta tudo o que lhe pedem para cantar. Revelando possuir grande musicalidade, cantando com ritmo no tom, mesmo em termos de dicção nota-se evolução à medida que vai repetindo os versos das canções. Exemplo disso, a musicoterapeuta cantou: “Bom dia ao menino Gil” e ele repetiu de imediato com as mesmas palavras cantando acertadamente no mesmo tempo que a mesma.</p>
<p>De forma geral os instrumentos continuam a ser solicitados pelos alunos como objetos, brinquedos na verdadeira aceção da palavra do que propriamente como instrumentos. Após motivação das musicoterapeutas que os conduzem ao verdadeiro valor dos instrumentos em si eles já começam a procurar o som, a verdadeira essência dos mesmos.</p> <p>O “Francisco” quando pega num instrumento já o procura para explorar na obtenção de sons.</p> <p>O “Gil”, também nesta sessão procura os sons de um pequeno órgão que possuem. Faz incentivado pelas musicoterapeutas e depois sozinho.</p>
<p>O “Francisco”, ouve atentamente a música tocada umas vezes com guitarra outras com flauta ou mesmo cantada, tentado deste modo repetir o ritmo com uma pandeireta entoando ao mesmo tempo sons, a base de improvisos criados pelo mesmo. Este comportamento espontâneo do aluno foi posteriormente acompanhado pela segunda musicoterapeuta com um tamborim. A atividade não durou muito tempo porque o “Francisco” acabou por perder o interesse pela mesma, o que acontece com muita frequência em todos estes alunos observados.</p>
<p>Nota-se em todos eles que conseguem, uns mais facilmente do que outros, realizar as tarefas que lhes pedem, contudo o tempo, a repetição e a persistência são fatores primordiais para que se consiga obter resultados positivos.</p>
<p>O “Gil” nesta sessão demonstra ser um menino de extremos: ora extremamente calmo ora muito agressivo. Por exemplo o “Francisco” deitado no colchão ao esticar-se coloca um pé no nariz do “Gil”, que se mantém praticamente imóvel, mostrando uma calma incrível. Por outro lado, a uma dada altura aborreceu-se com a mistura de sons e começou a tapar os ouvidos dando inicio as estereotipias características do dado aluno. A dada altura (por volta da mesma hora), algo de incrível acontece, ou seja o apagar da luz e o fecho das persianas, atitude espontânea dos alunos.</p> <p>Parece que possuem um “relógio” dentro de si.</p>
<p>Na parte da sessão em que estão no momento de relaxamento (luzes apagadas) se prestarmos bem atenção ouvimos o som calmo e relaxante das melodias, mas como pano de fundo ouvimos sons, palavras soltas, umas vezes de um modo suave, outras de um modo mais intenso, mais profundo. Neste ambiente, o “Francisco” a dada altura levanta-se e interage com a Musicoterapeuta.</p> <p>Momentos destes de interação com as Musicoterapeutas, é frequente em todas estas crianças mesmo com as auxiliares da escola ou professora das NEE que surja por algum motivo. Estes reagem, são afáveis. Contudo, não proporcionam momentos de interação com os colegas.</p>

Quando voltam a reacender as luzes, dá-se o momento da "despedida", com a música do "Adeus". O único que canta acompanhando as musicoterapeutas é o "Francisco". Este, sai da sala cantando a mesma música (dos desenhos animados) com que entrou inicialmente.

## NOTAS DE CAMPO - 4

4ª Sessão

45 minutos

(dia 20/03/2012)

<p>O “Francisco”, chega à sala a cantar e começa de imediato por iniciativa própria, a tocar nos instrumentos.</p>
<p>O “Luís” hoje está particularmente distante, apenas com a aproximação das musicoterapeutas ele mantém alguma atenção e interesse mas em curtos períodos de tempo. Demonstra um comportamento agressivo, revoltado, revela medo, como se estivesse assustado.</p>
<p>O “Francisco”, é novamente o único que canta a música do “Bom dia”, recorrendo à lírica ou apenas a entoação da melodia. Ao ser solicitado pela musicoterapeuta para que ele cante a música como forma de dar os bons dias aos seus amigos, ele canta prontamente sem hesitações e por iniciativa própria, repetindo o nome de todos eles corretamente.</p>
<p>O “Francisco” canta a música “Cai-Neve” que aprendeu nesse dia com a professora do Ensino Especial, entretanto o mesmo começa a cantar outra música por iniciativa própria que também aprendeu. As musicoterapeutas, aproveitam momentos como este para a sua terapia, estimulando os alunos a transmitirem os conhecimentos que já possuem, transformando-os em momentos terapêuticos. Este momento fruto do improvisado gerado pela situação anterior realçou a voz bonita que o “Francisco” possui num tom que alcança uns agudos bonitos, melódicos revelando possuir grande musicalidade mesmo em termos corporais.</p>
<p>Contrariamente ao que demonstrou inicialmente o “Luís”, ao longo da sessão com a atenção, com o carinho que as musicoterapeutas lhe mostraram, num ambiente calmo e afável que a música lhes proporcionou, ele voltou a dar aquele grande sorriso com os olhos bem abertos a sua marca tão característica de satisfação.</p>
<p>O “Luís”, agora já mais sorridente, demonstra interesse pelas músicas que estão a ser cantadas, por sua vez emite sons como se também quisesse tentar cantar, gesticula sorridente, salta, pega nas mãos de uma musicoterapeuta para que ela dance com ele. Demonstrando desta forma prazer com esta relação que vai estabelecendo e evoluindo com as novas sonoridades, o próprio ambiente musical e sonoro que emerge daquele momento. Contudo há uma reação por parte do “Luís” no momento em que ele aborda uma das musicoterapeutas ao passar por entre os colegas que estavam deitados nos colchões, ele evita o seu contacto e tenta impedir qualquer forma de contacto com os mesmos sempre que há uma tentativa de aproximação.</p>
<p>O “Francisco”, demonstrou nesta sessão ter tendência para a ecolalia, repetindo desta forma constantemente determinadas palavras e sons.</p>
<p>A musicalidade das melodias, os sons sugestivos, agradáveis, os estímulos dados pelos diferentes ritmos, alterando de uma forma geral a atitude e a postura dos meninos. Em momentos que o “Luís” mostra estar mais inquieto podemos observar isso mesmo. Até o “Gil” em dadas alturas fecha os olhos para sentir a música. Os seus movimentos estereotipados corporais que lhe são característicos, passam a ser cadenciados pelos ritmos das músicas que ouve.</p>
<p>A presença das crianças é aparentemente ignorada entre os colegas. Eles mostram ausência de contacto entre si, não há sequer tentativa de aproximação nem expressão verbal, ocular, física.</p>
<p>Nota-se vontade de participar mais nas atividades por parte do “Luís”, contudo o facto de ter de estar em contacto próximo com os colegas é fator de inibição para o mesmo.</p>

O “Francisco” possui alguns momentos em que se mantém “ausente” no seu mundo, grita, às vezes emite sons, palavras repetidas de forma constante, característica típica inerente à patologia que possui. Contudo, ao ser abraçado pela musicoterapeuta constatei que isso o acalmava, regressando novamente a uma postura normal (dentro das suas limitações), voltando a normalidade das atividades.

Após os momentos de isolamento “Francisco”, “acorda” de uma forma muito dinâmica de interação com as musicoterapeutas. Nesta sessão o mesmo aluno teve uma reação agressiva sem motivo aparente de um momento para o outro com uma das musicoterapeutas. Mas esta conseguiu-o chamar à razão primeiro verbalizando e depois recorrendo a uma atividade com música, dando por terminado o incidente rapidamente.

A expressão destas crianças, também é algo que notei com algumas particularidades curiosas, mesmo o sorriso, o rir o olhar, é algo fechado, reprimido, tímido, em alguns casos e em dados momentos inexistente, principalmente quando se verbaliza, se tenta interagir verbalmente. Por outro lado, estas mesmas expressões faciais, a direccionalidade do olhar, alteram de um modo significativo com a música. Tenho observado alguns momentos que demonstram essa influência da música nestas crianças, nomeadamente uns olhos bem abertos cheios de brilho, bem expressivos da parte do “Luís”, revelando um momento de bem-estar, ou o sorriso discreto mesmo com o olhar direcionado para o chão do “Gil” que mostra também que está satisfeito e ainda entre outros momentos, quando o “Francisco” olha diretamente para a musicoterapeuta e coloca as suas mãos na guitarra para ela tocar. Todos estes “pequenos grandes” momentos revelam a dimensão da música no universo destes meninos.

Quando estão na ausência de luz, em que estão a ouvir as melodias, muitas vezes gritam, como se quisessem dizer algo exprimir qualquer coisa, sentimentos, emoções. O que é de realçar, é que quando todos proferem palavras ou emitem todos em simultâneo, não o fazem com o um grupo de crianças ditas “normais”, eles não se imitam, os sons podem ser ao mesmo tempo mas são distintos. Mesmo nestes momentos não há interação. É notório que a falta de capacidade de sociabilização traduz estas atitudes, onde não há comportamentos baseados na imitação do outro na reprodução do que o outro faz. Cada um possui características próprias, únicas e individuais, um carácter forte que os caracterizam, mas não havendo sociabilização, continuam iguais a si próprios.

No final da sessão, o “Francisco”, é o único que canta a canção do “Adeus”, reagindo efusivamente, demonstrando assim como os outros que estavam com vontade de ficar mais um pouco. Mesmo na fase em que estão a arrumar os instrumentos, o “Francisco” coloca a cabeça sobre a guitarra, as mãos, o peito, de modo a tentar conseguir sentir as vibrações do instrumento.

## NOTAS DE CAMPO - 5

5ª Sessão

45 minutos

(dia 23/03/2012)

<p>Nesta aula não vou preencher a Grelha de observação assim como a lista de verificação como é procedimento normal nas observações que fiz e pretendo fazer. Devido a umas atividades que se desenvolveram na escola, surgiram alguns atrasos que consequentemente atingiram o desenrolar normal da sessão e como estas crianças em particular, estão habituadas a dadas rotinas, quando se quebram às vezes comportam-se modo diferente alterando o modo de proceder, as suas capacidades podem ficar reprimidas. Assim sendo faço um levantamento geral de observações a nível global de comportamentos.</p>
<p>Apesar da sessão começar a outra hora, os procedimentos são os normais, a mesma canção inicial. As crianças procuram os instrumentos e brincam com eles, o “Luís” principalmente, tendo a tendência de, conduzir com a mão, levar tudo à boca.</p>
<p>Nota-se hoje algum distanciamento (inicial) das crianças de modo geral em particular do “Luís”.</p>
<p>“O Francisco” é o que melhor se exprime, o único que consegue falar.</p>
<p>Todos eles possuem comportamentos “infantis” não correspondendo à idade que possuem.</p>
<p>É notório a capacidade que a música possui para os acalmar, para os motivar para uma dada atividade. Mesmo hoje em que o “Luís” está particularmente desmotivado, carente, este até acaba por após motivação da musicoterapeuta participar nos momentos da sessão demonstrando interesse.</p>
<p>Nota-se que é necessário muito tempo, muitas sessões, para haver resultados progressivos. A música, as práticas, os métodos inerentes à Musicoterapia revelam se benéficos, contudo estas crianças mostram que o tempo é um fator primordial nesta evolução.</p>
<p>Hoje, a nível geral mostram estar um pouco ausentes, desmotivados. Em todos, é visível uma vontade, uma ânsia em poder exprimir-se, expressar o que sentem. Daí, surgirem momentos de frustração, onde demonstram estar mais nervosos mais inquietos. A música como forma de comunicação, de expressão de sentimentos é um forma extremamente benéfica pois mostra ser uma solução saudável, minimizando as suas frustrações.</p>
<p>Os momentos de ansiedade são expressos por parte do “Gil”, e do “Francisco” através de sons, enquanto o “Luís” exprime-se também e sobretudo corporalmente, andado de um lado para o outro, saltando, gesticulando.</p>
<p>Em termos cognitivos, é notória uma certa evolução em termos gerais nestas crianças. Embora o “Luís” e o “Gil” ainda revelarem aos poucos e de um modo mais discreto as sua capacidade, o “Francisco”, por sua vez, é o que demonstra ter uma evolução mais evidente.</p>

## NOTAS DE CAMPO - 6

6ª Sessão

45 minutos

(dia 16/04/2012)

<p>Os meninos hoje estavam todos bem-dispostos. A reação em relação aos instrumentos foi bastante positiva, verifica-se um interessante crescente pelos mesmos e uma exploração cada mais efusiva em relação à procura dos sons assim como dos próprios ritmos.</p>
<p>O Luís hoje como na sessão anterior, colocou os sapatos(descalçar os sapatos antes das sessões é um procedimento normal) ao meu lado e olhou discretamente para mim.</p>
<p>O “Gil”, emite sons ao ouvir o som da guitarra como quisesse cantar. Demonstra estar recetivo à atividade e toca os instrumentos por iniciativa própria.</p>
<p>O “Luís” na fase inicial da sessão demonstra algumas atitudes agressivas, tais como, no não aceitar as propostas das musicoterapeutas para participar momento inicial da sessão, isolando no canto da janela.</p>
<p>Quando uma das musicoterapeutas repete a música do bom dia. O “ sorri, emite sons, demonstrando estar mais calmo e mais recetivo à participação na sessão.</p>
<p>O “Francisco”, canta novamente a música do bom dia, ( o “Gil” e o “Luís” não cantam) depois repete a música dizendo o nome de todos os seus colegas respetivamente. Demonstrando evolução no domínio da linguagem, cognição e até mesmo na sociabilização com adultos.</p>
<p>O “Gil” tenta experimentar os sons dos instrumentos como fez inicialmente, mas desta vez ao som das músicas que as musicoterapeutas cantam ou aproveitam ao serem cantadas pelo “Francisco” que possui por sua vez um grande número de canções no seu reportório e muitas vezes canta ao longo das sessões, sendo as mesmas aproveitadas pelas musicoterapeutas para trabalhar com eles os objetivos que estas pretendem alcançar. O “Gil”, ao ouvir as músicas tenta bater o ritmo com os instrumentos que possui ao seu alcance.</p>
<p>O “Francisco” sabe cantar músicas do princípio ao fim e numa delas “ A Primavera”, ele demonstrou possuir a capacidade de improvisação introduzindo um dado novo na respetiva música. O “atchim” introduzido pelo “Francisco” ao final de cada refrão para além de bonito, estava contextualizado quer a nível de sentido quer a nível melódico. Estes momentos são sempre bem aproveitados pelas musicoterapeutas quer para enriquecimento da sessão quer para estímulo positivo da criança em questão.</p>
<p>O “Gil” inicialmente, estava calmo, demonstra ter atitudes infantis, por exemplo ao querer os objetos só para si. Há momentos em que mostra estar ausente, no seu mundo, e quando se apresenta desta maneira, não quer interagir mostra ficar aborrecido e não ser perturbado. Nesta situações, o “Gil”, mostra um olhar distante.</p>
<p>Numa dada altura, as musicoterapeutas, ensinam uma música utilizando também gestos. Apenas o “Francisco” consegue realizar corretamente a atividade. Não completamente, mas tentou e conseguiu repetir muitos gestos com o ritmo certo. Este tipo de atividades proporcionadas pelas musicoterapeutas demonstra ser importantes na estimulação de vários sentidos melhorando consequentemente as suas capacidades nas áreas em que estas crianças possuem maior dificuldades, nomeadamente, da linguagem, cognição, comunicação, sociabilização, entre outras.</p>
<p>O “Luís”, com o ambiente envolvente, dos sons, a ausência quase total de luz na sala, acalma-o de tal forma ao ponto de alterar a própria expressão facial do rosto deste menino. Que deixa o seu ar melancólico e triste passando a esboçar o seu grande sorriso bonito e contagiante.</p>
<p>O “não”, é palavra algumas vezes utilizada pelas musicoterapeutas num</p>

<p>comportamento menos correto. Por exemplo o “Francisco” espalhou um saco de instrumentos pelo chão sem autorização das mesmas. Foi chamado a atenção. Apesar de não gostarem de ouvir um “não”, este agiu de um modo passivo voltando a colocar os instrumentos no sítio inicial.</p>
<p>O “Gil” demonstra grande agitação ao ouvir vários sons ao mesmo tempo, vários instrumentos, várias vozes, causando-lhe desconforto. Anda de um lado para os outros, demonstra grande agitação começando a emitir sons e gestos estereotipados.</p> <p>Ao apagarem as luzes ele acalma-se progressivamente, com a música colocada por umas das musicoterapeutas, a outra por sua vez abraça-o demonstrando-lhe gestos de afeto, alterando posteriormente o seu comportamento agressivo de quem mostra possuir uma vontade feroz em se exprimir. Ao não conseguir atingir os seus objetivos surge então uma revolta expressa por estes momentos mais agressivos, mais nervosos, e inconstantes.</p>
<p>Hoje o “Luís”, apresenta especial dificuldade em concentrar-se e conseqüentemente em relaxar. Parece estar inquieto, impaciente e um pouco nervoso.</p>
<p>Nota-se que o “Gil”, é curioso, gosta de explorar os ambientes, os objetos e até as pessoas que estão à sua volta. Fá-lo de modo discreto e muitas vezes quase impercetível dado as dificuldades inerentes à sua patologia que o impedem conseqüentemente em exprimir e demonstrar de um modo calmo e mais percetível tudo o que sente e gostaria de fazer e explorar. A música e as atividades realizadas pelas musicoterapeutas mostram ser eficazes na estimulação dessas capacidades que precisam de ser desenvolvidas. A calma que proporciona, o estímulo tanto motor como cognitivo e até a nível emocional, o próprio prazer inerente à prática destas ações proporciona um desenvolvimento crescente, progressivo que embora se verifique lentamente, revela-se eficaz mostrando pequenos grandes sinais de evolução.</p>
<p>O “Gil” acabou por tranquilizar completamente. Este momento da sessão em que nos encontramos, numa sala onde o escuro é predominante possuindo luzes coloridas e em movimento num dos cantos da sala. Proporcionam em simultâneo um momento de satisfação juntamente com as melodias que se vão ouvindo. A forma de expressão desta sensação de prazer, de harmonia que se gera é expressa de várias formas por estes meninos: o “Luís” expressa-se aos “saltinhos”, o “Gil”, deitado, relaxado a sorrir e por fim o “Francisco” emite sons procurando imitar as melodias que ouve e ri.</p>
<p>A música demonstra ser nestas sessões um veículo de transmissão de emoções profundas assim como um meios de proporcionar e estimular muitos outros aspetos, Apura os sentidos, dinamizando atividades com a mesma. Por outro lado, o papel das musicoterapeutas também revela ser bastante relevante. Estas mostram que o trabalho desenvolvido utilizando os métodos e as técnicas utilizadas na musicoterapia a par com a sua atenção, o cuidado o carinho que demonstram é fundamental revelando melhorias nestas crianças.</p>
<p>Na altura da canção do “Adeus”, que corresponde a parte final da sessão, o “Francisco”, estava agitado e não cantou como de costume.</p>
<p>De modo geral estas crianças revelam alterações de humor, de forma abrupta, extrema de um momento para o outro. Afetando a sua conduta e atenção perante as várias atividades ao logo das sessões. Por isso há registos diferentes do início de cada sessão em relação ao final de cada sessão posteriormente.</p>

## NOTAS DE CAMPO - 7

7ª Sessão

45 minutos

(dia 20/04/2012)

<p>O “Gil” iniciou a sessão demonstrando estar muito calmo, começando a tocar instrumentos e a interagir à sua maneira com as musicoterapeutas.</p>
<p>Iniciou-se a sessão novamente com a música do “Bom dia” “Bom dia ao menino “Gil” Bom dia ao menino “Luís” Bom dia ao menino “Francisco” Bom dia a todos com prazer Vamos cantar com alegria Vamos cantar com harmonia”.</p>
<p>O “Francisco” é mais uma vez o único que canta a música com as musicoterapeutas.</p>
<p>O “Luís” revela gostar de música, coloca a mão das musicoterapeutas na guitarra para poder ouvir o som da mesma. Os seus olhos brilham sempre que ouve os sons do seu agrado. Abraçando a musicoterapeuta em sinal de agrado.</p>
<p>O “Gil” coloca as mãos nos ouvidos sempre que ouve muitos sons em simultâneo, os instrumentos, as vozes até mesmo os sons exteriores causam-lhe confusão, transtornam-no um pouco.</p>
<p>O “Francisco”, revela em certos momentos não gostar de ser contrariado demonstrando ter tendência para a agressividade. Tenta bater nas musicoterapeutas. Contudo, com a sua interação volta a acalmar-se e ao longo da sessão demonstra mais serenidade.</p>
<p>O “Gil” apesar de bem disposto, não demonstrou no início estar muito participativo, apenas quando solicitado. Contudo, reage aos sons e às atividades novas propostas.</p>
<p>Estas crianças demonstram de uma forma geral um comportamento típico de crianças de idade inferior às mesmas.</p>
<p>Continuam a interagir com adultos mas não entre si.</p>
<p>O “Luís” gosta de ouvir as melodias, ao canto. Interage, não participando ativamente mas exprime-se de forma participativa através do olhar e do sorriso. De uma forma geral, todos gostam bastante de ouvir as melodias, os sons, o ritmo, o canto.</p>
<p>O “Gil” emite muitos sons vocais, batendo palmas, primeiro de uma forma aleatória, mas com a música acompanha o movimento com o ritmo, deixando de ser uma estereotipia passando a ser um acompanhamento rítmico de uma atividade aproveitada pela musicoterapeuta.</p>
<p>A música, nestas sessões também revela ser uma mais-valia nestas crianças no desenvolvimento motor através dos movimentos que esta proporciona, através do relaxamento que esta faculta a estes meninos, revelando posteriormente melhorias crescentes.</p>
<p>O “Luís”, mostra ainda assustar-se com facilidade, exemplo disso foi o facto de ter acionado despropositadamente uma tecla no piano eletrónico que as musicoterapeutas utilizam no chão. Perante o susto causado por tal acontecimento o “Luís” dirige-se imediatamente para o colo de uma das musicoterapeutas como se fosse uma criança mais pequena. O “Luís” mediante estas situações assusta-se com facilidade, socorre-se nestas situações aos adultos que lhes estão próximos com os olhos bem abertos e bem quietinho.</p>
<p>Hoje o “Gil”, teve uma reação curiosa, ao movimentar-se pela sala como sempre faz, normalmente, passa por mim, mostrando indiferença (como estou aqui apenas como observadora não participante, não falo nem interajo com os intervenientes). Mas hoje o</p>

“Gil”, mostrou que a minha presença tinha por si notada quando ao percorrer a sala calmamente com a cabeça e o olhar direcionado para o solo. De repente, pára à minha frente e olha para mim. Assim que o faz volta novamente passivamente junto dos seus colegas e musicoterapeutas.

No momento em que estão praticamente às escuras, na parte mais relaxante da sessão, é utilizado o tema da música clássica “Claire de Lune” de Debussy.

O “Gil” manteve-se a ouvir a música do princípio ao fim da melodia no mesmo local. Apesar da agitação dos colegas ele mantém-se imóvel sem desviar o olhar. Depois de ouvir a música começa com os estereótipos do costume, as mãos nos ouvidos e os mesmos sons.

O “Gil”, tapa os olhos com a mão antes de acender a luz. Sabendo o efeito que esta provoca ao reacender.

Finalmente como sempre cantam a música do final “A Hora do Adeus”:

“Vamos embora a hora chegou,  
agarro as malas a hora chegou...”

## NOTAS DE CAMPO - 8

8ª Sessão

45 minutos

(dia 23/04/2012)

<p>Esta é a última sessão observada, por isso será uma observação geral, sem grelhas nem listas de verificação para um dado aluno como as anteriores.</p>
<p>O início dá-se com o normal procedimento ou seja a música do “Bom Dia”. O “Luís”, não participa neste “ritual” em que se dá o início da sessão, pois quando entrou na sala descobriu uma bola perdida na sala, como foi impedido de brincar com a mesma ficou desorientado, começou a saltar e a gritar. Contudo, passado alguns minutos depois de estar no seu canto à janela regressou às atividades que estavam a ser desenvolvidas pelas musicoterapeutas.</p>
<p>A maioria das atividades desenvolvidas prendem-se com o tocar os instrumentos que possuem, cantar canções sugeridas pelas mesmas ou aproveitando os sons as melodias das crianças e mesmo as canções que fazem parte do repertório musical das crianças, neste caso particular do “Francisco”. As musicoterapeutas utilizam o som, o ritmo, a melodia, a harmonia com ou sem instrumentos aproveitando principalmente todos os momentos propícios facultados pelas próprias crianças de modo a conduzir a terapia aos objetivos por elas delineados.</p> <p>Na observação podemos notar que estas sessões se diferenciam das aulas de música pela intencionalidade que a Musicoterapia possui, contrariamente ao ensino da música que pretende ensinar conteúdos, inerentes à música e aos seus propósitos. Na Musicoterapia recorre-se à utilização da música e dos seus recursos para atingir um fim.</p>
<p>O “Gil”, demonstra mais uma vez o seu mau estar perante a existência da diversidade e intensidade de sons na sala em que se encontra, provavelmente porque não deve conseguir abstrair-se não conseguindo compreender a intencionalidade dos sons em simultâneo, desorientando-se.</p>
<p>O “Francisco” pela primeira vez em todas as sessões observadas aproxima-se de uma forma afável de uma das crianças, contudo mantém-se por pouco tempo, rapidamente se afasta. Abraça-se de imediato a uma das musicoterapeutas presentes, mostrando a sua tendência de aproximação essencialmente para com os adultos. Contudo revela hoje melhorias no que diz respeito à relação com crianças com a mesma faixa etária.</p>
<p>Verifica-se uma vez mais que ao serem estimulados, eles desenvolvem vários aspetos quer a nível da sociabilização, quer a nível cognitivo, comunicacional entre outros, assim como da autonomia. Eles movimentam-se livremente e de forma autónoma pela sala,</p>
<p>O “Luís”, nesta sessão deu a volta à sala gatinhando, dirigiu-se de uma musicoterapeuta à outra nesta mesma posição na ponta oposta da sala respetivamente.</p>
<p>O “Francisco” foi incentivado pela musicoterapeuta a repetir a escala musical. Ao repetir este esqueceu-se de uma nota e mediante a frustração de não se lembrar começa a chorar. Mostrando sentir-se desapontado quando não consegue fazer algo, atingir um objetivo. Assim que a musicoterapeuta o ajudou a transpor o problema este acalmou-se</p>
<p>O “Francisco”, tenta adquirir a noção de ritmo com um tambor, entretanto o “Luís”, mantém-se distante no canto sala ao lado da janela até uma musicoterapeuta dirigir-se ao mesmo interagindo com este.</p>
<p>Quando as musicoterapeutas tocam algum instrumento seja guitarra, órgão ou flauta, os meninos aproximam-se progressivamente delas. São cativados, estimulados pelos sons, pelas melodias.</p>

O “Francisco” seleciona músicas nos registos gravados do órgão. Mostra saber alterar as várias melodias consoante os seus gostos musicais, repetido as mesmas. Revela também possuir boa memória. Uma das musicoterapeutas ensinou-o como funcionava a bateria, o volume, como se alterava os sons do órgão e este imediatamente aprendeu com facilidade repetindo o que esta fez.

Ao chegar a hora de apagar a luz, cada um desempenha a sua função que é do agrado de todos, um apaga a luz, outro fecha os estores sucessivamente alternando de sessão para sessão.

As musicoterapeutas recorreram novamente à música clássica desta vez com a “Moonlight Sonata” de Bethoven.

As crianças procuram um espaço para estar a vontade, o “Luís” com uma musicoterapeuta, o “Francisco” deitado e o “Gil”, na sua postura de sempre neste momento da sessão ao seja sentado prestando bastante atenção à música de olhos fechados. Por outro lado, quando o “Luís” por algum motivo deixa de ouvir a melodia começa aos gritos. Perde a atenção e o estímulo com a ausência dos sons e das melodias.

Todos terminam a sessão com uma postura bastante tranquila e calma.

## **ANEXO VI**

Caldas da Rainha, 20 de Dezembro de 2011

**Exmo. Senhor Diretor do Agrupamento de Escolas D. João II**

Eu, Sónia dos Santos Gonçalves Paredes, Professora do 1.º e 2.º CEB, na variante de Português/Francês, encontro-me neste momento em fase de elaboração do projeto de Mestrado em Ciências de Educação – Educação Especial, a apresentar na Escola Superior de Educação Almeida Garrett.

O projeto de mestrado intitulado: “O Papel da Musicoterapia no Desenvolvimento Cognitivo nas Crianças com Perturbação do Espectro do Autismo” pretende, através de um estudo de caso, verificar se a Musicoterapia é importante ou não no desenvolvimento cognitivo das crianças com Perturbação do Espectro do Autismo. Desta forma, gostaria de convidar o agrupamento de escolas a participar nesta investigação, permitindo a recolha de dados através da observação não-participante de sessões de musicoterapia numa escola do agrupamento, assim como a aplicação de entrevistas aos respetivos Musicoterapeutas.

A sua colaboração neste projeto será muito útil, estando desde já garantido, sob compromisso de honra, que todos os dados serão tratados de forma anónima. Agradeço desde já a colaboração. Com os mais respeitosos cumprimentos,

---

*(Sónia dos Santos Gonçalves Paredes)*

O Diretor do Agrupamento de Escolas de

---

Autorizo a recolha dos dados referidos.

O/A Diretor(a):

---