



Universidade Católica Portuguesa
Centro Regional de Braga
Faculdade de Ciências Sociais

**SONS E SILÊNCIOS.
MUSICOTERAPIA NO TRATAMENTO DE INDIVÍDUOS COM
PERTURBAÇÕES DO ESPECTRO DO AUTISMO**

**II Ciclo em Ciências da Educação
Educação Especial**

Orientação: Professora Doutora Filomena Ermida da Ponte

Patrícia Raquel Silva Fernandes

Braga, 2012



Universidade Católica Portuguesa

Centro Regional de Braga

Faculdade de Ciências Sociais

**SONS E SILÊNCIOS.
MUSICOTERAPIA NO TRATAMENTO DE INDIVÍDUOS COM
PERTURBAÇÕES DO ESPECTRO DO AUTISMO**

**II Ciclo em Ciências da Educação
Educação Especial**

Orientação: Professora Doutora Filomena Ermida da Ponte

Patrícia Raquel Silva Fernandes

Braga, 2012

DEDICATÓRIA

*Dedico esta tese às minhas flores,
Àqueles que outrora estiveram presentes,
e hoje permanecem para sempre na memória,
E a Deus, meu impulsionador em todos os meus sonhos...*

AGRADECIMENTOS

Agradeço, dedicando esta tese a todos os que me ajudaram a converter um sonho na realidade ansiada ao longo deste pedaço da minha vida de ajuda impagável, condescendência, companhia adiada e desmedida percepção.

Cumprimento, em especial, à Professora Doutora Filomena Ermida da Ponte, modelo impulsionador do meu trabalho, de quem tenho a honra de ter como minha orientadora da tese, de uma competência ímpar, agradecendo-lhe imensamente a sua amizade despreziosa, oferecendo-me todo o seu saber, pelo seu precioso auxílio nas reflexões e propósitos deste projecto, uma disponibilidade omnipresente e acima de tudo o apoio incondicional. Obrigada!

À Universidade Católica Portuguesa, a todos/as os/as docentes e funcionários/as com quem tive o privilégio de privar, todos contribuíram para que isto fosse possível. À menina Cecília, um obrigado especial. A todos os colegas, votos de sucesso pessoal e profissional, sem vocês, nada faria sentido. Obrigada!

A menção de sensibilidade pela colaboração imprescindível da APPDA - Norte da cidade de Vila Nova de Gaia, em especial à Dr.^a Paula Freitas, pela amabilidade com que me recebeu, ao técnico Júlio Santos pelo seu lado profissional, pelo rigor e competência, pelas conversas intermináveis, um obrigada. Agradeço, carinhosamente, a todos os indivíduos que da Perturbação do Espectro do Autismo padecem, que tornaram possível a componente empírica e a quem, desde já, afirmo não ter sido em vão o seu contributo. Obrigada!

Finalmente, mas não menos importante, agradeço aos meus pais, sempre presentes, em especial à minha querida mãe, à flor um, todo o amor e apoio incondicional que me deu em todos os sentidos. Com a esperança de que tudo isto sirva para lhe mostrar não ter sido completamente perdida a educação que se esforçou em me dar, para ampliação do meu capital humano. O meu eterno e sentido obrigada por tudo mãe.

À Marta Diana, à flor dois, à minha querida irmã, companheira de todos os meus caminhos, a quem agradeço a paciência, o amor e os mimos para eu poder resistir a esta “viagem”, obrigada.

E a todos que sabem que são importantes na minha vida (e.g., á Dona Deolinda por tanto, ao Doutor Samuel Pedreira por ser o melhor médico de família do mundo, ao Senhor Pedro pelas suas palavras sempre certas no momento certo, etc.) e me ajudaram de forma directa e indirecta a percorrer o meu caminho, mais do que ideias, dirijo-lhes o pedido que persistam a dar-me a graça da sua presença na caminhada que desejo que seja feliz para todos.

*OBRIGADA a todos a quem em mim vislumbraram qualidades, onde
outros viam defeitos!*

RESUMO

O transpor um objectivo para as páginas de um trabalho que aspiramos realizar, assume, a nosso ver, grande responsabilidade mas concomitantemente, um enorme conforto pelo empenhamento em prestar um serviço, que cremos de utilidade pública e de interesse prático partilhável.

Este estudo tem como propósito, demonstrar de que forma a musicoterapia, como técnica terapeuta, pode contribuir para o desenvolvimento integral e harmonioso, no sentido de uma boa integração social, comportamental, cognitiva e emocional de indivíduos com Perturbação do Espectro do Autismo. Sendo a Música universal e tão essencial como a linguagem, neste estudo abordamos a Musicoterapia que, como técnica aplicada a indivíduos com necessidades educativas especiais (NEE), pode ser vista como uma indispensável terapia que utiliza a música com o objectivo de desenvolver potencialidades nos indivíduos.

A metodologia utilizada é de natureza qualitativa e quantitativa. Ponderando a adequação dos participantes aos objectivos da investigação, recorreremos a uma selecção não aleatória dos mesmos, ou seja, a uma amostragem não probabilística. Para a obtenção de informações recorreremos a análises documentais, questionários, entrevista e registos de observação.

Concluimos que a Musicoterapia é, de facto, um trilho que explora a dimensão humana em toda a sua complexidade, emergindo canais de comunicação e cuja propagação tem possibilitado recentes e consistentes perspectivas de intervenção nos indivíduos com diagnóstico de Perturbações do Espectro do Autismo. Contudo, não devemos fazer abstracções dos mesmos devido às características individuais e aos diferentes graus de severidade que se observam nesta população.

Palavras – Chave: Música, Musicoterapia e Perturbação do Espectro do Autismo.

ABSTRACT

Transferring an objective to the pages of a job we aspire to undertake, in one's opinion, a great responsibility but simultaneously, a great comfort in the commitment to provide a service, which one believes to be a shareable public and practical interest.

This study aims to demonstrate how music therapy, as a therapist technique, may contribute to the full and harmonious development, towards a good social, behavioral, cognitive and emotional integration development of individuals with Autism Spectrum Disorder. Being the Music universal and as essential as language, Music Therapy approaches in this study that, as a technique applied to individuals with special educational needs (SEN), can be seen as an essential therapy that uses music in order to develop potential on individuals.

The methodology used is of a qualitative and quantitative nature. Considering the appropriateness of the objectives to the research participants, one uses a random selection of them, meaning, a non-probability sampling. In order to obtain information one resorted to desk reviews, questionnaires, interview and observation records.

One concludes that Music Therapy is, in fact, a trail that explores the human dimension in all its complexity, emerging channels of communication and whose spread has recently and consistently enabled intervention perspectives on individuals diagnosed with Autism Spectrum Disorders. However, we must not do deductions out of these examples due to individual characteristics and different degrees of severity that are observed on this population.

Key – Words: Music; Music Therapy and Autism Spectrum Disorder.

ÍNDICE GERAL

DEDICATÓRIA	iii
AGRADECIMENTOS.....	iv
RESUMO	vi
ABSTRACT	vii
ÍNDICE GERAL	viii
INDICE DE SIGLAS.....	x
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xi
ÍNDICE DE QUADROS.....	xii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xiii
INTRODUÇÃO	1
Parte I – Estado Da Arte.....	4
CAPÍTULO I – SONS E SILÊNCIOS	5
1.A MÚSICA.....	5
1.1 Estruturas Básicas da Música.....	7
2. MUSICOTERAPIA	10
2.1 Definição	10
2.1.1 Princípios Básicos da Musicoterapia.....	14
3. O Potencial Reeducativo e Terapêutico da Música num contexto Musicoterapêutico	16
CAPÍTULO II – AUTISMO	18
1. PERTURBAÇÃO DO ESPECTRO DO AUTISMO	18
1.1 Etiologia	19
1.2. Evolução do conceito.....	25
1.3. Tipologias.....	26
CAPÍTULO III – ENQUADRAMENTO DO ESTUDO.....	31
1. MOTIVAÇÃO PARA O ESTUDO.....	31
1.2 Objectivos da Investigação.....	33
<i>Parte II – Estudo Empírico</i>	<i>35</i>
CAPÍTULO IV – METODOLOGIA DO TRABALHO.....	36
1. MÉTODO.....	36
1.1 Amostra.....	37

1.1.1 Descrição Global da Amostra.....	38
1.2 Caracterização da Instituição	39
1.3 Caracterização da Equipa Educativa.....	43
3. Procedimentos.....	45
CAPÍTULO V - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	47
CONCLUSÕES	73
NOTA FINAL	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	78
REFERÊNCIAS LEGISLATIVAS	84
REVISTAS.....	84
SITES CONSULTADOS.....	85
ANEXOS.....	86
Anexo 1 Pedido de Autorização	87
Anexo 2 Consentimento dos pais dos Jovens/Adultos.....	88
Anexo 3 Guião da entrevista ao Musicoterapeuta	89
Anexo 4 Inquérito	91
Anexo 5 Questionário	95
Anexo 6 Resposta da entrevista ao Musicoterapeuta.....	98
Anexo 7 Instrumentos de avaliação para diagnóstico dos elementos da amostra	104
Anexo 8 Caracterização da equipa pedagógica da APPDA - Norte.....	106
Anexo 9 Quadro de categorização dos dados da entrevista ao musicoterapeuta	107
Anexo 10 Características globais da amostra.....	110
Anexo 11 Fotografias alusivas à sala de Musicoterapia da APPDA - Norte	127

ÍNDICE DE SIGLAS

AIVD – Actividades Instrumentais de Vida Diária

APA – American Psychiatric Association

APPDA – Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo

AVD – Actividades de Vida Diária

CAO – Centro de Actividades Ocupacionais

CEACF – Centro de Estudos de Apoio à Criança e Família

DSM-IV – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

GASC – Grupo de Autonomia e Socialização em Contexto

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

LBSE – Lei de Bases do Sistema Educativo

NEE – Necessidades Educativas Especiais

PA – Perturbação Autística

PEA – Perturbações do Espectro do Autismo

PGD – Perturbações Globais do Desenvolvimento

TOC – Técnico Oficial de Contas

WFMT – World Federation for Music Therapy

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Modelo representativo do papel da música no desenvolvimento dos indivíduos (De: Peery, Peery & Draper, 1987, p. 4. Cit. Por Spodek, 2002, p. 464)	8
Figura 2: Teoria do Patamar Comum (adaptado de Cohen & Bolton, 1994)	22

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Princípios Básicos da Musicoterapia (adaptado de Amaral, 1978).....	14
Quadro 2 – Representação da “Triade de Incapacidades” de Lorna Wing.....	24
Quadro 3 – Critérios de Diagnóstico DSM – IV – TR - Perturbação Autística.....	27
Quadro 4 – Critérios de Diagnóstico DSM – IV – TR – Perturbação de Rett.....	28
Quadro 5 – Critérios de Diagnóstico DSM – IV – TR – Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância.....	28
Quadro 6 – Critérios de Diagnóstico DSM – IV – TR – Perturbação de Asperger.....	29
Quadro 7: Distribuição da amostra segundo género, idade e ano de escolaridade.....	38

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Afirmações (1 – 5).....	53
Gráfico 2: Afirmações (6 – 10).....	54
Gráfico 3: Afirmações (11 – 15).....	56
Gráfico 4: Identificação Pessoal – Género.....	59
Gráfico 5: Identificação Pessoal – Idade dos Inquiridos.....	60
Gráfico 6: Identificação Pessoal – Habilitações Literárias.....	61
Gráfico 7: Identificação Pessoal – Profissão.....	62
Gráfico 8: Período de diagnóstico: Síndrome do Autismo.....	63
Gráfico 9: Aspectos que incidem sobre os filhos (as) dos inquiridos.....	64
Gráfico 10: Meios de Apoio para melhorar as capacidades, desenvolvendo o potencial do filho (a) do inquirido (a).....	65
Gráfico 11: Concordância relativamente à definição de Musicoterapia.....	67
Gráfico 12: Carácter terapêutico da Musicoterapia.....	68
Gráfico 13: Melhorias após inclusão na Musicoterapia.....	69
Gráfico 14: A Musicoterapia e os comportamentos estereotipados	70
Gráfico 15: Melhorias significativas.....	71

INTRODUÇÃO

*“Viver... é afinar um instrumento. De dentro para fora.
De fora para dentro. A toda a hora, a todo o momento...”*

(Wisnik, 1989)

Comunicar e interagir é de uma enorme importância, não só no ensino como na vida quotidiana, onde fica bastante transparente que, quando uma criança ou adulto manifesta complicações significativas nestas áreas, é fundamental uma proposta educacional adaptada para ajudar a afirmar que a criança ou adulto façam um maior progresso. *“É consensualmente considerado que os ambientes educacionais regulares oferecem às crianças com perturbações do espectro do autismo¹ (PEA) uma igualdade de oportunidades, e uma melhor preparação para a vida”* (Hewitt, 2006, p.5).

Não há dúvida de que a presença da Música assume já uma importância acrescida, nomeadamente, a Música como opção terapêutica nas crianças com perturbações do espectro do autismo. *“... as canções são poemas que “cantam” a natureza na sua grande diversidade e as pessoas com os seus sentimentos, fantasias e ritos, ora despertando ora excitando (...) uma canção, interpretada em diferentes fases de crescimento do indivíduo faz-lhe despertar diferentes vibrações, quer físicas, quer mentais, quer psicológicas”* (Torres, 1998, p. 14).

Desde cedo que, estas crianças, jovens adultos manifestam um tumulto severo do seu desenvolvimento, concretamente, relacionado com a interação social e propriamente a sua comunicação. Por outro lado, podem apresentar diversas habilidades a outras áreas, nomeadamente a Música. A presença da Música, cada vez mais forte, tem significado para cada sujeito na medida em que se une à experiência vivida, ao passado e ao presente. Daí, podermos afirmar que os significados da Música são arquitectados, reproduzidos nas

¹ Utilizaremos distintamente o termo *perturbação do espectro do autismo* ou a sua abreviatura, *PEA*, para referirmos a patologia que padece a nossa amostra.

relações, e correspondem com o que é vivido. “*Nas últimas décadas, o ensino da linguagem musical tem vindo a ser objecto de reflexão contínua, no sentido de tornar compreensível uma linguagem tão abstracta como é a Música*” (Torres, 1998, p. 19).

A Música, cujo poder sobre a mente é incontestável, é hoje muito usada como técnica de relaxamento por parte de profissionais, contudo, tende a ser muito apreciada pelos indivíduos com perturbações do espectro do autismo, daí afirmar que a Musicoterapia é uma das primeiras técnicas que mais perto consegue ir destes indivíduos. A Musicoterapia permite uma enorme aproximação por parte destes indivíduos, no que se refere, ao ouvir, sentir e tocar. Através deste tipo de actividades, as áreas a trabalhar são inúmeras, desde trabalhar a motricidade, ao executar gestos e até mesmo a dança, desde desenvolver uma acuidade auditiva e também trabalhar questões como o ritmo, a atenção, entre outras.

A importância da Música na formação e na educação foi proclamada e oficializada na Lei de Bases do Sistema Educativo-LBSE, nº46/86, de 14 de Outubro de 1986, abrangendo todos os níveis de ensino, desde o pré-escolar ao ensino superior, passando a integrar áreas disciplinares com competências de “ (...) desenvolver capacidades de expressão e comunicação, (...) desenvolver a imaginação criativa e sensibilizar para a actividade lúdica, (...) assegurando às crianças com NEE (...) condições adequadas ao seu desenvolvimento e pleno aproveitamento das suas capacidades” (LBSE, 1986, art.º s 5º e 7º).

Depois de uma abordagem teórica à temática em estudo, e reflectindo sobre o problema em estudo, estamos em condições de formular o principal objectivo desta investigação:

Demonstrar de que forma a Musicoterapia, como técnica terapeuta, pode contribuir para o desenvolvimento integral e harmonioso, no sentido de uma boa integração social, comportamental, cognitiva e emocional de indivíduos com a Perturbação do Espectro do Autismo.

Esta tese está architectada em dois módulos principais de informação, que designamos, reciprocamente, por *componente teórica e componente empírica*.

O primeiro módulo, módulo conceptual, apresenta-se numa lógica de encadeamento de informação da área, partindo-se da definição do constructo para a sua respectiva avaliação. Assim, iniciamos a tese partindo de conceitos abordados ao longo dos vários capítulos.

No segundo módulo, a componente empírica da tese, apresentamos o método utilizado na realização do estudo, justificando-se a opção metodológica, explicitando e caracterizando a amostra, os instrumentos de recolha e de avaliação utilizados e os procedimentos considerados na concretização da pesquisa.

De seguida, apresentamos a análise e discussão dos resultados obtidos.

Por último, apresentamos as conclusões e sugerimos algumas notas finais, encerrando a nossa tese.

As referências bibliográficas utilizadas no *corpus* do trabalho, estão alistadas por ordem alfabética, assim como os sites consultados, no final do trabalho.

Anexamos os respectivos documentos necessários à implementação da tese (e.g., pedidos de autorização; questionário; guião da entrevista; inquérito; instrumentos de avaliação para diagnóstico; caracterização da equipa educativa; categorização da entrevista; fotografias alusivas à sala de Musicoterapia; etc.)

O contributo da nossa investigação, e analisando as palavras de Bernard (2000) onde afirma que *a investigação é idealizada mas, no fim, é feita como a maior parte das coisas são feitas: fazendo o melhor que se pode e tentando fazer melhor na próxima vez...*

Parte I - Estado Da Arte

CAPÍTULO I – SONS E SILÊNCIOS

1. A MÚSICA

Entender uma só nota; Um só som; Uma só rede de vibrações. Escute esse som com atenção; Esse som és tu; Sendo som...

In Fregtam, Carlos

Ainda que, não seja tarefa fácil definir Música, consensual será afirmar que consiste numa combinação de sons e silêncios, “*combinações inteligíveis de sons em forma organizada e estruturada*” (Rodrigo, 2008, p. 19). De uma forma genérica a Música surge associada ao bem-estar, no entanto, surge associada aos sons que envolvem ritmo, harmonia e melodia. A Música existe desde sempre, acompanha-nos desde a concepção até à morte, possuindo o “*dom da revelação, do transcendente, do mágico, exercendo efeitos terapêuticos*” (Sousa, 2005, p. 121).

Segundo Benenzon (1985), “*...a música deve fazer parte integrante da educação geral do homem (...) conforme a ordem e o impulso da música; porque o ritmo musical e o corporal são o resultado de movimentos sucessivos, ordenados, modificados e estilizados, que formam uma verdadeira identidade*” (p. 258). Este autor relata no seu livro “*Musicoterapia y Educacion*” que “*certa mãe, nos últimos meses de gravidez, sentia angústia, ansiedade, e.g. e só se acalmava quando ouvia a música da ópera Madame Butterfly de Puccini. Quando seu filho nasceu, a única forma de o calar, de seu choro, era a audição da mesma música. A actuação da música sobre o psiquismo parece ser anterior ao nascimento*” (p. 168).

Progressivamente, a prática musical em grupo, constituiu um meio de comunicação entre os diversos indivíduos, visto que, é uma linguagem universal, reflectindo de certa forma os estados de alma de cada ser humano. A Música é considerada como uma prática cultural e humana, crucial na aprendizagem, proporcionando a base primordial para a auto-expressão das emoções. Com efeito, a Música tem um grande impacto tanto na educação de

indivíduos em geral, como na educação de indivíduos com Necessidades Educativas Especiais (NEE).

“Através da música, as crianças aprendem a conhecer-se a si próprias, aos outros e à vida” (Gordon, 2000, p.6).

Ruud (1990), baseado nestes constructos, define que *“...o estímulo musical representa um canal alternativo para a comunicação caso a pessoa não responda aos canais de comunicação normais. A Música/Canto associados ao movimento (rítmico), podem contribuir para a iniciação da fala e podem, também, criar uma estrutura no tempo que facilite a resposta motora”* (p. 69).

Fonseca (1996), corrobora a concepção de Gardner (1994), ao definir a capacidade e/ou habilidade para resolver problemas e criar produtos, válidos e úteis para envolvimento culturais. Gardner (1994), precursor das inteligências múltiplas, concebe a inteligência em função de sete áreas distintas: *Inteligência linguística, Inteligência lógico-matemática, Inteligência espacial, Inteligência musical, Inteligência cinestésica e corporal, Inteligência social e Inteligência intrapessoal.*

A *Inteligência musical*, como capacidade de combinar sons em sequências rítmicas harmoniosas, melódicas e hedónicas, é aquela que mais facilmente se identifica, independentemente do estado físico, mental e emocional da pessoa (Fonseca, 1996, pp.35-38).

Actualmente, relatos de pessoas com Perturbações do Espectro do Autismo (PEA) são reconhecidos através da literatura, não só pelo seu fascínio pela Música, como por serem portadores de aptidões musicais incomuns e talentos acústicos espantosos. Frequentemente designados como *autistic savant*², estas pessoas manifestam as características típicas do autismo, salvo no talento excepcional ou na competência especial para a Música. Harriet, uma criança com autismo, era capaz de tocar “Feliz Aniversário” no estilo de distintos compositores, designadamente Beethoven, Mozart, Schubert e Verdi

² Termo criado por Bernard Rimland, em 1978, no artigo “Psychology Today” para descrever pessoas com autismo com competências especiais ou talentos excepcionais, incluindo a Música.

(Viscott, 1970). Hoje, entre muitos outros *autistic savant*, conhecemos o pianista de Jazz Tony DeBlois: invisual, com atraso mental e autista, mas que toca vinte instrumentos musicais e conhece oito mil canções (The Boston Globe, 2003).

1.1 Estruturas Básicas da Música

“Quer se trate de grande arte, de música folclórica, popular, funcional ou de ambiente, quer ela se sirva do som ou do ruído, o seu ritmo, se for vivo, humano, não mecânica, confere-lhe poderes mágicos, hipnóticos, agindo particularmente sobre todo o funcionamento fisiológico”

(Chapuis, 2001, p.6)

A Música tal como as suas mais diversas funções (cognitiva, emocional, social, espiritual e terapêutica) actuam ao nível do inconsciente e do consciente, através das suas estruturas básicas: o Ritmo, a Melodia e a Harmonia. Sem dúvida que, se trata de uma acção psicossomática, ou seja, cada característica dedica-se a uma acção específica em todo o ser humano, em particular na sua mente

No entanto, o ritmo, apreciado como o *elemento fisiológico da música*, actua especialmente na parte motora do ser humano. Por outro lado, a melodia, considerada como o *elemento psicológico da música*, actua basicamente na parte emotiva do ser humano. Por fim, a harmonia, encarada como um *elemento intelectual*, tem como fundo estimular o raciocínio através da estruturação ou mesmo composição musical.

Segundo Goana (s/d), *“a música favorece as capacidades perceptivas da criança, promovendo o desenvolvimento cognitivo, afectivo e psicomotor”*.

Através do modelo representativo do papel da Música no desenvolvimento do indivíduo (Figura 1) percebemos a sua ampla influência

nos domínios pessoal e social, tão importantes no crescimento e desenvolvimento humano.

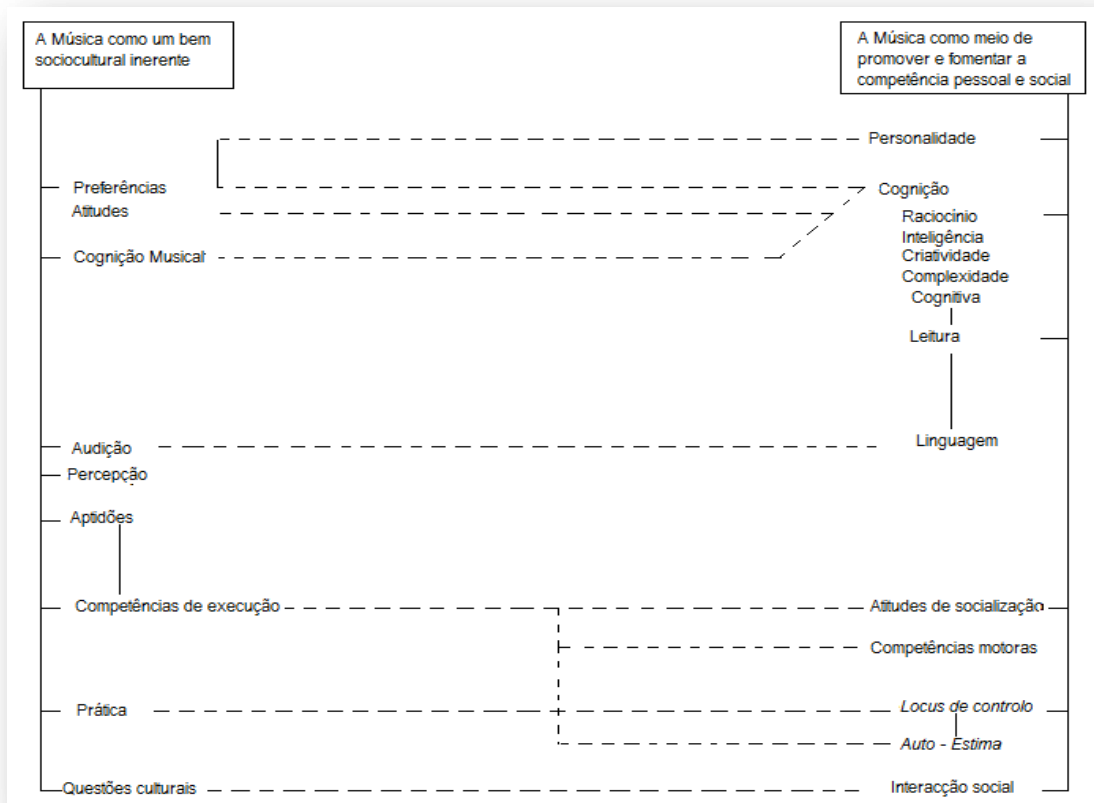


Figura 1: Modelo representativo do papel da música no desenvolvimento dos indivíduos (De: Peery, Peery & Draper, 1987, p. 4. Cit. Por Spodek, 2002, p. 464)

Segundo Spodek (2002), são apontadas duas grandes divisórias do modo de conceptualizar a influência da música nos indivíduos. Primordial, e talvez mais expressivamente, a Música é importante por mérito próprio. Assim, o desenvolvimento de competências musicais pode trazer benefícios que são estendíveis a outras categorias da competência pessoal e social. Estas diferentes abordagens encontram-se ilustradas na Figura 1 onde se patenteia uma panorâmica da situação actual em cada uma das abordagens, as inter – relações entre elas prometem áreas férteis para um sentido mais afundado do papel da música (p.463).

Como reportório de uma cultura e sociedade, é através da Música que o indivíduo tem as primeiras noções de pertença a um grupo, a uma sociedade e a uma cultura. A Arte pela Música surge, entre outras manifestações, como expressão de excelência, de extravagâncias, incertezas e perturbações que individualizam cada indivíduo, com as respectivas peculiaridades e habilidades/capacidades.

2. MUSICOTERAPIA

“No es solo de música lo que se utiliza como parte del proceso de aplicación terapéutico, como también se utiliza el sonido en el aspecto más amplio de la concepción del mismo y el movimiento...el movimiento, la música e el sonido son prácticamente una misma entidad, que se identifican mutuamente hasta convertirse en una misma cosa”

(In: Manual de Musicoterapia, de R. O. Benenzon, 1985, p. 15).

“A Musicoterapia é um tratamento através da música que estimula no paciente uma actividade interior e exterior, psíquica e física, com a finalidade de comunicação e integração social” (Amaral, 1978, p. 165). Consequentemente, várias foram as pesquisas feitas ao longo do tempo, onde é possível constatar que a Musicoterapia é importante desde a concepção, uma vez que, mesmo na fase de vida intra-uterina o feto é estimulado pela música, o que lhe permite mais tarde, obter maior capacidade de desenvolver o seu potencial.

Segundo Bréscia (2003), as *“crianças mentalmente deficientes e autistas geralmente reagem à música, quando tudo o mais falhou. A música é um veículo expressivo geralmente para o alívio da tensão emocional, superando dificuldades de fala e de linguagem. A terapia musical foi usada também para melhorar a coordenação motora (...) também é usada para ensinar controlo de respiração”* (p. 50).

2.1 Definição

Etimologicamente, Musicoterapia significa terapia pela música ou utilização da música como terapia.

“Quanto ao emprego da música na musicoterapia, é preciso deixar bem claro que não é receituário de audições musicais, pois nas sessões o paciente toca. Há, portanto, um papel de incitação, de estimulação, de

activação do paciente, mobilizando e desenvolvendo sua capacidade de comunicação, de expressão e de diálogo através da relação com o musicoterapeuta, que propicia este processo. O musicoterapeuta não desempenha o papel de professor de música, pois seus objectivos são terapêuticos e não pedagógicos, no sentido estrito do termo” (Costa & Vianna, 1982, p. 185).

A Musicoterapia é a utilização da música e dos seus constituintes, ritmo, melodia e harmonia, por um musicoterapeuta acreditado, num procedimento destinado a coadjuvar e desenvolver a comunicação, o relacionamento, a aprendizagem, a mobilização, a expressão, a organização e outros objectivos terapêuticos importantes, a fim de atender às necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas. A Musicoterapia procura desenvolver potenciais funções do indivíduo para assim alcançar uma melhor qualidade de vida, através da prevenção, reabilitação ou tratamento.

“A Musicoterapia é uma modalidade terapêutica que utiliza a música enquanto som e movimento, com o objectivo de abrir canais de comunicação que permitam um melhor relacionamento do paciente consigo mesmo e com o seu ambiente, desenvolvendo seus aspectos, bio-psico-sociais de modo a possibilitar sua (re) integração na sociedade” (Costa, 1995, p. 32).

Para Bruscia (2007), *“a musicoterapia é um processo sistemático de intervenção no qual o terapeuta ajuda o paciente a fomentar saúde, utilizando experiências musicais e as relações que se desenvolvem através delas, como forças dinâmicas de mudança”* (p. 18). Se a Musicoterapia, seguindo esta definição, é um processo, então constará de diferentes etapas, que neste caso são as seguintes: *informação sobre as perturbações a tratar, traçado de objectivos, tratamento, avaliação, seguimento e finalização do tratamento.*

Contudo, a partir do uso que o paciente faz do instrumento musical, o musicoterapeuta, utilizando a auto-expressão, procura criar, desenvolver e ampliar canais de comunicação, reabilitando as necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas.

“O musicoterapeuta é antes de tudo, um pesquisador em repertório musical. Ao dedicar-se ao uso da música em terapia, dificilmente ouvirá uma música sem pensar nela como possível objecto terapêutico. Irá sempre analisá-la do ponto de vista dos materiais, da forma, do contexto histórico e de prováveis associações extramusicais” (Albinati, 2000, p. 3).

Tendo a Musicoterapia origem nos pensamentos mágicos, esta evolui ao longo dos séculos, afastando-se da magia e aproximando-se do espírito científico para que possa ser usada como método de prevenção, cura e redução dos mais diversos problemas de saúde. Desde tempos imemoráveis, que vivemos sobre a influência da Música, dos sons, como por exemplo, os trovões, o canto dos pássaros, os sons dos instrumentos musicais, que tendem a provocar francas alterações no comportamento humano.

A Musicoterapia surgiu como uma necessidade, isto é, a partir da II Guerra Mundial hospitais norte-americanos convocaram alguns músicos para cantar e tocar, pretendendo de imediato que os doentes melhorassem consideravelmente. Daí a necessidade de juntar um músico e um terapeuta numa só pessoa, de forma a compreender o estado de espírito de cada paciente e assim encontrar a melhor solução para o ajudar.

Na tentativa de compreender a função terapêutica, tendo em conta os três elementos da música (ritmo, melodia e harmonia), mencionados no capítulo I, esta tem como propósito ajudar na reabilitação do paciente para que este consiga encontrar um equilíbrio físico e emocional, sendo assim, *“a musicoterapia, pela sua qualidade não-verbal, tem acesso a todos os níveis de funcionamento humano, fisiológico, intelectual e emocional”* (Rodrigo, 2008, p. 25).

Já Aristóteles defendia a Teoria dos *Ethos* da música, ou seja, considerava a música como *provocadora de estados de ânimos*. Para Vicente e Thompson (2008, p. 26), “o factor determinante não era o tipo de música utilizado mas o interesse que as peças musicais despertam nos indivíduos” (as cited in Carvalho, 2011, p. 25). Consequentemente, a Musicoterapia pode ser considerada uma arte e uma ciência paramédica com objectivos terapêuticos.

Assim Aristides Quintiliano designa três grupos de composições já existentes:

- (i) Systaltiké (as composições musicais que produzem um efeito depressivo ou que despertam sentimentos penosos);
- (ii) Diastaltiké (as que elevam o espírito);
- (iii) Hesiskastiké (aquelas que acalmam o espírito).

Segundo Benenzon (1988), a Musicoterapia define-se como “uma técnica de comunicação que utiliza o som, a música e o movimento como objectos intermediários, e que esses elementos pré-verbais e não-verbais permitem retroagir a comunicação a estados muito regressivos, o que nos faculta reelaborar uma aprendizagem do paciente”.

Actualmente existe em todo o mundo mais de sessenta e seis associações de profissionais musicoterapeutas. *World Federation for Music Therapy* agrupa todas as associações espalhadas pelo mundo. A *International Society for Music in Medicine* (Alemanha – EUA) faz questão de agrupar médicos e musicoterapeutas. No entanto, na Europa foi fundada a *European Music Therapy Confederation*, onde, desde 2004 é a única associação europeia reconhecida pela União Europeia para trabalhar sobre o reconhecimento e desenvolvimento dos musicoterapeutas europeus. Em Portugal existe a *Associação Portuguesa de Musicoterapia* fundada em Janeiro de 1996.

2.1.1 Princípios Básicos da Musicoterapia

Tendo em conta o que já foi escrito, como respostas reactivas à música, podemos esquematizar (Quadro 1) os Princípios Básicos da Musicoterapia:

RITMO	<u>Esfera Activa</u> – mexe fisiologicamente com o homem.
MELODIA	<u>Esfera Afectiva</u> – mexe psicologicamente com o homem, sentimentos, paixões, emoções.
HARMONIA	<u>Esfera Intelectiva</u> – mexe com o raciocínio ou parte intelectual do homem.

Quadro 1 – Princípios Básicos da Musicoterapia (adaptado de Amaral, 1978)

Contudo, podemos afirmar que, uma determinada melodia escrita e efectuada em modo Maior (a chamada modulação) parte da esfera intelectual, apregoa a esfera afectiva (melodia) e impulsiona (o ritmo), funcionando assim como estimulante, como um vaso dilatador. Em contrapartida, se esta for executada em modo Menor torna-se calmante, como um vaso constritor, por conseguir provocar uma resposta tranquilizante na esfera afectiva.

“O conceito de objecto intermediário está ligado intimamente ao do princípio de ISOS” (Benenzon, 1998, p. 47).

Foi com estes pressupostos psicológicos que os estudos sobre a Musicoterapia tiveram a sua origem. No entanto, o musicoterapeuta necessita de conhecimentos básicos da psicologia e da psicopatologia humana para poder utilizar nos mais diversos pacientes. O princípio fundamental da musicoterapia é o *Princípio de ISOS*. *“Este princípio estabelece que o tempo mental do paciente deve coincidir com o tempo musical. Sendo assim, ele tem*

por base uma identificação Paciente-Música, que permitirá, ao longo das sessões, a possibilidade da comunicação não-verbal entre o paciente e o terapeuta” (Amaral, 1978, p. 167).

Em grego, o Princípio *ISOS* significa *igual*, sendo eleito por Benenzon para nos dar a ideia de que existem sons ou factos sonoros que nos qualificam e particularizam.

O essencial deste princípio é que o musicoterapeuta tem como dever, eleger a ordem e o conteúdo das sessões, de acordo com o tipo de pacientes, enaltecendo um tipo de música que incite um estado de ânimo o mais parecido possível ao seu. Se a Musicoterapia se baseia nos efeitos que a música pode ter sobre os indivíduos, também é através da música que se procura intervir no estado de ânimo do paciente.

3. O Potencial Reeducativo e Terapêutico da Música num contexto Musicoterapêutico

A Musicoterapia poderá transportar benefícios a todos aqueles a quem se dispõe. Como prodígio estético a actividade musical é uma experiência individual e colectiva que mistura na sua realização corpo, mente e espírito. Deste ponto de vista, valoriza-se o indivíduo que cria, a sua atitude criativa enquanto possibilidade de mudança e vista como um comportamento que provoca transformações.

“Uma atitude criativa representa uma resposta adequada a uma situação nova, ou uma resposta mais adequada e mais construtiva a uma situação antiga, devendo o indivíduo criador ser capaz de modificar seu comportamento em resposta a novas informações, a fim de progredir por si mesmo num estilo único de aprendizagem, estimulando a mudança e proporcionando oportunidades para transferir e aplicar o conhecimento às situações de realidade” (Costa & Vianna, 1982, p. 188).

Cumprе ressaltar o carácter terapêutico da Música que se divide nas seguintes dimensões:

- (i) Físicas (através do relaxamento muscular alivia a ansiedade, a depressão e facilita a participação em actividades físicas);
- (ii) Mentais e Psicológicas (reforça a identidade, o auto-conceito, promove a expressão verbal e favorece a fantasia);
- (iii) Sociais (promove a participação em grupo, o entretenimento e a discussão);
- (iv) Espirituais (facilita a expressão e o conforto espiritual, a expressão de dúvidas, raiva e de medo).

Abordamos o carácter terapêutico da Música no geral, uma vez que circunscreve dimensões físicas, mentais, psicológicas, sociais e espirituais, e a Musicoterapia em específico que compreende as interacções entre o paciente,

a música e o musicoterapeuta. Referimo-nos ao seu papel, estimular o bem-estar de forma activa e adaptada às circunstâncias de cada um e, aos objectivos da Musicoterapia, estimulando o desenvolvimento motor e cognitivo, o pensamento e a reflexão e, as habilidades comunicativas, de interacção e sociabilidade.

A Musicoterapia apresenta como objectivos fundamentais a estimulação:

- (i) Física e Psicológica,
- (ii) Consciência Perceptiva,
- (iii) Expressão Emocional,
- (iv) Capacidade Comunicativa e Cognitiva,
- (v) Comportamento Social e as Capacidades Individuais.

Contrariamente, a música em si mesmo não é terapêutica.

- (i) A Música é usada como um reforço, uma forma de implementar, modificar ou extinguir comportamentos = modelar comportamento.
- (ii) A Música como improvisação criativa para alcançar respostas musicais que desenvolvam potencialidades expressivas e comunicativas que nos são inatas.
- (iii) Pode usar-se apenas um som, apenas um ritmo, escolher uma música conhecida e até mesmo fazer com que o indivíduo crie a sua própria música.

Os que fazem com que a Música ostente o carácter terapêutico são os musicoterapêuticos com a utilização profissional e sistemática das diversas oportunidades e experiências que a Música oferece. O musicoterapeuta conhece profundamente a estrutura do material com que trabalha, adequando-o às características e necessidades patológicas dos pacientes a quem é dirigido o seu trabalho.

CAPÍTULO II – AUTISMO

1. PERTURBAÇÃO DO ESPECTRO DO AUTISMO

“Um muro muito alto, por vezes alto demais, difícil de trepar.

Um muro de palavras e silêncios, de gestos e expressões, de sons e de cheiros, de imagens e de toques, de intenções e de códigos.

Um muro que dá para um mundo incompreensível para eles, mas onde têm de viver e do qual fogem sempre que podem, para o deles, o interior.

Eles são as pessoas com autismo.

Cada um é um mundo.

E nós tentamos lá entrar, ver o que há do outro lado, saber deles e da perturbação que os faz diferentes, dos porquês de nascer assim e dos efeitos que podem ter numa família, da melhor forma de lidar com eles e do que muda com a adolescência, enfim, perceber como deixá-los crescer e viver felizes”.

(Pires, 2003, p. 37)

Segundo Siegel (2008), as Perturbações do Espectro do Autismo constituem uma *Síndrome*, ou seja, designa que os indivíduos afectados não manifestam todos os sinais e sintomas a ela associados. Uma *Síndrome*, no entanto, é algo que pode ter muitas causas diferentes, resultado, porém, num conjunto de sintomas que a distinguem, subordinando-se da causa que dá origem a um dado caso, podendo ter uma maior ou menor sobreposição dos sintomas patentes noutros casos de Autismo em que operaram causas distintas (pp. 27-28).

“ O autismo é uma perturbação do desenvolvimento que afecta muitos aspectos de como a criança compreende o mundo que a rodeia e aprende com as suas experiências. As crianças com autismo não apresentam o desejo natural de contacto social” (Marques, 2000, p.15).

1.1 Etiologia

O termo *Autismo* provém da palavra grega, *Autos* que significa Próprio/Eu, que por sua vez, traduz a orientação ou estado.

“Inicialmente era entendida como causa patogénica do autismo a relação fria e pouco emotiva, que a mãe estabelecia com a criança, sendo que os teóricos psicanalistas compreendiam o autismo como uma falha na diferenciação do self, resultado dessa relação fria e emocionalmente pobre, entre a mãe e a criança” (Marques, 2000, p. 18).

Imensas são as teorias que giram em torno do mesmo, para explicar as Perturbações do Espectro do Autismo (PEA). Por um lado, as teorias comportamentais explicam os sintomas com base em características psicológicas e cognitivas subjacentes. Em contrapartida, as teorias neurológicas e fisiológicas fomentam informação com base em características neurológicas. Acima de tudo, embora estas teorias sejam opostas no caminho, não só funcionam de modo complementar como a explicação etiológica tende a ser cada vez mais pertinente, esclarecedora e operacional.

Segundo Kanner (1943), *“devemos assumir que estas crianças nascem com uma incapacidade inata para proceder da forma biologicamente correcta ao contacto afectivo com os outros, tal como outras crianças nascem com outro tipo de incapacidades físicas ou mentais”* (Marques, 2000, p. 54).

No passado, Kanner e outros investigadores concluíram com as suas observações clínicas que a Síndrome do autismo representava um processo de doença de causa única, muito provavelmente ligada à psicopatologia dos pais. O tratamento de então consistia na implementação de jogos de terapia destinados a permitir ao indivíduo expressar-se livremente sobre os conflitos emocionais ou retirar o indivíduo da família e colocá-lo numa instituição. O indivíduo caía no foro exclusivo da doença mental e era normalmente excluído da escola pública. Mais tarde, Kanner escrevera que *“não podemos esquecer que o gelo emocional que estas crianças recebem por parte dos pais pode funcionar como um elemento altamente patológico para o desenvolvimento”* (Marques, 2000, p. 54). Influenciado pelos argumentos de Kanner, Hobson

sugere uma nova explicação etiológica admitindo “*um déficit primário ao nível das capacidades de relacionamento interpessoal, essencialmente ao nível do relacionamento afectivo*” (Pereira, 2005, p. 31). Assim, Hobson (1989), concebe a existência de um déficit inato, mais intenso que o da mentalização, que inibe o relacionamento dos indivíduos autistas com outras pessoas e estimulam ao envolvimento emocional com as mesmas. De acordo com esta nova abordagem teórica, a incompreensão da comunicação e da expressão face à socialização certifica “*os comportamentos repetitivos e estereotipados, assim como os campos de interesses restritos e obsessivos*” (Marques, 2000, p.82), tão característicos desta síndrome.

Schopler (1987) refere que, contemporaneamente, os médicos de clínica geral podem estar conscientes de um número de mecanismos biológicos que podem estar na origem de subgrupos da Síndrome do Autismo e que os pais das crianças com autismo não são considerados diferentes dos pais das crianças “*sem deficiência*”.

Hoje em dia, parece ser consensual que a PEA consista num distúrbio severo do neuro-desenvolvimento, com reverberações muito específicas ao nível da comunicação, da interacção social, da dificuldade em utilizar a imaginação, em aceitar alterações das rotinas e à exibição de comportamentos estereotipados e restritos. No entanto, apesar de inúmeras enunciações sobre o autismo infantil se debruçarem sobre as anomalias da interacção social, só a partir dos anos 60, a atenção se centra nos défices cognitivos associados a esta perturbação, considerando que, as crianças autistas apresentavam mais do que incapacidade secundária. É neste caminhar, e desenvolvendo inúmeros trabalhos ao redor desta questão que, a explicação etiológica dará cada vez mais e melhor contributo a todos os défices averiguados no autismo.

Com efeito, desde 1943, ano este em que a Síndrome do Autismo foi reconhecida, e como forma de melhorar esta problemática, ao longo dos tempos surgiram algumas teorias que permitiram uma melhor percepção das perturbações do espectro do autismo. Progressivamente, emergiram as seguintes teorias: (i) teoria psicogénica, (ii) teoria biológica, (iii) teoria psicológica, (iv) teoria alternativa e (v) teoria da coerência central.

“O critério de escolha passa pela relevância, quer em termos de implementação no campo científico, quer em termos de resultados teóricos e práticos que vieram promover investigações subsequentes” (Marques, 2000, p.53)

Começando por falar de uma forma breve da teoria psicogénica, esta provém da década de 60 e segundo Kanner (1943), comporta uma componente genética. Nesta época, e segundo Marques (2000), de uma forma previsível, foram surgindo várias linhas de pensamento que apoiaram a teoria de Kanner, por exemplo, para autores como Boatman e Suzek (1960) o autismo era como que a consequência da falta de afecto por parte dos pais, que levava à rejeição parental e consequentemente à falta de estimulação das crianças autistas por parte dos seus pais, do seu seio familiar; por outro lado para Eisenberg (1956) o autismo era visto, como a reacção à relação parental existente. Para Bettelheim (1967), o autismo surgia como a existência de inibições por parte dos pais, o que levava as crianças autistas a restringirem-se ao seu *“pequeno mundo”*, anulando-se, deste modo, o sentimento de partilha, de satisfação, de interacções optimizadoras.

Após o surgimento de todas estas linhas de pensamento, todas elas foram refutadas, perdendo-se desta forma, a sua credibilidade, uma vez que mais tarde, na década de 70, surgiram novos estudos realizados, que colocaram em causa o surgimento do autismo por parte de disposições parentais, devido à inexistência de dados promissores de uma teoria plausível.

Falando da teoria biológica, esta tem como base uma origem neurológica, este facto, está patente no que escreve Marques (2000), onde afirma que *“...o autismo resulta de uma perturbação de determinadas áreas do sistema nervoso central, que afectam a linguagem, o desenvolvimento cognitivo e intelectual e a capacidade de estabelecer relações”* (p. 59). Estes factos são visíveis em estudos genéticos (e.g., genes, cromossomas e autismo), estudos neurológicos, estudos neuroquímicos, estudos imunológicos e factores pré, peri e pós natais no autismo, respectivamente. Resumindo, é unânime considerar a existência de condições médicas que podem predispor o desenvolvimento de uma patologia deste género. Assim, Cohen e Bolton (1994

in Marques, 2000) propuseram um modelo (Figura 2) que contempla várias causas que podem estar subjacentes às áreas cerebrais danificadas e que possivelmente seriam as áreas responsáveis pelo normal desenvolvimento da comunicação, do funcionamento e do jogo.

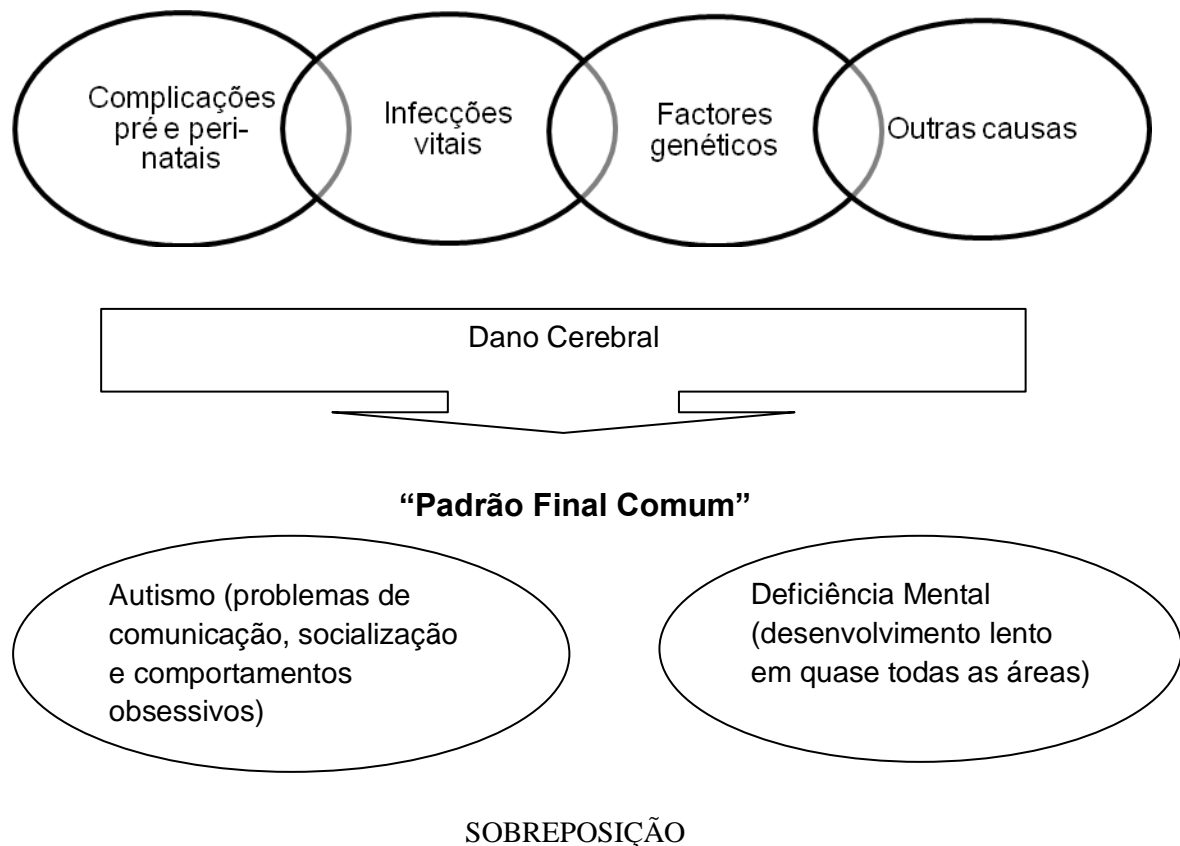


Figura 2: Teoria do Patamar Comum (adaptado de Cohen & Bolton, 1994)

Contudo, a Teoria do Patamar Comum, é apresentada numa tentativa de esclarecer a existência de várias causas (algumas não identificadas).

Investigações mais recentes recaem sobre a hipótese do autismo ter origem neurobiológica, ocorrendo em *“associação com uma grande variedade de distúrbios biológicos - paralisia cerebral, encefalopatia, rubéola pré-natal, meningite ou vários tipos de epilepsia”* (Pereira, 2005, p. 24). Contudo, esta hipótese continua sob investigação dado que ainda não se identificou directamente nenhum factor que validasse a diversidade de perturbações biológicas como a causa da síndrome.

No que concerne à teoria psicológica, esta visa tanto os efeitos comportamentais como o facto de estarem associados a défices cognitivos de diferentes níveis. Com isto, e segundo autores como Uta Frith, Alan Leslie e Simon Cohen é possível afirmar que as crianças portadoras da Síndrome do autismo possuem uma falha em competências sociais, a nível de interações com outras pessoas, o que dificulta uma melhor inclusão na sociedade, uma vez que se verifica uma incapacidade na auto-consciência e em relações inter-pessoais.

Relativamente à teoria alternativa, esta tem como finalidade e de acordo com outras teorias, alertar para a existência de outras formas de manifestação de um défice nos indivíduos com autismo, demonstrando que não passa apenas pela teoria biológica, em que a problemática da síndrome do autismo tem apenas origem neurológica. Esta teoria tenta através do Modelo de Russel, da proposta de Bowler, da função executiva e do modelo de Hobson, circunscrever o maior número de factores explicativos sobre outros tipos de défices, para lá do défice da mentalização.

Fazendo referência à teoria da coerência central, segundo Uta Frith (1993), a problemática do défice de mentalização reside no défice de mecanismos da “*coerência central*”. Com isto, a consequência seria que os indivíduos com autismo não fariam a distinção entre o objecto e o todo de uma forma concordante, coerente.

“ A perturbação da interacção recíproca é notória e visível, podendo também ocorrer uma incapacidade marcante no uso de múltiplos comportamentos não-verbais (e.g., como o contacto pelo olhar, a expressão facial, postura corporal), que regulam a interacção social e a comunicação.” (Marques, 2000, p. 28). Por norma este tipo de indivíduos falham no desenvolvimento de relações sociais com os pares, que seriam adequadas ao seu nível de crescimento, ou seja, pode *“ocorrer uma ausência da busca espontânea, e da partilha de interesses com outras pessoas (e.g., não apontar objectos que lhe interessam) ”* (Marques, 2000, p. 28).

Segundo Lorna Wing (Wing & Gould, 1979), para depreender melhor a forma como o autismo afecta um indivíduo, é importante examinar a “**Tríade de**

Incapacidades” (Quadro 2), que são incapacidades nas áreas da **comunicação**, da **imaginação** e da **socialização**.

Comunicação	Possuem dificuldade em compreender a necessidade do cumprimento ou em tirar partido de uma conversa. Mesmo nas crianças que falam, é frequente que elas falem “para” os outros, mas não “com” os outros. É como se não compreendessem que a linguagem é um instrumento de transmissão de informação social e emocional para os outros. Eles podem ser capazes de falar das suas necessidades, mas têm grandes dificuldades em falar acerca de sentimentos, pensamentos ou entender as emoções, ideias e crenças, das outras pessoas. Habitualmente, usam poucos gestos, mímica ou variações no seu tom de voz para se expressarem, embora alguns dos mais capazes o façam, fazem-no de uma forma desajeitada ou inapropriada. Alguns dos autistas mais capazes e que verbalizam, podem ficar fascinados com certas palavras, mas não as usam para a comunicação recíproca. Repetindo-as por vezes em contextos desadequados, exprimem-se num tom monocórdico sem variações da melodia.
Imaginação	Têm na maioria dos casos, uma incapacidade para brincar com os objectos e brinquedos com as outras crianças ou adultos. Por outro lado, tendem a seleccionar pormenores do brinquedo ou situação, em vez de lhe atribuírem um significado: por exemplo fixam-se na roda de um carrinho, ou num desenho de um livro de histórias.
Socialização	Pode-se caracterizar por uma indiferença aparente aos outros ou isolamento, no entanto, algumas crianças autistas gostam de um certo contacto afectivo, que mantêm com pessoas que conhecem bem, mas regra geral são indiferentes às crianças da sua idade.

Quadro 2 – Representação da “Tríade de Incapacidades” de Lorna Wing

Segundo Jordan (2000), *“é esta tríade o que define o que é comum a todas elas, consistindo em dificuldades em três áreas do desenvolvimento mas nenhuma dessas áreas, isoladamente e por si só, se pode assumir como reveladora de “autismo”. É a tríade, no seu conjunto, que indica se o indivíduo estará, ou não, a seguir um padrão de desenvolvimento anómalo e, no caso de se registar uma deficiência numa das áreas apenas, ela poderá radicar numa causa completamente diferente”* (p.12).

1.2. Evolução do conceito

Com base em investigações de Ozonoff, Rogers e Hendren (2003), *“o autismo tem início antes dos 3 anos de idade, em dois períodos de pico. A maioria das crianças começa a manifestar anomalias do desenvolvimento nos 2 primeiros anos de vida”* (p. 35). Contudo, segundo (Kurita, 1985, citado por Ozonoff & colaboradores, 2003), *“um grupo reduzido de crianças com autismo mostra um período de desenvolvimento normal ou quase normal, seguido por uma perda das capacidades de comunicação e sociais e início do autismo”* (p. 35).

Com os avanços no domínio da neurocirurgia, algumas investigações sugerem que não há um dano físico no sistema nervoso central que desempenha um papel primário no seu aparecimento. Segundo Wing (1988) *“o quadro do autismo pode variar consideravelmente, pelo que propõe a introdução do conceito “Espectro do Autismo”, que concebe a ideia de uma gama variada de manifestações do comportamento do mesmo distúrbio”* (Marques, 2000, p. 31).

Contudo, a designação Espectro do Autismo, refere-se a uma condição clínica de alterações cognitivas, linguísticas e neuro-comportamentais, de forma a qualificar as várias combinações de sintomas, necessárias para compreender a perturbação do espectro do autismo e as divergentes necessidades dos indivíduos. De concordância com (Alferes, citado por Costa, 2010), a definição que mais unanimidade obteve foi aquela que *“considera as Perturbações do Espectro do Autismo como uma perturbação do desenvolvimento, onde as manifestações comportamentais aparecem até aos trinta e seis meses de idade, sendo caracterizado de um modo sumário por: a) dificuldades nas interações sociais recíprocas; b) actividades e interesses restritivos e repetitivos; c) dificuldades na comunicação e no jogo imaginativo”* (p. 48).

No entanto, colmatando o que foi dito anteriormente, à medida que os indivíduos com perturbação do espectro do autismo são diagnosticados mais precocemente e começam a receber tratamentos de última geração, esperar-se-á que as taxas de melhorias alterem significativamente, embora Benenson (1988) considera que *“através da minha longa experiência pessoal de trabalho com as crianças autistas, que o autismo é uma prolongação patológica e deformada do psiquismo fetal”* e que o seu objectivo era *“trabalhar com uma espécie de feto que se defende contra os medos de um mundo externo desconhecido e por outro lado, contra as sensações das deficiências do seu mundo interior”* por isso considerava que, para *“trabalhar com estas crianças há que criar situações ambientais e estímulos que produzam a reminiscência do período gestacional”* (p. 140).

1.3. Tipologias

O quadro clínico conhecido como *“Autismo”* é designado por *“Perturbação Autística”* pela American Psychiatric Association (APA), Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – DSM - IV – TR (2002) e descrito no contexto das chamadas Perturbações Globais do Desenvolvimento (PGD), que tem vindo a ser sucessivamente reformulado à luz dos vários progressos do conhecimento.

Numerosas alterações no campo do diagnóstico do Autismo surgiram com o novo DSM – IV – TR (2002). Mais à frente, nos respectivos quadros reportam-se, nomeadamente, os critérios de diagnóstico para a perturbação Autística (Quadro 3), os critérios de diagnóstico para a perturbação de Rett (Quadro 4), os critérios de diagnóstico para a perturbação Desintegrativa da Segunda Infância (Quadro 5) e por último encontra-se representada a perturbação de Asperger (Quadro 6).

Quadro 3 – Critérios de Diagnóstico DSM – IV – TR - Perturbação Autística

Critérios de Diagnóstico para Perturbação Autística
<p>A. Um total de 6 (ou mais) itens de 1) 2) e 3), com pelo menos 2 de 1), e 1 de 2) e de 3).</p> <p>1) Défice quantitativo na interação social, manifestado pelo menos por 2 das seguintes características:</p> <ul style="list-style-type: none">(a) Acentuado défice no uso de múltiplos comportamentos não verbais, tais como contacto ocular, expressão facial, postura corporal e gestos reguladores da interação social;(b) Incapacidade para desenvolver relações com os companheiros, adequadas ao nível de desenvolvimento;(c) Ausência da tendência espontânea para partilhar com os outros prazeres, interesses ou objectivos (por exemplo, não mostrar, trazer ou indicar objectos de interesses);(d) Falta de reciprocidade social ou emocional. <p>2) Défices qualitativos na comunicação, manifestando pelo menos por uma das seguintes características:</p> <ul style="list-style-type: none">(a) Atraso ou ausência total de desenvolvimento da linguagem oral (não acompanhada de tentativas para compensar através de modos alternativos de comunicação, tais como gestos ou mímicas);(b) Nos sujeitos com um discurso adequado, uma acentuada incapacidade na competência para iniciar ou manter uma conversação com os outros;(c) Uso estereotipado ou repetitivo da linguagem ou linguagem idiossincrática;(d) Ausência de jogo realista espontâneo, variado, ou de jogo social imitativo adequado ao nível de desenvolvimento; <p>3) Padrões de comportamento, interesses e actividades restritas, repetitivos e estereotipados, que se manifestam pelo menos por uma das seguintes características:</p> <ul style="list-style-type: none">(a) Preocupação absorvente por 1 ou mais padrões estereotipados e restritivos de interesses que resultam anormais, quer na intensidade quer no seu objectivo;(b) Adesão, aparentemente inflexível, a rotinas ou rituais específicos, não funcionais;(c) Maneirismos motores estereotipados e repetitivos (por exemplo, sacudir ou rodar as mãos ou dedos ou movimentos complexos de todo o corpo);(d) Preocupação persistente com partes de objectos. <p>B. Atraso ou funcionamento anormal em pelo menos uma das seguintes áreas, com início antes dos 3 anos de idade: 1) interação social, 2) linguagem usada na comunicação social, 3) jogo simbólico ou imaginativo.</p> <p>C. A perturbação não é melhor explicativa pela presença de uma Perturbação de Rett ou Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância.</p>

Quadro 4 – Critérios de Diagnóstico DSM – IV – TR – Perturbação de Rett

Critérios de Diagnóstico para Perturbação de Rett
<p>A. Todas as características seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Desenvolvimento pré-natal e perinatal aparentemente normais;2) Desenvolvimento psicomotor aparentemente normal durante os primeiros 5 meses após o nascimento;3) Perímetro craniano normal ao nascimento. <p>B. Após um período normal de desenvolvimento, aparecimento de todas as características seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Desaceleração do crescimento craniano entre os 5 e os 48 meses;2) Perda das aptidões manuais intencionais, previamente adquiridas, entre os 5 e os 30 meses de idade, com subsequente desenvolvimento de movimentos manuais estereotipados (por exemplo, escrever ou lavar as mãos);3) Perda do envolvimento social no início da perturbação (ainda que muitas vezes a interação social se desenvolva mais tarde);4) Aparecimento de má coordenação da marcha ou dos movimentos do tronco;5) Incapacidade grave no desenvolvimento da linguagem receptiva-expressiva com grave atraso psicomotor.

Quadro 5 – Critérios de Diagnóstico DSM – IV – TR – Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância

Critérios de Diagnóstico para Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância
<p>A. Desenvolvimento aparentemente normal pelo menos durante os 2 primeiros anos após o nascimento, manifestado pela presença de comunicação verbal e não verbal, relação social, jogo e comportamento adaptativo adequados à idade.</p> <p>B. Perda clinicamente significativa de aptidões previamente adquiridas (antes da idade dos 10 anos) pelo menos em 2 das seguintes áreas:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Linguagem expressiva ou receptiva;2) Competências sociais ou comportamento adaptativo;3) Controlo intestinal ou vesical;4) Jogo;5) Competências motoras. <p>C. Anomalias no funcionamento em pelo menos 2 das seguintes áreas:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Défice qualitativo da interação social (por exemplo, défice dos comportamentos não verbais, incapacidade para desenvolver relações com os companheiros,

- ausência de reciprocidade social ou emocional);
 - 2) Incapacidades qualitativas na comunicação (por exemplo, atraso ou perda da linguagem falada, incapacidade para iniciar ou manter uma conversa, uso de linguagem estereotipada ou repetitiva, ausência de jogo simbólico variado);
 - 3) Padrões de comportamento, interesses e actividades restritivas, repetitivos e estereotipados, incluindo estereotipias motoras e maneirismos.
- D. Esta perturbação não é melhor explicada pela presença de outra Perturbação Global do Desenvolvimento ou pela Esquizofrenia.

Quadro 6 – Critérios de Diagnóstico DSM – IV – TR – Perturbação de Asperger

Critérios de Diagnóstico para Perturbação de Asperger
<p>A. Défice qualitativo da interacção social manifestado pelo menos por 2 das seguintes características:</p> <ul style="list-style-type: none">1) Acentuado défice no uso de múltiplos comportamentos não verbais, tais como: contacto olhos nos olhos, 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 (por exemplo, não mostrar, trazer ou indicar objectos de interesse);4) Falta de reciprocidade social ou emocional. <p>B. Padrões de comportamento, interesses e actividades restritas, repetitivos e estereotipados, que se manifestam pelo menos por uma das seguintes características:</p> <ul style="list-style-type: none">1) Preocupação absorvente por um ou mais padrões estereotipados e restritivos de interesses que resultam anormais, quer na intensidade quer no objectivo;2) Adesão, aparentemente inflexível, a rotinas ou rituais específicos, não funcionais;3) Maneirismos motores estereotipados e repetitivos (por exemplo, sacudir ou rodar as mãos ou dedos, ou movimentos complexos de todo o corpo);4) Preocupação persistente com partes de objectivos. <p>C. A perturbação produz um défice clinicamente significativo da actividade social, laboral ou de outras áreas importantes do funcionamento.</p> <p>D. Não há um atraso geral da linguagem clinicamente significativo (por exemplo, uso de palavras simples aos 2 anos de idade, frases comunicativas aos 3 anos de idade).</p> <p>E. Não há atraso clinicamente significativo no desenvolvimento cognitivo ou no</p>

desenvolvimento das aptidões de auto-ajuda próprias da idade, no comportamento adaptativo (distinto da interação social) e na curiosidade acerca do meio ambiental durante a infância.

F. Não preenche os critérios para outra Perturbação Global do Desenvolvimento ou Esquizofrenia.

Segundo o DSM – IV – TR (2002), quanto às Perturbações do Espectro do Autismo ou Perturbações Globais de Desenvolvimento podemos ver que “ (...) *são caracterizadas por um déficit grave e global em diversas áreas do desenvolvimento: competências sociais, competências de comunicação ou pela presença de comportamentos, interesses e actividades estereotipadas*” (p. 69).

Tendo ainda como referência o DSM – IV – TR (2002), podemos afirmar que os défices qualitativos que definem as perturbações vão variando conforme a idade cronológica, dependendo, contudo, do seu nível de desenvolvimento.

CAPÍTULO III – ENQUADRAMENTO DO ESTUDO

1. MOTIVAÇÃO PARA O ESTUDO

Uma longa viagem de mil milhas inicia-se com o movimento de um pé.

Lao-Tsé

A Musicoterapia no tratamento de indivíduos com Perturbações do Espectro do Autismo, tema a que nos indicamos abordar ao longo desta investigação, não é de carácter inédito mas congrega, na nossa concepção, um interesse original. Afirmamos que, são comparativamente poucos, os estudos existentes no que se refere às potencialidades da Música, à terapia pela Música ou até mesmo o uso da Música como terapia, surgindo, assim, a necessidade de aceder a uma melhor percepção. Curiosamente, após investigações levadas a cabo pelas diferentes áreas científicas, sobrevivera o interesse, constituindo um tema de exploração, tanto a nível das conceptualizações teóricas, das técnicas e métodos de investigação, como a nível das aplicações práticas.

“O ponto de partida fundamental de um procedimento... etnometodológico é encarar qualquer acontecimento como resultado dos esforços produtivos dos participantes in loco. Isto acontece não só em relação aos factos reais da interacção, por exemplo, o desenrolar das sequências de perguntas e respostas, mas também no entendimento dos chamados macro-factos, como o contexto institucional de uma conversa”
(Wolff *et al*, 1988, p. 10).

É notável o empenho da comunidade científica em descobrir o “*mundo*” das pessoas a quem lhes é diagnosticado o termo Perturbação do Espectro do Autismo, podendo dizer-se que é a consequência mais directa dos avanços científicos sobre essa patologia. De um modo geral, a sociedade avalia as pessoas pelo seu aspecto e pela forma como se comportam e falam (Attwood, 2010). Especificamente, as pessoas com Perturbação do Espectro do Autismo não aparentam características físicas que as distingam das demais, são

sobretudo pessoas que, pela forma invulgar como se comportam em sociedade e efetivamente pela sua dificuldade de comunicação se diferenciam das demais (p. 39).

A nossa investigação procura reformar essa experiência, usando para isso métodos que nela se baseiam directamente ou que dela se aproximam. Pretende-se conhecer a realidade tal como ela é vista pelos actores que nela intervêm directamente. Nesta perspectiva, Bogdan e Biklen (1982) consideram que formas múltiplas de interpretar as experiências estão ao nosso alcance através da nossa interacção com os outros. Sustentam com ênfase na preocupação que os investigadores precisam de ter em compreender o pensamento subjectivo dos participantes nos seus estudos. Assim, Eisenhart (1988) afirma que:

“O investigador deve estar envolvido na actividade como um insider e ser capaz de reflectir sobre ela como um outsider. Conduzir a investigação é um acto de interpretação em dois níveis: as experiências dos participantes devem ser explicadas e interpretadas em termos das regras da sua cultura e relações sociais, e as experiências do investigador devem ser explicadas e interpretadas em termos do mesmo tipo de regras da comunidade intelectual em que ele ou ela trabalha” (pp. 103-104).

Este projecto surge, assim, atractivo e ambicioso, aspirando aceder à melhor compreensão da existência de amplas diferenças nos efeitos da Musicoterapia, entre sujeitos de vários grupos etários, indo ao encontro das investigações existentes, em específico da investigação levada a cabo por Faria (2008), onde o estudo se centrou num grupo de 10 alunos com Perturbações do Espectro do Autismo, com idades compreendidas entre os 7 e 12 anos.

No presente trabalho, que culminará na nossa Tese de Mestrado é, pois, nossa intenção organizar e aprofundar os conhecimentos disponíveis através dos resultados de investigações anteriores. O nosso propósito é de, à semelhança dos estudos feitos anteriormente (Faria, 2008; Silva, 2009; Coutinho, 2011; Carvalho, 2011) verificar em que aspectos do funcionamento global dos indivíduos com Perturbações do Espectro do Autismo o

comportamento é modificável, sendo a nossa amostra de participantes adultos, contrariamente aos estudos anteriormente citados.

Como profissionais de ensino, facilmente nos apercebemos da diversidade daquilo a que conceituamos e daquilo a que realmente advém, nesta área. É de facto importante, que tenhamos um conhecimento específico e técnico para poder de alguma forma nos sentirmos aptos para desempenhar futuramente essa função.

1.2 Objectivos da Investigação

Conscientes de que, o fundamental da nossa investigação é conseguir intervir na Tríade de Incapacidades de Lorna Wing (1979) para melhor compreender a forma como o autismo afecta um indivíduo nas áreas da comunicação, da imaginação e da socialização, assumimos a nossa investigação como particularista, deliberando sobre casos específicos, procurando descobrir o que há neles de mais essencial e característico, contribuindo para uma compreensão global do fenómeno de interesse. Assim, enunciamos os objectivos referidos, organizando-os do seguinte modo:

- Organizar e rever a literatura existente referente ao tema Perturbações do Espectro do Autismo e Musicoterapia;
- Verificar em que aspecto do funcionamento global dos indivíduos com Perturbação do Espectro do Autismo o comportamento é modificável através das sessões de Musicoterapia.

Explicitando-se mais detalhadamente:

Objectivo Geral

- (i) Demonstrar de que forma a Musicoterapia, como técnica terapeuta, pode contribuir para o desenvolvimento integral e harmonioso, no sentido de uma boa integração social, comportamental, cognitiva e emocional de indivíduos com a Perturbação do Espectro do Autismo.

Objectivos Específicos

- (i) Compreender os efeitos da Musicoterapia no tratamento de adultos com Perturbações do Espectro do Autismo;
- (ii) Facilitar e promover a comunicação, o relacionamento, a aprendizagem, a mobilização, a expressão e a organização dos processos psíquicos de um ou mais indivíduos para que sejam capazes de desenvolver todo o seu potencial;
- (iii) Analisar mudanças significativas sobre o impacto da Musicoterapia na relação do sujeito com ele próprio e para com os outros;
- (iv) Identificar a função terapêutica nas dimensões psicofisiológicas e emocionais.

Parte II - Estudo Empírico

CAPÍTULO IV – METODOLOGIA DO TRABALHO

1. MÉTODO

“Não inventes o que podes descobrir.”

Howard Becker (1996, p. 59)

Numa investigação, mesmo antes da escolha de um método adequado, é imperativo o exame à concordância entre a problemática do estudo e os objectivos visados. Tratando-se de um trabalho, não propriamente inovador, mas que aspira ultrapassar terapias tradicionais, necessariamente enferma de dificuldades emergentes de alguma susceptibilidade e fragilidade interferente.

Consensualmente sabe-se que, *“descobrir – intelectualmente, fisicamente e emocionalmente – é extremamente difícil quando se trata das crianças. A distância física, social, cognitiva e política entre adulto e a criança tornam essa relação muito diferente das relações entre adultos. Na investigação com crianças nunca nos tornamos crianças, mantemo-nos sempre como um “outro” bem definido e prontamente identificável”* (Graue & Walsh, 2003, p. 10).

Quando a investigação se incrementa no âmbito das Ciências da Educação esta é, particularmente, dirigida para comportamentos e acções sociais, na qual a investigação qualitativa se revela como a mais adequada. Assim, ponderamos para este estudo, uma metodologia de investigação de natureza qualitativa, uma vez que se busca, quer a globalidade e a compreensão dos fenómenos, quer um enfoque de análise de cariz indutivo, holístico e ideográfico. Desta forma, a metodologia qualitativa permite-nos estudar a realidade sem a fragmentar e sem a descontextualizar, partindo-se dos próprios dados (Almeida & Freire, 2010).

1.1 Amostra

“A civilização é um processo de homogeneidade indefinida e incoerente rumo a uma heterogeneidade definida e coerente.”

Herbert Spencer

As conjunturas sociais das pessoas, entre elas, o contexto social e o sexo, são variáveis de heterogeneidade indispensáveis, assim, não podem, prefigurar-se como uma redundância ou uma leveza analítica, mas como uma necessidade incontornável em qualquer investigação. Desta forma, sendo o contexto do estudo restrito à APPDA - Norte (Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo), os factores de heterogeneidade estão assegurados neste contexto.

Contudo, é óbvio que a qualidade e validade dos resultados de um estudo subordinam-se, em grande parte, da representatividade da amostra. *“As amostras a tomar devem, então, possuir certas características como forma de se constituírem em boas representações das populações de onde foram retiradas”* (Almeida & Freire, 2010). Em qualquer ciência, o recurso da pesquisa a amostras de situações ou de indivíduos é prática habitual, segundo (Miranda, 1983, citado Almeida & Freire, 2010) *“ é economicamente inviável, estaticamente desnecessária e humanamente impossível considerar na investigação todos os indivíduos”* (p. 113).

Conforme McCall (1984), *“ a observação é sempre selectiva e propositiva (...) o investigador tem de decidir não só o que deve ser estudado, mas também quando e onde a observação deve ter lugar. É preciso tomar decisões acerca do que o observador deve ver e registar durante a observação e acerca do que pode com segurança ignorar”* (p. 270).

Ao longo deste capítulo descrevemos a amostra de indivíduos tomados no nosso estudo, assim como as técnicas e os instrumentos de recolha de dados usados e os procedimentos considerados quer no momento da recolha dos dados, quer no seu tratamento.

1.1.1 Descrição Global da Amostra

“Para mim, o mundo que me rodeia é um desconcertante e incompreensível labirinto que me aterroriza. É um emaranhado de imagens e sons, barulhos e movimentos vindos do nada, caminhando para o nada.”

Ros Blackburn (jovem autista com 37 anos)

A amostra do nosso estudo é composta por 13 adultos com Perturbação do Espectro do Autismo (Anexo 10) com diferentes níveis etários, de ambos os sexos, sendo 23,1 % (N = 3) do sexo feminino e 76,9 % (N = 10) do sexo masculino. No Quadro 7 descrevemos a nossa amostra.

	<i>Género</i>	<i>Idade</i>	<i>Ano de Escolaridade</i>
A	<i>Masculino</i>	31	-
B	<i>Feminino</i>	21	-
C	<i>Masculino</i>	28	-
D	<i>Masculino</i>	42	-
E	<i>Masculino</i>	37	-
F	<i>Masculino</i>	40	Frequentou alguns serviços de escola extra oficiais.
G	<i>Feminino</i>	39	-
H	<i>Masculino</i>	42	-
I	<i>Masculino</i>	29	Frequentou o ensino regular até ao fim da 1ª classe, sendo posteriormente encaminhado para um Centro Médico-Pedagógico em França.
J	<i>Masculino</i>	42	-
K	<i>Masculino</i>	38	-
L	<i>Feminino</i>	29	Frequentou o Infantário da Faculdade de Medicina do Porto e o Colégio do Sardão, sendo mais tarde encaminhada para o apoio psicopedagógico (Aprender).
M	<i>Masculino</i>	32	Frequentou o sócio educativo na APPACDM.

Quadro 7: Distribuição da amostra segundo género, idade e ano de escolaridade

Fonte: Planos de Desenvolvimento Individual³

³ Fonte: Planos de Desenvolvimento Individual (PDI)
Último acesso em 10/11/2011

Todos estes adultos com Perturbação do Espectro do Autismo frequentam a APPDA – Norte (Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo), uma IPSS (Instituição Particular de Solidariedade Social) da cidade de Vila Nova de Gaia, localidade onde todos os adultos residem.

A preferência dada a estas idades baseou-se da necessidade de, ser fundamental “*ver o mundo através dos sons*” destes adultos, usando a terapia da Musicoterapia, além de, em geral, apesar da importância da comunicação, da imaginação e da socialização no desenvolvimento das pessoas com Perturbações do Espectro do Autismo e de, investigações anteriores se evidenciar uma influência positiva no tratamento musicoterapêutico, todos eles manifestam-se bastante inconclusivos. Para além disso, em face dos objectivos do nosso estudo, tornava-se necessário avaliar adultos.

1.2 Caracterização da Instituição

Todo o ser humano tem o direito a usar o sistema regular de ensino, mas existem casos específicos que justificam outro tipo de atendimento. Nestas condições encontram-se os jovens/adultos com Perturbações do Espectro do Autismo que frequentam a APPDA - Norte. Factualmente, não se podiam integrar no sistema, ora pelos graves problemas de comportamento que exteriorizam, ora pelo desfasamento do programa escolar relativamente às necessidades e incapacidades que manifestam.

A APPDA – Norte – Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo, é uma IPSS (Instituição Particular de Solidariedade Social) que está a funcionar há 27 anos. Tem por missão promover a qualidade de vida das pessoas com PEA, de todos os grupos etários e suas famílias. Apresenta como visão uma estratégia de crescimento, orientada para a criação de serviços e equipamentos especializados no apoio e acompanhamento de pessoas com PEA. Contudo, alcançar e manter uma imagem de competência e credibilidade e por último, assumir-se como uma

instituição de referência a nível nacional e internacional, visto que, em julho de 2011 foi atribuída a Certificação da Qualidade – Equassee Assurance pelo Comité Europeu de Atribuição do European Quality in Social Services.

Actualmente, a APPDA – Norte oferece os seguintes serviços:

- (i) Centro de Estudos de Apoio à Criança e Família (CEACF) para crianças até aos 6 anos.
- (ii) Grupo de Autonomia e Socialização em Contexto (GASC) para crianças e jovens dos 6 aos 16 anos.
- (iii) Centro de Actividades Ocupacionais (CAO) para maiores de 16 anos.
- (iv) Lar Residência para maiores de 16 anos.

O **Centro de Estudos de Apoio à Criança e Família (CEACF)** é a resposta social da APPDA – Norte que apoia crianças com Perturbações do Espectro do Autismo dos 0 aos 6 anos de idade e respectiva família. É constituído por uma equipa multidisciplinar de técnicos especializados que diagnosticam, avaliam o perfil desenvolvimental, planeiam o plano de intervenção de acordo com as características e necessidades de cada criança, e conduzem o processo de intervenção em articulação estreita com os seus contextos significativos (e. g., casa, infantário, escola).

A intervenção tem como objectivos gerais dar resposta às necessidades identificadas pela família e promover a harmonização do perfil desenvolvimental da criança, a aprendizagem de competências funcionais e facilitar a sua inclusão na sociedade, pela integração e adaptação a diferentes contextos. A família é entendida numa dupla perspectiva: como co-terapeuta, pelo seu papel central e mediador de todo o projecto terapêutico; e como estrutura afectiva que se confronta com a exigência e, muitas vezes, as dificuldades de ajudar a crescer, desenvolver e cuidar de uma criança com necessidades especiais.

A intervenção do CEACF a nível mais directo passa pela consulta de diagnóstico e a avaliação multidisciplinar. Para tal, requer uma intervenção

especializada, desde psicologia, as sessões de estimulação global do desenvolvimento (floortime), a psicoterapia (a clientes e familiares), grupo de encontro de pais, terapia da fala e terapia ocupacional.

O **Grupo de Autonomia e Socialização em Contexto (GASC)** é um projecto especialmente vocacionado para o desenvolvimento de competências sociais de crianças e jovens com Perturbações do Espectro do Autismo, onde a sua intervenção foca-se essencialmente na promoção da socialização e da autonomia.

O projecto GASC tem por base a intervenção terapêutica em grupo e em contexto real, cujo principal objectivo é proporcionar às crianças e jovens o desenvolvimento de competências funcionais que promovam uma maior autonomia no desempenho das actividades de vida diária e sociais. Este projecto nasce em 2005, a partir da valência CEACF, e surge da necessidade de proporcionar uma resposta adequada a crianças e jovens entre os 6 e os 16 anos com PEA, evitando uma descontinuidade no apoio prestado pelas valências da APPDA – Norte, pelo CEACF e o CAO (Centro de Actividades Ocupacionais: a partir dos 16 anos). O GASC acompanha grupos de crianças entre os 6 e os 18 anos, com PEA, organizados segundo critérios de funcionalidade e/ou idade cronológica. Para cada grupo é definido um plano mensal de actividades elaborado de acordo com os objectivos específicos de cada criança e de cada grupo. Durante as actividades os grupos são sempre acompanhados por uma equipa multidisciplinar (Psicologia, Terapia da Fala, Terapia Ocupacional e Educação Física e Desporto) que procura articular conhecimentos e estratégias com vista a potencializar o desenvolvimento e a generalização de competências em contexto real.

Para tal, incidem no treino de competências na comunidade, promovendo a utilização de diferentes serviços e equipamentos públicos (e.g., o supermercado, o centro comercial, o café, os correios, os parques e jardins infantis); impulsionam também a utilização de transportes públicos e as regras de segurança rodoviária para peões. A nível de autonomia nas actividades de vida diária, incentivam na higiene pessoal, no vestir/despir, na alimentação, nas

tarefas domésticas, na equitação terapêutica, nas actividades no meio aquático (piscina) e a participação nas oficinas temáticas da Fundação de Serralves.

O **Centro de Actividade Ocupacionais (CAO)** tem como base um trabalho terapêutico pedagógico com grande aposta na relação e socialização de pessoas com PEA. Actualmente, pode albergar 24 utentes com idades compreendidas entre 14 e os 38 anos, distribuídos por quatro grupos, sendo três grupos com características semelhantes e um quarto grupo o mais diferenciado (grupo D).

Apresentam como objectivos proporcionar o bem-estar físico e emocional, aumentando a autonomia pessoal e a socialização.

Relativamente às áreas de actividades, usufruem da piscina, da música, da pintura, da iniciação à equitação, vão à praia, fazem caminhadas todo o terreno, utilizam a cozinha (de forma pedagógica), promovem actividades de vida diária, fazem tecelagem, trabalhos manuais, incentivam nos cuidados de higiene, frequentam terapia ocupacional, vela adaptada, entre outros.

No entanto, o Grupo D foi criado em 2004 com o objectivo de proporcionar um apoio específico a utentes com as competências distintas das do resto da população do CAO. Todavia, o apoio prestado reveste-se de um carácter global, pois não obstante o facto de privilegiar a aquisição e a manutenção de competências académicas, assegura também outras vertentes tais como: o desenvolvimento de competências funcionais e a promoção do bem-estar físico e emocional.

Sendo assim, as actividades que desenvolvem têm um carácter transversal e, abrangendo sempre várias dimensões, vão desde a utilização de transportes públicos a visitas regulares a bibliotecas e museus, da navegação na internet até à edição integral de um boletim mensal de cariz informativo e lúdico.

O serviço **Lar Residência** (composto por quatro residências independentes) começou a funcionar em março de 2002. Surgiu com o objectivo de dar resposta a dois propósitos: apoiar pessoas com Perturbações do Espectro do Autismo, com mais de 16 anos e com dificuldades de natureza

socioeconómicas, de habitação, ruptura familiar ou inexistência de retaguarda familiar; apoiar as famílias de pessoas com Perturbações de Espectro do Autismo, sempre que necessário. Cada residência tem capacidade para prestar apoio a cinco utentes, podendo estes ser fixos ou temporários e rotativos. O período de funcionamento é: dias úteis, das 17h às 9h; fins-de-semana e feriados, 24h.

Pretende-se que o Lar Residência seja um local de descanso e distração mas, ao mesmo tempo, que trabalhe todas as áreas de autonomia pessoal e a ocupação, com o sentido de proporcionar aos utentes um objectivo de vida estruturante, de forma a tornarem-se mais autónomos e independentes. A qualidade de vida é um objectivo primordial.⁴

1.3 Caracterização da Equipa Educativa

A APPDA – Norte actualmente contém 53 colaboradores repartidos por três valências e um projecto, apoiando 75 pessoas com Autismo, nas faixas etárias dos 18 meses aos 44 anos. Tem a funcionar consulta de diagnóstico aberto à comunidade (cerca de 650 processos). Ver (Anexo 8).

Tem um acordo com o Centro Distrital de Segurança Social do Distrito do Porto, que os apoia em 62% dos custos, ficando o restante a cargo da Associação.

⁴ Fonte: <http://www.appda-norte.org.pt/>
Último acesso em 10/12/2011

2. Técnicas e Instrumentos de Recolha de Dados

A diversidade de técnicas interpretativas, características dos métodos qualitativos, permite a descodificação de fenómenos sociais que emergem naturalmente. Estas técnicas realçam mais o significado dos fenómenos e/ou processo, do que a frequência ou resultados (Guerra, 2006; Bogdan & Biklen, 1994).

Os instrumentos utilizados nesta investigação, para colheita dos dados, por entendermos de grande inteligibilidade, fiabilidade e validade, são a entrevista, os questionários e os inquéritos. O recurso a estes instrumentos de recolha de informação possibilita ao investigador qualitativo um contacto directo e aprofundado com os participantes, *“nos seus contextos ecológicos “* (Bogdan & Biklen, 1994,p.16). O instrumento de recolha de dados é *“o utensílio utilizado pelo investigador para recolher a informação válida e pertinente à realização do trabalho de pesquisa”* (Gil, 1989, p. 91).

Tendo em conta o tipo de estudo pretendido, iniciar-se-á com a realização de uma entrevista exploratória (Anexo 3), aplicada ao musicoterapeuta, que, *“têm, portanto, como função principal revelar determinados aspectos do fenómeno estudado em que o investigador não teria espontaneamente pensado por si mesmo e, assim, completar as pistas de trabalho sugeridas pelas suas leituras”* (Quivy & Campenhoudt, 2005, p. 69). Esta entrevista exploratória tem como objectivo completar as ideias necessárias para a realização de um questionário, dado ser este *“um instrumento de medida que traduz os objectos de um estudo com variáveis mensuráveis, ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa”* (Fortin, 1999, p. 245).

Os questionários (Anexo 5) serão aplicados a todos os profissionais com especialização na área, nomeadamente, os técnicos, o musicoterapeuta, entre outros, a fim de obter respostas suscetíveis de serem manejadas mediante uma análise quantitativa (Almeida & Freire, 2010). Contudo, pretendemos

testar e verificar posteriormente e convenientemente a eficácia dos questionários “*como uma forma de assegurar que os inquiridos entendam as perguntas que são feitas e as opções de resposta previstas recobrem adequadamente o que eles pensam*” (Foddy, 1999, p. 10). Tentando manter coerência em todo o trabalho, iremos abarcar nos inquéritos (Anexo 4), que serão aplicados aos encarregados de educação, a problemática principal da nossa tese.

3. Procedimentos

A aplicação dos instrumentos foi precedida de um pedido de autorização aos órgãos directivos e um pedido de consentimento aos pais dos adultos da APPDA – Norte, instituição particular de solidariedade social de Vila Nova de Gaia. Uma vez obtido a autorização por parte da instituição (Anexo 1), o segundo passo constou de um pedido formal aos pais dos adultos. Para tal, enviamos um pedido de consentimento elaborado por nós, onde se explicava a natureza e interesse do estudo (Anexo 2), no qual após o preenchimento e no caso de aceitarem a colaboração, teriam de o devolver.

Deferido o pedido, e uma vez cumpridos estes requisitos prévios, a recolha de dados qualitativos para este estudo empírico aconteceu, em contexto físico da instituição, numa sala bem familiarizada dos indivíduos, a sala de musicoterapia, espaço de grande empatia e de conforto. Este espaço utilizado, respeitava as condições físicas necessárias à não interferência de elementos perturbadores. Desde o primeiro contacto, procuramos investir, num envolvimento pessoal favorável, que veio a traduzir-se num ambiente de trabalho descontraído e informal pelos indivíduos com PEA. Foram aplicados os questionários aos técnicos, atendendo à aceitação possível por parte destes.

Uma vez obtido o consentimento por parte dos pais e aproveitando as suas disponibilidades, foram-lhes entregues os inquéritos, no qual, também estes, da forma possível, foram respondendo.

O estudo científico pode debruçar-se, essencialmente, num estudo qualitativo e quantitativo. Relativamente ao primeiro referido, a “*abordagem da*

investigação qualitativa exige que o mundo seja examinado com a ideia de que nada é trivial, que tudo tem potencial para constituir uma pista que nos permita estabelecer uma compreensão mais esclarecedora do nosso objecto de estudo” (Biklen & Bogdan, 1994, p. 49).

Contudo, segundo Richardson (1985), a abordagem quantitativa privilegia o recurso a instrumentos que visam a descrição quantitativa de um fenómeno. É ainda caracterizada pela quantificação na recolha e no tratamento da informação, utilizando basicamente técnicas estatísticas, desde a estatística descritiva mais simples como média e desvio padrão até às mais complexas, como análise de regressão.

“A observação sistemática e disciplinada é uma competência que pode ser aprendida. Os bons observadores vêem coisas que os outros não vêem. Retomando a definição de Norman Maclean – “Pensar mais não é do que ver algo visível que nos faz ver algo em que não tínhamos reparado que nos faz ver algo que não é sequer visível” – toda a observação começa com o que é visível, aquilo que o observador comum vê, e depois passa para aquilo em que não tínhamos reparado, aquilo que o observador comum não vê” (Graue & Walsh, 2003, p. 129).

Observar sociologicamente tem como base teórico metodológica, estudar fenómenos sociais, analisando as pessoas nas suas relações de interdependência, tentando, de alguma forma, explicá-los. Assim, a aplicação dos instrumentos respeitou a planificação relativa à ordem dos testes a realizar, a qual decidimos em função da sua natureza e exigências.

Dado o carácter ecológico e diligente desta visão e de forma a garantirmos a segurança e realidade nos procedimentos de explicação, optamos por manter o mesmo princípio avaliador, de modo a que pudesse diminuir a ocorrência de interferências.

CAPÍTULO V - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

*“Se descreves o mundo tal qual é, não haverá em
tuas palavras senão muitas mentiras e nenhuma verdade.”*

Tólstoi

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos. Em função da qualidade e quantidade de variáveis incluídas nesta investigação, e por razões de compreensibilidade, optamos por um formato de apresentação e de comentários dos resultados, em separado, por nos parecer que assim facilitaríamos a sua leitura e compreensão.

Partindo da interpretação das análises de conteúdo da entrevista, dos inquéritos e questionários elaborados, procederemos à discussão alargando-a ao quadro de outras investigações e síntese da literatura relacionada. Fundamentados nas questões, que desde início presidem à materialização do nosso estudo, organizamos e discutimos seguidamente a informação recolhida.

Assente nas palavras de Nelson e Thomas (2002), *“indubitavelmente a fonte mais comum de dados em estudos qualitativos”* (p.325), partindo ao encontro das actuais ideias de Sousa e Baptista (2011) a entrevista é um acto de diálogo, subjacente a uma relação pessoal, e guiada para um determinado objectivo, *“cujo método de recolha consiste em conversas orais, individuais e de grupos com várias pessoas cuidadosamente seleccionadas”* (p. 79).

Segundo Sousa e Baptista (2011), *“o guião de entrevista é um instrumento para a recolha de informações na forma de texto que serve de base à realização de uma entrevista”* (p. 83). Assim, de modo a tornar a entrevista mais agradável para ambas as partes, consideramos importante elaborar um guião (Anexo 3), de forma a transformar os objectivos do estudo em temas ou questões.

A entrevista decorreu envolta de um ambiente harmonioso, confortante, para estimular a livre expressão do entrevistado e permitir produzir a mesma numa curta duração, variando entre 20 a 40 minutos, evitando incómodo para ambas as partes.

Posteriormente, procedeu-se a um registo escrito da entrevista, que foi dactilografada, respeitando fidedignamente e integralmente o proferido pelo entrevistado (Anexo 6).

Conforme afirmaram Sousa e Baptista (2011), analisar e interpretar “*em termos de investigação, corresponde à etapa onde se registam, analisam e interpretam os dados*” tendo em conta que “*é um processo de decomposição de um todo nos seus elementos, procedendo posteriormente à sua examinação, de uma forma sistemática, parte por parte*” (p. 106).

Para Bardin (2004), “*a categorização é o processo através do qual podemos classificar os elementos constituintes de um conjunto por diferenciação e, posteriormente, por reagrupamento, segundo critérios pré-definidos*” (p.112).

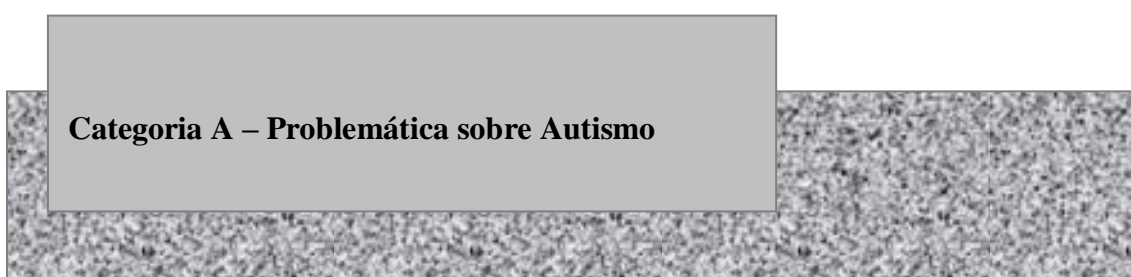
Segue-se a fase da categorização, cujos requisitos são: homogeneidade, pertinência, objectividade e fidelidade, e a última fase, a do tratamento e interpretação, possibilitando que os resultados obtidos se organizem em análises reflexivas, em observações individuais e gerais da entrevista.

Desta feita, consideramos um conjunto de informações relevantes à nossa investigação e efectivamos a junção dos dados recolhidos, designadamente a nível social, emocional e comportamental, cujos resultados sejam claros e credíveis. Assim, tendo em conta a inclusão da musicoterapia no tratamento de indivíduos com perturbação do espectro do autismo, categorizou-se segundo a “Tríade de Incapacidade” em três distintas áreas: comunicação, socialização e imaginação, para uma melhor compreensão.

1. Entrevista aplicada ao Musicoterapeuta

Admitindo como base de sustentação as informações recolhidas através da entrevista ao musicoterapeuta, é-nos possível categorizar a relação existente entre a amostra, indivíduos com perturbação do espectro do autismo e a musicoterapia.

Tal como mencionamos anteriormente, na nossa investigação, a criação do sistema de categorias resulta no seguinte sistema categorial (Anexo 9).



Subcategoria A1 – Nível Social

Musicoterapeuta – *“Prefiro ver o Autismo como uma Perturbação que afecta capacidades de um indivíduo a nível do neuro-desenvolvimento do mesmo e que dificulta a leitura de todo o meio envolvente com todos os seus aspectos sociais, de interacção, a leitura que se faz dos estímulos e normas que gerem o meio ambiente e principalmente o valor da comunicação (...) conjunto de sons verbais, a que se chama comunicação, que não é de fácil entendimento”.*

– *“Pode servir de canal para estabelecer relações e com isto servir de comunicação. Assim, se estamos perante um indivíduo que se vê limitado na interacção social e na comunicação, a música pode servir para atenuar e permitir que se possam desenvolver capacidades”.*

– *“A presença do técnico e a forma como estabelecer relações com a criança com autismo pode vir a ser um meio de obtenção de confiança e segurança, ao qual a criança vai começar a gostar e a procurar”.*

Subcategoria A2 – Nível Emocional

Musicoterapeuta – *“A música é um conjunto de sons, que através dos factores ritmo/melodia/harmonia se torna agradável ao ouvido (...) independentemente de rótulos”.*

– *“Ouvir só por ouvir, para quem gosta de música, já por si só produz bem-estar”.*

Subcategoria A3 – Nível Comportamental

Musicoterapeuta – *“Assim como eu disse, o comportamento é expandido e passa a todo o universo de interesses (...) também nos progressos o leque de imediato em várias áreas são maiores e mais generalizados. Num caso simples: “um jovem que na música se torna mais apto a utilizar as baquetas numa caixa ou bombo, melhor utilizará a faca e garfo para comer”*
“.



Categoria B – Inclusão da Musicoterapia no Tratamento de indivíduos com Perturbações do Espectro do Autismo

Subcategoria B1 – Comunicação

Musicoterapeuta – *“Claro que se falarmos em comunicação verbal, ou se tem ou não se tem. Mas todos sabemos que somos comunicadores por excelência. Nós falamos com as mãos, falamos com os olhos, com expressões faciais, as pessoas com autismo são ricas nessa matéria”.*

Subcategoria B2 – Socialização

Musicoterapeuta – *“Se uma criança com autismo utiliza poucos sons para se fazer entender e se em simultâneo gosta de determinada melodia. Então, além de lhe cantar, tento fazer um dueto com os sons dela, até que me possa surpreender e em substituição do aparelho que permite este dueto, tem a voz dela ao vivo, a acompanhar-me”.*

Musicoterapeuta – *“Seja qual for a terapia, o importante é que haja uma mudança colectiva na forma de conviver com as pessoas, mais uma vez tenham elas rótulos ou não, se a equipa técnica saborear o momento de troca de experiências com as crianças com autismo, aprendam um novo código e uma nova gramática para se entenderem, isso irá surtir efeitos terapêuticos em ambos os lados”.*

Subcategoria B3 – Imaginação

Musicoterapeuta – *“A imaginação numa pessoa com autismo está mais comprometida, mas mesmo assim o mundo imaginário não se rege só pelas nossas regras. Assim, talvez tenhamos que aprender as regras que não nos foram a nós ensinadas por ninguém, desde pequenos, e quem sabe viveremos com outra imaginação e os compreendamos melhor”.*

2. Questionário aplicado aos Técnicos

Nos gráficos 1, 2 e 3 apresentamos os resultados obtidos, em percentagem, nomeadamente, nas respostas dadas pelos técnicos aquando da aplicação dos questionários. Tendo em conta que, o questionário, organizado por quinze afirmações, divididas por temas, da afirmação nº 1 à afirmação nº 5 tratando-se da Música, da afirmação nº 6 à nº 10 tratando-se de afirmações correspondentes à Musicoterapia e da afirmação nº 11 à nº 15 correspondem ao Autismo, foi nosso cuidado, para uma melhor percepção e leitura gráfica, proceder a uma análise em separado.

Como foi referido no início deste capítulo, neste apartado apresenta-se, em primeiro lugar, os resultados obtidos sobre o tema Música, seguindo-se a Musicoterapia e por fim o Autismo.

Afirmações (1 – 5):

- 1) A Música consiste numa combinação de sons e silêncios.*
- 2) A Música deve fazer parte integrante da educação geral do homem. O organismo humano é susceptível de ser educado eficazmente, conforme a ordem e o impulso da Música.*
- 3) A Música é considerada como uma prática cultural e humana, crucial na aprendizagem, proporcionando a base primordial para a auto-expressão das emoções.*
- 4) A Música tem um grande impacto tanto na educação de indivíduos em geral, como na educação de indivíduos com Necessidades Educativas Especiais (NEE).*
- 5) O estímulo musical representa um canal alternativo para a comunicação caso a pessoa não responda aos canais de comunicação normais.*

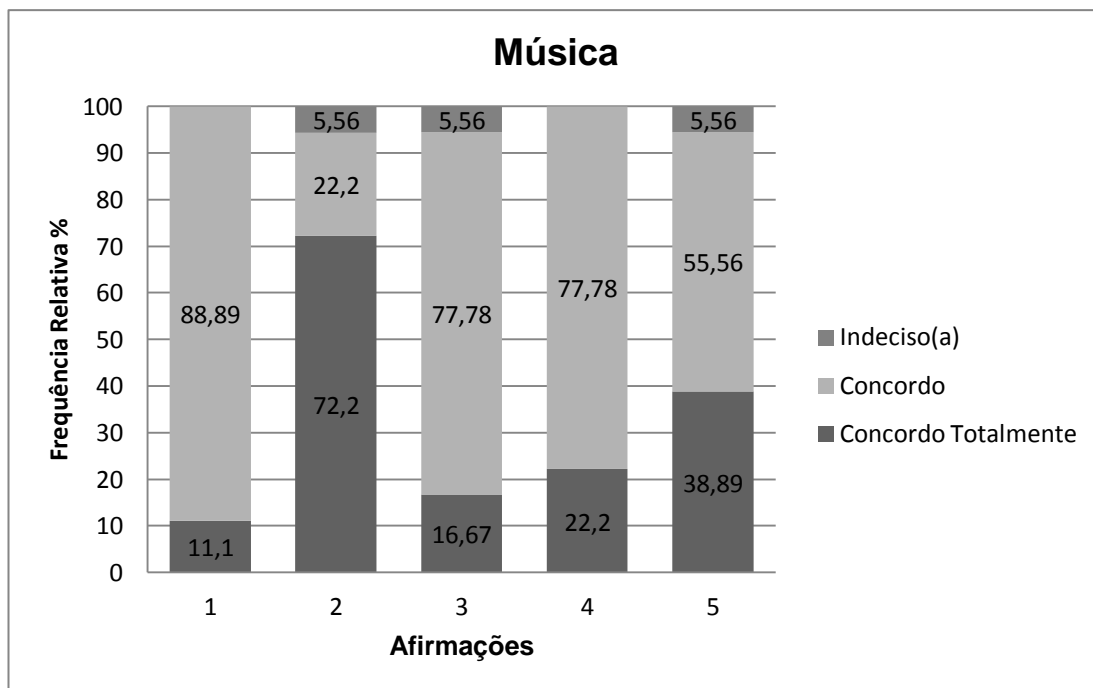


Gráfico 1: Afirmações (1 – 5)

Através da análise do gráfico 1, podemos constatar, segundo a amostra que, **“a música consiste numa combinação de sons e silêncios”**, visto que, 88,89% dos inquiridos concordam e os restantes 11,1 % dos inquiridos concordam totalmente com a afirmação. O mesmo se verifica aquando da afirmação 4 que enuncia que **“a música tem um grande impacto tanto na educação de indivíduos em geral, como na educação de indivíduos com Necessidades Educativas Especiais (NEE) ”**, onde verificamos que, 77,78% dos inquiridos concordam e 22,2% concordam totalmente.

Tal não acontece quando analisadas as afirmações 2, 3 e 5, onde a mesma percentagem de inquiridos 5,56% se mostram indecisos. Mesmo com este resultado de indecisão, podemos constatar que as percentagens correspondentes aos inquiridos que concordam levam preeminência.

Afirmações (6 – 10):

6) *A Musicoterapia é um tratamento através da Música que estimula no paciente uma actividade interior e exterior, psíquica e física, com a finalidade de comunicação e integração social.*

7) *A Musicoterapia atenua os comportamentos estereotipados característicos dos jovens diagnosticados com a Perturbação do Espectro do Autismo (PEA).*

8) *Os jovens com PEA que apresentam dificuldades na comunicação, socialização e imaginação, beneficiam com a Musicoterapia.*

9) *O musicoterapeuta não desempenha o papel de professor de Música, pois seus objectivos são terapêuticos e não pedagógicos.*

10) *A Musicoterapia pode ser considerada uma arte e uma ciência paramédica com objectivos terapêuticos.*

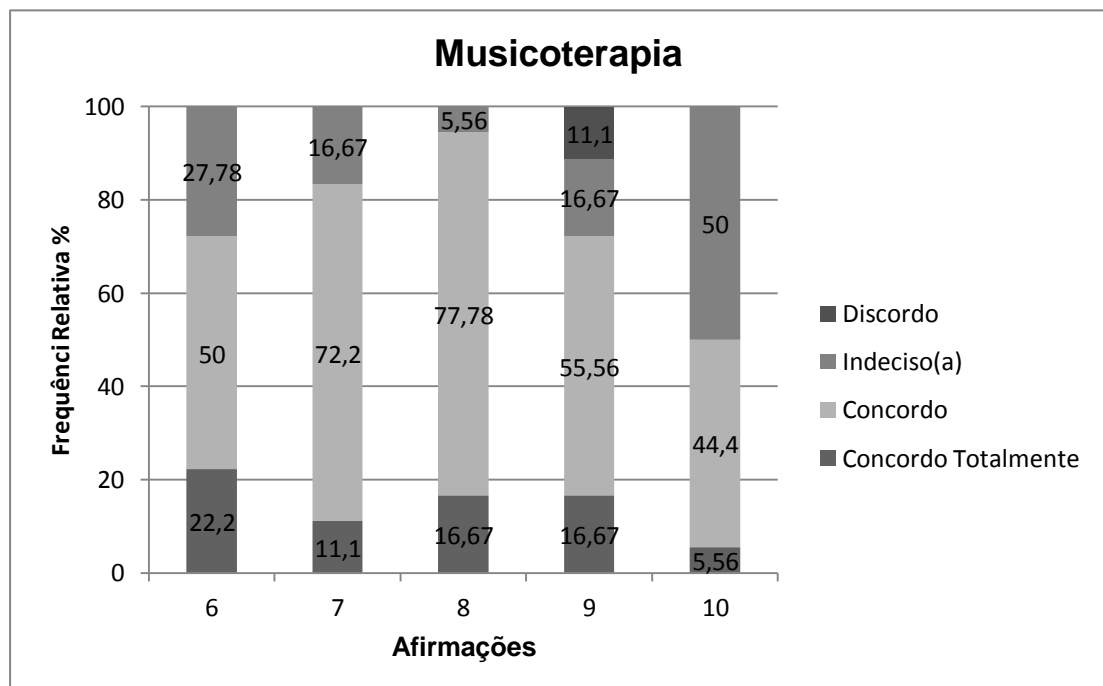


Gráfico 2: Afirmações (6 – 10)

Conforme podemos observar no gráfico 2, ao contrário do gráfico anterior, 11,1 % dos inquiridos discordaram na afirmação 9, constatando-se que, o musicoterapeuta desempenha o papel de professor de Música, contrariando estudos e definições anteriores.

Nas restantes afirmações, 6, 7, 8 e 10 as opiniões dividem-se entre o concordo, o concordo totalmente e o indeciso (a), embora, as maiores percentagens manifestam-se quando os inquiridos concordam com as afirmações, onde podemos destacar a afirmação com maior percentagem, onde 77,78 % dos inquiridos concordam que **“os jovens com PEA que apresentam dificuldades na comunicação, socialização e imaginação, beneficiam com a Musicoterapia”**.

Afirmações (11 – 15):

11) *A maioria das crianças com PEA começa a manifestar anomalias do desenvolvimento nos 2 primeiros anos de vida.*

12) *O Autismo é uma perturbação do desenvolvimento que afecta muitos aspectos de como a criança compreende o mundo que a rodeia e aprende com as suas experiências.*

13) *Os jovens com Autismo não apresentam o desejo natural de contacto social.*

14) *O Autismo resulta de uma perturbação de determinadas áreas do sistema nervoso central, que afectam a linguagem, o desenvolvimento cognitivo e intelectual e a capacidade de estabelecer relações.*

15) *Características comportamentais como a sociabilidade, o jogo, a linguagem, a comunicação no seu todo, assim como o nível de actividade e o repertório de interesses distinguem os jovens autistas dos demais que apresentam outro tipo de perturbações.*

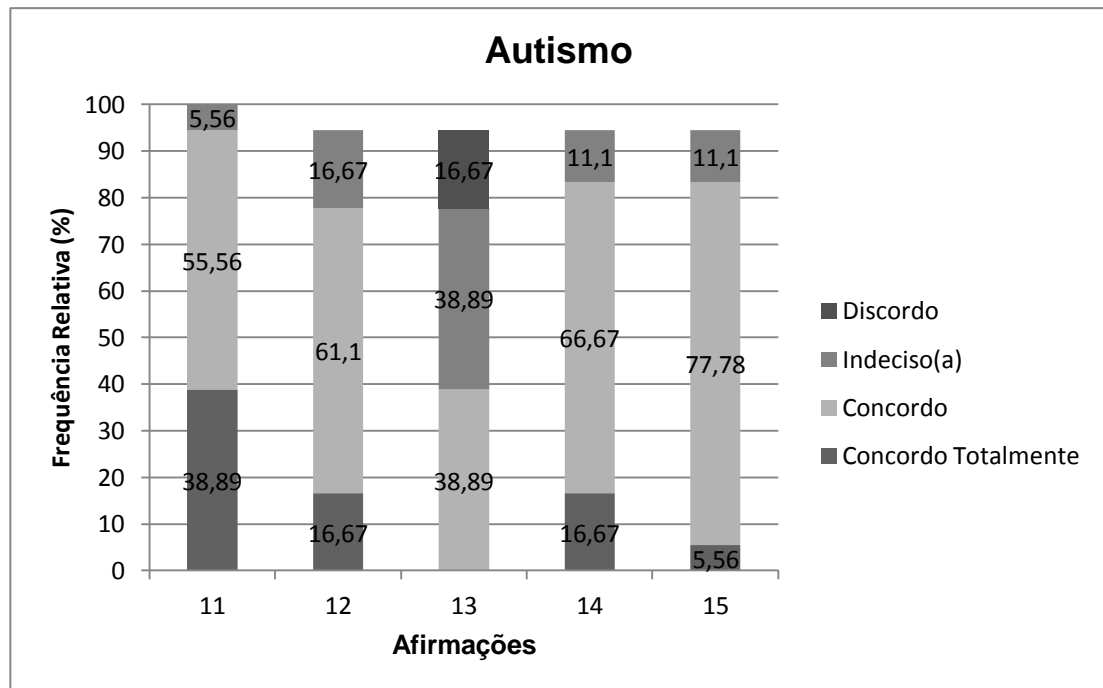


Gráfico 3: Afirmações (11 – 15)

Pela leitura do gráfico 3, verificamos que houve ausência de resposta por parte de um inquirido no que respeita às afirmações 12, 13, 14 e 15. Isto enquadra-se nos tipos de erros não amostrais, sendo que, o /s indivíduo/s não responde/m, logo são considerados erros por falta de resposta.

Sendo assim, quando examinada a afirmação 15 onde afirmamos que **“características comportamentais como a sociabilidade, o jogo, a linguagem, a comunicação no seu todo, assim como o nível de actividade e o reportório de interesses distinguem os jovens autistas dos demais que apresentam outro tipo de perturbações”**, 77,78% dos inquiridos concordaram. Na afirmação 14, 66,67% dos inquiridos concordam quando afirmamos que **“o autismo resulta de uma perturbação de determinadas áreas do sistema nervoso central, que afectam a linguagem, o desenvolvimento cognitivo e intelectual e a capacidade de estabelecer relações”**. Já na afirmação 13, a mesma percentagem de inquiridos que concordam é a mesma de inquiridos que se encontram indecisos (as), sendo esta de 38,89%. Por outro lado, nesta afirmação 13, evidencia-se uma percentagem de 16,67% de inquiridos que discordam da afirmação.

Contudo, grande parte dos inquiridos concorda, com uma percentagem de 61,1% relativa à afirmação 12 que **“ o autismo é uma perturbação do desenvolvimento que afecta muitos aspectos de como a criança compreende o mundo que a rodeia e aprende com as suas experiências”**.

Por fim, olhando para a afirmação 11 onde, **“a maioria das crianças com PEA começa a manifestar anomalias do desenvolvimento nos 2 primeiros anos de vida”**, a maior percentagem correspondente a 58,89% dos inquiridos manifesta concordar totalmente, seguindo-se a percentagem de 55,56% dos inquiridos que manifesta concordar. Uma percentagem muito reduzida de 5,56% dos inquiridos demonstra indecisão.

Em suma:

Uma vez analisados os resultados obtidos junto da nossa amostra, e partindo da interpretação das análises estatísticas elaboradas, reunimos condições para pronunciar deduções ou responder a objectivos propostos previamente. Assim, certificados que a informação recolhida possibilita-nos assegurar a existência de evidentes diferenças manifestadas, procederemos à discussão alargando-a ao quadro de outras investigações e síntese da literatura relacionada.

A análise dos questionários aplicados aos técnicos permitiu-nos inferir que **“a música está cheia de silêncios, o próprio silêncio pode estar carregado de musicalidade e conseqüentemente de terapia”** e que, conseqüentemente, **“ a musicoterapia é utilizada como método terapêutico na medida em que trata de necessidades psicológicas, físicas, cognitivas e realiza progressos em muitas enfermidades”** (Pereira, Vieites & Lopes, 2007, p. 81).

O conjunto de resultados obtidos permitiu-nos concluir também que, a música tem um grande impacto tanto na educação dos indivíduos em geral, como na educação dos indivíduos com necessidades educativas especiais

(NEE), visto que, o organismo humano é susceptível de ser educado eficazmente, conforme a ordem e o impulso da música.

Uma outra informação a analisar é o facto de uma significativa percentagem dos inquiridos, nomeadamente, 11,1% discordarem e 16,67% se encontrarem indecisos aquando da afirmação 9, que dizia o seguinte: **“o musicoterapeuta não desempenha o papel de professor de Música, pois seus objectivos são terapêuticos e não pedagógicos”**. Após a análise da respectiva afirmação, podemos constatar a evidente falta de formação por parte dos técnicos no que se refere aos objectivos e papel do musicoterapeuta, dados estes, confirmados pelo próprio musicoterapeuta.

Face aos resultados obtidos junto da nossa amostra, podemos afirmar, tendo como base a tríade de incapacidades, relativamente às áreas de comunicação, socialização e imaginação, que **“os indivíduos com PEA beneficiam com a musicoterapia”** e que a **“musicoterapia pode ser considerada uma arte e uma ciência paramédica com objectivos terapêuticos”**.

Finalmente, ao nível dos procedimentos não probabilísticos, considerou-se a correspondência dos participantes aos objectivos da investigação, recorrendo a uma seleção não aleatória dos mesmos.

3. Inquéritos aplicado aos Encarregados de Educação

O inquérito aplicado aos Encarregados de Educação (Anexo 4) é constituído por três módulos:

I – Identificação Pessoal

II – Problemática sobre Autismo

III – Inclusão da Musicoterapia no Tratamento de indivíduos com Perturbações do Espectro do Autismo (PEA)

A primeira parte (I – Identificação Pessoal) inclui questões que nos permitem identificar os sujeitos inquiridos, relativamente às variáveis: (i) Género, (ii) Idade e (iii) Habilitações Literárias, (iv) Profissão.

I - Identificação Pessoal

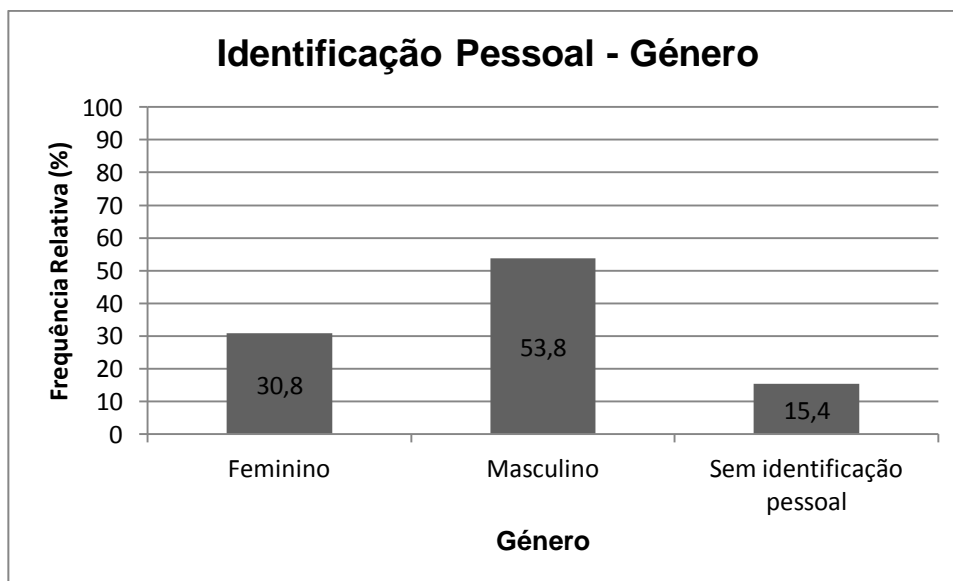


Gráfico 4: Identificação Pessoal - Género

- (i) Género: dos treze elementos que responderam ao inquérito, 30,8% correspondem ao género feminino, 53,8% corresponde ao género masculino e 15,4% dos inquiridos optou por ocultar a sua identificação pessoal.

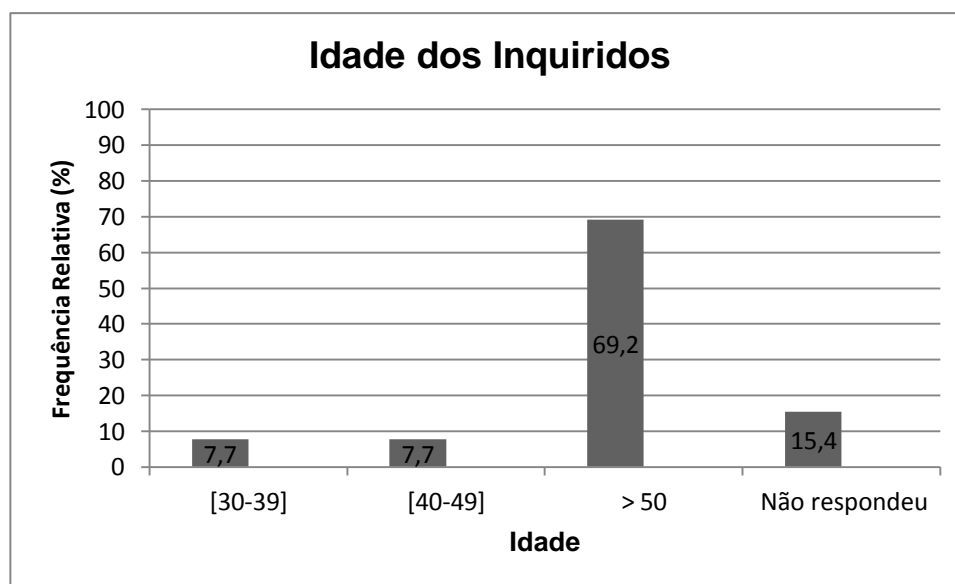


Gráfico 5: Identificação Pessoal – Idade dos Inquiridos

- (ii) Idade do Inquiridos: dos treze elementos que responderam ao inquérito, podemos visualizar que, 7,7% dos inquiridos apresentam idades compreendidas entre os 30 e os 39 anos de idade, no entanto, de igual valor de percentagem, 7,7% dos inquiridos apresentam idades compreendidas entre os 40 e 49 anos de idade. Podemos verificar também que, 69,2% dos inquiridos apresentam idades superiores a 50 anos, no entanto, 15,4% dos inquiridos manifestou ausência de resposta.

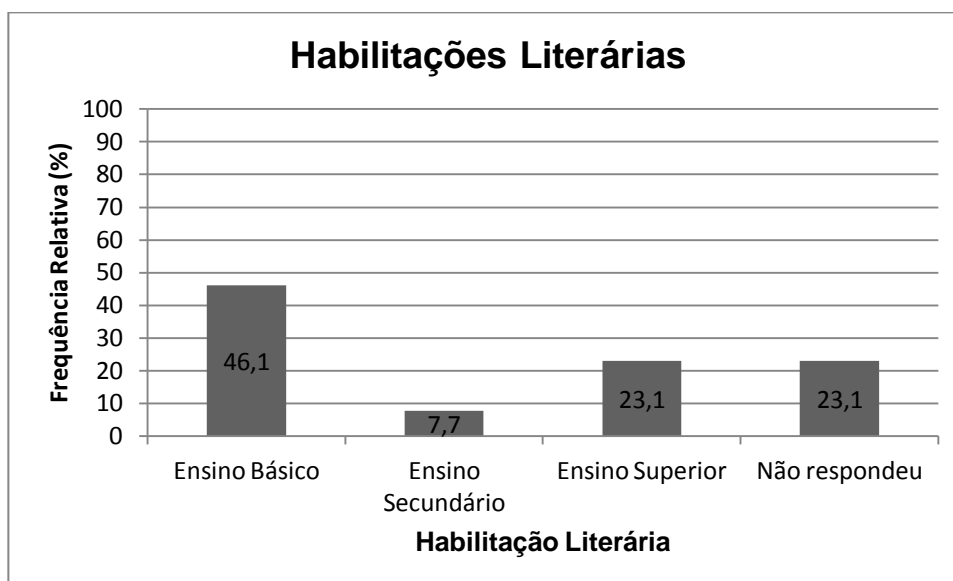


Gráfico 6: Identificação Pessoal – Habilitações Literárias

- (iii) Habilitações Literárias: no que concerne às habilitações literárias dos inquiridos, 46,1% referiu que frequentou o ensino básico, 7,7% dos inquiridos frequentou o ensino secundário, 23,1% frequentou o ensino superior e a mesma percentagem de inquiridos, 23,1% não manifestou resposta.

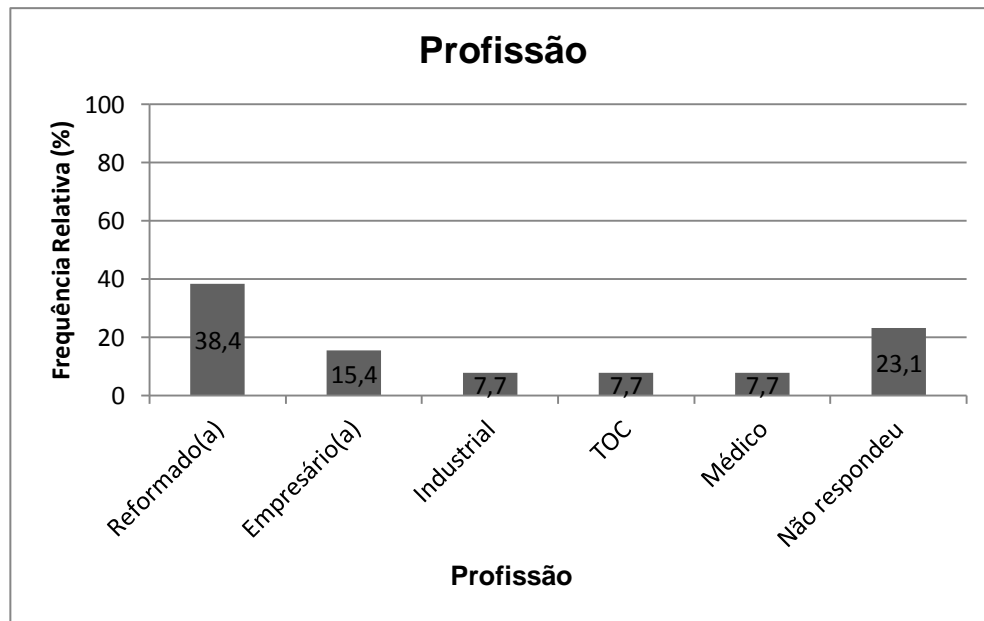


Gráfico 7: Identificação Pessoal – Profissão

- (iv) Profissão: desenvolvendo a mesma análise gráfica referindo-se agora à profissão, 38,4% dos inquiridos afirmam ser reformados e 15,4% dos inquiridos afirmam ser empresários (as). No entanto, a mesma percentagem de 7,7% dos inquiridos assumem ser industriais, técnicos oficiais de contas e médicos. Os restantes elementos que correspondem a uma percentagem de 23,1% dos inquiridos não manifestou vontade de responder.

II - Problemática sobre Autismo

A segunda parte (II – Problemática sobre Autismo) inclui questões que nos permitem verificar a incidência da problemática referente:

(i) Período de diagnóstico (Gráfico 8)

(ii) Dimensões afectadas (Gráfico 9)

(iii) Meios de apoio (Gráfico 10)

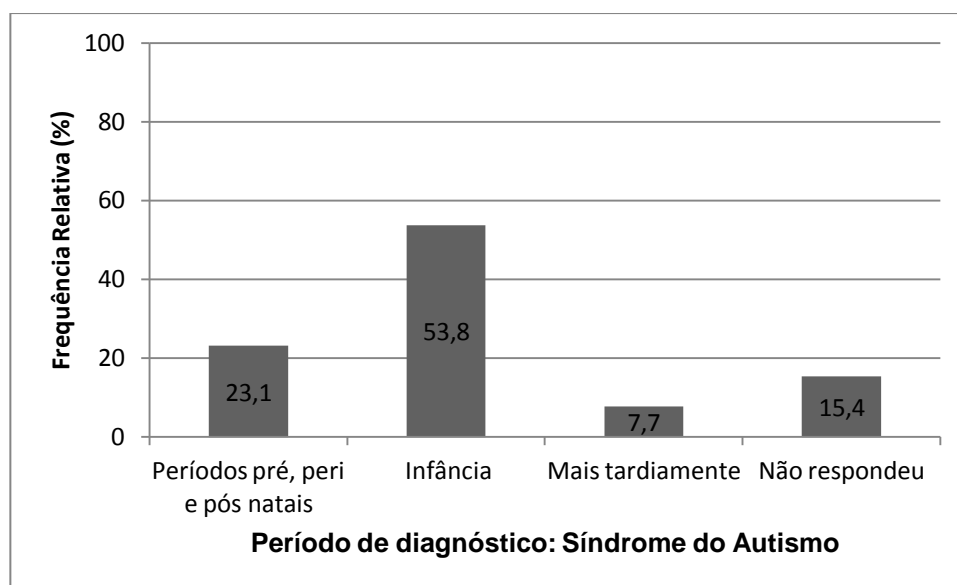


Gráfico 8: Período de diagnóstico: Síndrome do Autismo

No que concerne à análise feita ao gráfico 8, podemos verificar que, o período de diagnóstico sobre a síndrome do autismo, onde encontramos maior percentagem 53,8% corresponde ao período da infância. Seguem-se os períodos pré, peri e pós natais com percentagem correspondente a 23,1%. Contudo, quanto ao período de diagnóstico ser verificado mais tardiamente, a percentagem corresponde a 7,7%. Assim sendo, 15,4% não respondeu à pergunta.

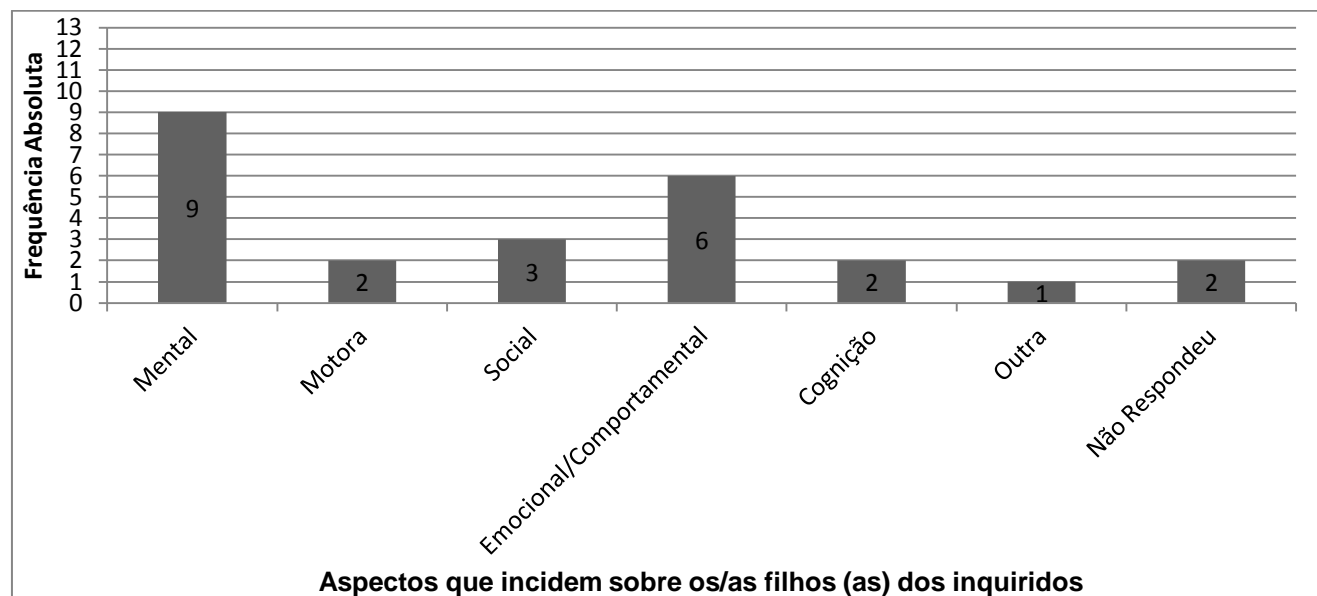


Gráfico 9: Aspectos que incidem sobre os/as filhos (as) dos inquiridos

Após análise do gráfico 9, onde podemos verificar quais os aspectos que incidem sobre os/as filhos (as) dos inquiridos, permite-nos concluir que, em primeiro lugar destaca-se o aspecto mental com 9 casos diagnosticados, segue-se o aspecto emocional/comportamental com apenas 6 casos, de seguida o aspecto social com a presença de 3 casos e com igual número de casos, 2, segue-se o aspecto motor e o cognitivo. É de salientar que houve um caso que manifestou haver outro aspecto, mas não mencionou qual, no entanto, 2 inquiridos não manifestaram vontade de responder.

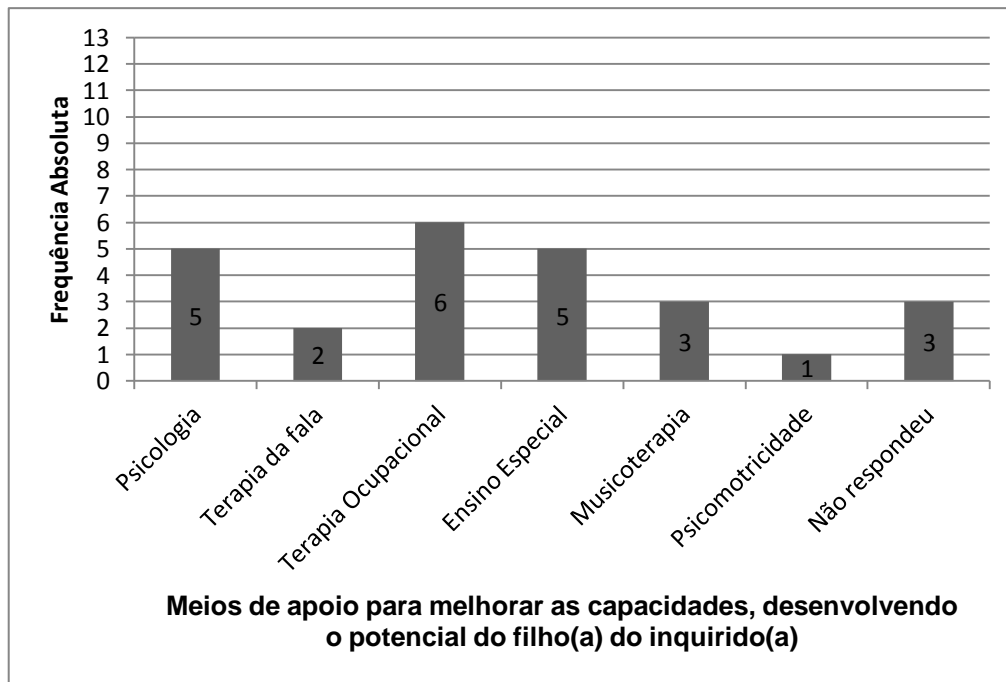


Gráfico 10: Meios de Apoio para melhorar as capacidades, desenvolvendo o potencial do filho (a) do inquirido (a)

Referente aos meios de apoio para melhorar as capacidades, desenvolvendo o potencial dos/as filhos/as dos inquiridos, tomando como análise o gráfico 10, podemos aferir que destacam-se 6 casos que frequentam a terapia ocupacional, segue-se com igual valor de casos, 5, a psicologia e ensino especial, na musicoterapia encontram-se apenas 3 casos, na terapia da fala frequentam 2 casos e 1 caso frequenta a psicomotricidade. É de salientar que 3 inquiridos não manifestaram vontade em responder.

Em síntese:

Após as análises estatísticas e outras de carácter qualitativo em função das questões que, desde início nos orientam na concretização do nosso estudo, sistematizamos e discutimos agora a informação recolhida.

A análise dos inquéritos aplicados aos encarregados de educação no âmbito da problemática sobre autismo permitiu-nos inferir que, e de acordo com a leitura feita ao gráfico 8, dos 13 casos em estudo, 53,8% o período de diagnóstico deu-se na infância.

Com base em investigações de Ozonoff, Rogers e Hendren (2003), **“o autismo tem início antes dos 3 anos de idade, em dois períodos de pico. A maioria das crianças começa a manifestar anomalias do desenvolvimento nos 2 primeiros anos de vida”** (p. 35).

O conjunto de resultados obtidos, tendo como base de apoio a leitura do gráfico 9, permitiu-nos concluir também que, dos 13 casos diagnosticados com a problemática sobre autismo, 9 casos manifestam maior incidência no aspecto mental, seguindo-se o aspecto emocional/comportamental, o aspecto social e de igual número de casos, apenas 2, o aspecto motor e cognitivo.

Uma outra informação a analisar e não menos importante, é o facto de um pequeno número dos inquiridos, apenas 3, utilizarem como meios de apoio para melhorar as capacidades, desenvolvendo o seu potencial, a musicoterapia, visto que, posso afirmar que todos os 13 elementos constituintes da amostra beneficiam da musicoterapia. Com isto, após a análise do gráfico 10, podemos constatar a evidente falta de informação por parte dos encarregados de educação no que se refere aos objectivos e papel do musicoterapeuta, dados estes, confirmados pelo próprio musicoterapeuta.

III - Inclusão da Musicoterapia no Tratamento de indivíduos com Perturbações do Espectro do Autismo (PEA)

Por fim, a terceira parte (III – Inclusão da Musicoterapia no Tratamento de indivíduos com Perturbações do Espectro do Autismo) inclui questões que nos informam acerca da aceitação da terapia em estudo, a Musicoterapia.

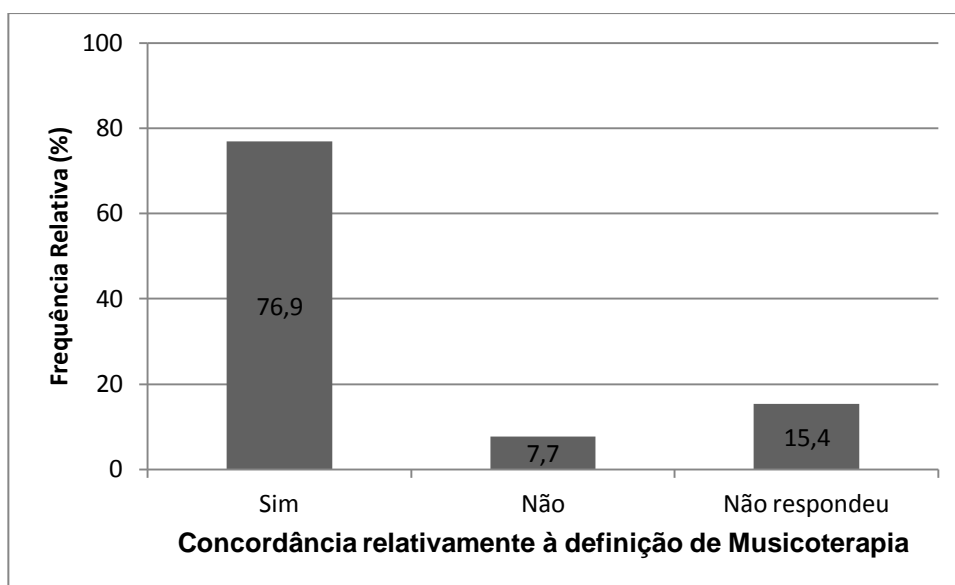


Gráfico 11: Concordância relativamente à definição de Musicoterapia

Conforme podemos observar, através da análise do gráfico 11, nomeadamente, aquando da questão relativa à definição de musicoterapia: **“Musicoterapia é um tratamento através da música que estimula no paciente uma actividade interior e exterior, psíquica e física, com a finalidade de comunicação e integração social”** (Amaral, 1978, p. 165), 76,9% dos inquiridos respondeu positivamente. É de salientar que 7,7% dos inquiridos negou a afirmação e 15,4% optou por não atribuir resposta à questão.

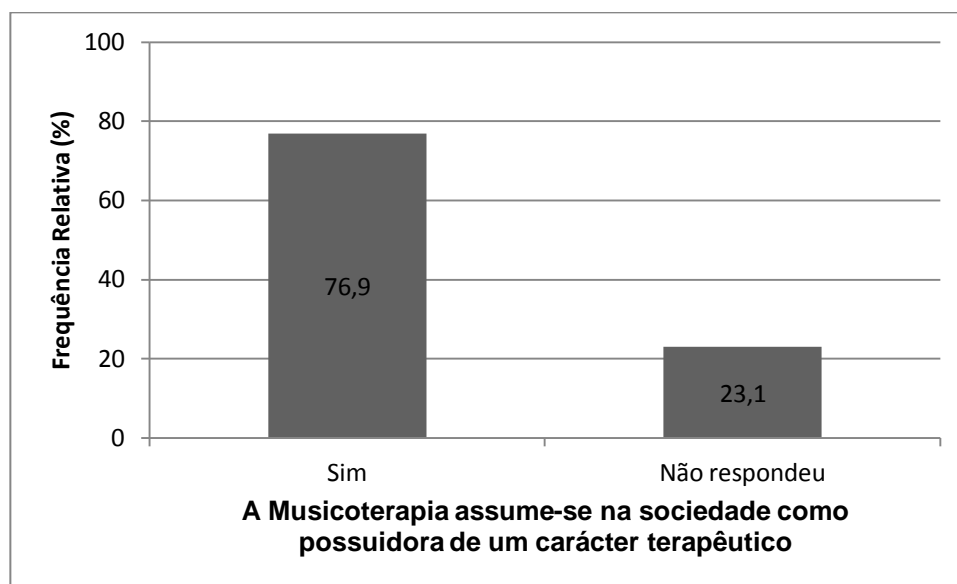


Gráfico 12: Carácter terapêutico da Musicoterapia

Após leitura do gráfico 12, no que diz respeito ao carácter terapêutico da musicoterapia, podemos verificar que 76,9% dos inquiridos respondeu sim. No entanto, 23,1% dos inquiridos não manifestou vontade em responder.

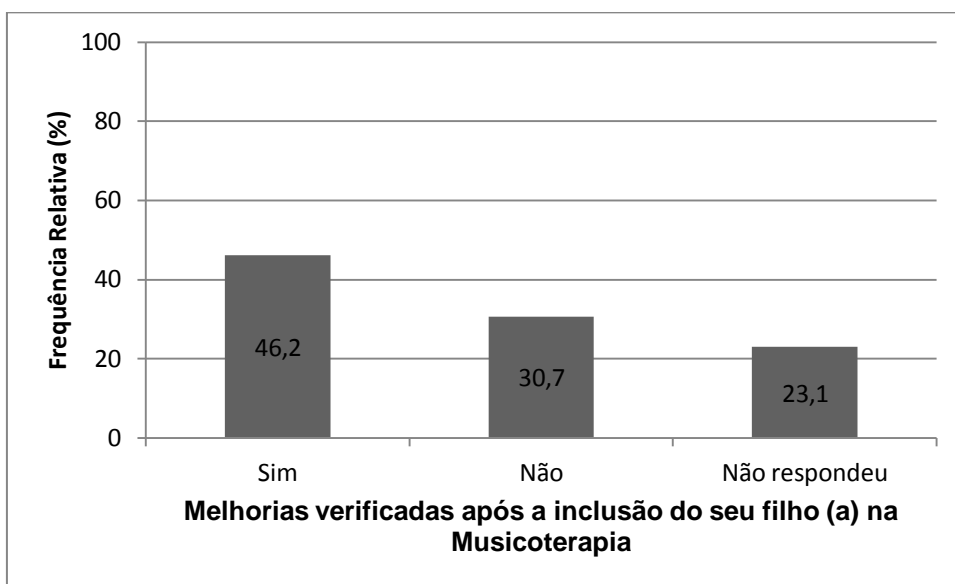


Gráfico 13: Melhorias após inclusão na Musicoterapia

O conjunto de resultados obtidos no gráfico 13 permite-nos concluir que, 46,2% dos inquiridos afirmaram terem sentido melhorias significativas após a inclusão do seu filho (a) na musicoterapia. Por outro lado, 30,7% dos inquiridos afirmam não terem sentido melhorias significativas. Conforme podemos ver, 23,1% dos inquiridos não expressou vontade em responder.

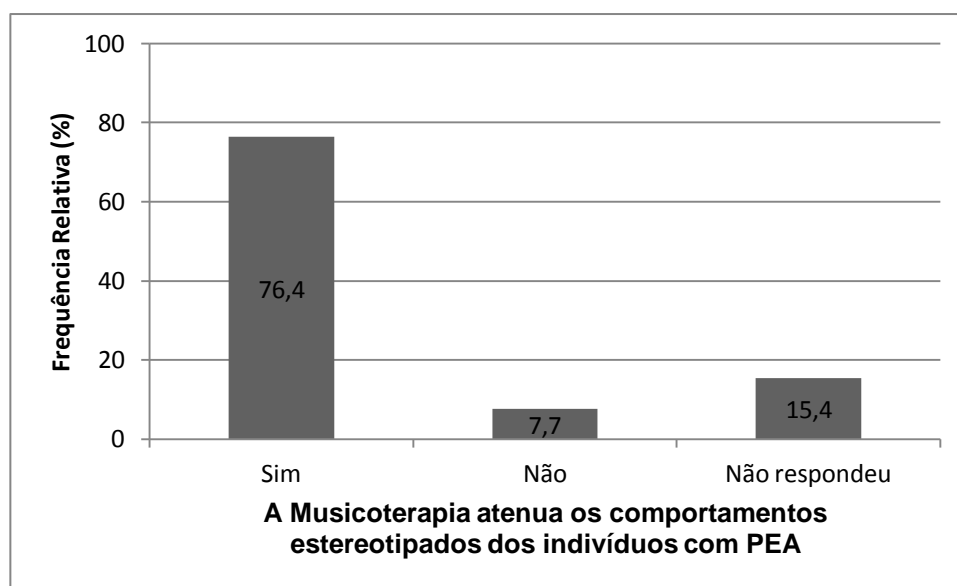


Gráfico 14: A Musicoterapia e os comportamentos estereotipados

De acordo com os valores obtidos no gráfico 14, podemos concluir que, 76,4% dos inquiridos afirmou que a musicoterapia atenua os comportamentos estereotipados dos indivíduos com PEA. No entanto, após análise, verificamos que 7,7% dos inquiridos, percentagem pouco significativa, afirma não terem sentido que a musicoterapia tenha atenuado os comportamentos estereotipados dos indivíduos com PEA.

Contudo, 15,4% dos inquiridos não manifestou vontade em responder.

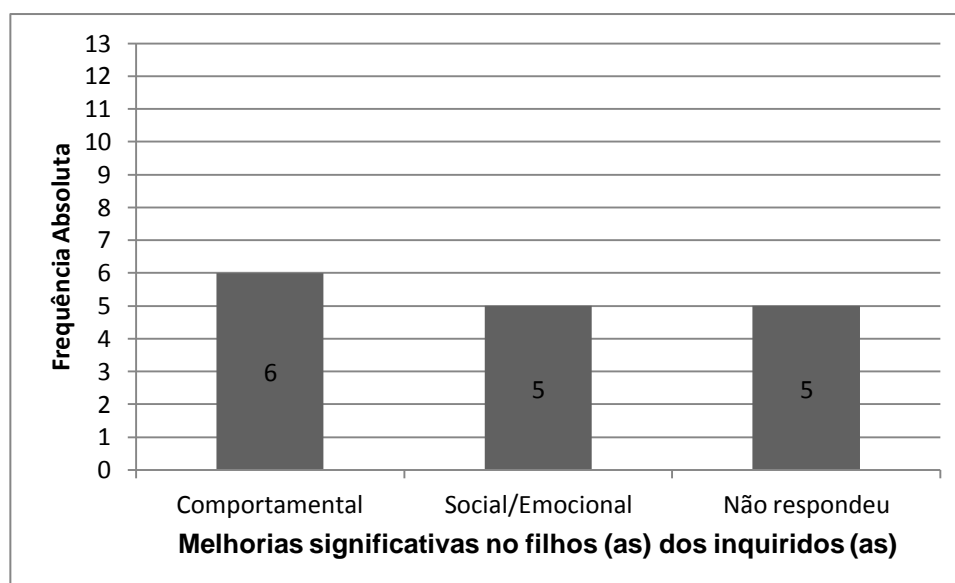


Gráfico 15: Melhorias significativas

Face à leitura do gráfico 15, podemos evidenciar que 6 inquiridos afirmaram sentir melhorias significativas nos seus educandos a nível comportamental. De igual número de inquiridos, apenas 5, afirmaram sentir melhorias significativas a nível social/emocional e outros não manifestaram vontade em responder.

Por fim, numa apreciação global da informação recolhida, podemos concluir pela objectividade do instrumento utilizado (inquérito aos encarregados de educação).

A análise dos inquéritos aplicados aos encarregados de educação no âmbito da inclusão da musicoterapia no tratamento de indivíduos com PEA permitiu-nos inferir que, e de acordo com a leitura efectuada ao gráfico 11, aquando da questão relativa à definição de musicoterapia, mediante visão dos inquiridos afirmar, juntamente com investigações anteriores que, a musicoterapia é vista como um tratamento através da música, cuja finalidade, é abrir canais de comunicação e integrar os

indivíduos na sociedade, tendo em conta que, a musicoterapia se assume na sociedade como detentora de um carácter terapêutico, como podemos ver na análise efectuada ao gráfico 12.

O conjunto de resultados obtidos, tendo como base de apoio a leitura do gráfico 13, permitiu-nos concluir também que, grande parte dos inquiridos sentiu melhorias significativas por parte dos seus educandos, após a inclusão dos mesmos na musicoterapia.

Uma outra informação a analisar e não menos importante, é o facto de a musicoterapia atenuar os comportamentos estereotipados dos indivíduos com PEA, tendo como base de sustento a análise do gráfico 14.

Por fim, face às melhorias sentidas pelos encarregados de educação nos seus educandos após inclusão destes na musicoterapia, tendo como base a análise do gráfico 15, podemos constatar que se manifestam a nível comportamental e social/emocional.

CONCLUSÕES

*Quando pensamos,
fazêmo-lo com o fim de julgar ou chegar a uma conclusão;
quando sentimos,
é para atribuir um valor pessoal a qualquer coisa que fazemos.*
Carl Jung

Nesta circunstância do trabalho, cujo preceito obriga à sua conclusão, afirmamos seguramente ser o estudo da Musicoterapia, como terapia em indivíduos com Perturbações do Espectro do Autismo, uma investigação longe de estar concluída. Contudo, acreditamos, seguramente, de termos alicerçado possibilidades de projectos futuros exequíveis, seja numa lógica de investigação, seja abrindo as portas para a intervenção psicossocial e educativa.

Estamos convencidos, pela questão orientadora e pelos objectivos, todos os processos, actividades e estratégias desenvolvidas tiveram como intenção a angariação de respostas credíveis.

Feitas estas apreciações prévias, albergamos os aspectos essenciais do nosso trabalho. Uma vez analisados os resultados obtidos junto da nossa amostra, estamos em condições de enunciar deduções ou responder aos principais objectivos propostos precedentemente.

Assim, a terapia através da Música é um novo subterfúgio com novas potencialidades no tratamento de indivíduos com Perturbação do Espectro do Autismo. Considera-se a Musicoterapia como sendo uma ciência paramédica. Quando se assiste a uma sessão de Musicoterapia, verifica-se que o terapeuta utiliza a Música e os seus elementos constituintes, isto é, o ritmo, a melodia e a harmonia, para além dos movimentos, a expressão corporal e toda a forma de comunicação verbal e não-verbal com objectivos terapêuticos. As sessões devem ser desenvolvidas num processo coordenado por um musicoterapeuta qualificado, com apenas um paciente ou então um grupo.

A Musicoterapia oferece a oportunidade de uma nova comunicação terapêutica, que pode ser eficaz e suprir lacunas de outras terapias, porém, é necessário que se criem as condições básicas para o seu desenvolvimento. Como objectivo fundamental do musicoterapeuta, este, procura ajudar os seus pacientes a abrirem canais de comunicação e, até, a reabilitar as necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas.

A Perturbação do Espectro do Autismo é uma *Síndrome* comportamental cujos descobrimentos essenciais implicam alterações significativas no desenvolvimento. Existe uma forte certeza sobre a importância de identificar indivíduos com Perturbação do Espectro do Autismo e, começar as intervenções adequadas mais prematuramente possíveis, já que a intervenção antecipada pode ajudar a apressar o desenvolvimento total do indivíduo, reduzindo os comportamentos inadequados. As necessidades educativas dos indivíduos com Perturbação do Espectro do Autismo devem ser determinadas de forma individual. As actividades com Música favorecem a inclusão das mesmas, através do seu lado lúdico e de livre expressão, são uma forma de relaxar e acalmar o indivíduo, tornando-se factor de desinibição, contribuindo para um maior contacto social, despertando noções de respeito e consideração pelo outro, abrindo espaço para novas aprendizagens. Nesta trajectória de vida, a Música é encarada como uma actividade criadora de um sujeito que o direcciona e o encaminha à Musicoterapia.

Portanto podemos assegurar que, a Música permite que o indivíduo com PEA possa conectar-se com as emoções de uma forma imediata e autêntica, rompendo as barreiras e defesas que os contêm de comunicar e de expressar os sentimentos que padecem. Isto é, a partir dali nasce um dos objectivos fundamentais da Musicoterapia, com uma função moderadora/inclusiva, e ao mesmo tempo permite aos indivíduos processar os seus sentimentos e finalmente, reintegrá-los nas habilidades da vida quotidiana.

Como supramencionado previamente, os elementos dinâmicos que se consideram nesta técnica terapeuta são o/s paciente/s, a Música, o terapeuta e as palavras, todos eles se conjugam e actuam favorecendo o processo terapêutico. Sendo como objectivo primordial deste tipo de trabalho *“afastar os obstáculos que impedem o paciente de se dar conta de todo o seu potencial e atingir os objectivos pessoais. Afastá-los implica aceder ao material inconsciente, ganhar conhecimento, libertar energia defensiva e redirigi-la para aspirações positivas e desenvolver equilíbrio e criatividade”* (Bruscia, 1999, p. 162).

Resumindo, cada sessão de Musicoterapia apresenta as suas próprias características, que por sua vez têm pontos em comum, ora todos coincidem em que o paciente é o centro da terapia e que esta deve protagonizar o seu próprio processo terapêutico através da Música. Contudo, o objectivo final é que o paciente possa, com as ajudas pertinentes, ampliar a consciência emocional, a autoestima, o autocontrolo e as habilidades sócio-afectivas para a vida diária. Segundo Moreno (2004), *“o objectivo é criar, em qualquer momento música improvisada para apoiar uma grande variedade de emoções”*.

Este trabalho traduziu-se num ciclo de rigoroso trabalho, que provocou momentos plenos de reflexão, de interligação franca de conhecimentos teóricos e práticos, que de outra forma se perderiam no tempo. Permitiu um amadurecimento dos conhecimentos alcançados ao longo de alguns anos e especialmente um desafio com resultados gratificantes.

NOTA FINAL

Sem a música, a vida seria um erro.

Friedrich Nietzsche

Uma vez pronunciadas as conclusões obtidas no nosso estudo, estamos em condições de prescindir deduções tanto em termos de delineação do processo de pesquisa como de apontar novas propostas para futuros desenvolvimentos.

Como qualquer outra dissertação de mestrado, esta contém limitações. No decorrer deste estudo, foram diversas as limitações, nomeadamente, a privação do tempo que esteve implícita no desenvolver desta investigação, visto que, embora com as programações previamente delineadas, a intervenção pedagógica do investigador caracterizou-se pela “imprevisibilidade” da amostra em cada uma delas, própria das características que descrevemos anteriormente. Contudo, compreendemos que só agindo directamente poderíamos sentir as contrariedades, os desafios e as surpresas dos resultados durante a realização e a utilização das programações, face às expectativas criadas com as mesmas.

Conscientes das limitações, nomeando palavras de Saramago (1986), onde afirma o quão difícil é o acto de escrever, sendo esta, uma *“responsabilidade das maiores. (...) Basta pensar no extenuante trabalho que será dispor por ordem temporal os acontecimentos, primeiro este, depois aquele, ou, se tal mais convém às necessidades do efeito, o sucesso de hoje posto antes do episódio de ontem, e outras não menos arriscadas acrobacias”*.

Finalmente, seria importante utilizar estas provas em novos estudos, no sentido de uma investigação mais aprofundada, em termos de procedimentos e estratégias. Acreditamos que a realização de múltiplas tarefas, com vários momentos e variados modelos, visando os mesmos fins seria uma via de legitimação do constructo.

Assim, concluímos, ser a Musicoterapia uma chave de inclusão no mundo dos indivíduos com Perturbações do Espectro do Autismo, uma alternativa saudável e activa, um apêndice do saber adquirido para criar lógicas de desenvolvimento, aprendizagem e de aperfeiçoamento dos contextos de vida, um método promissor da excelência ao nível de cada um, e em posse de todos.

Mas chegar a um porto significa pensar em outras viagens, outros descobrimentos e outros trilhos dogmáticos... na compreensão e aplicação da Musicoterapia, a nível psicossocial e educativa, que é ainda uma utopia. Mas como afirmou Galeano (s/d) “a utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albinati, M. E. C. B. (2000). *O repertório musical em Musicoterapia*. In: V Encontro Mineiro de Musicoterapia. Associação de Musicoterapia de Minas Gerais. Belo Horizonte.
- Almeida, L. S., & Freire, T. (2010). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (5ª edição). Braga, Psiquilíbrios.
- American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. (2002). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. Climapsi Editores. Lisboa.
- Amaral, N. D. (1978). *Hospitalidade – Revista de saúde mental e relações humanas. Música e Dançoterapia*. 42 (164), 165 – 174.
- Attwood, T. (2010). *A Síndrome de Asperger*. 3ª Edição. Lisboa. Verbo.
- Bardin, L. (2004). *Análise de Conteúdo* (3ª Edição.). Lisboa: Edições 70.
- Baptista, C. R., Bosa, C. & Colaboradores. (2002). *Autismo e Educação – Reflexões e propostas de intervenção*. Porto. Artmed Editora.
- Becker, H. S. (1996). The epistemology of qualitative research. In R. Jessor, A. Colby, & R. A. Shweder (Eds.), *Ethnography and human development: Context and meaning in social inquiry* (pp. 54 – 71). Chicago: University of Chicago Press.
- Benenzon, R. (1985). *Manual de Musicoterapia*. Baralana. Ediciones Paidós, Ibéria S.S.
- Benenzon, R. (1988). *Sonido – Comunicación – Terapia*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- Benenzon, R. Gainza, V. H. & Wagner, G. (1998). *Sonido – Comunicación – Terapia*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- Bernard, H. R. (2002). *Social research methods: qualitative and quantitative approaches*, Thousand Oaks: Sage publications.

- Blackburn, R. (2003). Logically illogical – information and insight into autism in autism – Europe congress 2003 (ed.) Livro de actas – proceeding. Lisboa: APPDA.
- Bogdan, R., & Biklen, S. K (1982). *Qualitative research for education: An introduction to theory and methods*. Boston: Allyn and Bacon.
- Bogdan, R. & Bicklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação*. Porto. Porto Editora.
- Bréscia, V. L. P. (2003). *Educação Musical: bases psicológicas e acção preventiva*. São Paulo: Átomo.
- Bruscia, K. (1999). *Modelos de Improvisación en Musicoterapia*. Vitoria. Agruparte.
- Bruscia, K. (2007). *Musicoterapia – Métodos y Prácticas*. México. Editorial Pax México, librería Carlos cesarman, S. A.
- Carvalho, S. (2011). *Terapia da Música e do som em crianças com Necessidades Educativas Especiais*. [Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação: Educação Especial apresentada à Universidade Católica de Braga].
- Costa, C. M. (1989). *O despertar para o outro – musicoterapia*. S.P. Summos.
- Costa, C.M., (1995). *Musicoterapia para Doenças Mentais*. Rio de Janeiro. Editora Clio.
- Costa, C.S.M. & Vianna, M. N. S. (1982) *Musicoterapia – grupos de pacientes psiquiátricos internados por períodos breves*. J. Bras Psiq, 31 (3): 185-194.
- Costa, M. M. C. M. (2010). *Criação de recursos digitais para crianças com Necessidades Educativas Especiais do Agrupamento de Escolas de Mindelo*. [Trabalho realizado para a disciplina de Seminário de Projecto apresentado à Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti do Porto].
- Creswell, J. W. (1994). *Research design: qualitative & quantitative approaches*, Thousand Oaks: Sage Publications.

- Coutinho, R. (2011). *A Expressão Musical e o Desenvolvimento da criança com NEE*. [Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação: Educação Especial apresentada à Universidade Católica de Braga].
- Craveiro, D. S. (2003). *Leomara. A Teia do Tempo e o Autista: música e musicoterapia*. Goiânia: Ed. UFG.
- Eisenhart, M. (1988). *The ethnographic research tradition and mathematics education research*. *Journal for Research in Mathematics Education*. 19, 99-114.
- Faria, M. F. C. S. (2008). *A Musicoterapia na evolução sócio – relacional de crianças com Perturbação do Espectro do Autismo*. [Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação: Educação Especial apresentada à Universidade Católica de Braga].
- Farrel, M. (2008). *Dificuldades de comunicação e autismo. Estratégias educacionais em necessidades especiais (guia do professor)*. Porto. Artmed Editora.
- Foddy, W. (1999). *Como perguntar: teoria e prática de perguntas em entrevistas e questionários*. Oeiras. Celta Editora.
- Fonseca, J.R.M., & Regina, V. (2005). *O autismo e a proposta psicanalítica*. In: *Revista Viver & Cérebro – Coleção Memórias da Psicanálise nº3 Melanie Klein*.
- Fonseca, V. (1996). *Aprender a aprender. A educabilidade cognitiva*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação da concepção à realização*. Loures. Lusociência.
- Galeano, E. (s/d). *De Pernas Pro Ar. A Escola do Mundo ao Averso*. Porto Alegre: L&PM.
- Gardner, H. (1994). *Estruturas da Mente: A Teoria das Inteligências Múltiplas*. Porto Alegre. Artes Médicas.
- Gil, A. (1989). *Como elaborar projectos de pesquisa*. 2ª Edição. São Paulo. Editoras Atlas S.A.

- Gil, A. (1989). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 2ª Edição. São Paulo. Editoras Atlas S.A.
- Goana, J. (s/d). *Revista "Educar Bem os Filhos"*. Editorial Grupo V. Lisboa.
- Gordon, E. (2000). *Teoria de aprendizagem musical para recém nascidos e crianças em idade pré-escolar*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Graue, M. E. & Walsh, D. J. (2003), *Investigação etnográfica com crianças: teorias, métodos e ética*. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Hazlett, H. C. et al. (2005). Magnetic Resonance Imaging and Head Circumference Study of Brain Size in Autism. *Arch Gen Psychiatry*. Vol. 62. Pp. 1366-1376.
- Hewitt, S. (2005). *Compreender o Autismo – estratégias para com os alunos nas escolas regulares*. Porto Editora.
- Hobson, R. (1989). *Beyond cognition: a theory of autism*. In Dawson G. (Eds.) *Autism: Natures, Diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.
- Janesick, V. J. (1994). *The dance of qualitative research design: metaphor, methodolatry and meaning*. In *Handbook of qualitative research*. Pp. 199-208. Sage Publications.
- Jordan, R. (2000). *Educação de crianças e jovens com autismo*. Ministério da Educação, Instituto de Inovação Educacional. Lisboa. Grafis.
- Kanner, L. (1943). *Autistic disturbances of affective contact*. *Nervous Child*, Vol.2, 217 – 250.
- Kolevzon, A. et al. (2006). *Selective Serotonin Reuptake Inhibitors in Autism: A review of efficacy and tolerability*. *Journal of clinical psychiatry*. Vol.67. 3. Pp. 407-414.
- Maheirie, K. (2002). *Constituição do sujeito, subjetividade e identidade*. In: *Revista Interações*. n. 8-13, p. 31-44.

- Marques, C. E. (2000). *Perturbações do Espectro do Autismo – Ensino de uma intervenção construtivista e Desenvolvimentista com mães*. Coimbra. Quarteto Editora.
- McCall, G. J. (1984). *Systematic field observation*. *Annual Review of Sociology*. 10, 263-282. (Uma boa visão do assunto, com argumentos a favor de um maior uso dos métodos de observação não participante em sociologia.)
- Moreno, J. J. (2004). *Activa tu música interior. Musicoterapia y Psicodrama*. Barcelona. Herder.
- Nelson, J. R. & Thomas, J. R. (2002). *Métodos de Pesquisa em Actividade Física*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Olano, J. A. S. *Los Niños com Autismo o Alteraciones Graves de la Personalidad*.
- Ozonoff, S. Dawson, G. & Mcpartland, J. (2002). *A Parent's Guide to Asperger Syndrome and High-Functioning Autism: How to meet the Challenges and Help your Child Thrive*. New York: Guilford Copyright 2002, The Guilford Press.
- Ozonoff, S. Rogers, S. & Hendren, R. (2003). *Perturbações do Espectro do Autismo. Perspectivas da Investigação Actual*. Lisboa. Climepsi Editores.
- Pereira, J. D. L. Vieites, M. F. & Lopes, M. S. (2007). *Animação, Artes e Terapias*. Intervenção – Associação para a promoção e divulgação cultural.
- Pereira, M. C. (2005). *Autismo, uma perturbação evasiva do desenvolvimento*. Vila Nova de Gaia. Gailivro.
- Pereira, M. C. (2005). *A Família e a Escola Face ao Autismo*. Vila Nova de Gaia. Gailivro.
- Pinelli, M. & Santelli, E. (2005). *Autismo e Competenze Cognitivo-Emotive*. Edizione Centro Studi Erickson. Gardolo.

- Quivy, R. & Campenhoudt, L. V. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa. Gradiva.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. V. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa. 4ª. Edição. Gradiva.
- Richardson, R. J. et al. (1985). *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo. Atlas.
- Rivière, A. (1996). *Actividad y Sentido en Autismo, 5th Congress Autism – Europe, Proceeding/Articulos*. Barcelona.
- Rodrigues, H. (2003). *Andakibebé*. Porto Editora. Campo das Letras.
- Rodrigo, M. S. (2008). *Musicoterapia – Terapia de Musica y Sonido*. 2.ª Edição. Producción editorial: Atype, S. L.
- Ruud, E. (1990). *Caminhos da Musicoterapia*. Editora Afiliada.
- Sacks, O. (1995). *Um antropólogo em Marte – sete histórias paradoxais*. Lisboa. Relógio D'Água Editoras.
- Saramago, J. (1986). *A Jangada de Pedra*. Lisboa. Caminho.
- Schopler, E. (1987). *Feelings and their medical significance*. Ohio: Madelon, Aylwin Timmons.
- Schütz, A. (1962). *Collected Papers, Vol I* Den Haag: Nijhoff.
- Siegel, B. (2008). *O Mundo da criança com Autismo. Compreender e tratar perturbações do Espectro do Autismo*. Porto Editora.
- Silva, S. S. (2009). *A Expressão Musical: (Re) Posição Social de adolescentes com Perturbações do Espectro do Autismo*. [Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação: Educação Especial apresentada à Universidade Católica de Braga].
- Sousa, A. B. (2005). *Psicoterapias Activas: (Arte-Terapias)*. Lisboa. Livros Horizonte.
- Sousa, M. J. & Baptista, C. S. (2011). *Como fazer investigação, dissertações, tese e relatórios, segundo bolonha*. Pactor.
- Spodek, B. (2002). *Manual de investigação em Educação de Infância*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Torres, R. M. (1998). *As canções tradicionais portuguesas no ensino da música – contribuição da metodologia de Zóltan Kodály*. Lisboa. Caminho Editora.
- Wing, L. & Gould, J. (1979). *Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children* *Epidemiology and classification. Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 9, 11-29.
- Wisnik, J.M. (1989). *O som e o sentido – Uma outra história das músicas*. S.P. Companhia das Letras.
- Wolff, S., Knauth, B. & Leichtl, G. (1988). *Kontaktbereich Beratung: Eine conversation sanalytische Untersuchung zur Verwendungsforschung*. Projektbericht, Hildesheim. MS.
- Yin, R. (2001). *Estudo de caso. Planejamento e Métodos*. 2ª Edição. Porto Alegre. Bookman.
- Verdeau, P. (1995). *L'identité Sonore – du concept à l'application en Musicothérapie*. Textos/material de apoio ao terceiro curso de Musicoterapia da Madeira.
- Viscott, D. S. (1970). *A Musical Idiot Savant*. *Psychiatry* 33:494-515.

REFERÊNCIAS LEGISLATIVAS

- Lei n.º46/86. *Lei de Bases do Sistema Educativo*. Diário da República – I Série, n.º237 – de 14 de Outubro de 1986, pp. 3067-3081.

REVISTAS

- CHAPUIS, J. (2001). *Aspectos de vida e música*. Lisboa: Revista da Associação Portuguesa de Educação Musical, n.º110, Julho/Setembro, 6-7.

PIRES, C. (2003, Janeiro 19). Do outro lado do muro. *Revista Notícias Magazine*. P.37 n.º556.

JORNAIS

The Boston Globe, 2003.

SITES CONSULTADOS

<http://es.msnusers.com/MusicoterapiaVipro/modelosteoricos.msnw> (consultado em 6 de novembro de 2011, inclui diversas informações no âmbito da Musicoterapia, especificamente modelos teóricos).

<http://musicoterapia.com.sapo.pt> (consultado em 7 de novembro de 2011, inclui diversas informações no âmbito da Musicoterapia em geral).

<http://www.dicio.com.br/heterogeneidade> (consultado em 10 de novembro de 2011, incluindo diversas informações no âmbito da heterogeneidade).

ANEXOS

Anexo I

Pedido de Autorização

Sou Patrícia Raquel Silva Fernandes, aluna do II Ciclo de Estudos em Ciências da Educação – Educação Especial da Universidade Católica Portuguesa do Centro Regional de Braga, e estou a desenvolver o Projeto de Mestrado em Ciências da Educação – Educação Especial (para obtenção do grau de Mestre) sob orientação da Professora Doutora Filomena Ponte, a desenvolver uma Investigação subordinada ao tema **“Sons e Silêncios. Musicoterapia no tratamento de indivíduos com Perturbação do Espectro do Autismo”** que tem como objectivo fundamental compreender os efeitos da Musicoterapia no tratamento de adultos com Perturbações do Espectro do Autismo.

Para o efeito, venho pela presente solicitar autorização de V.^a Ex.^a para a realização de observação e intervenção junto dos adultos com Perturbações do Desenvolvimento do Espectro do Autismo que frequentam a instituição que V.^a Ex.^a administra, nomeadamente através das sessões de Musicoterapia realizadas na APPDA – Norte, Vila Nova de Gaia.

Serão assegurados e respeitados os direitos dos jovens/adultos. As atividades irão decorrer na sala de aula, com o Musicoterapeuta e comigo.

Agradecendo desde já a atenção de V.^a Ex.^a para o ora solicitado, apresento os meus melhores cumprimentos. Para esclarecimento de qualquer dúvida não hesitem por favor em contactar-me.

Patrícia Raquel Silva Fernandes

(Telemóvel: 913447621; E-mail: praquelinha@hotmail.com)

Braga, ____ de _____ de 201_

Assinatura _____

(Patrícia Raquel Silva Fernandes)

Anexo 2

Consentimento Pais dos Jovens/Adultos

Eu, Patrícia Raquel Silva Fernandes, aluna do II Ciclo de Estudos em Ciências da Educação – Educação Especial da Universidade Católica Portuguesa do Centro Regional de Braga, encontro-me a desenvolver um Projeto de Mestrado em Ciências da Educação – Educação Especial (para obtenção do grau de Mestre) sob orientação da Professora Doutora Filomena Ponte. Esta Investigação, subordinada ao tema **“Sons e Silêncios. Musicoterapia no tratamento de indivíduos com Perturbação do Espectro do Autismo”** tem como objectivo fundamental, compreender os efeitos da Musicoterapia no tratamento de adultos com Perturbações do Espectro do Autismo.

Para o efeito, venho pela presente solicitar autorização de V. as Ex. as para a participação da/do seu filho (a) no referido trabalho de investigação, nomeadamente através das sessões de Musicoterapia realizadas na APPDA – Norte, Vila Nova de Gaia.

Serão assegurados e respeitados os direitos dos jovens/adultos. As atividades irão decorrer na sala de aula, com o Musicoterapeuta e comigo.

Agradecendo desde já a atenção de V. as Ex. as para o solicitado.

Apresento os meus melhores cumprimentos.

Patrícia Raquel Silva Fernandes

Braga, ____ de _____ de 201__

✂ _____ (Recortar e devolver, Patrícia Fernandes, s.f.f.)

Eu, encarregado de educação _____ autorizo o/a meu/minha filho (a) a participar no Projeto de Mestrado em Ciências da Educação – Educação Especial de Patrícia Raquel Silva Fernandes, aluna da Universidade Católica Portuguesa, Braga.

Assinatura _____

Anexo 3

Guião para a entrevista ao Musicoterapeuta

Com a presente Entrevista objectiva-se a opinião do Musicoterapeuta, sobre a técnica utilizada, em termos de eficiência e benefícios para este grupo de indivíduos, portadores de *Perturbação de Espectro do Autismo*.

Recordo, que serão asseveradas e respeitadas todas as informações, sendo essas de carácter anónimo, pedindo contudo, que responda o mais à-vontade possível, mantendo a sinceridade.

-
- ❶ *O que entende por Autismo? Perturbação do Espectro do Autismo?*
 - ❷ *A música é uma terapia para o Autismo?*
 - ❸ *“O autismo é uma perturbação do desenvolvimento que afecta muitos aspectos de como a criança compreende o mundo que a rodeia e aprende com as suas experiências. As crianças com autismo não apresentam o desejo natural de contacto social” (Marques, 2000, p.15).*

Segundo este autor, e recorrendo ao título do tema que me trás cá, “Sons e Silenciamentos. Musicoterapia no tratamento de crianças com Perturbações do Espectro do Autismo.”; de que forma os sons e silenciamentos, a nível da musicoterapia, influenciam/estimulam este tipo de jovens/adultos?
 - ❹ *Desde o início da sua carreira sentiu progressão a nível (e.g., social, emocional/comportamental) relativamente à amostra em questão?*
 - ❺ *Quais? Em que circunstâncias? No momento da sessão de musicoterapia, ou em quaisquer outros momentos?*
 - ❻ *A Musicoterapia atenua as estereotípias dos Autistas? De que forma?*

7 Usa variados instrumentos, daí poder afirmar que é um pesquisador em repertório musical! Com que intenção e objectivos os utiliza? Que diferença sente com o uso de diversificados instrumentos?

8 Tendo em conta a amostra, quais os instrumentos mais apelativos?

9 Sendo os três elementos da música (ritmo, harmonia e melodia). Consegue evidenciá-los numa mesma sessão? Consegue fazê-lo com 1 ou mais elementos da amostra?

10 Segundo Wing, para melhor compreender a forma como o Autismo afeta o indivíduo, ele agrupou numa “Triade de Incapacidades” três distintas áreas: a comunicação, a imaginação e a socialização.

Utilizando a amostra em questão, existe 1 ou mais elementos que reúna em simultâneo estas características, manifestando-as de uma forma perceptível na sua vida, no seu dia-a-dia?

11 Quais foram as mudanças significativas sobre o impacto da Musicoterapia na relação dos jovens/adultos sobre eles próprios e para com os outros?

12 Qual a função terapêutica da Musicoterapia nas dimensões psicofisiológicas e emocionais?

13 Em jeito de terminar esta entrevista, na sua opinião, acha a Musicoterapia como um contributo para o bem-estar destes cidadãos? Comente.

Anexo 4

INQUÉRITO

Este inquérito foi criado no decorrer de uma investigação no âmbito do Curso de Mestrado em Ciências da Educação - Universidade Católica Portuguesa, pertencente ao Centro Regional de Braga.

Pretende-se analisar a sua opinião, como Encarregado de Educação, relativamente ao tema da tese: **“Sons e Silêncios. Musicoterapia no Tratamento de Indivíduos com Perturbações do Espectro do Autismo”**.

O anonimato das respostas é totalmente garantido. Por isso pedimos-lhe que responda com total sinceridade.

Em cada afirmação, **assinale com uma cruz (X)** no que corresponde à sua opinião.

I – Identificação Pessoal (Encarregado de Educação)

Género:

Masculino

Feminino

Idade:

20 – 29

30 – 39

40 – 49

>50

Habilitações Literárias:

Ensino Básico

Ensino Secundário

Ensino Superior

Profissão: _____

II – Problemática sobre Autismo

- 1) Com que idade foi diagnosticado no seu/sua filho/a, o Síndrome do Autismo.

Durante os períodos pré, peri e pós nat
Durante a infância
Durante a adolescência
Mais tardiamente

Se respondeu mais tardiamente,
Com que idade? _____

- 2) Indique em qual dos seguintes aspectos, incide a problemática do seu/sua filho/a.

Mental
Motora
Sensorial
Social
Emocional/comportamental
Cognição
Outra

No caso de ter respondido anteriormente Outra,
Refira qual? _____

- 3) Após o diagnóstico da problemática do seu/sua filho/a, quais foram os meios de apoio que foram utilizados, como forma a melhorar as capacidades e desenvolvendo do potencial do seu filho/a.

Psicologia	<input type="checkbox"/>
Terapia da fala	<input type="checkbox"/>
Terapia ocupacional	<input type="checkbox"/>
Ensino Especial	<input type="checkbox"/>
Musicoterapia	<input type="checkbox"/>
Psicomotricidade	<input type="checkbox"/>

- 4) No seu entender, como define **Autismo**?

III – Inclusão da Musicoterapia (Música) no Tratamento de indivíduos com Perturbações do Espectro do Autismo (PEA)

- 1) Na sua opinião e, segundo citado por Amaral (1978), a *“Musicoterapia é um tratamento através da música que estimula no paciente uma actividade interior e exterior, psíquica e física, com a finalidade de comunicação e integração social”* (p. 165):

Sim

Não

- 2) Consequentemente, a Musicoterapia (Música) assume-se na sociedade como possuidora de um carácter terapêutico:

Sim

Não

- 3) “ *A perturbação da interação recíproca é notória e visível, podendo também ocorrer uma incapacidade marcante no uso de múltiplos comportamentos não-verbais (e.g., como o contacto pelo olhar, a expressão facial, postura corporal), que regulam a interação social e a comunicação.*” (Marques, 2000, p. 28).

Com efeito, sente que ao longo do tempo, e após a inclusão da sua/seu filho/a no tratamento de Musicoterapia (Música), verificou melhorias na forma como reage com os outros:

Sim

Não

- 4) No seu entender, a Musicoterapia (Música) atenua, de certa forma, os comportamentos estereotipados característicos de indivíduos com perturbação do espectro do autismo (PEA):

Sim

Não

- 5) Em que áreas, acha que ocorreram melhorias significativas:

Comportamental

Cognitiva

Social/Emocional

Na existência de outros tipos de melhorias.

Quais?

Agradeço a sua colaboração, foi importante!

Anexo 5

QUESTIONÁRIO

O presente questionário foi criado no decorrer de uma investigação no âmbito do Curso de Mestrado em Ciências da Educação - Universidade Católica Portuguesa, pertencente ao Centro Regional de Braga.

Pretende-se analisar a sua opinião, como Técnicos, relativamente ao tema da tese: **“Sons e Silêncios. Musicoterapia no Tratamento de Indivíduos com Perturbações do Espectro do Autismo”**.

O anonimato das respostas é totalmente garantido. Por isso pedimos-lhe que responda com total sinceridade.

Em cada afirmação, **assinale com uma cruz (X) o número** que corresponde à sua opinião, sendo que:

- 1) **Concordo totalmente**
- 2) **Concordo**
- 3) **Indeciso/a**
- 4) **Discordo**
- 5) **Discordo totalmente**

	1	2	3	4	5
1) <i>A Música consiste numa combinação de sons e silêncios.</i>					
2) <i>A Música deve fazer parte integrante da educação geral do homem. O organismo humano é susceptível de ser educado eficazmente, conforme a ordem e o impulso da Música.</i>					
3) <i>A Música é considerada como uma prática cultural e humana, crucial na aprendizagem, proporcionando a base primordial para a</i>					

<i>auto-expressão das emoções.</i>					
<i>4) A Música tem um grande impacto tanto na educação de indivíduos em geral, como na educação de indivíduos com Necessidades Educativas Especiais (NEE).</i>					
<i>5) O estímulo musical representa um canal alternativo para a comunicação caso a pessoa não responda aos canais de comunicação normais.</i>					
<i>6) A Musicoterapia é um tratamento através da Música que estimula no paciente uma actividade interior e exterior, psíquica e física, com a finalidade de comunicação e integração social.</i>					
<i>7) A Musicoterapia atenua os comportamentos estereotipados característicos dos jovens diagnosticados com a Perturbação do Espectro do Autismo (PEA).</i>					
<i>8) Os jovens com PEA que apresentam dificuldades na comunicação, socialização e imaginação, beneficiam com a Musicoterapia.</i>					
<i>9) O musicoterapeuta não desempenha o papel de professor de Música, pois seus objectivos são terapêuticos e não pedagógicos.</i>					
<i>10) A Musicoterapia pode ser considerada uma arte e uma ciência paramédica com objectivos terapêuticos.</i>					
<i>11) A maioria das crianças com PEA começa a manifestar anomalias do desenvolvimento nos dois primeiros anos de vida.</i>					

<p>12) O Autismo é uma perturbação do desenvolvimento que afecta muitos aspectos de como a criança compreende o mundo que a rodeia e aprende com as suas experiências.</p>					
<p>13) Os jovens com Autismo não apresentam o desejo natural de contacto social.</p>					
<p>14) O Autismo resulta de uma perturbação de determinadas áreas do sistema nervoso central, que afectam a linguagem, o desenvolvimento cognitivo e intelectual e a capacidade de estabelecer relações.</p>					
<p>15) Características comportamentais como a sociabilidade, o jogo, a linguagem, a comunicação no seu todo, assim como o nível de actividade e o repertório de interesses distinguem os jovens autistas dos demais que apresentam outro tipo de perturbações.</p>					

Agradeço a sua colaboração, foi importante!

Anexo 6

Respostas da entrevista ao Musicoterapeuta

❶ O que entende por Autismo? Perturbação do Espectro do Autismo?

Para além de ser uma Perturbação do Desenvolvimento, à qual ainda se está longe de assinalar as causas. Prefiro ver o Autismo como uma Perturbação que afecta capacidades de um indivíduo a nível do neuro-desenvolvimento do mesmo e que dificulta a leitura de todo o meio envolvente com todos os seus aspectos sociais, de interacção, a leitura que se faz dos estímulos e normas que gerem o meio ambiente e principalmente o valor da comunicação, para que serve? O que é que se diz? São um conjunto de sons verbais, a que se chama comunicação, que não é de fácil entendimento e que para pessoas com Autismo, a maioria, não consegue responder “à letra”.

❷ A música é uma terapia para o Autismo?

A música é um conjunto de sons, que através dos factores ritmo/melódia/harmonia se torna agradável ao ouvido e nos dispõe bem ou mal conforme o momento. A maioria das pessoas, independentemente de rótulos, gosta de ouvir música. Quero com isto dizer que tudo o que for agradável para um indivíduo, pode servir de canal para estabelecer relações e com isto servir de comunicação. Assim, se estamos perante um indivíduo que se vê limitado na interacção social e na comunicação, a música pode servir para atenuar e permitir que se possam desenvolver capacidades.

❸ “O autismo é uma perturbação do desenvolvimento que afecta muitos aspectos de como a criança compreende o mundo que a rodeia e

aprende com as suas experiências. As crianças com autismo não apresentam o desejo natural de contacto social” (Marques, 2000, p.15).

Segundo este autor, e recorrendo ao título do tema que me trás cá, “Sons e Silêncios. Musicoterapia no tratamento de crianças com Perturbações do Espectro do Autismo.”; de que forma os sons e silêncios, a nível da musicoterapia, influenciam/estimulam este tipo de jovens/adultos?

O autor diz que “as crianças com autismo não apresentam o desejo natural de contacto social”, mas é também de salientar, e digo isto porque trabalho na área á muitos anos, que a presença do técnico e a forma como estabelecer relações com a criança com autismo pode vir a ser um meio de obtenção de confiança e segurança, ao qual a criança vai começar a gostar e a procurar, e se isso estiver associado também a uma actividade que lhe dá prazer é como se fosse “ouro sobre azul”. O silêncio é extremamente importante e de respeitar por parte de “terceiros”. Numa partilha do silêncio a criança e o terapeuta pode ser o caminho para que aconteça o “podes entrar, estás em casa!”.

④ Desde o início da sua carreira sentiu progressão a nível (e.g., social, emocional/comportamental) relativamente à amostra em questão?

⑤ Quais? Em que circunstâncias? No momento da sessão de musicoterapia, ou em quaisquer outros momentos?

...

Sem falar em nenhum caso específico da amostra, todos tiveram os seus progressos e nalguns casos retrocessos, por vezes é preciso fazer um “bom” retrocesso para que se alcance um bom progresso. Para que não me interprete mal no que termino de dizer, vou dar um exemplo: - um jovem com autismo que é “bombardeado” diariamente com informação, e que a dado momento por não o entender, deixa de ser espontâneo e de tomar iniciativa, e passa a depender da avaliação de alguém, se está mal ou bem... ou se pode fazer ou

não... ou devo pegar ou não! Este tipo de comportamento vai ser alargado a todo o seu universo. É necessário esperar, sem qualquer ordem, que tome a mais simples iniciativa, para podermos valorizar e encorajar a fazer mais. No entanto, nesse período de espera, há quem o avalie como um retrocesso. Após conquista atrás de conquista, todo o envolvimento irá melhorar e fazer progressos numa dinâmica social/emocional e comportamental. Assim como eu disse, o comportamento é expandido e passa a todo o universo de interesses, isto no que respeita ao retrocesso, também nos progressos o leque de imediato em várias áreas são maiores e mais generalizados. Num caso simples: “um jovem que na música se torna mais apto a utilizar as baquetas numa caixa ou bombo, melhor utilizará a faca e garfo para comer”.

⑥ A Musicoterapia atenua as estereotípias dos Autistas? De que forma?

Eu aqui não sirvo de exemplo. Primeiro porque para mim, tirando apenas as que são auto e hetero lesivas, as estereotípias são importantes para o organismo. Ajudam a obter o equilíbrio, são como um metrónomo que nos dá constantemente a pulsação. Por isso não tento de maneira nenhuma através da música minimizar as estereotípias, mas provavelmente mostrando que todos os movimentos do nosso corpo podem produzir música (dar funcionalidade e entendimento). No entanto, quando é necessário recorrer à estereotípiia rítmica e “mecânica”, em respeito!

⑦ Usa variados instrumentos, daí poder afirmar que é um pesquisador em repertório musical! Com que intenção e objectivos os utiliza? Que diferença sente com o uso de diversificados instrumentos?

Eu sou um apaixonado por “bombos”, talvez mais por paus (baquetas) que possam bater um tudo quanto é sítio e daí advir uma imensidade de sons. No entanto, em sonho ... e tendo aproximado os meus sonhos à realidade. Dou um exemplo: se

uma criança com autismo utiliza poucos sons para se fazer entender e se em simultâneo gosta de determinada melodia. Então, além de lhe cantar, tento fazer um dueto com os sons dela, até que me possa surpreender e em substituição do aparelho que permite este dueto, tem a voz dela ao vivo, a acompanhar-me. Claro que trabalho para estes adultos com equipamentos dispendiosos e sofisticados, mas são eles um instrumento que me vai facilitar a chegar à “terra do nunca”.

8 Tendo em conta a amostra, quais os instrumentos mais apelativos?

O bumbo é por excelência o instrumento preferido. E reparem, mais primitivo, pode ser tocado no isolamento ou em grupo. Relembro que foi com as mãos que experimentamos e conhecemos o mundo. Além de tudo isto, é muito mais fácil falar através dele, do que utilizar a voz.

9 Sendo os três elementos da música (ritmo, harmonia e melodia). Consegue evidenciá-los numa mesma sessão? Consegue fazê-lo com 1 ou mais elementos da amostra?

É sempre minha preocupação estar atento a todos os sinais fornecidos pelas pessoas com autismo. Um simples levantar de um dedo ou baixar o mesmo, que pode ser visto como estereotípia, pode ser simplesmente uma antena que procura uma melhor frequência ou captação de final. Os sons vocais que eles possam fazer podem significar um “não estou a gostar” ou simplesmente cantarolar melodicamente e harmonicamente ao momento saboroso.

10 Segundo Wing, para melhor compreender a forma como o Autismo afeta o indivíduo, ele agrupou numa “Tríade de Incapacidades” três distintas áreas: a comunicação, a imaginação e a socialização.

Utilizando a amostra em questão, existe 1 ou mais elementos que reúna em simultâneo estas características, manifestando-as de uma forma perceptível na sua vida, no seu dia-a-dia?

Estas características podem estar presentes em momentos ou períodos de tempo e extinguírem-se noutros. Claro que se falarmos em comunicação verbal, ou se tem ou não se tem. Mas todos sabemos que somos comunicadores por excelência. Nós falamos com as mãos, falamos com os olhos, com expressões faciais, as pessoas com autismo são ricas nessa matéria. A imaginação numa pessoa com autismo está mais comprometida, mas mesmo assim o mundo imaginário não se rege só pelas nossas regras. Assim, talvez tenhamos que aprender as regras que não nos foram a nós ensinadas por ninguém, desde pequenos, e quem sabe viveremos com outra imaginação e os compreendamos melhor.

11 Quais foram as mudanças significativas sobre o impacto da Musicoterapia na relação dos jovens/adultos sobre eles próprios e para com os outros?

É muito difícil avaliar as coisas assim. Seja qual for a terapia, o importante é que haja uma mudança colectiva na forma de conviver com as pessoas, mais uma vez tenham elas rótulos ou não, se a equipa técnica saborear o momento de troca de experiências com as crianças com autismo, aprendam um novo código e uma nova gramática para se entenderem, isso irá surtir efeitos terapêuticos em ambos os lados.

12 Qual a função terapêutica da Musicoterapia nas dimensões psicofisiológicas e emocionais?

A música como forma terapêutica é infinita. A música é algo que paira no ar e não nos assenta, mesmo que esteja em volume elevado. No entanto, a voz humana ao vivo, tanto aconchega como amedronta. Podemos comparar os efeitos da música como: através do fisiológico, neste caso dos olhos, eles são o espelho da alma, alma que traduz todos os nossos sonhos e os nossos pensamentos e devido a gostarmos do que ouvimos,

quer os sonhos, quer os pensamentos são bonitos e suaves, que por sua vez relaxa os músculos e nos faz dormir melhor.

❶❷ Em jeito de terminar esta entrevista, na sua opinião, acha a Musicoterapia como um contributo para o bem-estar destes cidadãos? Comente.

Ouvir só por ouvir, para quem gosta de música, já por si só produz bem-estar. Se gostássemos de dança ao som da música, mas não tivéssemos ritmo e não tivéssemos par, e para além disso fossemos envergonhados, tudo iria ser complicado. Se alguém aparece na nossa vida e nos tenta ensinar tudo isso, nós vamos ter um maior prazer e ficamos bem. Lembrem-se sempre que nós somos um dos pares, mas que do outro lado além da vontade ser muita, também gosta de se divertir e não fazer as coisas por obrigação.

Anexo 7

Instrumentos de avaliação para o diagnóstico dos elementos da amostra

Childhood Autism Rating Scale – CARS (Escala de Classificação do Autismo Infantil).

Esta consiste num conjunto de 15 escalas onde incluem:

- (i) relacionamento interpessoal;
- (ii) imitação;
- (iii) respostas emocionais;
- (iv) uso do corpo;
- (v) uso dos objectos;
- (vi) adaptação às mudanças;
- (vii) respostas visuais;
- (viii) respostas auditivas;
- (ix) uso dos sentidos próximos;
- (x) medo e ansiedade;
- (xi) comunicação verbal;
- (xii) comunicação não-verbal;
- (xiii) nível de actividade;
- (xiv) funcionamento intelectual;
- (xv) impressões gerais.

A aplicação deste teste resulta da cotação feita em cada escala e que se rege segundo um contínuo que varia entre o comportamento normal e o comportamento severamente alterado. Como resultado apresentam-se três categorias distintas: **ausência de autismo, autismo ligeiro a moderado, e autismo severo.**

Psychoeducational Profile Revised (PEP-R) (Perfil Psicoeducacional Revisto)

Esta nova edição surgiu como resposta à necessidade crescente de avaliar e planear a intervenção educativa das crianças mais novas onde foram incluídos novos itens na faixa etária inferior aos dois anos e meio, bem como para avaliar o funcionamento da linguagem. O *PEP-R*

consiste num inventário de competências e comportamentos destinados a identificar padrões de aprendizagem idiossincráticos e peculiares, aplicando-se sobretudo a crianças com idades reais entre 1 e 12 anos de idade e com uma idade mental entre os 6 meses e os 7 anos de idade. O teste encontra-se dividido em duas escalas, nomeadamente: Escala de Desenvolvimento (composta por 131 itens) e Escala de Comportamento (composta por 42 itens), que avaliam simultaneamente o atraso de desenvolvimento e a ocorrência de comportamentos atípicos. Relativamente à primeira escala - Escala de Desenvolvimento - esta avalia o funcionamento da criança em 7 áreas distintas: (1) Imitação; (2) Percepção; (3) Coordenação Motora Fina; (4) Coordenação Motora Global; (5) Integração Óculo-Manual; (6) Realização Cognitiva e; (7) Cognição Verbal. A segunda escala - Escala de Comportamento - identifica alterações do comportamento em diferentes níveis, tais como: (1) relacionamento e afecto; (2) jogo e interesse pelos materiais; (3) respostas sensoriais, e; (4) linguagem.

O material do *PEP-R* abrange um conjunto de brinquedos e materiais didácticos apresentados à criança no contexto de actividades de jogo estruturadas.

Para além do sistema tradicional de cotação em termos de sucesso ou insucesso, a Escala de Desenvolvimento inclui um terceiro nível de cotação designado por emergente. Uma resposta é cotada com esta designação quando a criança completa parcialmente a tarefa ou demonstra que compreende apenas parte da instrução que lhe é dada. Os itens da Escala de Comportamento são cotados segundo: adequado, moderado ou severo.

De um modo geral, o objectivo principal deste instrumento de avaliação é a planificação de programas educativos individualizados, ou não fossem os resultados finais obtidos transformados num perfil.

Anexo 8

Caracterização da Equipa Pedagógica da APPDA - Norte



A APPDA-NORTE – Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo, é uma IPSS que está a funcionar há 27 anos, tem por missão promover a qualidade de vida das Pessoas com Perturbações do Espectro do Autismo, de todos os grupos etários e suas famílias e como visão possuir uma estratégia de crescimento, orientada para a criação de serviços e equipamentos especializados no apoio e acompanhamento de pessoas com PEA. Alcançar e manter uma imagem de competência e credibilidade e por último, assumir-se como uma Instituição de referência a nível nacional e internacional.

Actualmente, temos 53 colaboradores distribuídos por três valências e um projecto, apoiando 75 pessoas com Autismo, nas faixas etárias dos 18 meses aos 44 anos. Temos a funcionar consulta de diagnóstico aberto à comunidade (cerca de 650 processos).

Em Julho de 2011 foi-nos atribuída a Certificação da Qualidade- Equasse Assurance pelo Comité Europeu de Atribuição do European Quality in Social Services.

Temos um acordo com o Centro Distrital de Segurança Social do Distrito do Porto, que nos apoia em 62% dos custos, ficando o restante a cargo da Associação.

Anexo 9

Quadro de Categorização dos Dados da Entrevista ao Musicoterapeuta

Categorias	Subcategorias	Indicadores
A - Problemática sobre Autismo	A1 - Nível Social	<p><i>“Prefiro ver o Autismo como uma Perturbação que afecta capacidades de um indivíduo a nível do neuro-desenvolvimento do mesmo e que dificulta a leitura de todo o meio envolvente com todos os seus aspectos sociais, de interacção, a leitura que se faz dos estímulos e normas que gerem o meio ambiente e principalmente o valor da comunicação (...) conjunto de sons verbais, a que se chama comunicação, que não é de fácil entendimento”.</i></p> <p><i>“Pode servir de canal para estabelecer relações e com isto servir de comunicação. Assim, se estamos perante um indivíduo que se vê limitado na interacção social e na comunicação, a música pode servir para atenuar e permitir que se possam desenvolver capacidades”.</i></p> <p><i>“A presença do técnico e a forma como estabelecer relações com a criança com autismo pode vir a ser um meio de obtenção de confiança e segurança, ao qual a criança vai começar a gostar e a procurar”.</i></p>
	A2 - Nível Emocional	<p><i>“A música é um conjunto de sons, que através dos factores ritmo/melodia/harmonia se torna agradável ao ouvido (...) independentemente de rótulos”.</i></p> <p><i>“Ouvir só por ouvir, para quem gosta de música, já por si só produz bem-estar”.</i></p>

	<p align="center">A3 - Nível Comportamental</p>	<p><i>“Assim como eu disse, o comportamento é expandido e passa a todo o universo de interesses (...) também nos progressos o leque de imediato em várias áreas são maiores e mais generalizados. Num caso simples: “um jovem que na música se torna mais apto a utilizar as baquetas numa caixa ou bombo, melhor utilizará a faca e garfo para comer” “.</i></p>
<p align="center">B - Inclusão da Musicoterapia no Tratamento de indivíduos com Perturbações do Espectro do Autismo</p>	<p align="center">B1 - Comunicação</p>	<p><i>“Claro que se falarmos em comunicação verbal, ou se tem ou não se tem. Mas todos sabemos que somos comunicadores por excelência. Nós falamos com as mãos, falamos com os olhos, com expressões faciais, as pessoas com autismo são ricas nessa matéria”.</i></p>
	<p align="center">B2 - Socialização</p>	<p><i>“Se uma criança com autismo utiliza poucos sons para se fazer entender e se em simultâneo gosta de determinada melodia. Então, além de lhe cantar, tento fazer um dueto com os sons dela, até que me possa surpreender e em substituição do aparelho que permite este dueto, tem a voz dela ao vivo, a acompanhar-me”.</i></p> <p><i>“Seja qual for a terapia, o importante é que haja uma mudança colectiva na forma de conviver com as pessoas, mais uma vez tenham elas rótulos ou não, se a equipa técnica saborear o momento de troca de experiências com as crianças com autismo, aprendam um novo código e uma nova gramática para se entenderem, isso irá surtir efeitos terapêuticos em ambos os lados”.</i></p>

	B3 - Imaginação	<i>“A imaginação numa pessoa com autismo está mais comprometida, mas mesmo assim o mundo imaginário não se rege só pelas nossas regras. Assim, talvez tenhamos que aprender as regras que não nos foram a nós ensinadas por ninguém, desde pequenos, e quem sabe viveremos com outra imaginação e os compreendamos melhor”.</i>
--	------------------------	---

Anexo 10

Características Globais da Amostra

◆ A

Idade: 31 anos

A família do **A** é constituída pela mãe, três irmãos (duas do sexo feminino e um do sexo masculino) e pela avó materna (com quem viveu até à data da sua institucionalização). A participação da família na vida do **A** é diminuta, visto que, recebe visitas esporádicas, especialmente da avó materna, sobretudo nos seus aniversários. Estes momentos são muito importantes para o **A**, visto que, reconhece a família e mostra-se feliz. Apesar de se tratar de uma família economicamente carenciada, está socialmente incluída e é capaz de mobilizar as redes de suporte. A nível económico o **A** possui como única fonte de rendimento a pensão social de invalidez.

O **A** é um jovem com Perturbação do Espectro do Autismo, com atraso mental associado, que apresenta comportamentos de auto e hetero agressividade, atentatórios para a sua integridade física. Apresenta cegueira devido a cataratas e subsequente deslocação da retina, adquirida por comportamentos autoagressivos. Contudo, consegue deslocar-se de forma relativamente autónoma. Em alguns momentos aparenta ver sombras. Quando não se encontra bem fisicamente, demonstra-o comunicando através de linguagem corporal, emitindo sons de desconforto e auto agredindo-se, ou agredindo o outro. Por vezes rasga a roupa motivado por desconforto, geralmente, não se encontra um motivo aparente, não havendo forma de prever o sucedido.

Apresenta uma idade de independência de 2 anos e 7 meses, baseada na avaliação efectuada por recurso ao Inventário para a Planificação de Serviços e Planificação Individual. Não possui linguagem verbal, mas expressa-se por sons, geralmente, associados a linguagem corporal (gestos intencionais). Parece dialogar com sons quando está bem-disposto. Compreende muitas indicações dadas, por exemplo, “vamos jantar” ou “vamos tomar banho”.

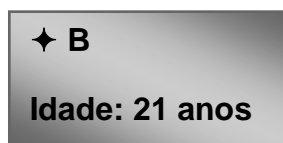
Relativamente ao auto conceito considera-se que o **A** tem a sua identidade definida conseguindo distinguir o seu Eu dos outros. Aparenta ter compreensão das limitações inerentes à incapacidade visual. A percepção dos que o rodeiam é de que o **A** é feliz, o que nos leva a inferir que apresenta um nível satisfatório de realização pessoal. Apesar de demonstrar alguma recusa, acompanha os colegas em actividades desenvolvidas na comunidade, e é sempre incluído nas mesmas, desde que seja assegurado um ambiente controlado.

O **A** é autónomo nas competências de vestir/despir, porém, necessita que se entregue as peças de vestuário na posição correcta, se vestir de forma incorrecta rejeita. Não aperta botões, molas ou laços, conseguindo desapertar o botão e o fecho das calças. Tem controlo dos esfíncteres,

mas não faz uso adequado do WC, nomeadamente vai baixando a roupa antes mesmo de chegar ao WC, não usa papel higiénico, não se veste antes de sair do espaço e não lava as mãos, estas, só com indicação. Aceita o banho e colabora no esfregar do corpo, necessitando que lhe seja apenas colocado o gel de banho; esfrega um pouco a cabeça e limpa o corpo, necessitando de ajuda verbal. Alimenta-se autonomamente, sem dificuldades, e com alguma selectividade. Colabora no momento de levantar os seus utensílios, após as refeições, levando-os para a banca da cozinha. Não transporta o tabuleiro, por dificuldade de visão. Quando rasga papel/plástico é capaz de, após indicação, apanhar o lixo e colocar no cesto.

O **A** desloca-se na comunidade mas necessita do acompanhamento permanente de uma pessoa. Não tem noção do valor do dinheiro, nem é capaz de usá-lo.

O **A** encontra-se institucionalizado, frequentando as respostas sociais CAO (Centro de Actividades Ocupacionais) e Lar Residência. Reside num apartamento de tipologia T5 com mais 4 colegas, onde são satisfeitas as suas principais necessidades básicas. O **A** nunca frequentou o ensino regular



Segundo testemunho do técnico da Musicoterapia, a **B** é órfã. Foi abandonada à porta da segurança social, onde permaneceu até vir para a APPDA - Norte.

É uma jovem com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), avaliada pela escala CARS (Avaliação Complementar do Autismo)⁵ com a cotação total igual a 46, o que indicia um quadro de Autismo Severo. Manifesta comportamentos de auto e hetero agressividade, o que implica medidas de contenção (usa casaco de contenção). Tem associado um quadro de surdez neurosensorial bilateral profunda e apresenta ainda uma cegueira provocada por automutilação, que se seguiu a um quadro de miopia grave. Manifesta ainda bruxismo (ranger os dentes de forma rítmica), especialmente quando se encontra mais agitada, o que lhe provoca a determinada altura cáries dentárias.

Não manifesta linguagem oral, mas expressa as suas emoções mostrando o desagrado batendo o pé com muita energia e modificando as expressões faciais. Não apresenta reciprocidade

⁵ “ Esta escala de classificação, inventada na Carolina do Norte (EUA) para utilização na clínica de tratamento e educação de crianças autistas e com deficiências de comunicação (TEACCH – Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children), assenta num conjunto global de observações baseadas em vários sistemas de diagnóstico. Permite reunir provas a partir de um conjunto de 15 itens que reflectem muitos factos do autismo. A escala de classificação é cumulativa” (van Stevenson et al, 2006, p. 25).

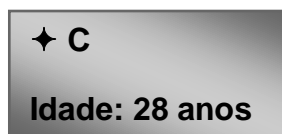
comunicativa, mas entende bem as indicações que são dadas. Aparenta ter compreensão das limitações inerentes à incapacidade visual, demonstrando receio e tateando para alcançar o que precisa. Passa períodos de choro persistente sem motivo aparente. Tem uma postura inadequada, mantendo-se em posição fetal.

A sua autonomia está muito condicionada pela sua perda de visão recente, estando num processo de aprendizagem do uso do tacto. Não se desloca sozinha, senão em pequenos percursos, num ambiente familiar, para isso necessita que se coloque a sua mão em referências, sendo sempre apoiada. Relativamente ao auto conceito considera-se que a **B** tem a sua identidade definida conseguindo distinguir o seu Eu dos outros.

É necessário que a **B** seja encaminhada para o WC, isto segundo um horário determinado ao qual tem dificuldade em fugir, estando a aumentar a sua flexibilidade. Na utilização do WC, consegue tirar as calças, com excepção do desapertar do botão. Se lhe derem, usa o papel higiénico para se limpar, embora, de forma incipiente. Sofre de obstipação (geralmente evacua uma vez por semana). Lava as mãos com algum cuidado, mas não esfrega as costas das mãos. Esfrega bem os dentes, mas não é autónoma no colocar da pasta de dentes, bebe a água em vez de a deitar fora.

A **B** tem dificuldades em aceitar alguns alimentos, sobretudo os sólidos, e necessita de uma figura de autoridade (neste caso é o técnico da Musicoterapia) para o fazer. Não gosta de mastigar. Quando come com pessoas diferentes, tenta excluir uma série de alimentos, sendo necessário insistir muito para que os aceite.

A **B** desloca-se na comunidade necessitando do acompanhamento permanente de uma pessoa. Não tem noção do valor do dinheiro, nem é capaz de o usar. A **B** toma decisões, que não são as melhores para ela, mas é bastante determinada. O **B** nunca frequentou o ensino regular.



O **C** vive com os pais e um irmão e tem ainda o apoio de uma madrinha. A residência é uma moradia de tipologia V3, considerando-se que, a família tem um suporte económico razoável, sendo capaz de suprir todas as necessidades do **C**. A nível económico, o **C** possui como única fonte de rendimento o Subsídio Mensal Vitalício. Frequenta a associação, nas respostas sociais CAO (Centro de Actividades Ocupacionais) e Lar Residência, esta última de forma irregular, só para respiro da família. Usufrui de um apartamento de tipologia T5 com mais 4 colegas, onde são satisfeitas as suas necessidades básicas.

É um jovem com Perturbações do Espectro do Autismo, com atraso mental associado, que apresenta crises epilépticas (uso de um capacete, para protecção da cabeça) muito frequentes e

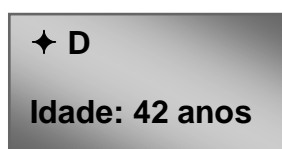
graves, que poderão colocar em risco a sua integridade física, em média duas vezes por dia. Ao fim de semana o número de crises aumenta. A medicação para controlo das crises tem vindo a ser alterada constantemente, sem qualquer êxito, tendo inclusive feito um implante de um estimulador do nervo vago, também sem êxito. O **C** tem uma rigidez muscular acentuada, tem permanentemente os joelhos flectidos, o que lhe prejudica a marcha. É periodicamente acompanhado em Fisioterapia para minimizar os efeitos desta rigidez. Apresenta uma idade de independência de 9 meses, baseada na avaliação efectuada por recurso ao Inventário para a Planificação de Serviços e Planificação Individual.

Não possui linguagem oral mas expressa-se por sons, geralmente, associados a linguagem corporal (gestos intencionais). Apesar da baixa reactividade, parece ter alguma compreensão da linguagem sintonizando os estados emocionais às mensagens que lhe são transmitidas.

É dependente na alimentação, mas ao longo dos anos tem evoluído na facilidade com que colabora no pegar dos talheres e leva à boca. Actualmente, tenta-se incentivar para que dirija o olhar para o prato. Pega nos talheres e mantém o garfo com uma preensão adequada. Gosta do banho, mas não colabora e sente desconforto quando a água lhe passa pelo rosto. Tem controlo de esfíncteres nocturno, mas apesar de muitas vezes conseguir fazer quer o xixi quer o cocó na sanita, usa fralda e tem muitos descuidos. Colabora um pouco no vestir/despir esticando os braços para enfiar nas mangas. Demonstra intencionalidade naquilo que quer, fazendo força para ir para os sítios que deseja.

O **C** desloca-se na comunidade, mas necessita do acompanhamento permanente de uma pessoa que lhe sirva de suporte físico. Não tem noção do valor do dinheiro, nem é capaz de o usar.

Relativamente ao auto conceito considera-se que o **C** tem a sua identidade definida conseguindo o seu Eu dos outros. Aparenta ter alguma compreensão das limitações inerentes à incapacidade física e motora, esperando por suporte. A percepção dos que o rodeiam é de que o **C** é feliz, apesar de ter alguns períodos de apatia. O **C** nunca frequentou o ensino regular. Apesar da necessidade de um acompanhamento de um para um, participa com os colegas em actividades desenvolvidas na comunidade, e é sempre incluído nas mesmas.



A família do **D** apesar de saber mobilizar os recursos comunitários de uma forma capaz e mobilizar as redes de suporte, necessita cada vez mais de apoio de retaguarda.

O **D** é um jovem com Perturbação do Espectro do Autismo, com um grau de independência de 2 anos e 2 meses, baseada na avaliação efectuada por recurso ao Inventário para

a Planificação de Serviços e Planificação Individual. É geralmente amistoso, havendo episódios muito esporádicos de comportamentos de hetero agressividade, acompanhados de verborreia. Para que o **D** realize qualquer tarefa é necessário que este seja fortemente motivado. Tem dificuldade em centrar-se nas actividades propostas, no entanto, quando se trata de saídas manifesta logo interesse, sendo o primeiro a dirigir-se para o exterior.

O **D** apresenta linguagem oral com valor expressivo mas utiliza-a poucas vezes. É necessária persistência dos outros para que haja reciprocidade comunicativa. Considera-se que o **E** compreende a mensagem que lhe é dita, apesar de se dispersar completamente, o que faz com que na maioria das vezes pareça não compreender o que lhe é transmitido.

Durante anos o **D** recusou o banho, mas actualmente aceita bem, não colaborando. Não lava as mãos, sendo necessária ajuda física dos técnicos para as lavar de forma correcta. Não toma iniciativa de ir à casa de banho, necessitando que lhe lembrem.

No vestir é necessário dar-lhe peça a peça e tem bastante dificuldade em vestir os slipes, ao contrário das meias que as coloca eficazmente. No despir o **D** é autónomo desde que lhe seja indicado o que fazer. Não sabe apertar botões, molas e cordões. Relativamente à alimentação o **D** come com mais celeridade e aceita mais facilmente comer fruta no final da refeição. Podemos considerar que, neste momento não constitui um problema, como no passado em que rejeitava, gritava, apresentava verborreia e sujava a roupa.

O **D** desloca-se na comunidade mas necessita do acompanhamento permanente de uma pessoa. Não tem noção do valor do dinheiro nem é capaz de o usar. Em alguns momentos é determinado demonstrando o que pretende. Relativamente ao auto conceito considera-se que o **D** tem a sua identidade definida conseguindo distinguir o seu Eu dos outros. Tem algumas variações de humor, que nas fases depressivas se manifestam pontualmente por choro.

O **D** é aparentemente saudável, com alguns problemas circulatórios e sofre de Cifose⁶. O **D** tem como fonte de rendimento a pensão social de invalidez e, conta ainda com o apoio da família que do ponto de vista socioeconómico não apresenta dificuldades. O **D** frequenta as respostas sociais CAO (Centro de Actividades Ocupacionais) e Lar Residência. Reside num apartamento de tipologia T5 com mais 4 colegas, onde são satisfeitas as suas principais necessidades. Mantém as idas a casa sempre que o ambiente familiar assim o permita.

Nunca frequentou o ensino regular, embora, sempre que lhe é proporcionado participa em actividades culturais e recreativas.

⁶ A Cifose, vulgarmente chamada de corcundez (a pessoa afectada sendo popularmente chamada de "corcunda"), é definida como um aumento anormal da convexidade anterior da coluna vertebral, sendo as causas mais importantes dessa deformidade, a má postura e o condicionamento físico insuficiente.

Fonte: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Cifose> consultado em 26/12/2011.

◆ E

Idade: 37 anos

A família do **E** sabe mobilizar os recursos comunitários de uma forma capaz e mobiliza redes de suporte. É um jovem com Perturbação do Espectro do Autismo, com atraso mental associado, que apresenta comportamentos de auto agressividade graves, atentatórios para a sua integridade física. Caracteriza-se por bater violentamente com a cabeça em paredes planas e esquinas ou agredir-se com as mãos na mesma zona. Para além disso, tem períodos em que se morde na face anterior do braço. Tem necessidade de contenção física, exigindo ele próprio ser amarrado, necessitando que o faça de uma forma específica que pode variar ao longo do tempo.

O **E** durante as fases críticas necessita de acompanhamento individual, e faz uma selecção dos técnicos, parecendo perceber o grau de disponibilidade dos mesmos para com ele. Tem necessidade de estabelecer uma forte relação de confiança. Estas fases podem durar anos. Tem uma idade de independência de 2 anos e 7 meses, baseada na avaliação efectuada por recurso ao Inventário para a Planificação de Serviços e Planificação Individual.

Não possui linguagem oral, mas tem a capacidade de pedir água através do som “bu” e é directivo a encaminhar as pessoas para conseguir o que quer, utilizando gestos expressivos de forma intencional. Tem boa compreensão daquilo que lhe é solicitado.

Existem períodos em que não aceita o banho e outros em que demonstra sentir-se bem durante esta actividade. Nas fases em que aceita o banho, colabora no esfregar do corpo, necessitando que lhe seja colocado o gel de banho na zona a ensaboar. Esfrega um pouco a cabeça e limpa o corpo, sendo necessária ajuda verbal e que a acção pretendida seja guiada pelo técnico. Devido à obesidade tem vindo a perder mobilidade para executar a tarefa de uma forma autónoma.

Dá indicação da necessidade de ir à casa de banho descendo um pouco as calças. Não faz um uso adequado do WC, não usa papel higiénico e não lava as mãos, estas só com indicação. Nas fases críticas é necessário convidá-lo a ir à casa de banho e acompanhá-lo, contudo consegue controlar os esfíncteres.

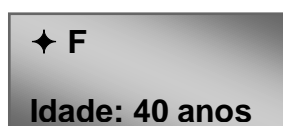
O **E** é autónomo nas competências de vestir/despir, contudo, necessita que se entregue as peças de vestuário na posição correcta. Devido à falta de mobilidade sente dificuldades em executar as tarefas relacionadas como o vestir/despir, sobretudo o calçar as meias. Alimenta-se autonomamente, sem dificuldade. Colabora no momento de levantar os seus utensílios, após as refeições, levando-os para o local adequado. Durante as fases críticas necessita de acompanhamento. Fora dos períodos críticos consegue movimentar-se adequadamente pelo CAO (Centro de Actividades Ocupacionais) e mesmo explorar alguns espaços exteriores.

O **E** desloca-se na comunidade mas necessita do acompanhamento permanente de uma pessoa. Não tem noção do valor do dinheiro nem é capaz de o usar. É determinado, sabe

demonstrar o que quer e faz prevalecer a sua vontade. Relativamente ao auto conceito considera-se que o **E** tenha a sua identidade definida conseguindo distinguir o seu Eu dos outros. Como foi explicado anteriormente na caracterização do **E**, este alterna fases de estabilidade emocional e bem-estar com fases de desorganização total, o que implica que todo o seu aprendizado seja actualizado. Necessita, nestas fases, de um ambiente muito securizante.

Fisicamente, o **E** apresenta problemas posturais sobretudo ao nível do tronco, estando grande parte do tempo com os ombros em rotação interna e a zona cervical da coluna em flexão. Tem uma marcha arrastada, principalmente quando está mais calmo. Encontra-se com os pés em rotação interna. Tem alterações do trato intestinal.

Tem como fonte de rendimento a pensão social de invalidez e conta ainda com o apoio da família que do ponto de vista socioeconómico é favorecida. Usufrui para respiro da família, em escassas situações, das residências da APPDA – Norte. O **E** sempre que o seu estado emocional o permite, participa em actividades culturais e recreativas. Nunca frequentou o ensino regular.



Actualmente, a família nuclear do **F** é constituída pelos pais. A família está muito presente na sua vida, e o **F** participa activamente na vida social e familiar. A família tem um nível socioeconómico médio – alto, o que lhe permite assegurar todas as suas necessidades. Possui como fonte de rendimento próprio a pensão social de invalidez. Neste momento o **F** frequenta as respostas sociais CAO (Centro de Actividades Ocupacionais) e Lar Residência. Reside num apartamento de tipologia T5 que partilha com 3 a 4 colegas. Contudo, vai frequentemente a casa.

Jovem com Perturbação do Espectro do Autismo, com um grau de independência de 38 meses, baseada na avaliação efectuada com o Inventário para a Planificação de Serviços e Planificação Individual. Apresenta esporadicamente comportamentos preocupantes de auto agressividade, que se manifestam normalmente através de arranhões no dorso das mãos e socos na cabeça; e de hetero agressividade com alguma violência dando murros nas costas de terceiros e danificando objectos pelo mesmo processo. Para além destes comportamentos apresenta ainda estereotipias que se podem tornar gravosas para si próprio fazendo queimaduras de fricção localizadas na testa e no nariz. O **F** está diagnosticado como sendo surdo/mudo, comunicando os seus desejos através de alguma expressividade e utilizando a mão do outro de forma instrumental. Sendo determinado para alcançar o que pretende. Compreende uma versão adaptada de Linguagem Makaton⁷. Há um esforço para compreender e cumprir as directrizes que lhe são transmitidas.

⁷ *Linguagem Makaton/Sistema Aumentativo e Alternativo de Comunicação (SAAC) consideram um conjunto integrado de componentes, incluindo símbolos, métodos e estratégias, que são usados para promover a comunicação total de um determinado individuo.*

Razoavelmente autónomo na sua higiene pessoal, no vestir e no despir, necessitando apenas de pequenas indicações para colocar a roupa direita ou limpar-se em zonas específicas do corpo. Aperta/desaperta botões, molas e fechos, contudo não é capaz de fazer laços. Evoluiu bastante em relação ao controlo dos esfíncteres, havendo ainda alguns descuidos. Necessita de melhorar o uso do WC, nomeadamente o uso do papel higiénico que faz apenas com indicação. Não lava as mãos por iniciativa própria.

Na alimentação, o **F** come sozinho utilizando correctamente os talheres e sabendo cortar os alimentos. Sabe servir-se da travessa, necessitando de acompanhamento para controlar a celeridade e a quantidade de alimentos que ingere. Esporadicamente, devido a essa celeridade engasga-se. É também capaz de servir-se, sozinho, de cevada ou chá utilizando correctamente a cafeteira. Colabora no momento de levantar os seus pratos, talheres ou tabuleiro, após as refeições. Colabora no pôr da mesa e arrumação da cozinha, necessitando apenas de algumas indicações. Participa na arrumação da sua roupa nos armários.

Desloca-se na comunidade utilizando os meios da organização, necessitando de supervisão. É capaz de adaptar-se a diferentes contextos e utilizar diferentes recursos da comunidade (e.g., barbeiro, centro de saúde), mas sempre acompanhado. Não tem noção do dinheiro, nem é capaz de o usar. Relativamente às competências de relação, o **G** recebe as pessoas de forma cordial mostrando sentir saudade quando estão afastados por um período de tempo.

O **F**, relativamente ao auto conceito considera-se que tem a sua identidade definida conseguindo distinguir o seu Eu dos outros. Não aparenta ter percepção da sua incapacidade, mas reconhece os “facilitadores”. Tem como interesse restrito a manipulação de pedras e objectos de pequena dimensão, produzindo movimentos estereotipados. Apresenta obsessão face ao café desenvolvendo comportamentos desajustados na presença do mesmo (e.g., numa cafetaria tenta aproveitar o resto de café das chávenas alheias); e aos pacotes de leite (e.g., vai ao frigorífico e esvazia o pacote para ficar com ele).

Quando está com algum problema físico demonstra-o através de alterações de comportamento graves. Frequentemente desenvolve alergias do foro respiratório. Com bastante frequência, faz calosidades e apresenta micose nas unhas dos pés que se encontram em tratamento. Usa sapatos/sapatilhas ortopédicos para corrigir o desnível da anca provocado pela diferença de comprimento das pernas.

O **F** nunca frequentou o ensino regular, usufruindo apenas de alguns serviços da escola extra oficiais.

◆ G

Idade: 39 anos

A família da **G** é constituída pela mãe e irmão, estes encontram-se presentes na sua vida. Trata-se de uma família de classe média, que está socialmente incluída e que é capaz de mobilizar as redes de suporte. A nível económico possui como única fonte de rendimento a pensão de sobrevivência. Frequenta as respostas sociais CAO (Centro de Actividades Ocupacionais) e Lar Residência. Reside num apartamento de tipologia T5 com mais 4 colegas do sexo feminino, onde são satisfeitas as suas necessidades básicas. Apesar de usufruir da resposta social Lar Residência, vai frequentemente a casa.

A **G** é uma jovem com Perturbação do Espectro do Autismo, com atraso mental associado. Apresenta comportamentos estereotipados e interesses “bizarros”. Tem uma idade de independência de 2 anos e 7 meses, baseada na avaliação efectuada por recurso ao Inventário para a Planificação de Serviços e Planificação Individual.

Não possui linguagem oral. Usa a mão do outro de forma instrumental para mostrar o que quer. Compreende indicações simples com directrizes claras, e.g., “vamos jantar”. Aceita o banho mas não colabora, necessitando sempre de ajuda física e verbal. Tem controlo dos esfíncteres mas não faz uso adequado do WC, nomeadamente, não usa o papel higiénico, não faz descarga da água, não se veste antes de sair do espaço e não lava as mãos após usar a sanita. Necessita de orientação e ajuda no vestir/despir e não aperta botões, molas ou laços. Alimenta-se de forma autónoma, sem dificuldade e com alguma selectividade. Usa os talheres correctamente, com excepção da faca. Com muita insistência colabora no momento de levantar os seus utensílios após as refeições, levando-os para a banca da cozinha. No CAO leva o tabuleiro com os utensílios da refeição sem necessitar de indicações.

A **G** desloca-se na comunidade mas necessita de acompanhamento permanentes. Não tem noção do valor do dinheiro, nem é capaz de o usar. Considera-se que a **G** tem a sua identidade definida, conseguindo distinguir o seu Eu dos outros. Uma forma de manifestação do seu estado de humor é a emissão de sons (cantarolar). Dependendo do timbre da sua voz, é possível inferir se a **G** se encontra bem ou ansiosa. Algumas vezes é possível também inferir o estado emocional da **G** pelo seu semblante.

Em 1993 foi diagnosticada Fenilcetenúria. A partir daí começou a ser seguida, em consultas de nutrição, no Instituto de Genética Médica. É uma jovem que sofre de alergias respiratórias. Estimula-se no nariz utilizando um papel ou um objecto fino. Quando não se encontra bem fisicamente não é capaz de demonstrá-lo de forma explícita mas através de comportamentos conseguimos saber se está bem ou não.

Nunca frequentou o ensino regular, embora participa com os colegas em actividades desenvolvidas na comunidade.

◆ H

Idade: 42 anos

A família do **H** conhece e mobiliza os recursos comunitários necessários. Tem como fonte de rendimento a pensão social de invalidez e o complemento de dependência. Trata-se de uma família nuclear, ambos os progenitores são pensionistas. Residem numa moradia própria. Esporadicamente usufrui da resposta social Lar Residência.

O **H** é uma pessoa com Perturbação do Espectro do Autismo, com grau de independência de 2 anos e 7 meses, baseada na avaliação efectuada com o Inventário para a Planificação de Serviços e Planificação Individual. Apresenta estereotípias de rodopiar sobre si, de brincar com sacos e bolas, como forma de estimulação. Quando contrariado empurra os outros e grita de forma vigorosa.

O **H** consegue dizer algumas palavras com valor comunicativo e compreende o que lhe é pedido mesmo em situações que implicam alguma fineza de percepção. Em situações de stress apresenta verborreia (e.g., massa, batata, pão, arroz, não popó, mamã). Aproxima-se das pessoas para solicitar ajuda para algo que pretende.

Inicialmente demonstrava alguma recusa em tomar banho, actualmente é colaborante, apesar de não se saber ensaboar ou mesmo passar o corpo por água. Razoavelmente autónomo, no vestir e no despir, necessitando apenas de pequenas indicações para colocar a roupa direita ou limpar-se em zonas específicas do corpo. Não consegue fazer laços mas consegue desapertá-los, sabe apertar/desapertar botões. Não lava as mãos por iniciativa própria. Na alimentação do **H** é extremamente selectivo nos alimentos recusando muitas vezes comer, sendo necessário persuadi-lo a alargar o seu leque de alimentos. Sabe usar o garfo e a colher, não conseguindo no entanto utilizar a faca para cortar ou empurrar os alimentos. Tem dificuldade em ingerir alguns alimentos devido à falta da maioria dos dentes, sendo necessário cortar os alimentos em pedaços pequenos.

Desloca-se na comunidade utilizando os meios, embora necessitando de supervisão. Inicialmente recusa-se a ir ao café e permanecer sentado, hoje já aceita bem esta actividade, solicitando frequentemente para que o levemos dizendo “café, café”. Não tem noção do valor do dinheiro, nem é capaz de o usar.

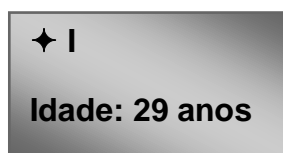
Relativamente às competências de relação do **H**, é extremamente sociável apreciando o contacto com o outro. Chega a forçar as relações de proximidade acabando por incomodar os outros. Tem comportamentos de cariz marcadamente sexual, mexendo nos genitais e aproximando-se dos colegas.

Relativamente ao auto conceito considera-se que o **H** tem a sua identidade definida conseguindo distinguir o seu Eu dos outros. Não aparenta ter percepção da sua incapacidade, mas reconhece os “facilitadores”. Tem como interesse restrito a manipulação de sacos e de bolas

gostando também de despertar laços dos cordões dos colegas. Quando chegou ao CAO aparentava estar deprimido com crises de choro e de agitação psicomotora. Com o decorrer do tempo e com a devida intervenção podemos considerar que o **H** está bem adaptado e é feliz.

O **H** recusava-se a alimentar, quando entrou parecia estar num estado de subnutrição. Actualmente alimenta-se bem. Foi operado a duas hérnias inguinais de grandes dimensões que lhe causavam dores e desconforto. Tem múltiplas cáries dentárias e muitos dos dentes já caíram devido a uma higiene oral incipiente.

O **H** nunca frequentou o ensino regular. Sempre que existem actividades culturais e recreativas o **H** participa, assim como em outras solicitações do foro da cidadania.



A família do **I** conhece e mobiliza os recursos comunitários necessários. Encontra-se atenta às necessidades do filho e participa activamente para melhorar a qualidade de vida.

O **I** frequenta as respostas sociais CAO (Centro de Actividades Ocupacionais) e Lar Residência. Reside num apartamento de tipologia T5 que partilha com 4 colegas. Vai aos fins-de-semana e nos períodos de férias a casa. Vive numa vivenda de dois pisos integrados numa propriedade. Quando regressa o aspecto do **I** é muito cuidado. A família tem um nível socioeconómico médio. O **I** possui como fonte de rendimento próprio a pensão social de invalidez. Actualmente, a família nuclear do **I** é constituída pelos pais tendo ainda uma irmã que reside em casa própria.

É um jovem com Perturbação do Espectro do Autismo, com um grau de independência de 2 anos e 11 meses, baseada na avaliação efectuada com o Inventário para a Planificação de Serviços e Planificação Individual. Apresenta esporadicamente comportamentos de auto agressividade, que se manifestam com palmadas fortes na cara, isto está geralmente relacionado com mal-estar físico. Não manifesta problemas de hetero agressividade. Apresenta uma estereotipia muito acentuada de balanceio tanto quando está sentado como quando está em marcha. A **I** passa muitos dos seus momentos a cantarolar.

O **I** tem uma boa capacidade de compreensão. Não tem linguagem expressiva. É capaz de reproduzir algumas frases. O **I** come de forma pausada, utiliza os talheres de forma adequada mas não corta os alimentos sem indicação fazendo-o de forma incipiente. Utiliza o guardanapo com indicação. Não sabe organizar o tabuleiro podendo começar a comer a sopa mesmo com o prato da comida à frente. Não sabe tomar banho necessitando que lhe levem a mão ao local que necessita ser lavado. Limpa-se de forma muito incipiente tendo o técnico que o ajudar a secar todo o corpo.

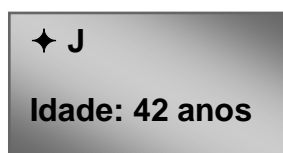
No vestir/despir não sabe fazer laços dos atacadores, no resto é autónomo, necessitando esporadicamente que lhe lembrem qual a peça de roupa a vestir. Lava e seca as mãos de forma muito razoável. Faz higiene oral de forma autónoma necessitando de pequenas indicações. Bochecha e deita fora a água.

Desloca-se na comunidade utilizando os meios e necessitando de supervisão. É capaz de adaptar-se a diferentes contextos e utilizar diferentes recursos da comunidade (e.g., barbeiro, centro de saúde), mas sempre acompanhado. Não tem noção do valor do dinheiro, nem é capaz de o usar. O **I** sabe manifestar-se e impor a sua decisão. Relativamente às competências de relação, o **I** demonstra prazer em estar com outras pessoas e escolhe com quem quer ter mais proximidade.

Relativamente ao auto conceito considera-se que o **I** tem a sua identidade definida conseguindo distinguir o seu Eu dos outros. Não parece ter noção da sua incapacidade. Tem como interesse a manipulação de linhas ou outros objectos. Utiliza esses objectos como bola para arremessar e voltar a apanhar, produzindo movimentos estereotipados de balanceio.

É muito permeável a infecções de garganta, o que lhe provoca alterações de comportamento e do padrão de sono.

O **I** frequentou o ensino regular até ao fim da 1ª classe, sendo posteriormente encaminhado para um Centro Médico-Pedagógico em França. Sempre que existem actividades culturais ou recreativas o **I** participa activamente.



A família do **J** conhece e também mobiliza os recursos comunitários necessários. Vive numa urbanização camarária, num apartamento recentemente remodelado com tipologia V3, vive com o pai e madrasta. Usufrui como forma de respiro e/ou necessidades prementes da família do serviço de residências da APPDA – Norte.

Jovem com Perturbação do Espectro do Autismo, com atraso mental associado, que apresentou comportamentos de hetero agressividade e, que neste momento não tem expressividade. Sente-se no entanto uma tensão latente, sobretudo quando anda em transportes e durante a refeição. Regurgitava a comida e ingeria o vómito. Isto deixou de acontecer, porque se antecipa o que não gosta e é substituído por outra comida, no entanto, esporadicamente o **J** ainda apresenta este comportamento. Balanceia-se constantemente e faz esgares de tensão com a cara, sobretudo quando se fala dele ou se olha para ele. Tem uma necessidade de obedecer exagerada, o que o leva a uma atitude de desconfiança permanente, porque está sempre pendente do que lhe vão

solicitar. Apresenta um grau de independência de 4 anos e 3 meses, baseada na avaliação efectuada com o Inventário para a Planificação de Serviço e Planificação Individual.

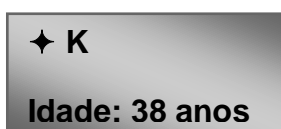
Não tem linguagem oral, mas tem um repertório de sons muito próximo de palavras “hihi” para “xixi”, “hatão” para “então”, que usa com algum valor comunicativo. Compreende ordens simples necessitando de pistas visuais para perceber. Consegue comunicar estados de desconforto físico, aproximando-se das pessoas e indicando onde lhe dói.

Relativamente à sua higiene pessoal o **J** é relativamente autónomo necessitando de directrizes para lavar e secar todas as partes do corpo, sendo autónomo no vestir/despir. Sabe apertar botões e fazer laços. Na alimentação o **J** come sozinho utilizando correctamente os talheres e sabendo cortar alimentos. Devido à falta dos dentes é necessário triturar a carne para poder digeri-la. No refeitório espera pelo final da refeição, quando lhe é pedido arruma o tabuleiro. Colabora na arrumação das salas necessitando de algumas indicações iniciais.

O **J** desloca-se na comunidade utilizando os meios e necessitando de supervisão. É capaz de adaptar-se a diferentes contextos e utilizar diferentes recursos da comunidade (e.g., barbeiro, centro de saúde), mas sempre acompanhado. Não tem noção do valor do dinheiro, nem é capaz de o usar. Relativamente às competências de relação, o **J** cumprimenta as pessoas de forma cordial e por iniciativa própria.

Relativamente ao auto conceito considera-se que o **J** tem a sua identidade definida conseguindo distinguir o seu Eu dos outros. Não aparenta ter percepção da sua incapacidade, nem das suas limitações. Quando está com algum problema físico demonstra-o através de gestos acompanhados por sons. Tem algumas crises isoladas de epilepsia convulsiva de grande intensidade.

O **J** nunca frequentou o ensino regular. Sempre que existem actividades culturais ou recreativas participa activamente. Consegue desde que acompanhado utilizar os serviços das repartições públicas sempre com orientação.



A família nuclear do **K** é constituída pelos pais com os quais coabita, tem ainda uma funcionária/amiga que cuida dele desde os 9 meses. A família está muito presente na sua vida, e o **K** participa activamente na vida social e familiar. Esta conhece e mobiliza os recursos comunitários necessários, sendo que, o **K** usufrui como fonte de rendimento a pensão social de invalidez e o complemento por dependência. Neste momento o **K** frequenta as respostas sociais

CAO (Centro de Actividades Ocupacionais) e Lar Residência. Usufrui de um apartamento de tipologia T5 que partilha com 4 colegas, onde fica geralmente duas noites por semana.

Jovem com Perturbação do Espectro do Autismo, com atraso mental associado. Apresenta esporadicamente crises disruptivas mordendo insistentemente os polegares e atirando-se para o chão. Tem uma idade de independência de 2 anos e 5 meses, baseada na avaliação efectuada por recurso ao Inventário para a Planificação de Serviços e Planificação Individual.

Possui linguagem oral, mas de pouco valor comunicativo. Tem ecolália tardia e usa-a como estratégia interactiva. Sabe expressar os seus gostos e necessidades, dizendo “não quero”, “calcinha”, “mãozinha”, ... Tem uma compreensão razoável da linguagem, compreendendo o que lhe é dito dentro da sua rotina diária. Gosta de cantar e pede que repitam ou continuem a música que ele inicia. Pede também que repitam palavras soltas. Apesar de demonstrar alguma resistência quando lhe são propostas novas actividades ou novas situações, adapta-se e evidencia prazer.

O **K** aceita o banho, mas não colabora no esfregar do corpo, exceptuando a cabeça e a zona genital, isto de forma incipiente. Não lava as mãos, necessitando de ajuda física dos técnicos. Sabe ir à casa de banho e pede para lhe desapertar as calças (“calcinha”). Não sabe usar o papel higiénico, sendo necessário que o limpem. Em casa durante a noite é capaz de ir ao WC sozinho. Não é autónomo nas competências de vestir/despir, contudo colabora posicionando-se favoravelmente. É razoavelmente autónomo a comer, não parte os alimentos e é selectivo nas comidas. Come de forma mais limpa quando aprecia a comida. Em casa, no final da refeição ele olha para pai/mãe pedindo comida, dizendo “pega”. Não participa no momento de levantar os seus utensílios, após as refeições. O **K** desloca-se na comunidade, mas necessita do acompanhamento permanente de uma pessoa. Não tem noção do valor do dinheiro nem é capaz de o usar.

Relativamente ao auto conceito, considera-se que o **K** tem a sua identidade definida conseguindo distinguir o seu Eu dos outros. Aparente ter compreensão das limitações inerentes à incapacidade, tentando quase sempre que sejam os outros a fazer as coisas por ele. A percepção dos que o rodeiam é que ele é muito feliz, o que nos leva a inferir que apresenta um nível satisfatório de realização pessoal. O **K** tem uma marcha instável que provavelmente estará associada a hipotonia, a ter um pé com rotação lateral externa, daí apresentar uma marcha lenta. Tem limitações a nível da visão, tendo usado óculos, o que actualmente não ocorre. Aparente ter alergias que se notam especialmente quando vai à piscina. É seguido no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, na consulta de Dermatologia por apresentar sinais na derme, factores de risco que requerem um cuidado especial, sobretudo na altura da praia. Apresenta alterações da pele na zona dorsal do polegar, que necessita de hidratação constante.

O **K** nunca frequentou o ensino regular, embora participa com os colegas em actividades desenvolvidas na comunidade.

◆ L

Idade: 29 anos

A família da **L** é constituída pelo pai e pela mãe, sendo filha única e tendo apoio da mesma empregada doméstica há longo tempo, na qual a **L** vê uma figura de referência. É uma família economicamente favorecida, encontra-se socialmente incluída e é capaz de mobilizar as redes de suporte. A **L** frequenta as respostas sociais CAO (Centro de Actividades Ocupacionais) e Lar Residência. Reside num apartamento de tipologia T5 com mais 4 colegas do sexo feminino, onde são satisfeitas as suas necessidades básicas. A nível económico a **L** tem como fonte de rendimento o abono complementar de deficiência da ADSE, no entanto tem como suporte económico os pais. Encontra-se interdita sendo o tutor o pai.

É uma jovem com Perturbação do Espectro do Autismo, com atraso mental associado. Tem uma idade de independência de 2 anos e 5 meses, baseada na avaliação efectuada por recurso ao Inventário para a Planificação de Serviços e Planificação Individual. Apresenta comportamentos de auto mutilação que se manifestam por beliscões, morder lábios, queimaduras por fricção nos dedos, tricotilomania, chegando mesmo a lesionar o olho direito por estimulação. Consegue sequenciar os acontecimentos parecendo ter uma noção do tempo. Demonstra saber quais os objectos que lhe pertencem.

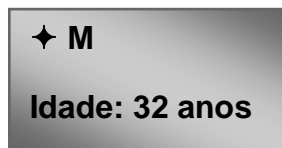
A **L** não possui linguagem oral mas expressa-se por sons, geralmente, associados a linguagem corporal (gestos intencionais). Parece dialogar com sons quando está bem-disposta. Compreende muitas indicações dadas, e quando tem um interesse consegue mobilizar as pessoas que a acompanham.

Adora tomar banho, mas não colabora muito no esfregar do corpo, limpa o corpo de forma incipiente, necessitando sempre de ajuda verbal. É autónoma nas competências de vestir/despir, contudo necessita que a ajudem a colocar de forma correcta o sutiã. Não aperta botões, mas consegue apertar molas e fechos. Alimenta-se autonomamente, sem dificuldade, e com alguma selectividade. Colabora no momento de levantar os seus utensílios, após as refeições, levando-os para a banca da cozinha ou coloca o tabuleiro no suporte. Utiliza os talheres de forma adequada não conseguindo partir os alimentos de forma correcta, “rasgando” a carne em vez de partir. A **L** descola-se na comunidade, mas necessita do acompanhamento de uma pessoa. Aprendeu facilmente que uma nota de 20€ lhe dá acesso a um café. Sabe ir à secretaria da organização e procurar o cofre para escolher a nota. Realiza várias actividades sem acompanhamento dentro das instalações.

Relativamente ao auto conceito considera-se que a **L** tem a sua identidade definida conseguindo distinguindo o seu Eu dos outros. A percepção dos que a rodeiam é que a **L** é feliz, o que nos leva a inferir que apresenta um nível satisfatório de realização pessoal. Neste momento, aceita não ir a casa um dia, ao segundo chora e tenta forçar a sua ida para a carrinha. O principal

problema a nível físico da **L** é a regulação do sono, que se caracteriza por longos períodos em que dorme seguidos de demasiadas horas de vigília. Apresenta catarata com deslocamento de retina no olho direito, conseguindo suprimir este défice razoavelmente. A 25 de Janeiro de 2011 o peso da **L** era de 98,5Kg. Houve um decréscimo progressivo tanto do seu peso como do seu perímetro abdominal que era de 109 cm. Necessita de consultas recorrentes de Podologia devido ao excesso de calosidades. O pé raso e o seu peso contribuem para que tal suceda. Apresenta ainda, episódios de carência em ferro, resultando numa diminuição de defesas.

A **L** frequentou o infantário da Faculdade de Medicina do Porto em bebé, e frequentou o Colégio do Sardão mais tarde, tendo sido depois encaminhada para apoio psicopedagógico (Aprender). Sempre que existem actividades culturais ou recreativas a **L** participa activamente.



É um jovem com Perturbação do Espectro do Autismo com um grau de independência de 5 anos e 3 meses. No passado teve episódios de automutilação muito graves mas que actualmente só acontecem esporadicamente e não se revestem da mesma gravidade. Esporadicamente arranca unhas e arranha-se. Tem linguagem com algum valor comunicativo, expressa algumas necessidades ou vontade, compreende o que se lhe diz. É capaz de fazer pequenos recados e faz escolhas, por vezes automáticas (repete vez após vez a mesma escolha). Fala em ecolália tardia “gadanhou”, “não gadanhes” e ecolália momentânea repetindo a última hipótese de escolha (e.g., “queres maçã ou banana? E ele responde “banana”).

O **M** necessita de orientação verbal para tomar banho, mas consegue fazê-lo sozinho. Sabe lavar as mãos. Utiliza o WC sem ajuda, mas necessita de ser lembrado para o fazer. Come muito bem com faca e garfo, até o prato ficar completamente limpo (tem necessidade de completar totalmente as tarefas). Apresenta alguma autonomia nas actividades de vida diária, descasca batatas, parte legumes, lava a louça, tudo num ritmo lento. Não se desloca na comunidade autonomamente, necessita de vigilância. Não sabe utilizar o dinheiro. A **M** não toma iniciativa em situação alguma, não toma decisões, está continuamente à espera que lhe dêem ordens.

Relativamente, ao auto conceito considera-se que o **M** tem a sua identidade definida conseguindo distinguir o seu Eu dos outros. Não parece ter noção da sua incapacidade. Tem um humor triste, mas em alguns momentos parece mais feliz. Ri-se e diz que “está alegre” quando inquirido, sendo uma situação algo estereotipada.

O **M** apesar do excesso de peso tem uma marcha adequada havendo um comprometimento da função cardio - respiratória. Tem mobilidade reduzida. Na refeição há alguns

cuidados com a quantidade de comida que lhe é servida, a família está a tomar a mesma posição. Por vezes demonstra dores na zona lombar que provocam inclinação do tronco, tendo sido necessária intervenção médica. Tem epilepsia com episódios raros que coincidiram com a retirada de um medicamento que não é anti-epilético. Tem algum comprometimento da motricidade fina, associados a uma lesão, por auto agressão, na mão esquerda.

Vive numa urbanização camarária num apartamento com tipologia T2 mas com dimensões bastante pequenas que devido à estrutura física do **M** dificultam a sua mobilidade. O seu núcleo familiar limita-se à mãe e padrasto. A mãe tem um cuidado extremo com o **M**, mimando-o. No entanto, e pela agitação que por vezes o **M** tem em casa ocorrem situações mais complicadas, com o padrasto a ter de intervir e isso afecta bastante a dinâmica familiar. Usufriui também das residências da APPDA – Norte nos fins-de-semana e sempre que os significativos necessitem. Fica num apartamento T5 com mais 4 colegas sendo satisfeitas as necessidades básicas. A nível socioeconómico usufriui da pensão do falecido pai, do apoio a 3ª pessoa e do abono vitalício complementar.

A família sabe mobilizar os recursos comunitários de uma forma capaz, mobilizando redes de suporte. O **M** nunca frequentou o ensino regular, tendo estado no Socioeducativo na APPACDM.

Anexo 11

Fotografias alusivas à Sala de Musicoterapia da APPDA – Norte



Imagem 1: Instrumentos Musicais (e.g., Sound Bean, Gonggo Chinês, Tambores, Carrilhão, Baquetas, Pandeiretas, Pau de Chuva, Caixa Vibratória, Piano de Cauda, etc.)



Imagem 2: Instrumentos Musicais (e.g., Carrilhão, Caixa Vibratória, Piano de Cauda, etc.)



Imagem 3: Instrumentos Musicais (e.g., Sound Bean, Gongo Chinês, Tambores, Carrilhão, Baquetas, Pandeiretas, Pau de Chuva, Caixa Vibratória, etc.)