



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

CENTRO REGIONAL DE BRAGA

FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS

A Aplicação da Musicoterapia numa criança com Espectro do Autismo

Estudo de Caso

II Ciclo em Ciências da Educação – Educação Especial

Sob orientação de Professor Doutor José Carlos de Miranda

Juliana Janela Azevedo

Braga, 2012



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

CENTRO REGIONAL DE BRAGA

FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS

A Aplicação da Musicoterapia numa criança com Espectro do Autismo

Estudo de Caso

II Ciclo em Ciências da Educação – Educação Especial

Sob orientação de Professor Doutor José Carlos de Miranda

Juliana Janela Azevedo

Braga, 2012

AGRADECIMENTOS

No decorrer desta trajectória foram muitas as pessoas que me acompanharam e incentivaram, dando-me algum do seu saber, da sua energia e do seu carinho. São para estas pessoas os meus agradecimentos.

À minha família pelo carinho, apoio, incentivo e acompanhamento em mais uma das importantes etapas da minha vida e a quem dedico este trabalho. Muito Obrigada.

Às minhas colegas de trabalho, às quais gostaria de expressar toda a minha gratidão e reconhecimento, sem os quais este trabalho não existiria.

De uma forma muito particular, agradeço ao Orientador Professor Doutor José Carlos de Miranda a orientação e encorajamento essenciais na concretização de mais esta etapa do meu percurso académico. Obrigada, pela disponibilidade que demonstrou, sem a qual nunca teria concluído esta dissertação.

Para terminar, um agradecimento muito especial ao meu marido, a quem tantas horas tirei da minha atenção.

RESUMO

O nosso estudo pretende argumentar a aplicabilidade da Musicoterapia em crianças com Espectro do Autismo, considerando-a como um meio facilitador de socialização e integração e contribuindo para a reabilitação psicossocial destas crianças.

Refletindo sobre uma breve visão histórica desta terapia, e ponderando o trabalho de um musicoterapeuta, é nosso objetivo perceber de que forma a Musicoterapia promove o desenvolvimento físico, mental, social e cognitivo nas crianças com Perturbação de Espectro do Autismo.

A música, cujo efeito sobre a mente é inegável, e é muito utilizada em técnicas de relaxamento, apresenta a vantagem de ser muito apreciada pelas crianças com perturbação do espectro do autismo e por isso a musicoterapia é uma técnica de aproximação a estas crianças. As experiências musicais que permitem uma participação activa (ver, ouvir, tocar) favorecem o desenvolvimento dos sentidos das crianças. Ao trabalhar com os sons, ela desenvolve acuidade auditiva; ao acompanhar gestos ou dançar, ela trabalha a coordenação motora, o ritmo e a atenção; ao cantar ou imitar sons, ela descobre as suas capacidades e estabelece relações com o ambiente em que vive.

A metodologia de investigação utilizada é de natureza qualitativa, e a amostragem de conveniência é composta por uma criança, recorrendo a um estudo de caso, com diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo, a frequentar o Jardim de Infância com idade de 7 anos.

Para a obtenção de informações recorreremos à aplicação de diferentes técnicas (análise documental, entrevistas, e observação participante) e instrumentos (fichas de anamnese, registo directo) de recolha e análise de dados.

Relativamente aos resultados obtidos, estes permitem-nos concluir que a longo prazo, a Musicoterapia desempenha, de facto, um papel activo, facilitador da construção de relações sociais nas crianças com diagnóstico de Perturbações do Espectro do Autismo.

Palavras-chave: Musicoterapia; Perturbação do Espectro do Autismo; Intervenção Precoce

ABSTRACT

Our study intends to argue the applicability of music therapy in children with Autism Spectrum Disorder, considering it as an enabler of socialization, integration and contributing to the psychosocial rehabilitation of these children.

Reflecting on a brief historical overview of this therapy, and considering the work of a music therapist, our goal is to understand how Music Therapy promotes the physical, mental, social and cognitive development in children with Autism Spectrum Disorder.

Music, which has an undeniable effect on the mind and is therefore constantly applied in relaxation techniques, is very appreciated by autistic children which makes of music therapy the perfect approach to these children. By working with sound, the autistic child is able to develop hearing acuity, by accompanying gestures or dancing the child develops capabilities in the areas of motor coordination and attention; and finally, by singing or imitating sounds the child discovers her own capabilities and learns how to interact with the surrounding world.

The research methodology used is qualitative in nature, and a convenience sample is composed of a child, using a case study with a diagnosis of Autism Spectrum Disorder, to attend the kindergarten at the age of 7 years.

To obtain information, different techniques are applied (document analysis, interviews, and participant observation) with specific instruments to collect and analyze data (index history, register direct).

Regarding the results, these allow us to conclude that the long-term music therapy plays in fact an active role in facilitating the construction of social relations in children diagnosed with Autism Spectrum Disorders.

Keywords: music therapy, autism Spectrum disorder, Early intervention

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	3
RESUMO	4
ABSTRACT	5
ÍNDICE	6
ÍNDICE DE SIGLAS	8
INTRODUÇÃO	9
<i>I PARTE</i>	
CAPÍTULO I – A Musicoterapia: Evolução do Conceito	11
1.1 – A Música.....	15
1.2 O Carácter Terapêutico da Música.....	19
1.3 O Potencial Reeducativo e Terapêutico da Música num contexto Musicoterapêutico.....	21
CAPÍTULO II – O Autismo	
2.1 – Perturbação do Espectro do Autismo.....	26
2.2 – Caracterização da criança autista.....	27
2.3 – Diagnóstico.....	35
2.4 – Intervenção.....	38
2.5 – Impacto do autismo na família.....	42
2.6 – A aplicação da musicoterapia em perturbações do espectro do autismo.....	44

II PARTE

CAPITULO I - ENQUADRAMENTO DE ESTUDO E METODOLOGIA

1- Motivação.....	53
2- Objetivos.....	54
3- Investigação Qualitativa.....	54
4- Amostra.....	55
5- Instrumentos.....	56
6- Procedimento.....	62

CAPÍTULO II – ESTUDO DE CASO

1- Apresentação de A.....	63
2- Apresentação e Discussão dos Resultados.....	66

CONCLUSÕES	77
-------------------------	-----------

INVESTIGAÇÕES FUTURAS.....	79
-----------------------------------	-----------

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	80
----------------------------------------	-----------

ANEXOS.....	84
--------------------	-----------

ÍNDICE DE SIGLAS

DSM – IV-TR, 2002 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000)

PEA – Perturbação do Espectro do Autismo

CADIN – Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil

PEI – Programa Educativo Individual

INTRODUÇÃO

*“O coração tem no som o seu meio de expressão,
tem na música a sua linguagem artística refletida.
A música é o amor do coração na plenitude da sua efervescência,
que humaniza o pensamento abstrato.
Onde as outras artes dizem “isto significa”, a música diz “isto é”.*

(WAGNER)

A presente tese insere-se no Mestrado em Ciências da Educação - Educação Especial e apresenta um estudo exploratório, que reside na explanação de um estudo de caso único de carácter observacional, de uma criança com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) inserida num Jardim de Infância público.

Ao longo do meu percurso, encontrei duas paixões, a Educação e a Música, e, nesse sentido, optei por realizar um trabalho onde pudesse conjugar estas duas artes. Assim nasceu esta dissertação...a música como opção terapêutica nas crianças com perturbação do espectro do autismo.

A nossa sociedade costuma elaborar um padrão em conformidade com o qual considera as pessoas normais, correndo muitas vezes o risco de não saber avaliar correctamente as que não coincidem com o padrão. As crianças com perturbação do espectro do autismo apresentam, desde cedo, um distúrbio severo do desenvolvimento, principalmente relacionado com a comunicação e a interação social. Contudo, podem apresentar incríveis habilidades motoras, musicais, de cálculo matemático complexo, de memória e outras.

A música, ao fazer parte da nossa história, que se vai construindo e que depois separamos no tempo passado e presente, faz parte do nosso processo dinâmico de identidade; age sobre a cultura que lhe dá forma e de onde ela deriva, ao mesmo tempo em que se insere na estrutura dinâmica onde ela própria se formou. A música tem significado para cada pessoa na medida em que se vincula à experiência vivida, passada e /ou presente. Os significados da música são, então, sociais e singulares, construídos,

criados e recriados nas relações e ações condizentes com o que é vivido e experimentado.

Enquanto corpo de conhecimento e prática, a Musicoterapia surge repartida por dois campos: música e terapia. Não é uma disciplina simples e isolada, com fronteiras claramente definidas e imutáveis. É também uma arte, uma ciência e um processo interpessoal. Enquanto arte, está relacionada com a subjectividade, a individualidade, a criatividade e a beleza. Enquanto ciência, está relacionada com objetividade, a universalidade e verdade.

Assim sendo, e enquanto profissionais de Educação Especial, sentimos o dever de contribuir cientificamente para uma possível melhoria deste mote informativo. Posto isto, o principal objetivo desta exposição é sustentar a importância e o contributo que esta terapia tem para a reabilitação psicossocial, num caso específico de uma família com uma criança com PEA.

Com este trabalho, além da exploração e do assento científico, tentamos demonstrar todas as etapas desenvolvidas, nomeadamente todo o processo de observação/avaliação realizado com esta criança e respetiva equipa pedagógica.

I PARTE

CAPÍTULO I – A MUSICOTERAPIA: Evolução do Conceito

A musicoterapia é uma especialização científica que consagra o estudo e investigação do complexo som/ser humano, seja o som musical ou não, inclinada a procurar os elementos diagnósticos e os métodos terapêuticos do mesmo (Benenzon, 1988). Acrescenta o autor, que é também «(...) *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*».

No que diz respeito à musicoterapia, surgem diferentes conceitos de acordo com diferentes autores: *um processo de intervenção sistemática, na qual o terapeuta ajuda o paciente a obter a saúde através de experiências musicais e das relações que se desenvolvem através delas como as forças dinâmicas para a mudança...* (Bruscia, K. 1997); *aproximação sensorial sonora com intenção terapêutica a certo número de dificuldades psicológicas e patológicas mentais*.

A utilização da Musicoterapia como método terapêutico já vem de longe na história da humanidade. Existem registos, no que se refere à sua utilização, em obras de filósofos gregos pré-socráticos.

A música sempre exerceu impacto e influência no ser humano em termos biológicos, fisiológicos, psicológicos, intelectuais, sociais e espirituais.

Os efeitos fisiológicos fazem-se sentir na pressão sanguínea, no ritmo cardíaco e do pulso, na respiração, resposta galvânica da pele, respostas musculares e motoras, movimentos peristálticos do estômago etc. A música ajuda a aumentar o nível de resistência à dor, incrementa a actividade muscular e pode ter efeitos relaxantes.

A este propósito, diz Benenzon (1985, p. 35) que a Música:

a) Segundo o ritmo, incrementa ou diminui a energia muscular.

b) Acelera a respiração ou altera a sua regularização.

c) *Produz efeito notável, mas variável, no pulso, na pressão sanguínea e na função endócrina.*

d) *Diminui o impacto dos estímulos sensoriais de diferentes modos.*

e) *Tende a reduzir ou atrasar a fadiga e, conseqüentemente, incrementar o endurecimento muscular.*

f) *Aumenta a actividade voluntária, como escrever à máquina, e incrementa a extensão dos reflexos musculares utilizados na escrita, desenho, etc.*

g) *É capaz de provocar mudanças nos traçados eléctricos do organismo.*

h) *Pode provocar alterações no metabolismo e na biossíntese de variados processos enzimáticos»*

De acordo com Lecourt (1986, p. 14) «*O termo musicoterapia encontra-se reservado ao uso da música, do som, do ritmo, numa relação psicoterapeuta. As depressões, certos estados nevróticos, o alcoolismo e, sobretudo, a psicose e o autismo reagem de modo particularmente interessante*».

Os efeitos psicológicos da música estão relacionados com a forma como esta actua sobre o sistema nervoso central. A música pode ter efeitos sedativos, estimulantes, irritantes. A música pode despertar, evocar, provocar e fortalecer emoções no ser humano.

Blasco (1999, p. 71) refere ser inquestionável o facto da música poder expressar «*(...) sentimentos de amor, ódio, tristeza, temor, alegria, desespero, terror, medo, angústia, etc.*».

Relativamente aos efeitos intelectuais, diz-se que a música ajuda a desenvolver a capacidade de atenção, a meditação e reflexão; a imaginação, a capacidade criadora. Ajuda em termos de memória, sendo fonte de admiração, de prazer; desenvolve o sentido de ordem e de análise; facilita a aprendizagem e ajuda a manter em actividade os neurónios cerebrais.

A música também produz efeitos sociais. Ela provoca e favorece a expressão de si mesmo e pode ser um agente socializante. A música é, no nosso tempo, ainda um fenómeno social que alcança uma enorme importância (Blasco 1999, p. 76).

Refere Ruud (1990, p. 14) que «(...) *uma definição típica de musicoterapia geralmente parte do ponto em que a mesma consiste numa profissão de tratamento onde o terapeuta usa a música como instrumento ou meio de expressão a fim de iniciar alguma mudança ou processo de crescimento direccionados ao bem-estar pessoal, adaptação social, crescimento adicional ou outros itens*».

A Musicoterapia é então uma técnica terapêutica que utiliza a música em todas as suas formas, com participação activa ou passiva por parte do paciente (Congresso Mundial de Musicoterapia, Paris, 1974).

A Musicoterapia é considerada 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 de 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 em grupo. O objectivo essencial que o musicoterapeuta procura alcançar é o de ajudar os seus pacientes a abrirem canais de comunicação e, até, a reabilitar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas.

Há quem entenda que a musicoterapia tem duas possibilidades de definição: uma encarando o seu aspecto científico e outro o terapêutico. Com respeito ao ponto de vista científico a musicoterapia é uma especialidade científica que se ocupa do estudo e investigação do complexo som/ser humano, seja o som musical ou não, tendendo à investigação, aos elementos diagnósticos e aos métodos terapêuticos do mesmo. (Benzon, 1985)

Segundo o autor, com respeito ao ponto de vista terapêutico, a musicoterapia é (Benzon, 1985, p. 11) «(...) *uma disciplina paramédica que utiliza o som, a música e o movimento para produzir efeitos regressivos e abrir canais de comunicação com o objectivo de empreender através deles o processo de tratamento e recuperação do paciente para a sociedade*».

Posteriormente, Benzon (1988, pp. 141-142) refere que a «*Musicoterapia se destina concomitantemente a campos de indagação relacionados entre si*». Por um lado, faz referência a uma ciência cujo objecto de estudo é o «(...) *complexo som/ser humano, assim como a busca de elementos, diagnósticos e métodos terapêuticos derivados; por outro lado, o mesmo termo é utilizado para definir um método*

terapêutico específico, que tende a modificar a estrutura da personalidade humana e a superar sintomas patológicos».

Na perspectiva de Costa (1995), a Musicoterapia faz uso da Música como circunstância terapêutica utiliza-a enquanto som e movimento, com o propósito de abrir canais de comunicação que possibilitem um melhor relacionamento do paciente consigo mesmo e com o seu meio envolvente, desenvolvendo os seus aspectos bio-psico-sociais, de modo a facilitar sua inclusão na sociedade.

Para além de todos estes aspectos relevantes, entende-se que o campo da Musicoterapia é um ponto de encontro único entre arte e ciência, medicina e humanidade; é uma profissão de tratamento onde experiências, reflexões, diálogos e processos estão em luta com terapias que acreditam no controlo, resultado e ajustamento (Ruud, 1990, p. 93).

Na perspectiva de Wigram (2000), a musicoterapia tem como objectivos fundamentais a estimulação física e psicológica, a consciência perceptiva, a expressão emocional, a capacidade comunicativa e cognitiva, o comportamento social e as capacidades individuais. Estes objetivos são manifestados através das orientações fundamentais da musicoterapia. A orientação comportamental utiliza a música como um reforço, como forma de implementar, modificar ou extinguir comportamentos. Tal pressupõe que a música seja utilizada como estímulo para modelar o comportamento dos indivíduos. A orientação psicodinâmica usa a música no tratamento, reabilitação, educação e treino de adultos e crianças que possuem desordens físicas, mentais ou emocionais. Neste caso, a música funciona como elemento intermediário que precisa de ser interpretado conscientemente para ser utilizado terapeuticamente. A orientação humanística utiliza a música como improvisação criativa com o intuito de alcançar respostas musicais que desenvolvam potencialidades expressivas e comunicativas que nos são inatas. Neste caso, a música é utilizada como terapia, sendo que os objetivos terapêuticos são os objetivos musicais.

A musicoterapia é também aplicável noutras situações clínicas com algumas adaptações, pois atua predominantemente como técnica psicológica. Tem como principal objectivo a modificação de problemas emocionais e atitudes; é um esforço para modificar qualquer patologia física e psíquica. Pode funcionar, também em parceria com outras técnicas terapêuticas, abrindo canais de comunicação para que estas possam atuar de forma mais eficaz. A musicoterapia é por si só um processo

terapêutico, que tem como objetivo fins terapêuticos e compreende as interações entre o paciente, a música e o musicoterapeuta.

Segundo Bruscia (1987, p. 5), a Musicoterapia «(...) é um processo dirigido a um fim, em que o terapeuta ajuda o paciente a acrescentar, a manter ou a restaurar um estado de bem-estar utilizando experiências musicais e as relações que se desenvolvem através delas, como forças dinâmicas de mudança».

A musicoterapia como técnica de tratamento já vem sendo utilizada há milhares de anos. Porém, com o aparecimento dos fármacos, foi deixada de lado pela sociedade moderna e só voltou a ser levada a sério como factor terapêutico no final dos anos 70.

Foram os EUA o país que contou com a primeira associação para impulsionar este ramo da ciência com a *National Society for Musical Therapeutics* (New York, 1903), fundada pela pioneira da musicoterapia, Eva Augusta Vescelius.

Na actualidade existem em todo o mundo mais de 66 associações de profissionais musicoterapeutas. Uma *World Federation for Music Therapy* que agrupa todas as associações existentes. A *International Society for Music in Medicine* (Alemanha-EUA) que agrupa médicos e musicoterapeutas. Na Europa, foi fundada a *European Music Therapy Confederation*, que, 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.

1.1 - A Música

A música é um fenómeno natural de carácter intuitivo próprio do ser humano. É de tal forma natural para o ser humano que parece ser impossível determinar o seu início, tendo começado por ser considerada de origem divina. A sua base significante é um fenómeno físico de natureza vibratória. Para nós, humanos, o som produzido pela natureza é a imagem auditiva do que nos rodeia, é o ponto de contacto com a realidade. “Por causa da música, mas sobretudo pelo que fazemos dela, podemos dizer que o som contém em si mesmo, e quanto baste, partículas orgânicas e semânticas com elevado potencial de comunicação (...) um fascinante sistema de comunicação” (Azevedo, 2008).

É possível afirmar-se que a música é uma linguagem potencialmente universal, com capacidades para transcender as emoções próprias dos grupos humanos

particulares, para além de quaisquer barreiras culturais e linguísticas. Através deste “jogo”, o ser humano propõe-se comunicar e expressar-se artisticamente.

Quando se aborda um discurso musicológico, a primeira dificuldade com que nos deparamos é a da própria definição do objecto. Entre as diferentes definições que existem, salientamos aquela que define a Música como a arte de combinar os sons de uma maneira agradável aos nossos ouvidos.

Na definição apresentada, a música surge associada ao prazer, aos sons que envolvem melodia, ritmo, harmonia.

Refere Ruud (1990, p. 19) que «a “música” é um fenómeno culturalmente obtido, um meio de organizar vibrações, o som codificado. Enquanto as vibrações podem ser universalmente sentidas, compreender a música implica conhecer os códigos ou modos de representação prevaletentes na cultura, o que também significa conhecer a cultura».

A ideia da música como força “harmonizadora” remonta à Antiga Grécia (Ruud, 1990). A música exerce sobre o homem um grande poder. A sua acção sobre o ser humano surge como algo complexo que se relaciona com a criação de imagens mentais e fantasias.

Hoje, acredita-se que a música tem um papel importante, quer na educação geral da criança, quer na Educação Especial, ajudando a estabelecer comunicação com as pessoas com quem, através das vias tradicionais, nem sempre é fácil comunicar. Segundo Ruud (1990, p. 69):

«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».

Os psicanalistas consideram a música uma linguagem que (Ruud, 1990, p. 37) «(...) expressa emoções e que é atraente ao mundo de sentimentos do ouvinte (expressionismo). Na opinião deles, o prazer derivado da música é uma função da reacção emocional sensual».

Música é uma linguagem expressiva, feita de sons que pode ter diferentes graus de significado, aos níveis cognitivo e emocional.

Wright e Priesley (1972, p. 26), citados por Ruud (1990, p. 40) referem que: «(...) a música deve ser usada para mergulhar [na] mente inconsciente e trazer aspectos de si mesmo para o (...) conhecimento, [os] seus sentimentos e alguns dos complexos que

estão escondidos (...) – uma “dragagem de drenos”». Assim, a música surge como um veículo para a auto-expressão das emoções.

Ela proporciona o bem-estar físico e psíquico. A aprendizagem de um instrumento musical contribui para a formação do carácter da criança, para o domínio de si mesma, estimula a memória, desenvolve a perseverança e proporciona as bases para o desenvolvimento de uma vida bem sucedida.

Um dos campos onde a Música se tem revelado benéfica é na educação de crianças que apresentam problemas. Nestas situações, a música pode dar o seu contributo, para uma melhoria do quadro clínico destas crianças.

Nordoff -Robbins (s/d) citados por Ruud (1990: p. 102) afirmam que:

«A música é uma linguagem e, para as crianças, ela pode ser uma linguagem estimulante, uma linguagem confortadora. Ela pode encorajar, animar, encantar e falar com a parte mais interna da criança (...). A música certa, utilizada com discernimento, pode retirar a criança incapacitada dos limites da sua patologia e colocá-la num plano de experiência e reacção, onde esta estará consideravelmente livre de disfunções intelectuais ou emocionais».

Segundo Benezon (1985) a música é um novíssimo campo de actuação profissional que está ajudar muitas pessoas. A relação do ser humano com a música é tão antiga quanto a humanidade, de tal forma que os povos antigos lhe atribuíam um grande valor, o poder da cura, da diversão, servindo como meio de comunicação em diversas áreas como no campo da religião, da medicina e da sociedade. Até hoje a música é uma necessidade de todas as culturas.

Um dos prazeres da Música é o de permitir uma experiência de grupo, conduzindo ao alívio do medo da solidão. Como diz Benenzon (1985, p. 57): *«Todos conhecemos por experiência própria o efeito de assobiar na escuridade, da forma como acompanha o silêncio e a solidão; assim tenta-se através do som díspar da ansiedade paranóica, criando a ilusão do apoio de um grupo».*

A Música acalma como também (Benenzon, 1985, p. 57):

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

Comparando a música com outras artes, vemos que ela tem um particular poder de atuação sobre o indivíduo devido à sua excepcional força biológica. Por ser uma forma de comportamento humano, a música exerce uma influência única e poderosa sobre o homem, qualquer que seja o seu propósito, alegria, tristeza, exaltação cívica ou recolhimento religioso. Esta relaciona-se sempre com o homem, uma vez que nasceu da sua mente, das suas emoções, o que lhe confere, por isso mesmo, esse poder magnético de atingi-lo. A música poderá provocar no indivíduo a comunicação, a identificação, a fantasia, a expressão pessoal e levá-lo ao conhecimento de si mesmo, afirma Benenzon (1985).

O emprego da música é utilizado com o objectivo de conservar a saúde, a felicidade e o conforto do homem. A boa música harmoniza o ser humano, trazendo-o de volta a padrões mais saudáveis de pensamento, sentimento e ação, conseguindo renovar a harmonia e o ritmo do corpo, das emoções e do espírito. A música tem a capacidade de mover o ser humano tanto a nível físico, como a nível psíquico. Em Musicoterapia, este poder da música usa-se para atingir objectivos terapêuticos, mantendo, melhorando e restaurando o funcionamento físico, cognitivo, emocional e social das pessoas.

A partir desta relação, é que a Musicoterapia estabelece a sua base de trabalho. É uma forma de tratamento que utiliza toda e qualquer manifestação sonora para produzir efeitos terapêuticos. Ou seja, através do uso da música, de sons e de movimento, estabelece-se uma relação de ajuda, onde a Musicoterapia tem como objectivo auxiliar o paciente em necessidades como a prevenção, a reabilitação, bem como a melhor interacção do indivíduo com a sociedade. Podem acontecer melhoramentos simples como jogos recreativos e actividades rítmicas, contadas e dramatizadas. A música é o canal de comunicação.

Resumindo, a música está presente em todas as culturas e em todas as épocas, mostrando assim que é uma linguagem universal passando as barreiras do tempo e espaço, apesar dos variados estilos e géneros musicais.

Música é a arte de coordenar fenómenos acústicos produzindo assim efeitos estéticos, embora possua também uma forte componente comunicativa. Convive com o ser humano desde que nasce até à sua morte, e está presente no dia-a-dia, nos acontecimentos sociais e nos trabalhos domésticos.

A influência da música é tão grande, que ela atua constantemente sobre nós acelerando ou retardando, regulando ou desregulando as batidas do coração, relaxando ou irritando os nervos, influenciando a pressão sanguínea e o ritmo da respiração.

Ao falarmos de identidade sonoro-musical, reportamo-nos a uma identidade que resulta da nossa vivência sonora adquirida durante o período pré natal e pós natal.

Tem-se verificado em numerosas investigações que a música é um agente muito importante no desenvolvimento da criança na vida intra-uterina. Antes do nascimento, os bebés podem responder/reagir à música dentro do ventre, através da audição aquática (sons filtrados através do líquido amniótico).

Os sons e a música são também um importante fator de desenvolvimento da criança no período pós-natal. As canções de embalar, que são formas tão simples e que em todo o mundo têm um andamento semelhante, correspondem ao andamento do batimento cardíaco humano. Quando cantamos canções de embalar aos nossos filhos, estamos a educá-los e a comunicar-lhes o nosso amor. O mesmo acontece com o choro do bebé que é o início do discurso e da linguagem. O choro é bastante musical e é o início do canto e da descoberta. Cada choro tem um registo musical específico e uma determinada duração, tal como o canto.

1.2-O carácter terapêutico da música

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

Tendo em consideração os indivíduos que apresentam deficiências ou problemas físicos, afectivos, mentais ou de integração social, não será demais enfatizar a influência que a música pode ter no desenvolvimento integral do ser humano.

Nestes casos, a função educativa da Música amplia-se para dar lugar à função terapêutica, dependendo dela, em parte, o encaminhamento do indivíduo no sentido da sua recuperação (Benenzon, 1985). Nessa perspectiva, a musicoterapia é a disciplina paramédica que utiliza o som, a música e o movimento, para produzir efeitos

progressivos de comunicação, com o objectivo de empreender através deles o processo de integração e de recuperação do doente na sociedade.

A música possui uma força de associação e evocação extraordinárias, mesmo nos indivíduos considerados não musicais. Através dela, são criadas imagens mentais, sendo ao mesmo tempo uma actividade concreta e positiva com as suas leis físicas e lógicas em domínios muito diferentes. Podemos não a ver, não a tocar, não a escutar, mas exceptuando os indivíduos surdos (que, ainda assim, lhe acedem pela via táctil), é impossível não a ouvir. A música pode assim funcionar como uma aproximação sensorial sonora com fins terapêuticos, face a um certo número de dificuldades psicológicas e de patologias mentais. O conteúdo das sessões é caracterizado pela experiência sonora e musical que compreende as interacções entre o paciente, a música e o terapeuta. Embora reconhecendo que a musicoterapia deverá ser exclusivamente realizada por técnicos especializados, considera-se importante saber o papel que desempenha a música na educação.

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

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

1.3– O Potencial Reeducativo da Música num Contexto Musicoterapêutico

Como fenómeno estético, a actividade musical é uma experiência individual e colectiva que mistura na sua realização corpo, mente e espírito. Participar numa experiência musical provoca uma série de processos neurofisiológicos e psicológicos identificáveis e desenvolve atitudes motoras, perceptivas e cognitivas que activam processos afectivos e de socialização. A qualidade integradora da experiência musical e o seu carácter espontâneo fazem com que aconteçam simultaneamente diferentes processos de percepção e execução que misturam experiências:

- Sensoriais: ouvir, reconhecer e discriminar sons e /ou música.
- Motoras: executar instrumentos, mover-se com a música.
- Emocionais: expressar estados de ânimo e /ou sentimentos.
- Cognitivas: atenção, concentração, memória, análise e síntese.
- Sociais: participar em actividades musicais colectivas, com respeito à produção sonoro-musical de outros sujeitos, (Kolevzon, 2006, pp. 407).

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

Para que uma actividade musical (improvisação instrumental ou vocal, audição, composição de canções, dramatização sonoro-musical, relaxamento, etc.) se enquadre dentro da metodologia de trabalho da musicoterapia e adquira um estatuto de experiência musical terapêutica, estabelece-se uma série de passos metodológicos dentro de um enquadramento ou contexto de trabalho musicoterapêutico, o qual contempla a “atitude terapêutica” do musicoterapeuta no seu trabalho, no encontro entre a “música do paciente”, a “música do musicoterapeuta” e a “música de ambos” numa “experiência musical compartilhada”, (Kolevzon, 2006, pp. 407).

Em musicoterapia, utiliza-se a música para trabalhar objectivos não-musicais através do paciente, em experiências musicais terapêuticas, dentro de um plano de trabalho sistemático e organizado que implica a utilização de métodos e técnicas específicos de trabalho e avaliação (Kolevzon, 2006, pp. 407).

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

O **Modelo Behaviorista** surge no final da década de 60 e início da década de 70, quando Clifford Madsen, que é considerado o seu fundador, publica o livro *Research in Music Behavior, Modifying Music Behavior in Classroom*. De acordo com este modelo, a música, por si só, é um operador condicionante que reforça o comportamento alterado. O impacto da experiência musical é observável e mensurável, e é possível estabelecer uma relação de causa-efeito entre a música e o comportamento. A musicoterapia, neste modelo, deve usar a análise behaviorista e propor programas individuais de tratamento para encontrar as necessidades das pessoas a quem se destina (Hazlett, 2005, pp. 1366-1376).

O **Modelo Analítico** nasce nos princípios dos anos 60 com o denominado *Intertherapy-group*, cujo trabalho derivou no que se denominou Musicoterapia Analítica. Mary Priestley, que é considerada a sua fundadora, publica em 1975 o livro *Music-Therapy in Action*, ponto de partida da institucionalização do modelo como tal. Musicoterapia Analítica é o nome que se deu ao uso analítico, informado e simbólico da música improvisada pelo musicoterapeuta e pelo paciente. É usada como uma ferramenta criativa com a qual o paciente explora a sua própria vida, uma vez que o capacita com os meios para poder crescer e aumentar o seu auto-conhecimento (Hazlett, 2005, pp. 1366-1376).

O **Modelo Nordoff Robbins** constituiu-se como tal entre os anos 1976-1977. A Musicoterapia Criativa e de Improvisação - como também se conhece este modelo - consiste na improvisação musical que se instaura entre o paciente e o terapeuta com diversos instrumentos musicais ou canto, segundo as possibilidades do paciente, das suas condições neurológicas e, sobretudo, das suas funções vitais. A musicoterapia criativa é um acontecimento interpessoal que tem em conta não só o tipo de paciente tratado, mas também a personalidade do terapeuta (Hazlett, 2005, pp. 1366-1376).

O **Modelo GIM** constitui-se como tal no início da década de 70. Em 1972, Helen Bonny funda o *Institute for Consciousness and Music*, onde começaram a formar-se musicoterapeutas para trabalhar com este modelo. O mesmo trabalha principalmente com os seguintes aspectos: a possibilidade de a música provocar tanto a sinestesia como “estados alterados de consciência” ou, como disse Helen, “a utilização da música para alcançar níveis extraordinários da consciência humana” (Hazlett, 2005, pp. 1366-1376).

O **Modelo Benezon** começou a delinear-se na década de 60. No ano de 1965, os médicos Rolando Benezon y Bernaldo de Quirós criaram a comissão de estudos da musicoterapia na República Argentina e, como consequência da mesma, criou-se a carreira de musicoterapia na Faculdade de Medicina, em Buenos Aires. Fundamenta-se no complexo som-ser humano, seja o som musical ou não, propenso a procurar métodos e diagnósticos terapêuticos. Este complexo estende-se desde as fontes de emissão do som, compreendendo a natureza, o corpo humano, os instrumentos musicais, os aparelhos electrónicos, o meio ambiente, as vibrações com as suas leis acústicas, os órgãos receptores destes sons, a impressão e percepção no sistema nervoso e toda a repercussão biológica e psicológica para a elaboração da resposta que encerra o complexo, já que ela é uma fonte de estímulo. Este modelo considera como objectivo fundamental produzir estados regressivos e aberturas de canais a esses níveis nos pacientes, iniciando por meio dos novos canais de comunicação o processo de recuperação (Hazlett, 2005, pp. 1366-1376).

Em função dos princípios teóricos que regem a prática clínica, a música utiliza-se com objectivos diferentes em cada caso a fim de conseguir os objectivos terapêuticos estabelecidos. Segundo Ruud (1993), a música cumpre quatro funções principais na musicoterapia contemporânea:

1 – Utiliza-se como um estímulo que pode melhorar o desenvolvimento motor e/ou cognitivo (perspectiva comportamental e a teoria da aprendizagem).

2 – Favorece a expressão de sentimentos; é uma linguagem não-verbal frequentemente considerada como uma espécie de linguagem emocional, capaz de conectar com ideias profundas e reprimidas.

3 - Estimula o pensamento e a reflexão sobre a situação da vida de uma pessoa; pode ajudar a auto-realização pessoal (perspectiva humanista-experimental).

4 - É um meio e uma forma de comunicação, estimula habilidades sócio-comunicativas e a interação (perspectiva comunicacional), (Kolevzon, 2006, pp.407-414). Este tem ainda alguns objetivos, como a abertura de canais de comunicação e ampliação de interação com o mundo, a diminuição ou supressão de estereotípias e ecolálias; o favorecimento do contacto visual e tátil; a diminuição da hiperactividade; o entendimento e aceitação de actividades antes rejeitadas; a aceitação de mudanças de rotina; facilitar a entrada de outros profissionais (psicopedagogos, pedagogos e outros) e tornar o indivíduo e os que o rodeiam mais felizes. No caso concreto das crianças com autismo, os objetivos da musicoterapia têm como principal finalidade ir de encontro às características apresentadas pelas mesmas.

Estas funções básicas da música em musicoterapia resumem e diferenciam a sua utilização nos diferentes modelos de trabalho. Seguindo estas ideias é adequado citar a distinção realizada por Bruscia acerca do uso da música *como* terapia e *em* terapia, diferenciando desta forma o uso e a função que alcança a experiência musical no processo terapêutico (Tabela 1).

MÚSICA EM MUSICOTERAPIA	
MÚSICA COMO TERAPIA	MÚSICA EM TERAPIA
A música serve como estímulo primário ou o meio para a mudança terapêutica no paciente.	A música não é o estímulo primário ou o único recurso utilizado para facilitar a mudança terapêutica.
A ênfase centra-se na relação do paciente com a música e é ela que leva ao contacto terapêutico processando as suas necessidades diretamente com e através dela.	A música é um guia, um facilitador ou uma ponte entre o terapeuta e o paciente para conduzir a terapia, ou para levar o paciente a um contato terapêutico consigo mesmo.

<p>A música utiliza-se como um marco para que o paciente identifique, explore e/ou aprenda as opções terapêuticas adequadas. Utiliza-se para influir directamente a nível corporal, sensitivo, afectivo, cognitivo ou comportamental.</p>	<p>A música oferece a sua ajuda ao processo e à relação terapêutica. Utiliza-se só ou em combinação com outra modalidade de tratamento ou artística (pintura, dança, teatro...)</p>
<p>A relação com a música que se desenvolve entre o musicoterapeuta e o paciente servem para estimular e dar suporte intra-musical e interpessoal ao desenvolvimento da terapia.</p>	<p>As relações que se desenvolvem entre o paciente e a música servem para estimular e dar apoio às relações interpessoais.</p>
<p>O terapeuta tem um papel activo e participa na experiência musical.</p>	<p>O papel do terapeuta pode variar e não ser musicalmente activo.</p>
<p>O terapeuta converte-se num guia, facilitador ou ponte, que conduz o paciente a um contacto terapêutico com a música.</p>	<p>A música é um guia, um facilitador ou uma ponte entre o terapeuta e o paciente, para conduzir à terapia.</p>
<p>A música utiliza-se como terapia quando o paciente é inacessível por meio de intervenção verbal; necessita do contexto da música para interactuar, comunicar ou relacionar-se com outra pessoa; pode alcançar os objectivos da terapia directamente por meio da música, com ou sem apoio de terapia verbal.</p>	<p>A música utiliza-se em terapia quando o paciente não é acessível com a intervenção musical; necessita de verbalizar as suas percepções e pode fazê-lo; necessita de resolver problemas de comunicação por meios verbais e musicais; pode alcançar os objectivos terapêuticos mais directamente com outros meios ou trabalhando verbalmente, para além da música.</p>

Tabela 1: Utilização da música em musicoterapia (*Programa de Formación para Mediadores en Musicoterapia y Discapacidad. “Musicoterapia 2002”. Libro de Ponencias;80*)

CAPÍTULO II – O AUTISMO

2.1. Perturbação do Espectro do Autismo

A definição de “Autismo” não é consensual e sofreu várias revisões, baseadas nos resultados de múltiplas investigações.

Acreditava-se que o autista não participava na vida social de forma consciente. Hoje, sabe-se que esse isolamento resulta, isso sim, de alterações neurológicas e bioquímicas que têm lugar no cérebro.

Achava-se que o problema do autismo se devia à falta de ternura e de calor humano por parte dos pais. No entanto, sabe-se hoje que o autismo em nada tem que ver com factores psicológicos, mas sim que a sua origem é biológica e que está relacionada com uma disfunção metabólica ao nível do cérebro.

O termo Autismo resulta do grego “Autos”, que se traduz por *si próprio* e “*ismo*” que traduz uma orientação ou estado. Esta designação advém do comportamento peculiar das crianças, muito centradas em si mesmas, apresentando um alheamento ao meio envolvente.

Em 1943, o pedopsiquiatra Leo Kanner estudou e descreveu a condição de 11 crianças (8 rapazes e 3 raparigas) consideradas especiais. Nesta época, o termo Esquizofrenia Infantil era considerado sinónimo de Psicose Infantil mas as crianças observadas por Kanner tinham características especiais e diferentes das crianças esquizofrénicas. Elas exibiam uma invulgar incapacidade de se relacionarem com outras pessoas e com os objectos. Apresentavam desordens graves no desenvolvimento da linguagem. A maioria delas não falava e, quando falavam, era comum a ecolália e a inversão pronominal. O comportamento delas era salientado por actos repetitivos e estereotipados; não suportavam mudanças de ambiente e preferiam o contexto inanimado.

Em 1944 um médico austríaco, Hans Asperger, publicou um trabalho sobre “Psicopatologia autista”. Asperger desenvolveu a sua actividade em Viena sem conhecimento prévio do trabalho preconizado por Kanner, mas o mais curioso é que tanto as descrições de Kanner como as de Asperger eram muito semelhantes em vários aspectos. O facto de Asperger ter escolhido a palavra autismo para descrever os seus

pacientes reflecte a crença comum de que a característica mais importante desta perturbação era o problema social destas crianças.

Tanto para Kanner como para Asperger o isolamento social presente no autismo perdurará por toda a adolescência e idade adulta, no entanto, para Kanner esse isolamento era inato e para Asperger era constitucional.

Ambos observaram comportamentos comuns tais como contacto visual pobre, estereotípias verbais e comportamentais, uma marcada resistência à mudança, procura constante de isolamento, interesses especiais e comportamentos bizarros.

O grande objectivo tanto de Kanner como de Asperger era fazer a distinção entre esquizofrenia e autismo baseada em três tópicos: a possibilidade de melhoria dos seus pacientes, a ausência de alucinações e o fato de as crianças apresentarem um desenvolvimento perturbado desde os primeiros anos de vida, ao contrário da esquizofrenia em que existe um declínio das capacidades após um período inicial de um desenvolvimento normal.

Apesar dos vários aspectos em comum, existiam três grandes áreas de divergência entre os modelos interpretativos preconizados por Kanner e por Asperger: a primeira refere-se às capacidades linguísticas – Kanner refere que três dos seus onze pacientes, nunca falaram e que os restantes não usavam a linguagem para comunicar; já Asperger referiu que cada um dos seus quatro casos estudados falavam fluentemente, salientava ainda a “originalidade” e “liberdade” com que usavam a linguagem. A segunda divergência reportava-se às capacidades motoras e de coordenação – enquanto Kanner referia boas capacidades em termos de coordenação dos músculos finos, Asperger descreveu que dos quatro casos estudados, todos eles tinham poucas aptidões para actividades motoras, não só no desporto escolar mas também nas capacidades motoras finas como a escrita. A terceira divergência diz respeito à aprendizagem – ao passo que Kanner defendia que os seus pacientes aprendiam mais facilmente através de rotinas e mecanizações, Asperger defendia que os seus pacientes aprendiam mais facilmente se produzissem espontaneamente e que estes seriam “pensadores do abstracto” (Marques, p. 27).

2.2 Caracterização da criança Autista

O autismo, caracterizado pela existência de disfunções sociais, perturbações na comunicação e no jogo imaginativo, bem como por interesse e actividades restritivas e

repetitivas, só pode ser considerado em termos de diagnóstico, quando estas manifestações estão presentes desde o nascimento até aproximadamente os 36 meses de idade, persistindo e evoluindo de diferentes maneiras ao longo da vida.

Segundo Lorna Wing (Wing & Gold, 1979, citado por Marques, 2000), as pessoas com autismo apresentam défices em três domínios: social, linguagem e comunicação, pensamento e comportamento, tendo este elenco ficado conhecido por “*Triade de Wing*”.

Desde o século XIX, a literatura tem descrito casos isolados de crianças com severos distúrbios mentais decorrentes de importantes distorções dos processos normais de desenvolvimento que, de acordo com a actual terminologia, apresentariam critérios diagnósticos de autismo infantil ou transtorno autista.

a) Interação social

Uma criança com desenvolvimento normal apresenta interacções sociais com quem cuida dela, com quem a rodeia. Referem Jordan e Powell (1990, p. 23) que «(...) *as crianças com desenvolvimento normal estabelecem interacções sociais com quem as cuida, aprendendo a responder às reacções emocionais dos seus parceiros e a antecipar tais reacções em relação ao seu próprio comportamento. Elas copiam as expressões faciais dos adultos e revivem as emoções e motivações dos seus familiares nas suas brincadeira; desta forma, começam a criar a empatia com os sentimentos dos outros e a apreciar o comportamento das outras pessoas*».

As crianças autistas evidenciam problemas de relacionamento com os outros e, por sua vez, os outros consideram estas crianças estranhas, frias, insensíveis.

O défice na interacção social é, assim, uma das características centrais do autismo e um dos primeiros sinais para o seu diagnóstico. Contudo, vários estudos sugerem que não há um padrão único de défice a este nível, pelo que é necessário conhecer a variabilidade destes padrões. De facto, o défice na interacção social pode variar desde um completo desinteresse por outras pessoas, as quais são ignoradas ou tratadas como objetos, até uma forma intrusiva de interacção (uma criança pode estar a repetir sistematicamente a pergunta “como te chamas?” apenas para manter a comunicação social). Com efeito, enquanto algumas crianças mantêm uma postura muito distante e evitam o contacto ocular (olham através do canto do olho, ou muito brevemente) outras intrometem-se no espaço dos outros (inclusive estranhos), aproximando-se demasiado,

tocando-os inapropriadamente, olhando-os de perto, beijando-os (Rapin, *in* Fejerman *et al.*, 1994).

Uma vez que estas crianças apresentam sérias dificuldades em interagir com outras pessoas, é natural que apresentem, simultaneamente, um défice acentuado na utilização de comportamentos não-verbais; contacto ocular, expressão facial, postura corporal) – elementos essenciais na regulação da interacção social. Estas crianças apresentam ainda uma solidão autística extrema: as crianças não se relacionavam normalmente com as outras pessoas e aparentavam ficar mais felizes quando eram deixadas sozinhas. Esta falta de responsabilidade social, segundo Kanner, aparecia muito cedo na vida tal como era mostrado pela incapacidade de as crianças reagirem perante os pais quando estes lhes pegavam ao colo.

Convém realçar que, de um modo geral, estas crianças têm uma maior dificuldade em interagir com companheiros da mesma idade do que com adultos, o que pode refletir o facto de estes últimos serem mais tolerantes com o seu comportamento. Além disso, podem aceitar apenas aproximações de pessoas muito familiares.

Estas crianças têm também um «afecto lábil, podendo, sem motivo aparente, ter ataques agressivos e repentinos ou rir sem razão» (Rapin, *in* Fejerman *et al.*, 1994). Algumas são, inclusive, muito agressivas, podendo morder ou beliscar um colega sem que exista qualquer provocação por parte deste. Estes comportamentos agressivos refletem pouco juízo social, incapacidade para tolerar a frustração e um desenvolvimento inadequado dos controlos sociais inibitórios. As características enunciadas contradizem a crença de que as crianças autistas não têm capacidade para expressar afecto.

Uma outra característica destas crianças é relacionar-se melhor com objectos do que com pessoas. Os autistas têm um estilo “instrumental” de se relacionar, isto é, muitas crianças autistas recorrem apenas às pessoas para satisfazer uma necessidade, ou seja, utilizam-nas como um meio para atingir um objectivo pessoal servindo-se delas para conseguirem o que desejam (pegar na mão da mãe para abrir a porta, em vez de abrir a porta com a sua própria mão).

Outra das características das crianças autistas é a ausência de empatia, isto é, a incapacidade para reconhecer e compreender estados mentais diferentes dos seus. De facto, estas crianças não têm a capacidade inata de perceber os sentimentos das outras pessoas, apesar de conseguirem, eventualmente, aprender essa competência.

Por último, as crianças com Perturbação do Espectro do Autista não têm, de uma forma geral, consciência das convenções sociais, isto é, não são capazes de compreender as regras que regulam a interacção e não compreendem como se estabelecem as relações de amizade. Alguns não têm amigos e outros acreditam que todos os meninos da sala são seus amigos.

Apesar de todas as dificuldades que os autistas manifestam em manter o contacto social, com o passar dos anos as anormalidades de relacionamento social tornam-se menos evidentes, principalmente se a criança é vista próxima dos seus familiares. A resistência em ser tocado ou abraçado bem como o desviar do olhar tendem a diminuir.

b) Linguagem

Outra característica central do autismo é o défice na linguagem. De facto, “cerca de metade da população autista nunca adquire uma linguagem funcional” (Sigman & Capps, 1997) característica designada por mutismo. Muitas vezes, esta ausência de linguagem constitui um dos primeiros alertas na detecção desta patologia.

Convém realçar que há crianças que adquirem as capacidades linguísticas normais para a sua idade; aprendem as primeiras palavras, como “mamã”, “papá”); porém, perdem de repente esta capacidade de discurso, desencadeando a regressão (anteriormente referida) no desenvolvimento linguístico. Esta perda tende a ocorrer entre os 18 e os 30 meses.

É importante referir que não existe um padrão único de desenvolvimento e utilização da linguagem; pelo contrário, existe, nestas crianças, uma enorme variabilidade de capacidades linguísticas. De facto, estas oscilações variam desde a “presença de um nível de linguagem que possibilita o estabelecimento de interacções relativamente normalizadas, até ao mais profundo mutismo, associado à ausência de intenções comunicativas” (Gonzalez, 1992, p. 76). Esta extraordinária diversidade varia consoante dois factores: o nível de QI (défice mental associado) e a fase do desenvolvimento da criança em que surgiu esta perturbação.

Porém, convém realçar que, mesmo em crianças que adquirem o discurso, a sua utilização é tipicamente bastante limitada. Por exemplo, estas crianças parecem ter uma grande dificuldade em falar de algo que está para além da situação ou acontecimento imediato. Mesmo o discurso das crianças autistas muito funcionais, que apresentam uma

linguagem relativamente sofisticada, parece desprovido de expressões de emoção, imaginação ou abstracção.

Convém ainda referir que a utilização do discurso não tem, na maioria das vezes, uma intenção comunicativa – de facto, muitas crianças falam apenas com um objectivo de auto-estimulação.

Outra das características centrais da linguagem das crianças autistas é a *ecolália*, isto é, a repetição de palavras ou frases produzidas por outros. Esta forma de discurso tem, tipicamente, uma intenção não-comunicativa. Há vários tipos de ecolália, sendo as mais comuns a imediata e a retardada. Enquanto na ecolália imediata a criança repete um estímulo verbal que acabou de ouvir, na ecolália retardada, por sua vez, a criança repete um estímulo verbal que ouviu há algum tempo atrás (este tempo pode variar desde alguns minutos até alguns anos atrás!). Uma vez que a situação em que a criança repete a(s) palavra(s) é diferente do contexto em que a(s) ouviu, o discurso torna-se contextualmente inapropriado, conduzindo, por vezes, a situações estranhas.

O discurso ecolálico é, frequentemente, a primeira forma na qual a linguagem é utilizada pelas crianças autistas e a sua existência, especialmente se ocorre antes dos cinco anos, está associada a uma resposta mais positiva à intervenção na linguagem.

Convém realçar que a ecolália, por si só, não é peculiar das crianças autistas nem é uma característica necessariamente patológica. De facto, a ecolália é uma característica do desenvolvimento normal da linguagem, desempenhando inclusive um papel central para a sua aquisição. Esta forma de discurso surge, normalmente, por volta dos dois anos ou dois anos e meio, pelo que só se torna patológica quando persiste para além dos três ou quatro anos de idade.

A reversão de pronomes é outra das características centrais do discurso das crianças autistas. Tipicamente, estas referem-se a si próprias como “tu” ou pelo seu nome. Por exemplo, uma criança que se chamasse Ana e que tivesse boas capacidades linguísticas para comunicar as suas intenções poderia pedir um copo de água, dizendo: “Queres um copo de água?” ou “Queres um copo de sumo Helena?”. Esta reversão de pronomes está intimamente relacionada com a ecolália, isto é, as crianças falam desta forma porque ouvem as outras pessoas tratá-las por “tu” ou pelo nome.

Segundo Rimland (1964) estas crianças para além da palavra «eu» evitam também a palavra «sim». O «sim» e o «eu» são conceitos que levam muitos anos a serem adquiridos por estas crianças, sendo as mesmas incapazes de os utilizar como símbolos gerais de concordância. Bettelheim (1987, p. 487) afirma que «(...)se a dificuldade na

aprendizagem fosse organicamente determinada, seria tão difícil aprender «sim» como a palavra «não», contudo a utilização mais pronta do «não», comparada com o «sim», é um indício de negativismo extremo e deliberado».

No que respeita à compreensão da linguagem, esta pode estar severamente debilitada nas crianças autistas, embora este défice seja igual ou menor que o da expressão. Algumas crianças aprendem o significado das palavras através de um condicionamento operante acidental, ou seja, aprendem palavras que estão relacionadas com algum tipo de recompensa, especialmente comida.

Uma característica importante é a incompreensão da prosódia, uma vez que estas crianças não compreendem o conteúdo não-verbal do discurso, nomeadamente a ironia, humor, intenções subtis, entoação... Convém realçar que esta característica também está presente em crianças que utilizam a ecolália e em crianças com boas capacidades linguísticas.

Além disso, verifica-se também nestes meninos uma ausência de compreensão da conotação do discurso, nomeadamente a compreensão de metáforas ou analogias; se a criança ouvir a expressão “está a chover a cântaros”, a criança olha para o exterior para ver os cântaros a cair.

Por último, é importante referir que as crianças autistas não conseguem relacionar facilmente acontecimentos do futuro ou passado, pois permanecem num estado temporal presente, no “aqui e agora”.

As crianças com autismo revelam uma restrição acentuada dos seus interesses, demonstrando, muitas vezes, uma atenção completamente focalizada num interesse específico; datas, números de telefone, etc. Além disso, as pessoas com esta perturbação podem apresentar rituais compulsivos, os quais surgem geralmente na adolescência; estes rituais podem incluir uma rotina para entrar e sair de uma sala, ter de seguir sempre o mesmo caminho para ir para a escola, entre outros.

Uma característica típica desta perturbação é a resistência a mudanças triviais, nomeadamente mudanças nos rituais compulsivos ou no quotidiano da criança. Uma criança muito jovem pode ter uma reacção catastrófica face à mais pequena alteração, como utilização de novos talheres à mesa (DSM-IV-TR, 2002). De facto, estes meninos parecem gostar de viver num ambiente e quotidiano altamente estruturado, com rotinas e rituais próprios e rígidos.

As crianças autistas, especialmente aquelas com deficiência mental grave, apresentam maneirismos motores estereotipados e repetitivos. Estes incluem auto-

estimulações cinestésicas; baloiçar o corpo, inclinar-se, mexer-se; auto-estimulações perceptivas de tipo visual (olhar para os dedos à altura dos olhos, luzes) ou também de tipo tátil (arranhar superfícies, acariciar determinados objetos) ou auditivo (cantarolar, dar pancadas numa superfície, bater palmas). Além destes maneirismos, podem estar presentes anomalias posturais, como andar nas pontas dos pés, movimento peculiares das mãos, posturas corporais estranhas, entre outros. Para além destes maneirismos e posturas peculiares, podem sentir-se fascinadas por movimentos como girar as rodas de um carro, o abrir e fechar de uma porta ou qualquer objecto que gire rapidamente.

Tal como foi referido a propósito das interações sociais, as pessoas com esta perturbação parecem relacionar-se melhor com objetos do que com pessoas; de facto, não desenvolvem, na generalidade, relações próximas com pessoas, mas podem ficar intensamente vinculados a um objecto inanimado como cordas, pedras), o qual transportam consigo para todo o lado. Na verdade, estes objectos funcionam como um porto de abrigo, uma vez que as crianças se sentem mais seguras na sua presença. Ainda relativamente a este aspecto, as pessoas autistas podem desenvolver uma fixação por certas partes destes objectos; os botões ou certas partes do corpo de um boneco, as rodas dos carrinhos).

Ainda no que se refere ao comportamento motor, os «movimentos giratórios» tão característicos e específicos desta síndrome, são individuais e únicos para cada criança. A maioria das crianças autistas dá pancadinhas com os dedos e gira-os insistentemente mas, cada uma à sua maneira.

Quando um bebé ou uma criança não abraça, não fixa o seu olhar nos olhos de outro, ou não responde a demonstrações afectivas ou ao tacto, há um motivo para que os pais se preocupem seriamente. Esta falta de resposta pode estar acompanhada de incapacidade para comunicar e de uma incapacidade para estabelecer algum tipo de inter-relação social. Muitas crianças não demonstram ter preferências pelos pais em relação a outros adultos, nem desenvolvem amizade com outras crianças.

A capacidade para falar e comunicar com os outros é muito pobre e em certas ocasiões não existe.

Quando a criança não desenvolve relações normais com os objetos que a rodeiam, demonstra relações extremas para com eles, que tanto podem ser de uma total falta de interesse como, pelo contrário, de uma preocupação de forma obsessiva para com eles, estamos diante de comportamentos a que deveremos estar atentos e que constituem desde logo uma preocupação.

O autismo é um transtorno de desenvolvimento, podendo ser um problema sério e incapacitante, de carácter permanente. Com tratamento e treino apropriado, algumas crianças podem desenvolver certas destrezas que lhes permitem obter um maior grau de independência. Para tal, as crianças devem ser estimuladas e apoiadas no desenvolvimento dessas destrezas, de maneira que possam sentir-se melhor consigo mesmas.

Com uma educação adequada, as características podem não ser tão patentes e haverá uma melhoria de qualidade de vida. Por outro lado, um ambiente inadequado ou falta de educação apropriada pode levar a uma regressão e/ou perda de capacidades previamente adquiridas e ainda à determinação de comportamentos como a auto-mutilação, gritos, destruição...

Ao longo da vida há uma evolução dos sintomas relacionados com as características dos diferentes níveis etários e com as características individuais. Na opinião de Kirk e Gallagher (1991), o autismo não pode ser diagnosticado apenas a partir de um só sintoma. É necessário que estejam presentes simultaneamente os sintomas principais, o que acontece antes dos três anos.

b) Memória

Uma das particularidades das Perturbações do Espectro Autista é que muitas crianças com este diagnóstico apresentam uma memória verbal e/ou visuo-espacial superior ao comum, embora nem sempre compreendam o que memorizam. Esta característica traduz-se numa capacidade excepcional de recordar trajectos, repetir anúncios televisivos, contar histórias palavra a palavra, entre outras capacidades.

Convém apenas realçar que esta capacidade de memorização não é generalizada, isto é, não se aplica a todo o tipo de informação. Assim, muitas vezes, crianças com esta perturbação memorizam facilmente o trajecto de casa até à escola, mas têm dificuldade em reter o que lhes é ensinado pelo professor.

c) Cognição

No que respeita às capacidades cognitivas, as crianças com autismo podem apresentar quadros muito divergentes, que vão desde uma deficiência mental profunda até capacidades cognitivas superiores. No entanto, convém realçar que, mesmo crianças

com capacidades cognitivas elevadas têm provavelmente menor competência noutras áreas. Assim, é possível que uma deficiência mental profunda coexista com um talento excepcional para a música, matemática, desenho, entre outros.

Apesar desta variabilidade, é possível traçar um padrão de funcionamento mais frequente – a coexistência de capacidades verbais diminuídas com capacidades não-verbais elevadas.

Finalmente e de acordo com Rapin, a maioria das crianças autistas (cerca de 70%) apresenta um QI inferior a 70. Contudo, estes resultados devem ser interpretados com alguma relutância. Assim, porque não existe consenso absoluto quanto às características que definem o autismo, é provável que muitas crianças autistas, por apresentarem capacidades cognitivas elevadas, não sejam diagnosticadas e, portanto, não sejam incluídas nestes estudos (enviesando, portanto, os resultados).

2.3 Diagnóstico

O autismo é uma perturbação global do desenvolvimento, que se manifesta tipicamente antes dos 3 anos de idade. Esta perturbação global compromete todo o desenvolvimento psiconeurológico, afetando a comunicação e o convívio social, apresentando em muitos casos um atraso mental.

Atualmente não tem muito sentido falar-se em Autismo mas sim em Perturbação do Espectro do Autismo, dado que existem muitas variantes desta perturbação.

Na classificação do DSM-IV-TR (*American Psychiatric Association*, 2000), as Perturbações do Espectro do Autismo ou Perturbações Globais de Desenvolvimento (DSM-IV-TR, 2002, p.69) «(...) são caracterizadas por um défice grave e global em diversas áreas do desenvolvimento: competências sociais, competências de comunicação ou pela presença de comportamentos, interesses e actividades estereotipadas».

Os défices qualitativos que definem estas perturbações variam consoante a idade cronológica da criança e dependem do seu nível de desenvolvimento. Existe uma notória perturbação da interação recíproca que regula a interação social e a comunicação, podendo ocorrer uma incapacidade de utilização de comportamentos não-verbais (contacto pelo olhar, a expressão facial, postura corporal, etc.). Estas crianças não desenvolvem relações sociais com os seus pares.

Tendo ainda como referência o manual DSM-IV-TR, a incapacidade comunicativa poderá afectar tanto as competências verbais como as competências não-verbais, podendo existir apenas um atraso ou ocorrer uma ausência total de linguagem falada. Mesmo nos casos em que essa linguagem falada exista, as crianças têm grandes dificuldades em manter conversas, o seu discurso pode apresentar um tom, um ritmo e uma entoação anormais, de tipo monocórdico. A perturbação da compreensão da linguagem pode ser evidente e traduz-se na incapacidade para entender questões e frases simples.

Existem ainda perturbações ao nível do jogo social e imitativo adequado ao nível etário em que as crianças tendem a envolver-se em jogos de imitação muito simples ou rotineiros, ou ainda de forma mecânica. Os seus interesses, comportamentos e actividades são muito limitados.

Em suma, antes dos três anos de idade, esta perturbação pode manifestar-se por atraso ou desvio no desenvolvimento nas seguintes áreas: a interacção social, a linguagem usada como forma de comunicação social e o jogo simbólico ou imitativo.

Como já referimos anteriormente, o termo autismo tem vindo a sofrer várias alterações fruto das investigações que têm sido realizadas ao longo dos tempos.

Após vários casos estudados verificou-se que o comportamento de indivíduos com autismo difere, fazendo assim, sentido falar-se em subtipos dentro das perturbações autistas.

Um claro exemplo destas diferenças entre indivíduos autistas são os casos de algumas crianças, nomeadamente as mencionadas por Kanner que evitavam ou recusavam a partilha social refugiando-se no isolamento, enquanto outras eram mais passivas e aceitavam as ideias dos outros e, à sua maneira, eram sociáveis.

Ao mesmo tempo, se confrontarmos as descrições feitas por Kanner e por Asperger sobre crianças autistas, rapidamente verificamos que apesar de referirem muitos “traços” comuns em crianças com a mesma perturbação, também são muito evidentes as diferenças existentes.

Por tudo isto, é extremamente importante, para se conseguir realizar uma intervenção mais eficaz, e para se compreender melhor a etiologia, que haja uma subclassificação das perturbações autistas, pelo que é mais correcto falar-se em Perturbações do Espectro do Autismo.

O autismo é a perturbação que melhor se conhece, e que com mais frequência é diagnosticada, do grupo das Perturbações Pervasivas do Desenvolvimento. Porém, e

tendo em conta o diagnóstico do DSM-IV, a delimitação deste diagnóstico gera, ainda, controvérsias e contradições originando isso importantes implicações quer ao nível da intervenção terapêutica quer em termos de prevalência estimada (Marques, 2000).

Uma vez que a PEA faz parte das Perturbações Pervasivas do Desenvolvimento, é de extrema importância fazer o diagnóstico diferencial em relação às restantes perturbações deste grupo: Síndrome de Rett, Perturbação Desintegrativa da Infância, Síndrome de Asperger, Esquizofrenia, Perturbação da Linguagem Expressiva, Perturbação Mista de Expressão e Recepção da Linguagem e Atraso Mental (Marques 2000).

Revelando a extrema importância das perturbações supra-referidas, faremos uma breve alusão a cada uma:

Síndrome de Rett. Tem como característica comum do autismo a perda de linguagem. No entanto, difere da PEA pelo facto de apenas afectar o sexo feminino, de existir um abrandamento do crescimento do perímetro craniano, perda de habilidades motoras e dificuldades de coordenação óculo-manual.

Perturbação Desintegrativa da Infância. Ao contrário do autismo (em que as perturbações do desenvolvimento são notórias no primeiro ano de vida), as crianças apresentam um desenvolvimento precoce normal até aos 5 anos, acompanhado de uma desintegração não explicada. A desintegração caracteriza-se por perda de linguagem, empobrecimento do contacto ocular e necessidade de estabelecer contacto social. Nos casos em que a informação sobre o desenvolvimento precoce não existir, o diagnóstico deverá ser de autismo (Marques, 2000).

Síndrome de Asperger. O diagnóstico é mais tardio do que o do autismo, o que se deve ao facto de os atrasos no desenvolvimento não serem tão marcados nem ao nível da linguagem, nem ao nível da socialização.

Esquizofrenia infantil. O diagnóstico diferencial tem por base o desenvolvimento normal evidenciado num longo período de tempo e a presença de alucinações e sintomas activos num período mínimo de um mês, não comuns ao autismo. Ao contrário dos autistas, os esquizofrénicos têm ciclos de normalidade.

Perturbação da Linguagem Expressiva e a Perturbação Mista de Expressão e Recepção da Linguagem. Podem ser agregadas para a realização de um diagnóstico diferencial em relação ao autismo. Nestas, apenas está em causa uma capacidade linguística, sem prejuízo das interações sociais nem dos padrões de comportamento.

Atraso Mental. Em concomitância com o de PEA, reserva-se para situações em que se encontra presente um défice social qualitativo, défice nas competências comunicacionais, e características comportamentais do distúrbio autista (Marques, 2000).

O diagnóstico de PEA é realizado através de uma avaliação do desenvolvimento, pela observação comportamental, embora este seja um procedimento exposto a grande subjectividade. De forma a reduzir este parâmetro, os observadores implicados no processo de avaliação, deverão ter uma experiência adequada da especificidade dos métodos de observação, registo e avaliação. Além destes aspetos a experiência clínica, a sensibilidade e as condições de avaliação diagnóstica tornam-se componentes fundamentais para reconhecer com rigor a presença de autismo (Marques, 2000).

A autora supracitada refere, ainda, a importância de se efectuar uma detecção precoce realizada por uma equipa transdisciplinar que envolva pais, técnicos de saúde, de educação e todos os outros elementos que interagem com a criança, fundamentais para uma planificação/intervenção de sucesso e uma melhoria na inclusão social.

2.4 Intervenção

Como temos vindo a salientar, a complexidade das características da criança com PEA, coloca um grande desafio ao planeamento das actividades. Apesar de não existir cura para o autismo, é possível reduzir limitações associadas a esta síndrome. Sabe-se que, com uma abordagem pedagógica e terapêutica adequada, estas crianças podem vir a desenvolver-se, diminuindo comportamentos indesejados e aumentando a sua independência (Siegel, 2008).

Na opinião de Marques (2000), já surgiram inúmeros modelos de intervenção, com as mais variadas teorizações, não existindo, contudo, um método que seja eficiente por si só, tendo em consideração as particularidades desta problemática.

Qualquer que seja a abordagem, deverá ser ponderada tendo em conta a perigosidade do tratamento, as consequências quer para a criança quer para a família, a validade científica, os procedimentos de avaliação, as experiências quer anteriores quer dos terapeutas, os tipos de actividades, a motivação individual, o ambiente, o envolvimento familiar, o custo, bem como a frequência e o local do programa (Pereira, 1996).” A seleção de uma estratégia de intervenção deve ser feita no contexto de uma análise dos riscos/benefícios para toda a família” (Siegel, 2008:pp.267).

Na óptica de Pereira (1996), a evolução do autismo depende da identificação precoce da síndrome, da severidade e do tipo de problema, do tipo de tratamentos, da coordenação e da relação entre meios de suporte. Só uma organização de todos estes factores permitirá construir uma intervenção adequada quer seja assistencial, na procura do bem-estar físico de segurança, higiene e saúde, quer seja educacional, da procura em implementar conteúdos e objectivos essenciais à modificação comportamental, nos diferentes contextos, ou seja, psicológica. Estes três níveis oferecerão à criança com PEA uma gama de cuidados que parecem responder às mais importantes solicitações. Neste contexto, é fundamental a presença de uma equipa transdisciplinar capaz de responder globalmente e de forma única aos problemas educativos, sociais, psicológicos e médicos. “O mesmo é dizer que ela implica uma pluralidade de formações e, consequentemente, de funções, em que cada membro assume uma responsabilidade claramente definida e reconhece a importância das interações com os outros elementos da equipa na avaliação da criança e planificação da intervenção (...)” (Correia, 1996, pp.79). Para o sucesso da intervenção, contribui em grande medida a recolha de informação por cada um dos elementos da equipa dentro da sua especificidade, bem como o cruzamento de dados e respetiva discussão dos mesmos.

É importante, ainda, salientar que toda esta intervenção, só faz sentido quando realizada dentro dos contextos naturais. Como refere R. McWilliam (2002), o envolvimento da criança não é o resultado das inúmeras tentativas de estimulação fora do seu contexto, mas sim a consequência de interações no seu ambiente natural. Isto mostra a importância da família e da comunidade enquanto meios de aprendizagem naturais, promovendo a aprendizagem e o desenvolvimento da criança e, assim, aumentando a sua inclusão e a da família na sua comunidade de pertença.

Os programas de intervenção deverão ser centrados na família, envolvendo-a em todo o processo, atendendo às suas capacidades de escolha, de decisão e abrangentes, considerando a diversidade, as necessidades e as expectativas das mesmas. É fundamental, ainda, conhecer todas as redes de apoio disponíveis e necessárias, coordenadas e integradas nas rotinas da família e nos recursos da comunidade (Guralnick, 2001).

A Abordagem centrada na família considera o núcleo familiar como um todo social, com características singulares e inserido num conjunto vasto de influências e de interdependências e redes sociais. Segundo esta abordagem, a intervenção deve encarar a família como um todo, e não simplesmente a criança, no sentido de os capacitar e de

os corresponsabilizar na procura de apoios e de recursos que satisfaçam as suas necessidades e as suas aspirações (Dunst, Trivette, & Deal, 1994).

Toda a intervenção delineada, para qualquer família, deverá produzir o mínimo de perturbações nas rotinas familiares. Estas ocorrem naturalmente no seio da família, guiando o comportamento e o clima emocional que orienta o desenvolvimento precoce da criança. A existência de variações na prática destas rotinas poderá levar a alterações do desenvolvimento sócio-emocional, académico, social e linguístico (McWilliam, R., 2002).

Do resultado da nossa pesquisa bibliográfica poderíamos, ainda, abordar inúmeros métodos interventivos do universo terapêutico PEA. Contudo, optamos por apresentar de seguida um dos modelos utilizados para este estudo de caso específico, sendo, concomitantemente um dos mais utilizados e conhecidos; o Modelo TEACCH.

O TEACCH, “*Treatment and Education of Autistic And Related Communication Handicapped Children*” (Tratamento e Educação de Crianças Autistas e Problemas de Comunicação Relacionados), surgiu na sequência de um projecto de investigação que se destinava a ensinar aos pais técnicas comportamentais e métodos de educação especial que dessem resposta às necessidades dos filhos com PEA. Foi desenvolvido por Eric Shopler e seus colaboradores, em 1966, na Carolina do Norte (Estados Unidos da América).

Não é um simples método, mas sim um programa que procura responder às necessidades das crianças com autismo, recorrendo aos processos mais diversificados para educar e proporcionar o máximo de autonomia possível em todos os contextos. Permite ajudá-los a entender o mundo que os cerca, a adquirir competências comunicativas que possibilitem o seu relacionamento com os outros e os ajudem a fazer opções na própria vida (Marques, 2000).

O TEACCH, atualmente, pretende garantir o desenvolvimento de uma variedade de serviços para pessoas com PEA e as suas famílias. É importante salientar que os princípios adotados pelo TEACCH relativos à natureza e tratamento do autismo têm sido constantemente reavaliados (Vatavuk, 2005).

Segundo Shopler (1995), o objetivo do programa é promover a adaptação de cada criança de duas formas: a primeira é melhorar todas as competências, convivendo através das melhores técnicas educacionais disponíveis e a segunda é entender e aceitar esta perturbação, planeando estruturas ambientais que possam compensá-la. Estas crianças são mais bem apoiadas através dos pais e outros membros da família, tornando-

se estes co-terapeutas. Na verdade, isto traduz uma colaboração mútua ao nível de trabalho activo, em que os profissionais aprendem com os pais e usam as suas experiências particulares relativas ao seu filho, e em que os profissionais oferecem aos pais o seu conhecimento na área e a sua experiência com várias outras crianças. Juntos definem as prioridades dos programas, na escola, em casa e na comunidade. Esta união é a mais eficaz, quer ao nível do tratamento, quer ao nível da pesquisa.

A base dos programas de tratamento é a avaliação. Esta permite a percepção de quais as competências actuais da criança, as emergentes e aquelas que deverão ser desenvolvidas. Os programas específicos de ensino e tratamento são individualizados e baseados numa compreensão personalizada de cada criança. A avaliação cuidadosa de cada indivíduo envolve, tanto um processo de avaliação formal, como informal. A avaliação formal é feita por meio de testes já padronizados como, por exemplo, *Childhood Autism Rating Scale (CARS)*. Já as avaliações informais são permeadas pela observação do relacionamento do paciente autista com os pais, professores, outras pessoas em contacto regular com a criança e ainda outras da comunidade.

Com uma avaliação precisa, o TEACCH consegue distinguir entre o potencial que a criança autista tem para se desenvolver e quais os défices que precisam de ser trabalhados (Giardinetto, 2005).

É fundamental que os profissionais que trabalham com pessoas com PEA, sejam capacitados em oito áreas, cujos conceitos e questões têm motivado a maior parte da actividade de pesquisa do TEACCH durante os últimos 30 anos (Vatakut, 2005).

- a. Avaliações em crianças em diferentes situações;
- b. Envolvimento dos pais;
- c. Ensino estruturado;
- d. Monitorização de comportamentos;
- e. Desenvolvimento e aquisição de comunicação espontânea;
- f. Aquisição de competências sociais;
- g. Como ensinar, habilitando a área vocacional e a da independência;
- h. Desenvolvimento de competências de lazer e recreação.

Um das áreas mais importantes do modelo TEACCH é o ensino estruturado. Este tem vindo a ser utilizado em Portugal, desde 1996, para responder às necessidades educativas manifestadas pelos alunos com PEA inseridos em escolas do ensino regular. (Capucha et al, 2008).

Apesar de o nome nos remeter a algo estático, o ensino estruturado é flexível, adequando-se à forma de pensar, agir e aprender de cada criança. Permite também descobrir as estratégias que melhor se adequam às necessidades de cada um. É composto por um conjunto de princípios e estratégias que têm por base a estruturação externa do espaço físico, do tempo, dos materiais, das actividades, promovendo uma organização interna que facilita os processos de aprendizagem e de autonomia dos indivíduos com PEA e, por conseguinte, diminui a ocorrência de problemas de comportamento.

O ensino estruturado minimiza, assim, as dificuldades de organização e sequenciação, fornecendo a segurança e a confiança necessárias para o desempenho das actividades. Fá-lo através do provimento de informação clara e objetiva das rotinas; da sustentação de um ambiente calmo e previsível, do atendimento à sensibilidade da criança aos diferentes estímulos sensoriais, da proposta de tarefas que o indivíduo é capaz de cumprir e da promoção de autonomia.

Para a realização de um ensino estruturado é necessária uma forma de organizar o espaço de ensino/aprendizagem – a estrutura física. O espaço deve ser estruturado de forma clara a nível visual e com fronteiras bem definidas. Assim, permitirá à criança obter informação de modo a organizar-se o mais autonomamente possível, afiançando a estabilidade necessária à aprendizagem. A delimitação clara das diferentes áreas, permite à criança entender melhor o seu meio e a relação de acontecimentos, bem como aquilo que se espera que realize em cada espaço.

A criação destes ambientes estruturados torna possível que as crianças com PEA aprendam e apresentem melhorias significativas, tais como: aumento das capacidades funcionais, a redução das limitações e dos comportamentos disruptivos e ainda a melhoria nos desempenhos e nas suas adaptações a novos contextos, nomeadamente no escolar. Para tal, é fundamental o envolvimento e a formação de todos os que lidam com crianças com PEA (Capucha et al, 2008).

2.5 Impacto do Autismo na Família

O estado da arte beneficia da existência de vários estudos que demonstram um crescente reconhecimento da necessidade do envolvimento da intervenção precoce nos programas de reabilitação das crianças com espectro do autismo, opinião corroborada, por exemplo por Marques (2000), bem como por Aguilar: “ a existência de filhos na

família dá origem a sentimentos de competência, seja no conhecimento do diagnóstico, seja nas vicissitudes diárias de cuidar da criança autista” (1997, pp.48).

No primeiro confronto com o diagnóstico, os pais experienciam um sentimento de perda semelhante ao falecimento de um filho (Siegel, 2008 citado por Marques 2000). O autor salienta que os pais de crianças autistas apresentam as mesmas preocupações de outros pais de crianças com outros problemas de saúde. Contudo, no autismo, os pais sentem a perda da “criança sonhada”, dando lugar a outra diferente, no seu lugar.

Mesmo sabendo, actualmente, que o autismo já se encontra presente na fase pré-natal, o diagnóstico surge apenas por volta dos 2 ou 3 anos de vida (Volkmar, 1985 citado por Marques 2000). Nos primeiros anos de vida, as dificuldades são percebidas pelos pais, gerando um sentimento de angústia. Apenas quando estas se tornam mais evidentes, os pais procuram uma resposta junto dos profissionais. Contudo, o diagnóstico de PEA é realizado de forma cautelosa, o que o torna um processo moroso e leva a um aumento do nível de ansiedade nos progenitores (Marcus, Kuncze & Shopler, 1997 citado por Marques 2000).

O modelo de Mackeith (1973 citado por Marques, 2000) relata cinco estádios de reações parentais face ao diagnóstico. Refere ainda que não ocorrem apenas uma vez, mas sim que se repetem ao longo da vida, associando-se a períodos de transição que decorrem do “ciclo de vida”. O primeiro dos estádios espelha o choque, o segundo a negação, o terceiro um misto de tristeza e raiva, o quarto adaptação e, por fim, o quinto onde ocorre uma reorganização.

Vários outros estudos foram realizados e concluídos em forma de modelos. Porém, independentemente de a sequência de aparecimentos dos mesmos ser discutível, a maior parte dos autores “concorda com que existe um conjunto de padrões emocionais nestes pais” (Marques, 2000).

A vivência diária com estas crianças, devido às características típicas da PEA, é um desafio constante às suas famílias, colocando à prova as suas capacidades de resistência, resiliência à frustração, ansiedade e adaptação. Estas manifestam um nível de actividade invulgar, independente do espaço e do tempo onde se encontram, muitas vezes não estando adaptadas ao contexto social em que se inserem, exigindo um nível de supervisão acrescido por parte da família (Marques, 2000).

São inúmeros os factores que influenciam a forma como a família se adapta às exigências acrescidas de ter um filho com PEA. Cada casal, cada família, tem os seus

pontos fortes e fracos, o seu modo particular de funcionar, o que condicionará o processo de educação de uma criança com PEA (Siegel, 2008).

Não podemos deixar de referenciar, ainda, o impacto causado por uma criança com autismo nos seus irmãos. Impacto este que, segundo a investigação efectuada nesta área, pode variar consideravelmente, existindo uma multiplicidade de factores que podem contribuir para o desenvolvimento de padrões de adaptação comportamental e emocional por parte das crianças com desenvolvimento típico, em relação à existência de irmãos com PEA. Factores como, características da família (incluindo o número de elementos), estatuto socio-económico e religião, parecem ser determinantes na adaptação comportamental dos irmãos com desenvolvimento típico. As expectativas e atitudes dos pais exercem, também, efeito nos irmãos, bem como a idade, o género, o temperamento e a severidade existente entre irmãos (Powell & Gallagher, 2005, citado por Reis, 2008).

A constante atenção dirigida à criança autista leva, muitas vezes, os irmãos a sentirem-se excluídos ou ignorados pelos pais. Estes tendem a projetar nos irmãos a responsabilidade de cuidar futuramente da criança (Gomes & Geraldês, 2005).

Muitas vezes o facto de ter um irmão com PEA resulta em assumir responsabilidades parentais, isto é, são atribuídas aos irmãos responsabilidades específicas. A criança torna-se muitas vezes “guardiã”, quando tem idade ainda para ser “guardada”. Assumir tal responsabilidade poderá, muitas vezes, privar a criança de viver a sua própria infância, de abdicar do seu tempo e do seu espaço (Siegel, 2008).

O Autismo, das mais diversas formas de deficiência, é, provavelmente, a perturbação mental que maior impacto causa nas famílias, “é uma condição extremamente incapacitante, crónica, incurável (...)” (Marques, 2000).

De entre outros factores já citados, o impacto negativo nas famílias, próxima e alargada e a responsabilidade nos irmãos, torna importante centrar a atenção no que é efetivamente esta problemática.

2.6 – A aplicação da musicoterapia em Perturbações do Espectro do Autismo.

As crianças com perturbação do espectro do autismo apresentam-se “desconectadas”, ausentes na sua presença, rítmicas nos seus rituais e nas suas

estereotípias, melódicas nas suas ecolálias e nos seus gritos, harmónicas nas suas desarmonias.

Desde há vários anos que se utiliza a música como instrumento terapêutico e preventivo em medicina e a sua importância manifesta-se através de um grande número de artigos de investigação e no interesse próprio dos médicos e psicólogos no tratamento de pacientes críticos. É considerada como um meio de expressão não-verbal, é um tipo de linguagem que facilita a comunicação e a exteriorização de sentimentos, permitindo às pessoas descobrir o que há no seu interior e partilhá-lo com os seus pares.

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

É importante assinalar que a musicoterapia só deve ser aplicada por terapeutas com formação nesta área. Existem circunstâncias nas quais a terapia musical pode ter efeitos negativos, particularmente se não se pratica correctamente.

As crianças com perturbação do espectro do autismo, especialmente nas primeiras etapas, podem recusar ou ignorar qualquer tipo de contacto com outra pessoa, inclusive com o terapeuta. No entanto, um instrumento musical pode servir de intermediário efectivo entre o paciente e o terapeuta, oferecendo-lhe um ponto de contacto inicial. Por outro lado, descreveu-se que a música e a musicoterapia podem ser muito efectivas em reforçar e mudar o comportamento social da criança com perturbação do espectro do autismo. Na área da comunicação, a musicoterapia facilita o desenvolvimento global da criança, ou seja, o processo da fala e vocalização, estimulando o processo mental relativamente a aspectos como conceptualização, simbolismo e compreensão. Adicionalmente, regula o comportamento sensitivo e motor, o qual está frequentemente alterado na criança com perturbação do espectro do autismo. Neste sentido, a música como actividade rítmica é efetiva em reduzir comportamentos estereotipados. Por último, a musicoterapia facilita a criatividade e promove a satisfação emocional. Este aspecto leva-se a cabo através da liberdade do paciente no uso de um instrumento musical, à margem do tipo de sons que podem sair dele.

As fontes de conhecimento da criança são as situações que ela tem oportunidade de experimentar no dia-a-dia. Dessa forma, quanto maior a riqueza de estímulos que ela receber melhor será o seu desenvolvimento intelectual. Nesse sentido, as experiências rítmico-musicais que permitem uma participação activa (vendo, ouvindo, tocando) favorecem o desenvolvimento dos sentidos das crianças. Ao trabalhar com os sons, ela desenvolve a sua acuidade auditiva; ao acompanhar gestos ou dançar, ela trabalha a coordenação motora, o ritmo e a atenção; ao cantar ou imitar sons ela descobre as suas capacidades e estabelece relações com o ambiente em que vive.

A abordagem pedagógica da criança autista depende muito do pragmatismo, espírito de criatividade, experiência e bom senso do educador, e deve ser complementada com o auxílio de recursos diversos como imagens, desenhos, pinturas, música, jogos, brinquedos especiais, actividades artísticas, manipulação com massas e, ultimamente, trabalhos com computador. O importante é estimular a criança, dar-lhe actividades, tanto físicas quanto mentais, e não deixá-la isolar-se e afundar-se nas estereotipias, que acabarão por dominá-la, atrofiando ainda mais o seu sistema cognitivo, caso não haja uma estimulação permanente.

As técnicas educacionais como o ABA (*Applied Behavior Analysis*), o método TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children*), e o PECS (*Picture Exchange Communication System*) vêm-se expandindo com relativo sucesso, nestas últimas décadas. O tratamento comportamental analítico (ABA) da perturbação do espectro do autismo visa ensinar à criança comportamentos que ela não possui, através da introdução destes por etapas. Cada comportamento é ensinado, em geral, num esquema individual, inicialmente apresentando-o associado a uma indicação ou instrução. A resposta adequada da criança tem como consequência a ocorrência de algo agradável para ela, o que na prática é uma recompensa; quando a recompensa é utilizada de forma consistente, a criança tende a repetir a mesma resposta. O método TEACCH já referido anteriormente, desenvolvido nos anos 60, baseia-se na organização do ambiente físico através de rotinas e sistemas de trabalho, de forma a adaptar o ambiente para tornar mais fácil para a criança compreendê-lo, assim como compreender o que se espera dela; através da organização do ambiente e das tarefas da criança, o TEACCH visa desenvolver a independência da criança. O sistema de comunicação através da troca de figuras (PECS) foi desenvolvido para ajudar crianças e adultos com perturbação do espectro do autismo e com outras alterações do desenvolvimento a adquirirem

comportamentos de comunicação; visa ajudar a criança a perceber que através da comunicação ela pode conseguir muito mais rapidamente as coisas que deseja, estimulando-a assim a comunicar-se e a diminuir os problemas de comportamento.

Como recurso terapêutico complementar de grande importância, salienta-se a musicoterapia. A música, cujo efeito sobre a mente é inegável, e é muito utilizada em técnicas de relaxamento, apresenta a vantagem de ser muito apreciada pelas crianças com perturbação do espectro do autismo. A musicoterapia é a primeira técnica de aproximação com estas crianças. Pode considerar-se que elas são uma espécie de feto que se defende contra os medos de um mundo externo desconhecido e contra as sensações das deficiências do seu mundo interior. Portanto, é importante trabalhar em etapas com elementos de regressão, ou seja, musicoterapia passiva ou receptiva (o paciente é submetido ao som sem instruções prévias), de comunicação e de integração.

As actividades com música, por exemplo, servem como estímulo à realização e ao controlo de movimentos específicos, contribuem para a organização do pensamento, enquanto as actividades em grupo favorecem a cooperação e a comunicação. Além disso, a criança fica envolvida numa actividade cujo objetivo é ela mesma, onde o importante é o fazer, participar, em que não existe cobrança de rendimento, a sua forma de expressão é respeitada, a sua ação é valorizada e, através do sentimento de realização, ela desenvolve a auto-estima.

As necessidades educativas das pessoas com perturbação do espectro do autismo devem ser determinadas individualmente.

As actividades musicais favorecem a inclusão de crianças com perturbação do espectro do autismo. Pelo seu carácter lúdico e de livre expressão, não apresentam pressões nem cobranças de resultados, são uma forma de aliviar e relaxar a criança, auxiliando-a na desinibição contribuindo para o envolvimento social, despertando noções de respeito e consideração pelo outro e abrindo espaço para outras aprendizagens.

As actividades técnicas que incorporam a música de uma forma interactiva, podem ser de muito valor para as terapias de crianças com perturbação do espectro do autismo. As técnicas de terapia musical podem ajudar estas crianças a serem mais espontâneas na comunicação, a romperem o seu padrão de isolamento, a reduzirem a sua ecolália, a socializarem-se e a compreenderem mais a linguagem.

Devido às diferenças entre indivíduos com perturbação do espectro do autismo, não existem regras universais sobre como se deve aplicar a terapia musical. Um

crianças podem reagir positivamente a certa técnica, enquanto outras podem fazê-lo negativamente. A música pode ser um instrumento muito poderoso para romper padrões de isolamento ao prover um estímulo externo. Mas, por outro lado, a terapia musical pode criar uma sobrecarga no sistema nervoso de algumas pessoas com perturbação do espectro do autismo, e aumentar as reações de auto-estimulação.

Alguns investigadores mencionam que a terapia musical em crianças com perturbação do espectro do autismo pode:

-romper com os padrões de isolamento e abandono social e contribuir para o desenvolvimento sócio-emocional: o isolamento social é reconhecido como uma das principais características da perturbação do espectro do autismo desde há muitos anos. Romper este padrão de isolamento e introduzir a criança com esta perturbação em actividades externas, em vez de internas, é importante para combater os seus problemas cognitivos e perceptivos. As crianças com perturbação do espectro do autismo, especialmente nas etapas iniciais do estabelecimento de relações, usualmente rejeitam e ignoram as tentativas de contacto social iniciadas por outras pessoas. A terapia musical pode fornecer alternativamente, um objecto de interesse mútuo através de um instrumento musical. Em vez de ele ser ameaçador, a forma, o som e o tacto do instrumento podem fascinar a criança com perturbação do espectro do autismo. O instrumento pode converter-se num inter-médio entre o paciente e o terapeuta, provendo um ponto inicial de contacto. Ao mesmo tempo, um terapeuta com experiência pode estruturar a experiência desde o princípio da terapia para minimizar efeitos negativos tais como sobrecarga sensorial e rituais auto-estimulantes. O som do instrumento, assim como o seu aspecto visual e táctil, podem ajudar a criança a compreender que outra pessoa o está a criar. A música e as outras experiências musicais podem ser fonte de quantidades inumeráveis de tipo de relações. Uma vez que a barreira tenha sido ultrapassada, o terapeuta musical continua com uma série de experiências estruturadas que podem aumentar a atenção destas crianças e libertá-las do seu mundo. Apesar do processo poder ser lento e árduo, a terapia musical é um instrumento inusual e prazenteiro que pode adaptar-se para chegar às necessidades do paciente. Para além do progresso individual e do começo de relações, a terapia musical é também uma forma efectiva de ensinar comportamentos sociais. Deve ser estruturada para garantir uma melhoria nas crianças com perturbação do espectro do

autismo. Apesar das interações verbais poderem ser limitadas, as interações sociais podem aumentar quando os pacientes aprendem num ambiente estruturado e adaptado a eles, (Aldridge, 1989, pp.743-746).

- **Facilitar a comunicação verbal e não-verbal:** a dificuldade na comunicação funcional das crianças com perturbação do espectro do autismo pode depender fundamentalmente da sua inabilidade para manipular símbolos e representações simbólicas; por outras palavras, a criança não pode “ver” ou “escutar” mentalmente algo que não está representado no ambiente. A linguagem, um sistema simbólico verbal, é difícil de entender para elas. A “linguagem autista” está sempre acompanhada por mudez, ecolália ou iniciativa de comunicação limitada. A terapia musical na área de comunicação, incentiva a verbalização e estimula os processos mentais em relação à conceptualização, ao simbolismo e à compreensão. Ao nível mais básico, a terapia musical trabalha para facilitar e suportar o desejo ou necessidade de comunicação. Acompanhamentos improvisados, durante as expressões habituais do paciente, podem demonstrar uma relação de comunicação entre o comportamento do mesmo e as notas musicais; as crianças com perturbação do espectro do autismo podem perceber estas notas mais facilmente que aproximações verbais. Mesmo que estas crianças comecem a mostrar intenções comunicativas (verbais e não-verbais), a música pode usar-se para motivar a vocalização. Aprender a tocar um instrumento de sopro é, de alguma forma, equivalente a aprender a vocalizar e também ajuda a utilizar os lábios, a língua, o maxilar e os dentes. O uso de padrões melódicos e rítmicos fortes durante as instruções verbais também se demonstrou benéfico, ao manter a atenção e melhorar a compreensão da linguagem falada. A terapia musical pode em algumas instâncias reduzir as vocalizações não comunicativas que impedem o progresso durante a aprendizagem da linguagem (Aldridge, 1989, pp.743-746).

- **Reduzir os comportamentos consequentes de problemas de percepção e de funcionamento motor e melhorar o desenvolvimento nestas áreas:** as crianças com perturbação do espectro do autismo, usualmente, mostram uma marcada ausência de respostas afectivas ao estímulo e isto contribui para que exista algum defeito no processamento destes estímulos. Muitas destas crianças respondem favoravelmente ao estímulo musical. As suas respostas afectivas positivas podem melhorar a participação noutras actividades desenhadas para promover a linguagem e a socialização. Além

disso, a música pode fornecer um contexto muito útil para incentivar o desenvolvimento da curiosidade e do interesse exploratório dos estímulos (Aldridge, 1989, pp.743-746).

As crianças com perturbação do espectro do autismo têm comportamentos “musicais” que são indicativos de como a música pode ser importante para fazê-las emergir do seu mundo. Alguns exemplos destes comportamentos são a repetição de segmentos de canções escutadas, o ritmo espontâneo, a atração por certos sons, timbres ou fontes sonoras e o movimento espontâneo a certo tipo de música.

As actividades musicais terapêuticas propostas são:

Canto: as canções podem ser adaptadas a todos os níveis de funcionamento. São uma fonte de segurança emocional e estabilidade, fonte de estimulação em todas as áreas de funcionamento e uma via para a comunicação verbal.

Tocar instrumentos: é um comportamento musical tangível e estruturado. Oferece a oportunidade de fazer música desde um nível simples até a um complexo, aumenta a participação na actividade musical, estimula a libertação de emoções e dá à criança uma sensação de vitória. Para além disto, aumenta a coesão do grupo, as habilidades sociais e a atenção, melhora a coordenação motora, fina e grossa, e a coordenação óculo-manual, melhora a percepção auditiva, visual e táctil e redirige o comportamento não adaptativo. Algumas crianças tocam instrumentos de maneira adequada, enquanto para outros os instrumentos se tornam uma via de expressão; mas as duas situações são igualmente satisfatórias desde o ponto de vista terapêutico.

- **Movimento com a música:** compreende a actividade motora grossa rítmica, locomoção básica, movimentos psicomotores livres e estruturados, actividades perceptíveis-motoras, dança e movimento criativo, baile social, movimento combinado com canto ou toque conjunto de instrumentos.

A criança com perturbação do espectro do autismo é arrítmica por natureza. A aplicação do aspecto rítmico da música à psicologia desta perturbação baseia-se no princípio lógico de reabilitação, compensa-se a pessoa com os desenvolvimentos/comportamentos que não possui. O conceito “ritmo” deve ser estruturado, generalizado, de maneira que os ajude a tomar consciência esquematizada da sua própria realidade exterior. A criança com perturbação do espectro do autismo centra-se numa actividade dinâmica-motora que o diverte e, sem se dar conta, é levado progressivamente a uma consciência de ser actor voluntário. No caso de dificuldades motoras a níveis mais baixos, o terapeuta percute ritmicamente o corpo da criança,

executa movimentos pausados sincronizados, experimenta sensações visíveis de bem-estar, estimulantes e relaxantes, e vai arquivando comportamentos rítmicos naturais (Aldridge, 1989, pp.743-746).

O som é a matéria constitutiva da música. Em musicoterapia, utiliza-se o som e não o ruído. O som pode-se aplicar como terapia utilizando as diferentes formas em que se apresenta e em todas as variantes e componentes. É importante que o terapeuta conheça e saiba definir conceitos como som, música, melodia, harmonia, música instrumental, vocal, sons agudos, graves, voz, sopranos, tenor, formas musicais, entre outros. Todas estas variantes e formas de som têm um valor terapêutico muito especial.

Das qualidades do som, o **timbre** tem o papel terapêutico mais importante. A concordância da música com o estado de ânimo do indivíduo deve estender-se ao timbre preferido (corda, sopro, precursão...), ao instrumento preferido, à voz/coro favorito ou à combinação instrumental-voz eleita. A tarefa de averiguar a identidade sonora de cada indivíduo é essencial em musicoterapia.

A voz é o instrumento mais próximo e terapêutico de que o terapeuta musical dispõe. A utilização da voz como elemento dinâmico supõe uma forma de contacto directa e próxima com a criança com perturbação do espectro do autismo. A capacidade do terapeuta para projectá-la, modulá-la e regulá-la, é um elemento chave para os ganhos que se pretendem. As alterações, intensidades e diversidade de sons que a voz pode permitir abarcam o cúmulo de possibilidades rítmicas e as qualidades de altura tonal, intensidade, duração e timbre. O musicoterapeuta deve ser um artista da voz.

A **altura tonal**, juntamente com a intensidade (outras qualidades do som), situa a criança com perturbação do espectro do autismo no limite da fronteira entre a ansiedade, o nervosismo, a angústia, a serenidade e o recolhimento. Não se devem utilizar tons agudos durante a terapia. A criança com esta perturbação, ao ouvir os tons agudos, tapa os ouvidos e isola-se. Uma tonalidade média, a preferida, corresponde a 300-400 vibrações por segundo. As intensidades devem regular-se de modo a que em nenhum caso excedem os 30-40 decibéis. Gritar para uma criança com perturbação do espectro do autismo é um erro grave, que deve ser evitado.

Durante a terapia musical deve reservar-se um tempo para o jogo, para as canções específicas e pessoais com o nome da criança e o seu envolvimento afectivo familiar, para uma improvisação ordenada e dirigida tanto por parte do terapeuta como de quem

assiste às sessões. Deve planificar-se uma experiência tímbrica sonora, com o piano por exemplo, onde a criança contacte com o teclado cada vez que o terapeuta mude registos e timbres instrumentais.

Alguns autores sugerem o uso de material sonoro-musical durante a gestação, como método preventivo da perturbação do espectro do autismo.

A terapia musical não é só um processo no qual se utilizam as fortalezas do indivíduo para melhorar as suas debilidades, mas também um processo para refinar e melhorar estas fortalezas.

II PARTE

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO DO ESTUDO E METODOLOGIA

1 – Motivação

Este trabalho é um estudo de caso centrado na observação de uma criança com PEA. Pretendemos abordar os contributos da Musicoterapia como método terapêutico educativo de forma a demonstrar a importância de se intervir precocemente em crianças com autismo.

São relativamente poucos os estudos existentes no que se refere às potencialidades da Música, enquanto terapia a nível físico, psíquico, afectivo e capaz de contribuir para melhorar a capacidade de resposta das crianças em termos de resolução dos problemas detectados.

A opção por investigar esta temática prende-se com os contributos da música que lhe dão um carácter terapêutico, mas sobretudo com o facto de a música ser uma linguagem não-verbal e um interessante meio de comunicação. Torna-se interessante e importante o recurso a novas metodologias para que se possa intervir de forma adequada junto de crianças com PEA, procedendo a uma investigação que envolva uma situação terapêutica, que possibilite alcançar novos conhecimentos e recursos a metodologias de intervenção inovadoras, que permitam reforçar competências e melhorar as práticas pedagógicas.

No caso particular deste estudo, o fundamento desta investigação vai de encontro às investigações existentes, que defendem que a Musicoterapia pode contribuir para modificar a relação do sujeito, com ele próprio e com os outros.

Em todas estas etapas é fundamental ter sempre presente as necessidades, interesses e objetivos desta família, de forma a favorecer o sucesso educativo desta criança, o desenvolvimento das suas capacidades e a sua inclusão.

2– Objectivos

O objectivo principal deste trabalho é perceber de que forma a Musicoterapia promove o desenvolvimento físico, mental, social e cognitivo nas crianças com Perturbação de Espectro do Autismo.

Objectivos Específicos:

É importante discriminar objectivos específicos que nos sirvam de apoio durante o processo de investigação. Assim sendo, pretendemos, ao longo deste estudo de caso, reflectir e responder à seguinte questão de investigação:

“Como é que a música expande o seu papel de entretenimento para servir de suporte a técnicas de psicoterapia?”

- Observar os contributos desta terapia nas crianças com perturbação do espectro do autismo, no plano da autonomia, auto-estima e interação com os seus pares.
- Verificar de que forma o modelo TEACCH, utilizado na educação de crianças com autismo se adequa a este processo de intervenção.
- Analisar se, através da musicoterapia se verificam mudanças comportamentais, sociais e afectivas na criança com perturbação do espectro de autismo.

3- Investigação Qualitativa

Na presente investigação, procurámos enquadrar o estudo de um caso exploratório considerando uma metodologia qualitativa.

Ao longo dos anos e das várias investigações, foi crescendo o interesse pelo indivíduo, pela sua forma de ver o mundo, pelas suas opiniões, crenças e valores. Trata-se de estudar situações de um modo qualitativo e intensivo (ao contrário do modo quantitativo e extensivo baseado nos inquéritos), em que são valorizados os dados não numéricos, obtidos no ambiente do indivíduo, com o objectivo de pôr em evidência os significados. Segundo Denzin e Lincoln (1994), citados por Sandall e colaboradores (2002, pp.130), “os investigadores que utilizam uma metodologia qualitativa procuram estudar os elementos no seu contexto natural, tentando dar sentido ou interpretar as acções das pessoas e os fenómenos, de acordo com os significados que têm para elas. A

pesquisa qualitativa envolve a utilização estudada de uma variedade de materiais empíricos (...) que descrevem momentos de rotina, problemáticas e significados na vida dos indivíduos”.

4- Amostra

Para esta abordagem, centrámo-nos num estudo de caso que decorreu no contexto de Jardim-de-Infância, através de acompanhamento directo à criança, em que foi possível colher o maior número de informações, por observações e por registos escritos. Foram igualmente fundamentais o acesso a informação cedida pela educadora de Infância, quer em registos escritos, quer em encontros informais, bem como as observações registadas aquando das sessões de musicoterapia. De salientar que esta criança foi encaminhada para a Educação Especial em cujo âmbito tem apoio individual por parte da respectiva professora.

O estudo de caso converte-se no instrumento primordial, visto que, segundo Ponte, é uma investigação “que se debruça deliberadamente sobre uma situação específica que se supõe ser única ou especial, pelo menos em certos aspectos, procurando descobrir o que há nela de mais essencial e característico e, desse modo, contribuir para a compreensão global de um certo fenómeno de interesse” (Ponte, 2006, pp.2).

Segundo Creswell (1998), um estudo de caso pode converter-se numa exploração de um sistema ou de um caso, no qual, são tidos em conta dados recolhidos nos próprios contextos. Um estudo de caso pode incidir, como refere Coutinho (2003), sobre um indivíduo, uma personagem, um pequeno grupo, uma organização, uma comunidade ou uma nação. As características que este instrumento deve adoptar, passam pelas seguintes: o fenómeno deve ser observado no seu ambiente natural; os dados são recolhidos utilizando vários meios (observações directas e indirectas, entrevistas, questionários, registos de áudio e vídeo, diários, cartas, entre outros)” (Benbasat *et al.*, 1987).

De entre os vários tipos de estudo de caso, para explorar o tema proposto, utilizámos o estudo de caso único, considerando-o mais adequado uma vez que se debruçou apenas sobre o estudo de uma criança com Perturbação do Espectro do Autismo, na modalidade observacional e, também, porque a informação recolhida foi realizada através da observação participante.

5 - Instrumentos

Os principais instrumentos de recolha de dados utilizados neste estudo de caso foram a entrevista e a observação participante. Esta ferramenta teve como objectivo permitir ao investigador registar as notas retiradas das suas observações no campo. Bogdan e Bilken (1994:150) referem que essas notas são “o relato escrito daquilo que o investigador ouve, vê, experimenta e pensa no decurso da recolha e refletindo sobre os dados de um estudo qualitativo”. Contudo, o recurso a instrumentos de recolha de dados tornou-se imprescindível, particularmente a entrevista feita à Musicoterapeuta e à Educadora de Infância, a ficha de anamnese, o registo directo (grelha de observação) e a planificação das sessões de musicoterapia. Não foi possível manter contacto directo com a família mais próxima. Em compensação, a oportunidade da observação ecológica permitiu-nos obter informações “naturais”, espontâneas, úteis e enriquecedoras.

Guião da Entrevista à Musicoterapeuta

- 1 – Quais os objectivos que trabalha com crianças com Espectro do Autismo nas sessões de musicoterapia?
- 2 – Normalmente, a partir de que idade se iniciam estas sessões?
- 3 – Estas sessões são feitas apenas com crianças com necessidades educativas especiais?
- 4 – Que conteúdos se trabalham mais com estas crianças?
- 5 – O que é que é mais positivo, trabalhar com elas em grupo ou individualmente?
- 6 – Existem actividades que as crianças gostem mais de fazer nas sessões?
- 7 – Quais os instrumentos musicais que utiliza com mais frequência nestas sessões?
- 8 – Que mudanças de comportamento observa nas crianças que fazem musicoterapia?
- 9 – Qual a importância da musicoterapia na educação da criança com autismo?
- 10 – De que forma a música actua na saúde da criança?

Guião da Entrevista à Educadora de Infância

- 1 - Costuma pôr música na sala de aula? Em que altura do dia?
- 2 – Na sua opinião, a música influencia o estado de espírito da criança?
- 3 – Quais os benefícios que a música traz para esta criança?
- 4 – Consegue criar uma relação de maior proximidade com a criança quando esta ouve música?
- 5 – Desde que a criança iniciou estas sessões, houve alguma evolução no seu comportamento?
- 6 – No dia em que a musicoterapeuta vem à escola, observa alguma agitação ou algum comportamento diferente na criança?
- 7 – De que forma estas sessões influenciam o desenvolvimento global da criança?
- 8 – Partilha da opinião de que é sem dúvida uma terapia eficaz com estas crianças?

GRELHA DE OBSERVAÇÃO

(Em situação de aula)

1 - NÍVEL EMOCIONAL: AFECTIVO				
		Nunca	Poucas vezes	Muitas vezes
1	Mostra-se distante, ignorando os outros.			
2	Prefere ficar sozinho.			
3	Revela desconforto quando outras pessoas se aproximam.			
4	Mostra ansiedade quando as profissionais que lhe são mais próximas estão longe.			

5	Sorri em resposta a sorrisos de outros.			
6	Oscila ou balança em resposta à música.			
7	Manifesta diferentes emoções num curto espaço de tempo, mesmo que nada se altere.			
8	Reage ao som movimentando o corpo olhando na direção da fonte sonora.			
9	Por imitação, aperta ou sacode um instrumento para produzir a fonte sonora.			
10	Identifica a fonte sonora.			
11	Relaciona sons com objetos do quotidiano.			
12	Distingue entre som e silêncio.			
2 – INTERACÇÃO SOCIAL				
1	Responde com entusiasmo a actividades musicais em grupo.			
2	Permite a interacção física, por parte de colegas e adultos.			
3	Tem dificuldade em estabelecer relações de amizade com o grupo.			
4	Demonstra comportamentos de hostilidade e agressividade.			
5	Tolera que os colegas se sentem junto dele.			
6	Permite que o grupo intervenha nos seus jogos.			
7	Demonstra facilidade na execução técnica de instrumentos musicais.			
8	Recusa tocar instrumentos musicais.			
9	Partilha com o grupo a sua musicalidade.			
10	Partilha os instrumentos com o grupo.			

11	Respeita a opinião e o trabalho dos colegas.			
12	Colabora nas actividades com entusiasmo.			

Construída e adaptada do formato da versão clínica FEAS de Greenspan et al (2001); CARS, de Schopler et al (1988);

Observador: _____ Aluno: _____ Data: __ / __ / __

PLANIFICAÇÃO DAS SESSÕES DE MUSICOTERAPIA

SALA AZUL	Local: Jardim de Infância “O Pintainho”	1º Fase (individual) Sessão nº1/8	Horário: 10h00/11h30	De: 13.01.20011 03.03.2011
Objectivos (de acordo com a criança)	Conceitos / Conteúdos	Actividades / Estratégias		Recursos
<ul style="list-style-type: none"> - Diminuir estereótipos -Determina as necessidades educativas da criança - Contacto afectivo (criança/musicoterapeuta) - Contacto visual - Vínculo entre musicoterapeuta/criança - Perceber os diferentes sons, ritmo, altura, timbre...etc. 	<p>Estilo musical Música Popular Portuguesa; Música clássica Dance Music; Canções de Natal.</p> <p>Técnicas de relaxamento</p>	<p>A musicoterapeuta tem à disposição, na sala: CD’s de diferentes estilos musicais – música Popular Portuguesa, Canções de Natal, Música Clássica, <i>Dance Music</i> e <i>Blues</i> que se adequem a cada criança; Cada CD/estilo musical tem uma figura/imagem correspondente. Experimenta os diferentes estilos musicais e, à medida que apresenta cada CD mostra a imagem/cartão correspondente, como forma de comunicar o que se vai ouvir. Tenta perceber o que ela gosta mais de fazer, qual o instrumento musical que prefere, se repete os sons que lhe são dados, o ritmo, etc. Explora o computador recorrendo a alguns jogos, trabalhos, etc.</p> <p>Consoante o comportamento de cada criança, utiliza técnicas de relaxamento como a respiração, movimentos com o corpo, entre outras.</p>		<p>Leitor de CD’s; CD de diferentes estilos musicais;</p> <p>CD diversos (sons animais, natureza; Instrumentos musicais. Cartões com imagens Computador</p> <p>Corpo</p>

PLANIFICAÇÃO DAS SESSÕES DE MUSICOTERAPIA

SALA AZUL	Local: Jardim de Infância “O Pintainho”	2ª Fase (grupo) Sessão nº9/16	Horário: 10h00/11h30	De: 10.03.2011 26.04.2011
Objectivos (de acordo com a criança e grupo)	Conceitos / Conteúdos	Actividades / Estratégias		Recursos
<ul style="list-style-type: none"> - Diminuir estereótipos - Contacto afectivo (pares/musicoterapeuta) - Contacto visual - Vínculo entre musicoterapeuta/criança /pares - Perceber os diferentes sons, ritmo, altura, timbre...etc 	<p>Estilo musical Música Popular Portuguesa; Música clássica <i>Dance Music</i>; Canções de Natal.</p> <p>Timbre Dinâmica (forte e piano) Altura (grave/agudo) Movimento</p> <p>Técnicas de relaxamento</p>	<p>A musicoterapeuta tem à disposição, na sala: CD’s de diferentes estilos musicais – música Popular Portuguesa, Canções de Natal, Música Clássica, <i>Dance Music</i> e <i>Blues</i> que se adequem a cada criança; Cada CD/estilo musical tem uma figura/imagem correspondente.</p> <p>Experimenta os diferentes estilos musicais e, à medida que apresenta cada CD mostra a imagem/cartão correspondente, como forma de comunicar o que se vai ouvir. Tenta perceber o que ela gosta mais de fazer, qual o instrumento musical que prefere, se repete os sons que lhe são dados, o ritmo, o timbre, a dinâmica, a altura e o movimento corporal (gestos alusivos à música).</p> <p>Consoante o comportamento de cada criança, utiliza técnicas de relaxamento como a respiração, movimentos com o corpo, entre outras.</p>		<p>Leitor de CD’s; CD de diferentes estilos musicais; CD diversos (sons animais, natureza);</p> <p>Instrumentos musicais. Cartões com imagens</p> <p>Corpo</p>

5- Procedimento

Segundo José Madureira Pinto e João Ferreira Almeida (1982, p. 84), “*os métodos têm assim, ao incidir sobre operações de pesquisa, uma relação de interioridade com as práticas de investigação: elas são as próprias práticas críticas de investigação (...) Representam um certo nível de controlo interno e formal sobre as pesquisas à medida que estas se desenrolam*”. Ou seja, os métodos têm uma função essencial para pôr em prática e orientar toda a pesquisa.

Para o desenvolvimento desta investigação foi necessário, em primeiro lugar, contactar a Direção do Agrupamento, no sentido de obter uma autorização tanto para a aplicação das entrevistas realizadas à Educadora de Infância e à Musicoterapeuta, como para a recolha de informações pessoais da nossa amostra. Não foi possível obter qualquer informação por parte da família da criança em estudo, daí alguma dificuldade sentida na recolha de informação adicional.

Com o intuito de minimizar limitações de qualquer ordem, foi solicitada a colaboração do Conselho Executivo, com a formalização por escrito de um pedido de autorização (em anexo). O objetivo era obter permissão para a aplicação das entrevistas e obter toda a informação considerada necessária para a elaboração da pesquisa, a fim de se poderem tirar as inferências finais desejadas.

Apresentados os instrumentos e o procedimento a utilizar neste estudo, passamos assim para a sua aplicação prática no próximo capítulo.

CAPÍTULO II – ESTUDO DE CASO

No presente capítulo apresentaremos o estudo de caso sobre o qual incide a nossa investigação, tal como já referimos, baseada na metodologia qualitativa. Trata-se de um estudo de caso de uma criança com PEA no seu contexto escolar. Este estudo de caso único, na modalidade observacional, tem como principal técnica de recolha de dados a observação participante e a entrevista.

1. Apresentação de A.

A A. é uma criança com PEA, com constrangimentos significativos ao nível do desenvolvimento emocional, com consequências ao nível das competências relacionais, interações sociais, tolerância à frustração e dificuldades de Linguagem/Comunicação. Comunica através de vocalizações simples, muitas vezes não intencionais, gestos corporais e choro e apresenta, ainda, dificuldades em estabelecer o contacto ocular, passa por fases de menor tolerância ao toque ou às atitudes invasivas por parte dos colegas. Quando está assim, grita e choraminga quando a tocam, quando invadem o seu espaço ou lhe tiram algo, o que a leva a rejeitar muitas das actividades, nomeadamente de expressão plástica, as que exijam o manuseamento de diferentes texturas, especialmente materiais moles como a plasticina, massa de farinha, gelatina, colas e tintas. Quando se encontra a manusear algo, quase sempre a leva à boca, mastigando-a.

Capta estímulos auditivos, especialmente, a música, a qual o mantém calmo e atento, participando nas actividades que lhe são propostas; quanto à voz humana responde, quando quer, ao chamado e a pedidos de forma espontânea.

Relativamente ao jogo de imitação, jogo simbólico ou do “faz de conta” tem as suas preferências. Estas cingem-se à área da casinha onde ela tem que ser a líder desse grupo e com as actividades com jogos, com os quais consegue realizar *puzzles* simples, alinhamentos e agrupamentos de peças segundo alguns atributos, tais como a cor, forma, tamanho, de preferência sempre o mesmo jogo.

Distancia-se com muita facilidade das tarefas orientadas e recorre a birras, atirando-se para o chão e chorando para não realizar o que lhe é proposto.

Necessita quase sempre da presença de um adulto para o manter na sua função, para o apoiar e orientar e o levar a concluir a tarefa.

Apresenta algumas dificuldades em cumprir a rotina diária do Jardim-de-Infância, principalmente quando surgem alterações ao habitual. Quando se verificam saídas ao exterior, fica mais agitada. Manifesta por vezes mal-estar, ansiedade e agitação quando se depara com situações e pessoas novas.

Quanto à mobilidade, não apresenta dificuldades em mover-se, verifica-se contudo, uma rigidez que condiciona toda a sua postura e coordenação motora global, influenciando o andar, o correr, o chutar e, principalmente, o subir e o descer alternando os pés. Rejeita por vezes as actividades que exijam movimentos finos da mão, daí a recusa da utilização dos lápis.

A A. é autónoma na realização dos seus auto-cuidados, lava a mãos sozinha e tem controlo esfinteriano dando indicação quando quer utilizar o WC. Aquando das refeições, utiliza a colher para comer a sopa e o garfo e a faca para a comida mas necessita muitas vezes da ajuda do adulto.

Nas relações inter-pessoais básicas, isola-se nas suas actividades e espaços próprios, não interagindo, quer com os pares quer com os adultos. Todavia, em relação a estes últimos, apresenta momentos de afectividade. É muito afável e meiga, principalmente quando quer o apoio do adulto para obter algo.

Em suma, nesta breve apresentação, destacam-se as áreas fortes da A. como sendo a área da mobilidade e também da matemática e as áreas fracas como sendo, a interação social, a comunicação (verbal e não verbal), limitações da capacidade de imitação e a dificuldade em lidar com as emoções.

Feita a anamnese familiar, apenas obtivemos alguma informação fornecida pela educadora de infância, uma vez que não foi possível o contacto directo com a família. Foi-nos comunicado que A., nascida a 22 de Dezembro de 2004, foi fruto de uma gravidez desejada, sendo a segunda gravidez (em anexo).

A A. esteve, desde que nasceu, aos cuidados da mãe e foi para a creche com 20 meses. Tinha necessidade de estar constantemente a comer e não gostava muito de barulho.

Em Novembro de 2007 a A. foi sinalizada à equipa de Intervenção Precoce de Sines, pela Educadora Titular de Sala. Com base na instabilidade emocional e comportamental e nas estereotípias manifestadas por A., foi aconselhada à família

uma consulta de desenvolvimento. Em 2008, foi observada em consulta com o neuropediatra que fez o seu encaminhamento para uma avaliação de despiste do Espectro do Autismo, no Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil (CADIN). Da análise dos resultados, concluíram que a A. evidenciou um nível abaixo dos valores esperados para a sua idade cronológica, como também um conjunto de características compatíveis com Perturbação do Espectro do Autismo. Em 2009, foi reavaliada pelo CADIN, cuja conclusão evidenciou a continuação de um nível de desenvolvimento abaixo da média mas registaram-se progressos muito positivos.

Desde a sua entrada no Jardim-de-Infância, aos 4 anos de idade, teve o apoio da professora de Educação Especial por duas horas semanais. Iniciou também, o apoio de Terapia da Fala, com a periodicidade de duas vezes por semana e implementou-se um programa de ensino, estruturado pela Educadora, de Intervenção Precoce e com a colaboração da Educadora Titular de Sala. Apenas neste último ano frequenta algumas sessões de Musicoterapia, individuais e em grupo.

Atualmente, com 7 anos, continua a manifestar dificuldades significativas em acompanhar as orientações Curriculares do Pré-Escolar, sobretudo na área da Formação Pessoal e Social (relação com os pares), nos domínios da Motricidade Fina e da Linguagem.

As medidas de Educação Especial implementadas foram eficazes, uma vez que a A. mostrou progressos significativos ao longo do ano e adquiriu grande parte das competências definidas no PEI. Mostra-se mais quieta em situação de tapete e apresenta uma maior capacidade de concentração. Melhorou o ritmo de concretização e realiza com menos dificuldade as tarefas propostas.

Fundamenta-se esta necessidade no facto de a A. precisar de mediação do adulto para resolver pequenas situações com os seus pares, pois, por vezes, passa por fases de menor tolerância ao toque ou às atitudes invasivas por parte dos colegas. Quando está assim, grita e choraminga quando a tocam, quando invadem o seu espaço ou lhe tiram algo. Mostra ainda dificuldade em manter-se sentada na cadeira durante a concretização dos trabalhos individualizados. Mantém a necessidade de apoio individualizado e personalizado para a assimilação dos conteúdos mais abstractos.

A avaliação surge como um momento crucial no decorrer de todo o processo. Só uma avaliação cuidadosa e atenta permite determinar as necessidades de desenvolvimento da criança, o que se torna essencial para orientar a delineação do

processo de intervenção (Boone & Crais, 2002). Surge mais uma vez a importância da participação da Educadora de Infância, Professora de Educação Especial, Terapeuta da Fala e da Musicoterapeuta.

Assim sendo, a avaliação de A. baseou-se na recolha de partilha de informação junto da Educadora e da Musicoterapeuta. Recorreu-se ainda à observação da A. no contexto de Jardim-de-Infância.

2 – Apresentação e discussão dos resultados

A análise dos dados da amostra foi o registo sob a forma de grelha de observação, compreendendo esta categoria no plano afectivo (emocional) e de interação pessoal. As sessões de Musicoterapia foram divididas em duas fases distintas; uma primeira fase de oito sessões individuais e a segunda, fase igualmente com oito sessões, juntamente com os colegas da turma. Ao longo das sessões, às quais me foi possível assistir, foram registados os comportamentos de A. e, para simplificarmos a apresentação dos resultados, agrupámos as tabelas com duas sessões semanais como podemos verificar na tabela em baixo.

GRELHA DE OBSERVAÇÃO

1º/2º Sessão observada				Dias: 13.01.2011 /20.01.2011		
PLANO AFECTIVO - EMOCIONAL						
<i>Elemento da amostra</i>	Mostra-se distante, ignorando os outros.	Prefere ficar sozinho.	Revela desconforto quando outras pessoas se aproximam	Mostra ansiedade quando as profissionais que lhe são mais próximos estão longe.	Sorri em resposta a sorrisos de outros.	Oscila ou balança em resposta à música.
A	x	x	x	x	o	o
1º/2º Sessão observada				Dias: 13.01.2011 /20.01.2011		
PLANO AFECTIVO - EMOCIONAL						
	Manifesta diferentes emoções	Reage ao som movimentando o corpo	Por imitação, aberta ou	Identifica a fonte sonora.	Relaciona sons com objetos do	Distingue entre som e silêncio.

<i>Elemento da amostra</i>	num curto espaço de tempo, mesmo que nada se altere.	olhando na direcção da fonte sonora.	sacode um instrumento para produzir a fonte sonora.		quotidiano.	
A	x	o	o	o	o	o

1º/2º Sessão observada				Dias: 13.01.2011 /20.01.2011		
INTERAÇÃO SOCIAL						
<i>Elemento da amostra</i>	Responde com entusiasmo a actividades musicais em grupo.	Permite a interação física, por parte de colegas e adultos.	Tem dificuldade em estabelecer relações de amizade com o grupo.	Demonstra comportamentos de hostilidade e agressividade.	Tolera que os colegas se sentem junto dele.	Permite que o grupo intervenha nos seus jogos.
A	o	o	x	x	o	o
1º/2º Sessão observada				Dias: 13.01.2011 /20.01.2011		
INTERAÇÃO SOCIAL						
<i>Elemento da amostra</i>	Demonstra facilidade na execução técnica de instrumentos musicais.	Recusa tocar instrumentos musicais.	Partilha com o grupo a sua musicalidade.	Partilha os instrumentos com o grupo.	Respeita a opinião e o trabalho dos colegas.	Colabora nas actividades com entusiasmo.
A	o	x	o	o	o	o

3º/4º Sessão observada				Dias:27.01.2011/03.02.2011		
PLANO AFECTIVO - EMOCIONAL						
<i>Elemento da amostra</i>	Mostra-se distante, ignorando os outros.	Prefere ficar sozinho.	Revela desconforto quando outras pessoas se aproximam	Mostra ansiedade quando as profissionais que lhe são mais próximos estão longe.	Sorri em resposta a sorrisos de outros.	Oscila ou balança em resposta à música.
A	x	x	x	x	o	o

3º/4º Sessão observada				Dias: 27.01.2011/03.02.2011		
PLANO AFECTIVO - EMOCIONAL						
<i>Elemento da amostra</i>	Manifesta diferentes emoções num curto espaço de tempo, mesmo que nada se altere.	Reage ao som movimentando o corpo olhando na direção da fonte sonora.	Por imitação, aperta ou sacode um instrumento para produzir a fonte sonora.	Identifica a fonte sonora.	Relaciona sons com objetos do quotidiano.	Distingue entre som e silêncio.
A	<i>x</i>	<i>o</i>	<i>o</i>	<i>o</i>	<i>o</i>	<i>o</i>

3º/4º Sessão observada				Dias: 27.01.2011/03.02.2011		
INTERAÇÃO SOCIAL						
<i>Elemento da amostra</i>	Responde com entusiasmo a actividades musicais em grupo.	Permite a interação física, por parte de colegas e adultos.	Tem dificuldade em estabelecer relações de amizade com o grupo.	Demonstra comportamentos de hostilidade e agressividade.	Tolera que os colegas se sentem junto dele.	Permite que o grupo intervenha nos seus jogos.
A	<i>o</i>	<i>o</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>o</i>	<i>o</i>

3º/4º Sessão observada				Dias: 27.01.2011/03.02.2011		
INTERAÇÃO SOCIAL						
<i>Elemento da amostra</i>	Demonstra facilidade na execução técnica de instrumentos musicais.	Recusa tocar instrumentos musicais.	Partilha com o grupo a sua musicalidade.	Partilha os instrumentos com o grupo.	Respeita a opinião e o trabalho dos colegas.	Colabora nas actividades com entusiasmo.
A	<i>o</i>	<i>x</i>	<i>o</i>	<i>o</i>	<i>o</i>	<i>o</i>

5º/6º Sessão observada				Dias: 10.02.2011/17.02.2011		
PLANO AFECTIVO - EMOCIONAL						
	Mostra-se distante, ignorando os outros.	Prefere ficar sozinho.	Revela desconforto quando outras	Mostra ansiedade quando as profissionais	Sorri em resposta a sorrisos de outros.	Oscila ou balança em resposta à música.

<i>Elemento da amostra</i>			peças se aproximam	que lhe são mais próximos estão longe.		
A	<i>o</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>o</i>	<i>o</i>
5º/6º Sessão observada			Dias: 10.02.2011/17.02.2011			
PLANO AFECTIVO - EMOCIONAL						
<i>Elemento da amostra</i>	Manifesta diferentes emoções num curto espaço de tempo, mesmo que nada se altere.	Reage ao som movimentando o corpo olhando na direção da fonte sonora.	Por imitação, aperta ou sacode um instrumento para produzir a fonte sonora.	Identifica a fonte sonora.	Relaciona sons com objectos do quotidiano.	Distingue entre som e silêncio.
A	<i>x</i>	<i>o</i>	<i>x</i>	<i>o</i>	<i>o</i>	<i>x</i>
5º/6º Sessão observada			Dias: 10.02.2011/17.02.2011			
INTERAÇÃO SOCIAL						
<i>Elemento da amostra</i>	Responde com entusiasmo a actividades musicais em grupo.	Permite a interação física, por parte de colegas e adultos.	Tem dificuldade em estabelecer relações de amizade com o grupo.	Demonstra comportamentos de hostilidade e agressividade.	Tolera que os colegas se sentem junto dele.	Permite que o grupo intervenha nos seus jogos.
A	<i>o</i>	<i>o</i>	<i>x</i>	<i>o</i>	<i>x</i>	<i>o</i>
5º/6º Sessão observada			Dias: 10.02.2011/17.02.2011			
INTERAÇÃO SOCIAL						
<i>Elemento da amostra</i>	Demonstra facilidade na execução técnica de instrumentos musicais.	Recusa tocar instrumentos musicais.	Partilha com o grupo a sua musicalidade.	Partilha os instrumentos com o grupo.	Respeita a opinião e o trabalho dos colegas.	Colabora nas actividades com entusiasmo.
A	<i>o</i>	<i>x</i>	<i>o</i>	<i>o</i>	<i>o</i>	<i>o</i>

7º/8º Sessão observada			Dias: 24.02.2011/03.03.2011			
PLANO AFECTIVO - EMOCIONAL						
	Mostra-se	Prefere ficar	Revela	Mostra	Sorri em	Oscila ou

<i>Elemento da amostra</i>	distante, ignorando os outros.	sozinho.	desconforto quando outras pessoas se aproximam	ansiedade quando as profissionais que lhe são mais próximos estão longe.	resposta a sorrisos de outros.	balança em resposta à música.
A	<i>o</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>o</i>	<i>o</i>
7º/8º Sessão observada			Dias: 24.02.2011/03.03.2011			
PLANO AFECTIVO - EMOCIONAL						
<i>Elemento da amostra</i>	Manifesta diferentes emoções num curto espaço de tempo, mesmo que nada se altere.	Reage ao som movimentando o corpo olhando na direcção da fonte sonora.	Por imitação, aperta ou sacode um instrumento para produzir a fonte sonora.	Identifica a fonte sonora.	Relaciona sons com objectos do quotidiano.	Distingue entre som e silêncio.
A	<i>x</i>	<i>o</i>	<i>x</i>	<i>o</i>	<i>o</i>	<i>x</i>
7º/8º Sessão observada			Dias: 24.02.2011/03.03.2011			
INTERAÇÃO SOCIAL						
<i>Elemento da amostra</i>	Responde com entusiasmo a actividades musicais em grupo.	Permite a interação física, por parte de colegas e adultos.	Tem dificuldade em estabelecer relações de amizade com o grupo.	Demonstra comportamentos de hostilidade e agressividade.	Tolera que os colegas se sentem junto dele.	Permite que o grupo intervenha nos seus jogos.
A	<i>o</i>	<i>o</i>	<i>x</i>	<i>o</i>	<i>x</i>	<i>o</i>
7º/8º Sessão observada			Dias: 24.02.2011/03.03.2011			
INTERAÇÃO SOCIAL						
<i>Elemento da amostra</i>	Demonstra facilidade na execução técnica de instrumentos musicais.	Recusa tocar instrumentos musicais.	Partilha com o grupo a sua musicalidade.	Partilha os instrumentos com o grupo.	Respeita a opinião e o trabalho dos colegas.	Colabora nas actividades com entusiasmo.
A	<i>o</i>	<i>x</i>	<i>o</i>	<i>o</i>	<i>o</i>	<i>o</i>

9º/10º Sessão observada				Dias:10.03.2011/17.03.2011		
PLANO AFECTIVO - EMOCIONAL						
<i>Elemento da amostra</i>	Mostra-se distante, ignorando os outros.	Prefere ficar sozinho.	Revela desconforto quando outras pessoas se aproximam	Mostra ansiedade quando as profissionais que lhe são mais próximos estão longe.	Sorri em resposta a sorrisos de outros.	Oscila ou balança em resposta à música.
A	<i>o</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>o</i>	<i>o</i>
9º/10º Sessão observada				Dias:10.03.2011/17.03.2011		
PLANO AFECTIVO - EMOCIONAL						
<i>Elemento da amostra</i>	Manifesta diferentes emoções num curto espaço de tempo, mesmo que nada se altere.	Reage ao som movimentando o corpo olhando na direção da fonte sonora.	Por imitação, aperta ou sacode um instrumento para produzir a fonte sonora.	Identifica a fonte sonora.	Relaciona sons com objectos do quotidiano.	Distingue entre som e silêncio.
A	<i>x</i>	<i>o</i>	<i>x</i>	<i>o</i>	<i>o</i>	<i>x</i>
9º/10º Sessão observada				Dias:10.03.2011/17.03.2011		
INTERAÇÃO SOCIAL						
<i>Elemento da amostra</i>	Responde com entusiasmo a actividades musicais em grupo.	Permite a interação física, por parte de colegas e adultos.	Tem dificuldade em estabelecer relações de amizade com o grupo.	Demonstra comportamentos de hostilidade e agressividade.	Tolera que os colegas se sentem junto dele.	Permite que o grupo intervenha nos seus jogos.
A	<i>o</i>	<i>o</i>	<i>x</i>	<i>o</i>	<i>x</i>	<i>o</i>
9º/10º Sessão observada				Dias:10.03.2011/17.03.2011		
INTERAÇÃO SOCIAL						
<i>Elemento da amostra</i>	Demonstra facilidade na execução técnica de instrumentos musicais.	Recusa tocar instrumentos musicais.	Partilha com o grupo a sua musicalidade.	Partilha os instrumentos com o grupo.	Respeita a opinião e o trabalho dos colegas.	Colabora nas actividades com entusiasmo.
A	<i>o</i>	<i>x</i>	<i>o</i>	<i>o</i>	<i>o</i>	<i>o</i>

11º/12º Sessão observada				Dias: 24.03.2011/31.03.2011		
PLANO AFECTIVO - EMOCIONAL						
<i>Elemento da amostra</i>	Mostra-se distante, ignorando os outros.	Prefere ficar sozinho.	Revela desconforto quando outras pessoas se aproximam	Mostra ansiedade quando as profissionais que lhe são mais próximos estão longe.	Sorri em resposta a sorrisos de outros.	Oscila ou balança em resposta à música.
A	<i>o</i>	<i>o</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>
11º/12º Sessão observada				Dias: 24.03.2011/31.03.2011		
PLANO AFECTIVO - EMOCIONAL						
<i>Elemento da amostra</i>	Manifesta diferentes emoções num curto espaço de tempo, mesmo que nada se altere.	Reage ao som movimentando o corpo olhando na direcção da fonte sonora.	Por imitação, aperta ou sacode um instrumento para produzir a fonte sonora.	Identifica a fonte sonora.	Relaciona sons com objetos do quotidiano.	Distingue entre som e silêncio.
A	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>o</i>	<i>x</i>
11º/12º Sessão observada				Dias: 24.03.2011/31.03.2011		
INTERAÇÃO SOCIAL						
<i>Elemento da amostra</i>	Responde com entusiasmo a actividades musicais em grupo.	Permite a interação física, por parte de colegas e adultos.	Tem dificuldade em estabelecer relações de amizade com o grupo.	Demonstra comportamentos de hostilidade e agressividade.	Tolera que os colegas se sentem junto dele.	Permite que o grupo intervenha nos seus jogos.
A	<i>o</i>	<i>o</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>o</i>
11º/12º Sessão observada				Dias: 24.03.2011/31.03.2011		
INTERAÇÃO SOCIAL						
<i>Elemento da amostra</i>	Demonstra facilidade na execução técnica de instrumentos musicais.	Recusa tocar instrumentos musicais.	Partilha com o grupo a sua musicalidade.	Partilha os instrumentos com o grupo.	Respeita a opinião e o trabalho dos colegas.	Colabora nas actividades com entusiasmo.

A	x	x	o	o	o	o
---	---	---	---	---	---	---

12º/13º Sessão observada			Dias:07.04.2011/14.04.2011			
PLANO AFECTIVO - EMOCIONAL						
<i>Elemento da amostra</i>	Mostra-se distante, ignorando os outros.	Prefere ficar sozinho.	Revela desconforto quando outras pessoas se aproximam	Mostra ansiedade quando as profissionais que lhe são mais próximos estão longe.	Sorri em resposta a sorrisos de outros.	Oscila ou balança em resposta à música.
A	o	o	x	x	x	x

12º/13º Sessão observada			Dias: 07.04.2011/14.04.2011			
PLANO AFECTIVO - EMOCIONAL						
<i>Elemento da amostra</i>	Manifesta diferentes emoções num curto espaço de tempo, mesmo que nada se altere.	Reage ao som movimentando o corpo olhando na direção da fonte sonora.	Por imitação, aperta ou sacode um instrumento para produzir a fonte sonora.	Identifica a fonte sonora.	Relaciona sons com objetos do quotidiano.	Distingue entre som e silêncio.
A	x	x	x	x	o	x

12º/13º Sessão observada			Dias: 07.04.2011/14.04.2011			
INTERAÇÃO SOCIAL						
<i>Elemento da amostra</i>	Responde com entusiasmo a actividades musicais em grupo.	Permite a interação física, por parte de colegas e adultos.	Tem dificuldade em estabelecer relações de amizade com o grupo.	Demonstra comportamentos de hostilidade e agressividade.	Tolera que os colegas se sentem junto dele.	Permite que o grupo intervenha nos seus jogos.
A	o	o	x	x	x	o

12º/13º Sessão observada			Dias: 07.04.2011/14.04.2011			
INTERAÇÃO SOCIAL						
<i>Elemento da amostra</i>	Demonstra facilidade na execução técnica de	Recusa tocar instrumentos musicais.	Partilha com o grupo a sua musicalidade.	Partilha os instrumentos com o grupo.	Respeita a opinião e o trabalho	Colabora nas actividades com

<i>amostra</i>	instrumentos musicais.				dos colegas.	entusiasmo.
A	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>o</i>	<i>o</i>	<i>o</i>	<i>o</i>

14º/15º Sessão observada			Dias:21.04.2011/28.04.2011			
PLANO AFECTIVO - EMOCIONAL						
<i>Elemento da amostra</i>	Mostra-se distante, ignorando os outros.	Prefere ficar sozinho.	Revela desconforto quando outras pessoas se aproximam	Mostra ansiedade quando as profissionais que lhe são mais próximos estão longe.	Sorri em resposta a sorrisos de outros.	Oscila ou balança em resposta à música.
A	<i>o</i>	<i>o</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>
14º/15º Sessão observada			Dias: 21.04.2011/28.04.2011			
PLANO AFECTIVO - EMOCIONAL						
<i>Elemento da amostra</i>	Manifesta diferentes emoções num curto espaço de tempo, mesmo que nada se altere.	Reage ao som movimentando o corpo olhando na direção da fonte sonora.	Por imitação, aperta ou sacode um instrumento para produzir a fonte sonora.	Identifica a fonte sonora.	Relaciona sons com objectos do quotidiano.	Distingue entre som e silêncio.
A	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>
14º/15º Sessão observada			Dias: 21.04.2011/28.04.2011			
INTERAÇÃO SOCIAL						
<i>Elemento da amostra</i>	Responde com entusiasmo a actividades musicais em grupo.	Permite a interação física, por parte de colegas e adultos.	Tem dificuldade em estabelecer relações de amizade com o grupo.	Demonstra comportamentos de hostilidade e agressividade.	Tolera que os colegas se sentem junto dele.	Permite que o grupo intervenha nos seus jogos.
A	<i>o</i>	<i>o</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>o</i>
14º/15º Sessão observada			Dias: 21.04.2011/28.04.2011			
INTERAÇÃO SOCIAL						
	Demonstra facilidade na	Recusa tocar instrumentos	Partilha com o grupo a sua	Partilha os instrumentos	Respeita a opinião	Colabora nas

<i>Elemento da amostra</i>	execução técnica de instrumentos musicais.	musicais.	musicalidade.	com o grupo.	e o trabalho dos colegas.	actividades com entusiasmo.
A	x	x	o	o	o	o

16º Sessão observada	Dias:26.04/2011
----------------------	-----------------

PLANO AFECTIVO - EMOCIONAL

<i>Elemento da amostra</i>	Mostra-se distante, ignorando os outros.	Prefere ficar sozinho.	Revela desconforto quando outras pessoas se aproximam	Mostra ansiedade quando as profissionais que lhe são mais próximos estão longe.	Sorri em resposta a sorrisos de outros.	Oscila ou balança em resposta à música.
A	o	o	x	x	x	x

16º Sessão observada	Dias:26/04/2011
----------------------	-----------------

PLANO AFECTIVO - EMOCIONAL

<i>Elemento da amostra</i>	Manifesta diferentes emoções num curto espaço de tempo, mesmo que nada se altere.	Reage ao som movimentando o corpo olhando na direção da fonte sonora.	Por imitação, aperta ou sacode um instrumento para produzir a fonte sonora.	Identifica a fonte sonora.	Relaciona sons com objectos do quotidiano.	Distingue entre som e silêncio.
A	x	x	x	x	x	x

16º Sessão observada	Dias:26/04/2011
----------------------	-----------------

INTERAÇÃO SOCIAL

<i>Elemento da amostra</i>	Responde com entusiasmo a actividades musicais em grupo.	Permite a interação física, por parte de colegas e adultos.	Tem dificuldade em estabelecer relações de amizade com o grupo.	Demonstra comportamentos de hostilidade e agressividade.	Tolera que os colegas se sentem junto dele.	Permite que o grupo intervenha nos seus jogos.
A	o	o	x	x	x	o

16º Sessão observada	Dias:26/04/2011
----------------------	-----------------

INTERAÇÃO SOCIAL

<i>Elemento da amostra</i>	Demonstra facilidade na execução técnica de instrumentos musicais.	Recusa tocar instrumentos musicais.	Partilha com o grupo a sua musicalidade.	Partilha os instrumentos com o grupo.	Respeita a opinião e o trabalho dos colegas.	Colabora nas actividades com entusiasmo.
A	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>o</i>	<i>o</i>	<i>o</i>	<i>o</i>

Legenda: *x* (sim) *o* (não)

Como podemos verificar nas tabelas, a A., numa fase inicial tanto a nível afectivo-emocional como de interação social, recusou-se a participar nas sessões de musicoterapia. Revelou-se distante, demonstrando algum desconforto, ansiedade, sem qualquer reacção face à actividade iniciada pela musicoterapeuta. Respondeu negativamente às actividades musicais em grupo, não permitindo a interação física com os pares, recusando partilhar e tocar nos instrumentos. No entanto, a A., com a continuidade das sessões, foi ganhando alguma confiança e segurança e alguma empatia com a musicoterapeuta e com os pares, começando a manifestar-se musicalmente mais comunicativa embora na maioria das vezes preferisse realizar as actividades sozinha. Revelou-se muito inconstante a nível emocional, e só participava nas actividades dependendo da sua maneira de estar no dia e se ninguém a impedisse de fazer o que queria. Havia momentos em que colaborava activamente, outros em que comunicava apenas com gestos, mantendo sempre alguma distância, por vezes gritando e fazendo birras. No entanto, é de salientar a sua evolução ao longo das sessões, notando-se de facto alguma mudança no seu comportamento tanto a nível emocional como social, o que não acontecia no início das sessões.

Em conclusão, pela análise feita aos dados deste estudo e com a continuidade desta terapia a música é considerada uma nova estratégia com enormes potencialidades no tratamento de crianças com Perturbação do Espectro do autismo.

É fundamental ver o mundo através dos olhos destas crianças, e usar esta perspectiva para inseri-las na nossa sociedade da forma mais independente possível.

CONCLUSÕES

Quando se pensa num projeto de investigação, que envolve problemáticas complexas como a do Autismo, são muitas as expectativas sobre o mesmo. Desde logo, acredita-se que o estudo que pretendemos desenvolver, nos irá trazer novos conhecimentos e acrescentará algo de novo, relativamente ao que já fora percebido anteriormente.

Pretendeu-se assim, apresentar os aspetos que entendemos mais relevantes, resultantes das investigações feitas e dos conhecimentos entretanto obtidos, relacionados com a Musicoterapia e seus contributos junto das crianças com autismo.

Tentou-se explicitar, através da fundamentação teórica, que a musicoterapia é uma técnica terapêutica actual, em fase de ascensão permanente. As técnicas utilizadas nesta terapia oferecem várias alternativas ao técnico (musicoterapeuta), que pode examinar cientificamente a intervenção necessária, envolvendo os sujeitos no planeamento da terapia, no estabelecimento de metas a atingir e técnicas a utilizar, de forma a promover modificações sócio- comportamentais no sujeito. Servirá também de mentor, ao ensinar o sujeito a reestruturar os seus comportamentos de uma forma mais positiva, ajudando-o a tornar-se mais autónomo e independente, na interação social, que é um dos objetivos principais na psicologia de reabilitação.

Face ao exposto, e pelas considerações finais recolhidas através da análise das entrevistas realizadas e das grelhas de observação, pressupõe-se que a Musicoterapia é uma modalidade de intervenção que se poderá revelar de extrema importância para o tratamento do autismo.

Será que as novas terapias, se forem utilizadas como uma forma de tratamento complementar às terapias convencionais, se forem assumidas como uma abordagem interdisciplinar nas áreas da saúde e da educação desde tenra idade, não poderão melhorar significativamente o desenvolvimento geral das crianças com autismo?

Como já referimos, é hoje consensual atribuir à música um papel importante, quer na educação geral, quer na especial, ajudando a estabelecer vias comunicativas privilegiadas com pessoas com quem, através de vias tradicionais, nem sempre é fácil comunicar. O envolvimento e a formação de todos os que lidam com a pessoa com autismo são essenciais.

Pelo que foi referido, parece pertinente pensar na Musicoterapia como um modelo de auto e hétéro ajuda e de enriquecimento pessoal, social e cultural. Simultaneamente, poder-se-á olhar para esta área da ciência, recente e ao mesmo tempo tão enraizada na nossa natureza, como uma forma intrinsecamente humana de promover o encontro de cada sujeito consigo próprio e, a partir daí, com os outros e com o mundo.

Torna-se indispensável que os profissionais da educação e todos os outros técnicos intervenientes no sistema educativo tenham uma conceptualização clara, correcta e uniformizada sobre esta temática. Só desta forma se poderá dar sequencialidade ao imprescindível processo de avaliação, planificação e intervenção de acordo com a individualidade de cada criança com NEE, mais especificamente neste estudo, com PEA.

Esta experiência por nós vivenciada foi deveras enriquecedora e aliciante constituindo um importante momento de aprendizagem, mas também de partilha em equipa. Permitiu-nos desenvolver conhecimentos úteis para a elaboração de um trabalho desta natureza e aprofundar outros conhecimentos a diferentes níveis, nomeadamente, a temática da Musicoterapia e da PEA, além de ficarmos sensibilizados e motivados para continuar a investir na área da educação.

Um trabalho da índole do que foi apresentado é necessariamente uma peça incompleta e imperfeita, que requer alterações que a melhorem e complementem.

Para ajudar as crianças com perturbação do espectro do autismo a adaptarem-se mais à nossa cultura, é necessário conceber programas tendo como base os pontos fortes e os défices fundamentais desta perturbação que afectam a aprendizagem e as interações no dia-a-dia, e formar profissionais nesta área, integrando-os em equipas multidisciplinares.

INVESTIGAÇÕES FUTURAS

Uma vez enunciadas as conclusões obtidas no nosso estudo, estamos em condições de proferir ilações, tanto em termos de delineação do processo de investigação como de sugerir novas propostas para futuros desenvolvimentos.

Para realização de investigações futuras sobre os efeitos da música nas rotinas destas crianças, inclusive nas salas de aula, é fundamental, tal como o planeamento de programas educacionais efectivos, com a função de vencer o desafio desta perturbação do desenvolvimento tão singular que é a perturbação do espectro do autismo.

A criação de modelos estandardizados para a avaliação desta terapia é indispensável para que a sua aplicação seja eficaz e se evitem resultados negativos.

Não tendo encontrado qualquer estudo que valide esta técnica, como proposta futura alertamos para a pertinência de replicar o estudo com novas amostras, abarcando níveis mais diferenciados, tanto a nível de escolaridade como a nível etário.

A realização de um estudo futuro, onde a técnica fosse aplicada em crianças, dos 3 aos 10 anos de idade, com perturbação do espectro do autismo, analisando o seu desenvolvimento, interação e comunicação, de modo a comprovar a validade desta técnica, completando assim esta dissertação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, S. L. & Freire. T. (2007). Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação. 4ª edição. Braga: edições psiquilibrios.
- Barcellos, L. R. (2004). Musicoterapia: Alguns escritos, Rio de Janeiro RJ: Enelivros.
- Barcellos, L.R. (data) Cadernos de Musicoterapia 1. Rio de Janeiro.
- Benenzon, R. (data) Manual de Musicoterapia, Barcelona Ediciones.
- Benenzon, R. (1985). Manual de Musicoterapia: Ediciones Paídos Educator.
- Benenzon, R. (1988). Teoria da Musicoterapia: contribuição ao conhecimento do contexto não-verbal. São Paulo: Summus
- Bensabat, i., Goldstein, D.K. and Mead, M. (1987). The Case Research Strategy in studies of Information Systems, MIS Quaterly, pp.369.386.
- Bethelheim, B. (1987). A fortaleza voadora, Brasil Martins Fontes.
- Blasco, S.P. (1999). Compêndio de Musicoterapia. Volume I. Barcelona.
- Bogdan, r.& Biklen, S. (1994). Investigação qualitativa em educação. Porto: Porto Editora.
- Brandalise, A. (2001). Musicoterapia, músico-centrada – Linda 120 sessões. Paídos Buenos Aires, 1971/São Paulo SP: Apontamentos Editora.
- Bruscia, K,E. (1998). Definições de Musicoterapia. In: Definindo a Musicoterapia. Rio de Janeiro: Enelivros.
- Bruscia, K,E. (1999). Modelos de improvisación en musicoterapia”, Barcelona Publisher.
- Bruscia, K. (1997). Definiendo Musicoterapia. Salamanca: Amará.

- Bruscia, K. (1987). *Improvisation/Models of Music Therapy* Springfield III. USA: Charles C. Thomas.
- Capucha, L. et al. (2008). *Unidades de ensino estruturado para alunos com Perturbações do Espectro do Autismo – Normas Orientadoras*, Lisboa, dgide, Ministério da Educação.
- Correia, L.M. & Serrano, A.M. (1996). *Intervenção precoce: novos desafios nas formas de envolvimento parental*. In revista *sonhar* III. 1 Maio-Agosto. Braga: Oficinas.
- Costa, C.M. (1995). *Musicoterapia para doenças mentais*, Rio de Janeiro, Editora Clio.
- Dunst, C.J. Trivette, C.M., & Deal, A.G. (1994). *Supporting & strengthening families: Methods, strategies and practices*. (vol.1) Cambridge, MA: Brookline Books.
- Ghiglione, R. & Matalon, B. (1993). *O inquérito: teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora.
- Giardinetto, A.R.S.B. (2005). *Comparando a interação social das crianças autistas: as contribuições do programa TEACHA do Currículo Funcional Natural*. Universidade Federal de São Carlos, UFSCAR.
- González, C. (1992). *El transtorno autista/ contextualización e intervención logopédica*. Sevilha: ediciones Alfar.
- Guerra, I.C. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo – sentidos e formas de uso*. Estoril: Principia Editora.
- Guralnick, M.J. (2001). *A development systems model for early intervention*. *Infants & young children*, 14, pp. 1-18.
- J.F. Almeida & M.P.J. (1982). *A investigação nas ciências sociais: estudo elaborado no Gabinete de Investigações Sociais/3ªed*. Lisboa Presença.

- Jordan, R & Powell, S. (1990). As necessidades curriculares especiais das crianças autistas. Capacidades de aprendizagem e raciocínio. London. Editado por Ahtaca, Springhallow Shod, 1 Asthon Road, Ealing.
- Kanner, L. (1943). Autistic Disturbances of Affective Contact. *Nervous Child*, vol2, 217-250.
- Kirk, S. & Gallagher, J. (1991). Educação da criança excepcional, 2ª edição, São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora, Lda.
- Lecourt, E.(1986). La pratique de la Musicothérapie, Paris, 3ªedition- Les editions ESF.
- Marques, C. (1998). Perturbações do Espectro do Autismo: ensaio de uma intervenção construtivista desenvolvimentista com mães: Dissertação de Mestrado não aplicada.Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.
- Marques, C.E. (2000). Perturbações do Espectro do Autismo. Ensaio de uma Intervenção Construtiva Desenvolvimentista com Mães. Coimbra: Quarteto Editora.
- Mcwilliam, R. (2002). Os cinco elementos chave da prestação de serviços em contextos naturais. Paper presented at the I Congresso Nacional de Intervenção Precoce, Coimbra.
- Ponte, J.P. (2006). Estudos de caso em educação matemática, *Bolema*, 25, 105-132.
- Rapin, I (1994) “Autismo: um síndrome de disfunção neurológica”, In Fejerman, N; Arroyo, H.A. Massaro; Ruggieri, V.L: Autismo infantil y otros transtornos del desarrollo. Barcelona:Paidós Ibérica.
- Reis, H.I.S. (2008). O perfil do envolvimento e as necessidades dos irmãos das crianças com Perturbações do Espectro do Autismo, Instituto de Estudos da Criança, Universidade do Minho.
- Rimland, E.R. (1964). *Infantile Autism: the syndrome and its implications for neural theory of behavior*. New York: Appleton-Century, Crofts.

- Ruud,E. (1990). Caminhos da Musicoterapia, São Paulo, Summus Editorial, Lda.
- Sandall, S.B. Mcleam, M., & Ramsey, A. (2002). Qualitative Research in Early Intervention/ Early Childhood Speacial Education. In Journal of Early Intervention, 25, pp.129-136.
- Siegel, B. (2008). O mundo da criança com autismo – compreender e tratar perturbações do espectro do autismo, Porto, Porto Editora.
- Sigman, M.; Capps, L. (1997). Children with Autism: a developmental perspective.London: Harvard University Press.
- Tutter, M. Schopler, E. (1987) Autism and Pervasive Developmental Disorders: concepts and diagnostic issus. Journal of Autism and developmental disorders, vol. 7, 2, 159-186.
- Vatavuk, M.C. (2005). AMA – Associação dos direitos autistas. Parte de cursos e treinamento. (consultado em Dezembro 2011). Disponível em www.ama.org.br.

ANEXOS

ANEXO 1

Requerimento

Exmo (a). Senhor (a) Director(a) do Conselho
Executivo do Agrupamento Vertical de Escolas de Sines

Assunto: Pedido de autorização para a recolha de dados

Juliana Janela de Azevedo, filha de António de Barros de Azevedo e de Laura Pereira Janela, nascida a 22 de Agosto de 1977, portadora do cartão de cidadão nº 11159734, a frequentar o segundo ano de Mestrado em Ciências da Educação - Educação Especial, na Universidade Católica Portuguesa em Braga, estou a desenvolver uma investigação subordinada ao tema “A Musicoterapia no Tratamento de crianças com Perturbação do Espectro do Autismo”. Este é um projecto de investigação científica para obtenção do grau de mestre.

O projecto tem como objectivo conhecer a problemática do Espectro do Autismo e perceber de que forma a musicoterapia promove o desenvolvimento físico, mental, social e cognitivo nas crianças.

Será realizada uma entrevista à Técnica de Musicoterapia com o objectivo de dar a conhecer o seu trabalho com estas crianças, assim como, às professoras titulares. Apenas serão observadas nas sessões de musicoterapia duas crianças, uma do Jardim de Infância e outra do 3º Ciclo.

A participação dos professores, dos alunos, bem como o acesso a documentos oficiais, nomeadamente algumas informações pessoais mais relevantes que constem no PEI (Programa Educativo Individual) e no RTP (Relatório Técnico Pedagógico) é pois imprescindível para a concretização dos objectivos que me propus, facto pelo qual solicito a V. Exa. que autorize a sua participação/colaboração e permita a consulta dos documentos necessários à investigação.

Asseguro desde já total anonimato e confidencialidade dos participantes na informação recolhida.

Agradeço a vossa colaboração perante este meu pedido.

Sem mais assunto, grata pela atenção dispensada, subscrevo-me com os melhores cumprimentos a V. Exa.

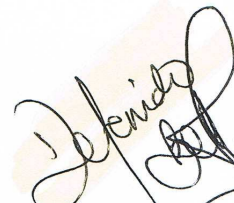
Braga, 16 de Março de 2011

Atenciosamente

A mestrand



(Juliana Janela Azevedo)


25/3/2011
Caracimbanima do
dos Resolvidos

ANEXO 2

GUIÃO DA ENTREVISTA À MUSICOTERAPEUTA

1 – Quais os objetivos que trabalha com crianças com Espectro do Autismo nas sessões de musicoterapia?

Numa primeira fase, conseguir um vínculo entre terapeuta/criança; contacto visual, afectivo, estimulá-los desenvolvendo as capacidades que permitam ter momentos emotivos e que estes consigam transmiti-los, porque a música é mais um meio de comunicação.

2 – Normalmente, a partir de que idade se iniciam estas sessões?

No Nosso Agrupamento de escolas estas sessões são dadas a partir dos 6 anos.

3 – Estas sessões são feitas apenas com crianças com necessidades educativas especiais? Normalmente sim.

4 – Que conteúdos se trabalham mais com estas crianças?

O ritmo, a altura, estilos musicais e a dinâmica dos sons.

5 – O que é que é mais positivo, trabalhar com elas em grupo ou individualmente?

Depende da problemática em si. Normalmente iniciamos as sessões individuais e consoante o comportamento da criança, partimos para pequenos grupos. Penso que a partilha de saberes e práticas promove o desenvolvimento da aprendizagem. É bom haver uma integração (Educação Inclusiva) destes alunos nas turmas. No entanto, há casos que têm que ser trabalhados individualmente, por serem muito problemáticos.

6 – Existem actividades específicas que as crianças gostem mais de fazer nas sessões?

Sim, tudo o que implica tocar/mexer em instrumentos musicais é sempre de maior agrado por parte dos alunos.

7 – Quais os instrumentos musicais que utiliza com mais frequência nestas sessões?

Instrumentos de percussão.

8 – Que mudanças de comportamento observa nas crianças que fazem musicoterapia?

O aumento da auto-estima, o desenvolvimento das capacidades motoras, de raciocínio, concentração, são coisas que a música promove.

9 – Qual a importância da musicoterapia na educação da criança com autismo? O desenvolvimento das capacidades emocionais que se manifestaram ao longo das sessões

10 – De que forma a música atua na saúde da criança? Contribuí para a minimização de alguns problemas, criando um ambiente propício a provocar e controlar estímulos, proporcionando uma desenvoltura emocional, psicofisiológica e social mais equilibrada.

ANEXO 3

GUIÃO DA ENTREVISTA À EDUCADORA DE INFÂNCIA

1 - Costuma pôr música na sala de aula? Em que altura do dia?

Sim. Coloco-a em várias alturas do dia e com vários objetivos: ouvir apenas a música e ter contato com vários géneros de expressão musical ou para acalmar o grupo, desenvolvendo capacidades de escuta. Nesta situação, utilizo normalmente música clássica (principalmente de andamento lento).

2 – Na sua opinião, a música influencia o estado de espírito da criança?

Sim. Penso que o tipo de música que colocamos influencia o estado emocional da criança e do grupo.

3 – Quais os benefícios que a música traz para esta criança?

Fiz poucas sessões de musicoterapia e tenho a certeza de que foram muito limitadas porque o meu conhecimento musical é reduzidíssimo. Estas sessões foram baseadas num Workshop a que assisti e que achei extremamente interessante. As crianças tinham de se movimentar ao som da música ou tocar instrumentos reproduzindo batimentos rítmicos que iam tornando-se mais complexos à medida que as sessões progrediam. No final de cada sessão (quando havia instrumentos), e em conjunto, tinham de tocar ouvindo o outro e estando atentas ao momento de entrada e saída do seu instrumento mediante um sinal previamente combinado. Para qualquer criança e sobretudo para crianças com hiperactividade, com PEA, com dificuldades na relação (comportamentos disruptivos ou dificuldade em estabelecer interações sociais) e outras NEE (défice cognitivo), a música promove a concentração da atenção, a capacidade de escuta e a integração no grupo, sendo um bom recurso para o desenvolvimento de competências sociais, uma vez que a criança relaxa, sente prazer na actividade, está mais receptiva aos outros e torna-se mais espontânea.

4 – Consegue criar uma relação de maior proximidade com a criança quando esta ouve música?

Sim. A música partilhada com o outro ajuda ao estabelecimento de laços afectivos fortes, sobretudo quando há interações enquanto a mesma é ouvida ou tocada.

5 – Desde que a criança iniciou estas sessões, houve alguma evolução no seu comportamento?

Como resultado destas sessões o grupo e as crianças com NEE apresentaram ganhos ao nível das interações sociais, da concentração, do ritmo, da capacidade de escuta e de espera, do respeito pelo outro, além do prazer que mostravam com a música ouvida e

com as suas produções. Fazer gestos (“dançar” a música com movimentos sincronizados), produzir batimentos rítmicos e criá-los ao som da música que ouvem, levou a que o grupo aprendesse a respeitar a entrada de cada colega com o seu instrumento ou produção, a controlar os batimentos (que não podiam ser demasiado altos porque todos tinham de ouvir os vários instrumentos que estavam a ser tocados) desenvolvendo competências muito importantes.

6 – No dia em que a musicoterapeuta vem à escola, observa alguma agitação ou algum comportamento diferente na criança?

No dia em que esta actividade era planificada e colocada a imagem correspondente à mesma no mapa de planificação semanal, as crianças transmitiam manifestações de alegria e contavam os dias que faltavam para a mesma.

7 – De que forma estas sessões influenciam o desenvolvimento global da criança?

Eu penso que assim que há progressos ao nível da concentração, do comportamento e da relação com os pares, o desenvolvimento da criança será muito beneficiado, uma vez que são criadas melhores condições para a aprendizagem.

8 – Partilha da opinião de que é sem dúvida uma terapia eficaz com estas crianças?

Tenho a mais firme convicção de que é uma terapia imprescindível para todas as crianças, sobretudo para as que têm necessidades educativas, dentro de uma abordagem terapêutica. Gostaria é que todos os técnicos em educação especial e os educadores/professores titulares de turma pudessem usufruir de formação nesta área.

ANEXO 4

FICHA DE ANAMNESE

AMANMESE A

Nome: A.

Data de Nascimento: 22 de Dezembro de 2004

Nacionalidade: Portuguesa

Naturalidade: Sines

Deficiência (grau e tipo): Espectro de Autismo

Segundo o Perfil de Funcionalidade (por referência à CIF) a A. Problemas de Linguagem/Comunicação; de Interação Social e Emocional.

I. Constituição familiar

Membros	Idade	Nível de escolaridade	Profissão
Pai	40	4º Ano	Assistente de Loja
Mãe	37	4º Ano	Desempregada
Irmão	10	4º Ano	Estudante

Existência na família de:

Síndrome do Espectro do Autismo	Sim
Deficiência Mental, Física, Sensorial	Não

Paralisia Cerebral	Não
Atraso nas aprendizagens escolares	Não
Dificuldades na articulação de palavras	Não
Alcoolismo	Não
Epilepsia	Não
Diabetes	Não
Toxicod dependência	Não
Tuberculose	Não

II. CARACTERIZAÇÃO DO ALUNO

a) História da Gravidez e Parto

Gestações anteriores	Sim	Não
----------------------	------------	-----

Quantas? *uma*

Problemas durante as gestações: *Não*

A gravidez foi:

Desejada
Acidental
Não aceite

Local do parto:

Hospital. Qual?	Hospital de Faro
-----------------	------------------

Sono

Onde dormia: *Com os pais*

Como dormia? *Por vezes acordava durante a noite.*

Descrição da situação de A: Em Novembro de 2007 a A. foi sinalizada à equipa de Intervenção Precoce de Sines, pela Educadora Titular de Sala. Com base na instabilidade emocional e comportamental e nas estereotípias manifestadas por A, foi aconselhado à família fazer uma consulta de desenvolvimento. Em 2008 foi observada em consulta com o neuropediatra, que fez o seu encaminhamento para uma avaliação de despiste do Espectro do Autismo, no Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil (CADIN). Da análise dos resultados, concluíram que a A. evidenciou um nível abaixo dos valores esperados para a sua idade cronológica, como também um conjunto de características compatíveis com Perturbação do Espectro do Autismo. Em 2009 foi reavaliada pelo CADIN, cuja conclusão evidenciou a continuação de um nível de desenvolvimento abaixo da média mas registaram-se progressos muito positivos. Iniciou o apoio de Terapia da Fala, com a periodicidade de duas vezes por semana e implementou-se um programa de ensino estruturado pela Educadora da Intervenção Precoce e com a colaboração da Educadora Titular de Sala.

Atualmente, a A. continua a manifestar dificuldades significativas em acompanhar as orientações Curriculares do Pré-Escolar, sobretudo na área da Formação Pessoal e Social (relação com os pares), nos domínios da Motricidade Fina e da Linguagem.

As medidas de Educação Especial implementadas foram eficazes, uma vez que a A. mostrou progressos significativos ao longo do ano e adquiriu grande parte das competências definidas no PEI. Mostra-se mais quieta em situação de tapete e apresenta uma maior capacidade de concentração. Melhorou o ritmo de concretização e realiza com menos dificuldade as tarefas propostas.

Fundamenta-se esta necessidade devido ao facto de a A. precisar de mediação do adulto para resolver pequenas situações com os seus pares, pois, por vezes, passa por fases de menor tolerância ao toque ou às atitudes invasivas por parte dos colegas. Quando está assim, grita e choraminga quando a tocam, quando invadem o seu espaço ou lhe tiram

algo. Mostra ainda dificuldade em manter-se sentada na cadeira durante a concretização dos trabalhos individualizados. Mantém a necessidade de apoio individualizado e personalizado para a assimilação dos conteúdos mais abstractos.

III. PERCURSO ESCOLAR

Creche		Idade	20 m
Jardim de Infância	----	Idade	4 anos

ANEXO 5

GRELHA DE OBSERVAÇÃO

(Em situação de aula)

1 - NÍVEL EMOCIONAL: AFECTIVO				
		Nunca	Poucas vezes	Muitas vezes
1	Mostra-se distante, ignorando os outros.			X
2	Prefere ficar sozinho.			X
3	Revela desconforto quando outras pessoas se aproximam.		X	
4	Mostra ansiedade quando as profissionais que lhe são mais próximas estão longe.		X	
5	Sorri em resposta a sorrisos de outros.		X	
6	Oscila ou balança em resposta à música.		X	
7	Manifesta diferentes emoções num curto espaço de tempo, mesmo que nada se altere.		X	
8	Reage ao som movimentando o corpo olhando na direção da fonte sonora.		X	
9	Por imitação, aperta ou sacode um instrumento para produzir a fonte sonora.		X	
10	Identifica a fonte sonora.			X
11	Relaciona sons com objetos do quotidiano.			X
12	Distingue entre som e silêncio.			X
2 – INTERACÇÃO SOCIAL				
1	Responde com entusiasmo a actividades musicais em grupo.			X
2	Permite a interacção física, por parte de colegas e adultos.		X	

3	Tem dificuldade em estabelecer relações de amizade com o grupo.		X	
4	Demonstra comportamentos de hostilidade e agressividade.		X	
5	Tolera que os colegas se sentem junto dele.			X
6	Permite que o grupo intervenha nos seus jogos.			X
7	Demonstra facilidade na execução técnica de instrumentos musicais.			X
8	Recusa tocar instrumentos musicais.		X	
9	Partilha com o grupo a sua musicalidade.		X	
10	Partilha os instrumentos com o grupo.		X	
11	Respeita a opinião e o trabalho dos colegas.		X	
12	Colabora nas actividades com entusiasmo.			X

Construída e adaptada do formato da versão clínica FEAS de Greenspan et al (2001); CARS, de Schopler et al (1988);

Observador: Juliana Aluno: A. Data: / /