



Universidades Lusíada

Mateus, Catarina Alexandra Bonacho, 1992-

Musicoterapia em intervenção precoce

<http://hdl.handle.net/11067/6225>

Metadata

Issue Date 2021

Abstract O presente relatório visa uma reflexão acerca do trabalho de intervenção da Musicoterapia em contexto de Intervenção Precoce na ELI do Entroncamento, Constância e Vila Nova da Barquinha, constituindo assim o estágio curricular do Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa. A elaboração deste documento tem como objetivo principal compreender a importância e o valor da Musicoterapia na intervenção precoce, na intervenção com as famílias e respetivas crianças nos seus contextos nat...

The present work reflects upon the role of Music Therapy in the environment of early intervention, at ELI Entroncamento, Constância, and Vila Nova da Barquinha. This internship is part of the Music Therapy Masters programme, at Universidade Lusíada de Lisboa, and was performed in three different settings: kindergarten, nursery, and home. The main goal of this work is to understand the importance and value of Music Therapy in early intervention local teams, on children, and on their families. Nin...

Keywords Equipa Local de Intervenção de Constância, Entroncamento e Vila Nova da Barquinha (Constância, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio), Musicoterapia para crianças, Crianças com perturbações do desenvolvimento, Pais de crianças com perturbações do desenvolvimento, Musicoterapia - Prática profissional

Type masterThesis

Peer Reviewed No

Collections [ULL-IPCE] Dissertações

This page was automatically generated in 2022-07-22T03:40:28Z with information provided by the Repository



UNIVERSIDADE LUSÍADA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
Mestrado em Musicoterapia

Musicoterapia em intervenção precoce

Realizado por:
Catarina Alexandra Bonacho Mateus

Supervisionado por:
Prof.^a Doutora Susana Aurora Gutiérrez Jiménez

Orientado por:
Dr.^a Maria Manuela Santos e Costa Baptista

Constituição do Júri:

Presidente: Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Supervisora: Prof.^a Doutora Susana Aurora Gutiérrez Jiménez
Arguente: Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer

Dissertação aprovada em: 04 de março de 2022

Lisboa

2021



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Musicoterapia

Musicoterapia em intervenção precoce

Catarina Alexandra Bonacho Mateus

Lisboa

agosto 2021



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Musicoterapia

Musicoterapia em intervenção precoce

Catarina Alexandra Bonacho Mateus

Lisboa

agosto 2021

Catarina Alexandra Bonacho Mateus

Musicoterapia em intervenção precoce

Relatório de estágio apresentado ao Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada para a obtenção do grau de Mestre em Musicoterapia.

Supervisora de estágio: Prof.^a Doutora Susana Aurora Gutiérrez Jiménez

Orientadora de estágio: Dr.^a Maria Manuela Santos e Costa Baptista

Lisboa

agosto 2021

FICHA TÉCNICA

Autora Catarina Alexandra Bonacho Mateus
Supervisora de estágio Prof.^a Doutora Susana Aurora Gutiérrez Jiménez
Orientadora de estágio Dr.^a Maria Manuela Santos e Costa Baptista
Título Musicoterapia em intervenção precoce
Local Lisboa
Ano 2021

MEDIATECA DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

MATEUS, Catarina Alexandra Bonacho, 1992-

Musicoterapia em intervenção precoce / Catarina Alexandra Bonacho Mateus ; supervisionado por Susana Aurora Gutiérrez Jiménez ; orientado por Maria Manuela Santos e Costa Baptista. - Lisboa : [s.n.], 2021. - Relatório de estágio do Mestrado em Musicoterapia, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - GUTIÉRREZ JIMÉNEZ, Susana Aurora, 1971-

II - BAPTISTA, Maria Manuela Santos e Costa, 1962-

LCSH

1. Musicoterapia para crianças
2. Crianças com perturbações do desenvolvimento
3. Pais de crianças com perturbações do desenvolvimento
4. Musicoterapia - Prática profissional
5. Equipa Local de Intervenção de Constância, Entroncamento e Vila Nova da Barquinha (Constância, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
6. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
7. Teses - Portugal - Lisboa

1. Music therapy for children
2. Developmentally disabled children
3. Parents of developmentally disabled children
4. Music therapy - Practice
5. Equipa Local de Intervenção de Constância, Entroncamento e Vila Nova da Barquinha (Constância, Portugal) - Study and teaching (Internship)
6. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
7. Dissertations, academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. ML3920.M38 2021

Agradecimentos

Ao terminar esta viagem, que marca o fim de dois anos de mestrado em Musicoterapia na Universidade Lusíada de Lisboa, não podia deixar de relembrar todos aqueles que foram importantes para que tudo se tornasse possível.

Primeiro, gostaria de agradecer à Prof^ª Doutora Teresa Leite, pela excelência na coordenação deste curso, e por todos os conhecimentos e valores que me foram transmitidos ao longo do mestrado.

Um especial agradecimento à Prof^ª Doutora Susana Jiménez, pela disponibilidade (laboral e pós-laboral), paciência, dedicação e acompanhamento incansáveis ao longo do estágio. Fico-lhe muito grata pelos conselhos, ajuda e motivação transmitida para ser capaz de superar as dificuldades que foram surgindo.

A todos os professores, que constituem o corpo docente deste mestrado, o meu obrigado, pela transmissão de todos os conhecimentos e experiências enriquecedoras.

À minha orientadora de estágio, Dr.^a Manuela Baptista, pela excelente orientação, dedicação e apoio ao longo do estágio e por me ter integrado tão bem na equipa.

A toda a equipa da Intervenção Precoce (técnicos, educadores, auxiliares, coordenadores), que desde o início se mostraram disponíveis em me ajudar e esclarecer as dúvidas que tinha.

A todas as famílias e crianças com quem tive o privilégio de trabalhar, sem eles nada disto seria possível, obrigada por todo o carinho e motivação.

Aos meus amigos da turma de mestrado, obrigada por todos os momentos que passamos juntos e por toda a ajuda, não tenho dúvidas que vos levarei sempre no coração.

Aos meus amigos de longa data, e àqueles que sei que independentemente das voltas que a vida dê, da distância que se crie, vão estar sempre e incondicionalmente lá. A vocês,

Daniela Rodrigues, Leonor Caldeira, Verónica Pereira, Filipe Bica, Vanessa Gaio e Joana Branquinho, o meu obrigado por me acompanharem ao longo da minha vida. Irei sempre retribuir-vos com a minha amizade.

Ao João Gomes, meu namorado, a pessoa que me acompanha em todas as alturas, obrigado por todo o incentivo diário, amor e companheirismo ao longo desta jornada.

À família do João, obrigada por todo o carinho, amizade, e apoio que me têm dado ao longo destes anos. Um agradecimento especial à Marina, João, Inês e João D’Almeida, por acompanharem de perto todo este percurso, e me ajudarem em todos os momentos.

À minha família, o meu pilar de vida, muito obrigada por me apoiarem em todas as decisões, por me ajudarem a ter mais confiança e acima de tudo por estarem presentes em todos os momentos importantes. Um especial obrigado aos meus avós Maria e Luís, à minha madrinha Fernanda e tio Tópê e às minhas primas (Mafalda, Matilde e Madalena), por me mostrarem o verdadeiro sentido de família unida.

Ao meu irmão Rodrigo, obrigado pelo apoio em todas as alturas, pela tua sinceridade, por seres um amigo e companheiro de vida. Espero ter-te deixado orgulhoso.

Aos meus pais Fátima e Joaquim, os meus dois alicerces de vida, estou-vos grata por todo o amor, confiança, suporte e apoio. Obrigado, por nunca duvidarem de mim e das minhas capacidades, e por todos os valores que me transmitiram ao longo da minha vida. A vocês desejo igualmente ter-vos deixado orgulhosos.

Resumo

O presente relatório visa uma reflexão acerca do trabalho de intervenção da Musicoterapia em contexto de Intervenção Precoce na ELI do Entroncamento, Constância e Vila Nova da Barquinha, constituindo assim o estágio curricular do Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa. A elaboração deste documento tem como objetivo principal compreender a importância e o valor da Musicoterapia na intervenção precoce, na intervenção com as famílias e respetivas crianças nos seus contextos naturais. Ao longo do estágio foram intervencionadas nove crianças, com diferentes diagnósticos, nomeadamente Perturbação do Espectro do Autismo; Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção; Acidente Vascular Cerebral e Trissomia 21. Todos os participantes foram avaliados qualitativamente no início e no fim da intervenção através dos instrumentos de avaliação IMTAP e Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins. Os resultados obtidos permitem-nos concluir que houve melhorias significativas na maioria dos domínios avaliados, sendo possível verificar que a presença da musicoterapia nestas equipas desempenha um papel importante no desenvolvimento das crianças acompanhadas, e que a abordagem utilizada durante as sessões é eficaz.

Palavras-chave: Intervenção precoce, Musicoterapia, Família, Infância.

Abstract

The present work reflects upon the role of Music Therapy in the environment of early intervention, at ELI Entroncamento, Constância, and Vila Nova da Barquinha. This internship is part of the Music Therapy Masters programme, at Universidade Lusíada de Lisboa, and was performed in three different settings: kindergarten, nursery, and home. The main goal of this work is to understand the importance and value of Music Therapy in early intervention local teams, on children, and on their families. Nine case studies of children with different medical diagnoses (Autism Spectrum Disorder, Attention-deficit/hyperactivity disorder, Stroke, and Down Syndrome) were carried out. The subjects participated in sessions of 45 minutes long that took place weekly in the different environments. All participants were qualitatively evaluated at the beginning and at the end of the intervention protocol, using two different instruments: the Individualized Music Therapy Assessment Profile and the Nordoff-Robbins Musical Communicativeness Scale. The findings of this work revealed improvements from the subjects across all the domains, which attests that Music Therapy plays a very important role in children's development, and finally that this approach is valid and effective to be implemented in several different settings.

Keywords: Early Intervention, Music Therapy, Family, Childhood.

Lista de Tabelas

Tabela 1 - <i>Dados das crianças selecionadas para intervenção</i>	34
Tabela 2 - <i>Agenda Semanal</i>	41
Tabela 3 - <i>Resultados Avaliação IMTAP L.C</i>	50
Tabela 4 - <i>Resultados Avaliação Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins L.C</i>	50
Tabela 5 - <i>Plano de Intervenção Terapêutica do L.C</i>	51
Tabela 6 - <i>Resultados da Reavaliação IMTAP L.C</i>	59
Tabela 7 - <i>Resultados da Reavaliação Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins L.C</i>	59
Tabela 8 - <i>Resultados Avaliação IMTAP I.S</i>	71
Tabela 9 - <i>Resultados Avaliação Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins I.S</i>	71
Tabela 10 - <i>Plano de Intervenção Terapêutica da I.S</i>	72
Tabela 11 - <i>Resultados da Reavaliação IMTAP I.S</i>	78
Tabela 12 - <i>Resultados Reavaliação Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins I.S</i>	78

Lista de Figuras

<i>Figura 1</i> - Evolução percentual Global do L.C na Escala IMTAP	60
<i>Figura 2</i> - Evolução do L.C na Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins ..	61
<i>Figura 3</i> - Evolução percentual global da I.S na Escala IMTAP	79
<i>Figura 4</i> - Evolução da I.S na Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins	81

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

- AGD - Atraso Global do Desenvolvimento
- AVC - Acidente Vascular Cerebral
- CAO - Centro de Atividades Ocupacionais
- CERE - Centro de Ensino e Recuperação do Entroncamento
- CRI - Centro de Recursos para a Inclusão
- DSMV - Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5.^a edição
- DSOIP - Direção de Serviço de Orientação e Intervenção Psicológica
- ELI - Equipa Local de Intervenção Precoce
- IP - Intervenção Precoce
- IPI - Intervenção Precoce na Infância
- ISO - Identidade Sonora
- PEA - Perturbação do Espectro do Autismo
- PHDA - Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção
- PIIP - Projeto Integrado de Intervenção Precoce
- PIIP - Plano Individual Intervenção Precoce
- SADE - Serviço de Apoio Domiciliário do Entroncamento
- SNIPI - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância
- SOD - Serviço de Orientação Domiciliária

Sumário

Agradecimentos	V
Resumo	VII
Abstract.....	IX
Lista de Tabelas	XI
Lista de Figuras.....	XIII
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos.....	XV
Sumário.....	XVII
Introdução	1
Caracterização da instituição	3
População alvo.....	7
Enquadramento teórico	9
Intervenção precoce em Portugal	9
Principais patologias do desenvolvimento na intervenção precoce	14
Musicoterapia	17
Abordagens em musicoterapia.....	18
Contextos de intervenção da musicoterapia	20
Modelos de intervenção em musicoterapia	24
Técnicas de intervenção em musicoterapia	24
Musicoterapia na intervenção precoce	26
Intervenção da musicoterapia nas principais patologias do desenvolvimento na IP	27
Objetivos do Estágio	31
Metodologia	33
Participantes.....	34
Instrumentos de avaliação	35
Procedimentos	37
Recursos materiais.....	39
Métodos e técnicas utilizadas	40
Agenda semanal	40
Outras atividades	41
Alterações ao plano	42
Estudos de caso	45
Estudo de caso nº 1 – L.C.....	45
Apresentação do caso	45
Avaliação.....	47

Plano de intervenção terapêutico.....	50
Descrição do processo terapêutico	52
Resultados.....	57
Discussão do caso.....	62
Conclusão do caso	65
Estudo de caso nº 2 – I.S	67
Apresentação do caso	67
Avaliação.....	68
Plano de intervenção terapêutico.....	71
Descrição do processo terapêutico	73
Resultados.....	76
Discussão do caso.....	81
Conclusão do caso	83
Outras intervenções clínicas	85
Discussão	93
Conclusão.....	97
Reflexão pessoal	101
Referências.....	103
Apêndices.....	115
Lista de Apêndices.....	117
Apêndice A.....	119
Apêndice B.....	123
Anexos	127
Lista de Anexos.....	129
Anexo A	131
Anexo B.....	135
Anexo C.....	141
Anexo D	157
Anexo E.....	161
Anexo F.....	165

Introdução

A Musicoterapia surge cada vez mais como uma intervenção clínica essencial, não só por possuir uma área de intervenção abrangente, como também porque permite atuar em diferentes domínios do desenvolvimento da criança (motor, comunicacional, emocional, social, cognitivo). Além disto, possibilita o alcance de objetivos terapêuticos não musicais através das suas principais ferramentas: a música e o som, assim como com todas as propriedades que lhe estão inerentes (intensidade, harmonia, ritmo, melodia, andamento).

Posto isto, no âmbito do 2º Ano do curso de Mestrado de Musicoterapia, do Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa, resultou o Estágio Curricular, desenvolvido pela aluna Catarina Alexandra Bonacho Mateus. O mesmo decorreu na área da Intervenção Precoce (IP), na Equipa Local de Intervenção Precoce (ELI) do Entroncamento, Constância e Vila Nova da Barquinha, pertencente a Lisboa e Vale do Tejo. O objetivo principal do estágio centrou-se em trabalhar junto das famílias e crianças, de acordo com as necessidades identificadas pelas mesmas, adotando uma abordagem de proximidade preventiva, reduzindo desta maneira os riscos de possíveis atrasos ao nível do desenvolvimento.

O estágio decorreu no período entre outubro de 2020 e julho de 2021, e foi possível intervir com 9 crianças com idades compreendidas entre o dois e os cinco anos. Esta intervenção foi realizada nos contextos naturais das crianças, sendo eles o jardim de infância, creche e domicílio, em qualquer dos casos, sempre em articulação direta com a família.

Do ponto de vista estrutural, este relatório inicia-se com uma caracterização da instituição, na qual são referidos os valores, missão e todas as valências terapêuticas pertencentes à mesma. Posteriormente é realizada a descrição da população alvo, na qual são

caracterizadas as crianças abrangidas pela intervenção precoce, assim como as patologias mais frequentes.

Após esta apresentação, segue-se o enquadramento teórico, no qual consta uma revisão bibliográfica sobre as temáticas relacionadas com a intervenção precoce em Portugal e as principais patologias do desenvolvimento abordadas neste contexto. Além disso, elabora-se sobre as questões da Musicoterapia, nomeadamente os contextos de intervenção, conceitos, modelos e, por fim, a sua função nas patologias do desenvolvimento existentes na Intervenção Precoce é igualmente definida.

Relativamente à metodologia do trabalho, é realizada uma descrição da amostra, onde são expostas características pertinentes da mesma, assim como a periodicidade e duração das sessões. A intervenção terapêutica é também caracterizada, na qual são detalhados os procedimentos inseridos na mesma, divididos em seis etapas: a) encaminhamento, b) recolha de dados, c) avaliação, d) elaboração do plano terapêutico, e) intervenção e f) reavaliação. Ainda nesta secção e tendo em conta a situação pandémica do contexto, foram mencionadas todas as alterações que ocorreram ao longo do estágio e que alteraram o funcionamento normal do mesmo.

Seguidamente, são descritos detalhadamente os dois estudos de caso selecionados e de uma forma mais resumida os restantes casos acompanhados ao longo do estágio.

Por fim, são elaboradas a conclusão e a discussão geral do trabalho, nas quais são avaliados os objetivos propostos para o estágio e o seu impacto, corroborando os resultados e respetiva interpretação com a literatura. De forma a finalizar o relatório, é partilhada uma reflexão pessoal, onde a estagiária realiza uma retrospectiva acerca das suas vivências e aprendizagens ao longo do estágio.

Caracterização da instituição

O presente estágio foi desenvolvido na valência da Intervenção Precoce (IP), pertencente à instituição do Centro de Ensino e Recuperação do Entroncamento (CERE). Esta, apresenta como missão principal o fornecimento de respostas às necessidades dos clientes, de carácter individual ou da própria comunidade. Esta missão encontra-se suportada em valores e princípios, que devem ser partilhados por todos os colaboradores e dos quais se destacam:

- a Responsabilidade, integridade e ética social: é suposto que os colaboradores adotem uma conduta responsável que os prestigie a si próprios e à instituição, usando a lealdade nas suas relações funcionais;

- a Solidariedade, cooperação e reconhecimento: que se traduz no envolvimento de todos os colaboradores na concretização dos objetivos da instituição;

- a Independência, transparência e confidencialidade: onde se propõe que todas as atividades da instituição sejam abertas e transparentes, bem documentadas e acessíveis a todos os colaboradores e funcionários;

- a Inclusão e participação social: onde se reforça o combate à exclusão social através de princípios de participação ativa de clientes e colaboradores na comunidade (*CERE - Centro de Ensino e Recuperação do Entroncamento, s.d.*)

A instituição CERE, é composta por diversas respostas sociais, entre elas: Valência sócio-educativa, Centro de atividades ocupacionais (CAO), Lar residencial, Centro de recursos para a inclusão(CRI), o Serviço de apoio domiciliário (SADE) e por fim a Intervenção precoce, com a equipa local de intervenção precoce (ELI) de Entroncamento, Constância e Vila Nova da Barquinha).

A valência sócio educativa destina-se a crianças e jovens dos 6 aos 18 anos e pretende proporcionar o desenvolvimento global da pessoa com deficiência. Nesta valência são prestados apoios terapêuticos por uma terapeuta ocupacional e uma terapeuta da fala. Para além destes recursos encontra-se colocada uma professora que presta os seus serviços diariamente.

No CAO, propõe-se o desenvolvimento de atividades para pessoas com deficiência com idade igual ou superior a 18 anos e que as suas capacidades não permitam a realização de uma atividade produtiva.

O Lar residencial destina-se a utentes com idade igual ou superior a 16 anos e proporciona o apoio residencial temporário a pessoas que de momento estejam impedidas de residir no seu meio familiar. Nas valências supracitadas são prestados apoios terapêuticos de uma terapeuta ocupacional, um fisioterapeuta, um psicomotricista, uma terapeuta da fala, uma psicóloga e uma assistente social.

O CRI é credenciado pelo Ministério da Educação e presta apoio aos alunos com deficiência pertencentes ao agrupamento de escolas do Entroncamento e da Chamusca. Nesta valência são prestados apoios terapêuticos por um psicólogo, uma terapeuta ocupacional e uma terapeuta da fala.

O SADE apresenta como propósito a prestação de cuidados diferenciados e individualizados à pessoa com deficiência em situação de domicílio, auxiliando nas necessidades básicas e atividades de vida diária destes utentes (higiene, alimentação e apoio terapêutico). É acompanhada e gerida por uma assistente social que auxilia as assistentes operacionais e gere as famílias de acordo com as suas necessidades.

A IP caracteriza-se por ser uma resposta social baseada em uma medida de apoio integrado, centrada na criança e na família, mediante ações de natureza preventiva e

capacitativa, no âmbito da educação, da saúde e da ação social (*SNIPPI - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância*, s.d.). Esta ELI, abrange os concelhos do Entroncamento, Vila Nova da Barquinha e Constância, e dá apoio aos vários jardins de infância, creches e domicílios presentes nos concelhos. Como objetivos principais, esta equipa pretende identificar todas as crianças com necessidades de intervenção, intervindo junto das mesmas e com as respetivas famílias, em função das necessidades identificadas, prevenindo e reduzindo os riscos de atrasos de desenvolvimento. A presente equipa é composta por uma coordenadora que possui um papel ativo na mesma (técnica superior de ciências sociais), duas professoras de educação especial, uma terapeuta ocupacional, uma terapeuta da fala, uma assistente social e uma psicóloga.

Inicialmente as crianças são referenciadas pelos canais oficiais dos sistemas de saúde ou de educação, sendo analisados os vários casos nas reuniões mensais da ELI. De seguida, são distribuídas as avaliações pelos vários técnicos e professores e posteriormente cada um verifica se a criança é ou não elegível para integrar a Intervenção Precoce.

Os critérios de elegibilidade centram-se nas alterações das funções ou estruturas do corpo (1º grupo) e no risco grave de atraso de desenvolvimento (2º grupo). São elegíveis para acesso ao Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPPI), todas as crianças do primeiro grupo e as crianças do segundo grupo que acumulem quatro ou mais fatores de risco biológico e/ou ambiental.

Dado o número elevado de crianças existentes nestes concelhos com problemáticas variadas, caso sejam elegíveis para integração no sistema, cada técnico responsável pela avaliação preenche uma folha de registo de critérios de prioridade: a idade, a integração em contexto educativo (creche/jardim de infância), acompanhamento por outrem que não a ELI (outros técnicos/instituições) e critérios de elegibilidade previamente referidos (risco

biológico e sócio ambiental, e condições estabelecidas). Ao resultado de cada um destes critérios atribui-se uma pontuação de 0 a 5 e no final de acordo com o total de pontuação obtida, estabelece-se os critérios de prioridade (muito urgente, urgente, pouco urgente e nada urgente) (Anexo 1).

População alvo

No âmbito da Intervenção Precoce, a população alvo abrangida centra-se maioritariamente nos bebés e crianças dos 0 aos 6 anos de idade, inseridos em contexto de domicílio, creche e jardim de infância.

De acordo com Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de outubro a IP centra-se “no conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da ação social”. Segundo o mesmo documento, a IP destina-se a crianças e famílias com risco de alterações ou alterações que limitem o desenvolvimento normal da criança e a sua participação, tendo sempre em conta os referenciais de desenvolvimento próprio, de acordo com a idade e contexto social. Além disto, é feita referência à intervenção com famílias (cujas crianças apresentem um risco grave de desenvolvimento) através da verificação de condições biológicas, psicoafectivas ou ambientais, que implicam uma alta probabilidade de atraso relevante face ao desenvolvimento da criança.

No que diz respeito às problemáticas existentes nas crianças pertencentes a este sistema, centram-se maioritariamente nas perturbações do neurodesenvolvimento, nomeadamente a perturbação do espectro do autismo (PEA), perturbação de hiperatividade com défice de atenção (PHDA), Síndrome de Down e perturbação da linguagem. Além das perturbações supramencionadas existem também crianças sem diagnóstico aferido dada a idade precoce; crianças com atraso global do desenvolvimento, distrofia muscular de Duchenne e sequelas de acidente vascular cerebral (AVC).

Enquadramento teórico

Intervenção precoce em Portugal

Segundo o Decreto-Lei n.º 54/2018 de 6 de julho, a intervenção precoce na infância centra-se num conjunto de medidas de apoio integrado, sempre centrado na criança e na família, abrangendo ações de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da ação social. Por sua vez, refere também que a IP abrange crianças dos zero aos seis anos de idade, independentemente do contexto (creche, domicílio, jardim de infância), tendo apenas de estar enquadradas nos critérios de elegibilidade definidos.

Ao longo do tempo, a intervenção precoce foi sujeita a um processo evolutivo, quer ao nível teórico quer prático, permanecendo constantemente interligada com a educação, no acompanhamento a crianças com necessidades educativas especiais e as respetivas famílias. Desta forma, é pertinente compreender a evolução histórica deste programa, assim como a perspetiva dos vários autores que foram contribuindo para este desenvolvimento (Pinto & Grande, 2009; Gonçalves & Simões, 2010; Carvalho, Almeida, Felgueiras & Franco, 2016)).

Nos anos 60 e 70, ocorria uma centralização na criança e nos défices da mesma, conduzindo à existência de serviços fragmentados e divididos, que tinham como intuito somente a evicção de agravamento dos défices da criança. Além disto, a participação por parte das famílias das crianças era inexistente, uma vez que o profissional era o único que tomava decisões em relação à criança, e à família era apenas permitido adotar o papel de observador passivo (Swanson, Raab & Dunst (2011). Posteriormente, Pinto e Grande (2009) e Carvalho et al. (2016) consideraram que, apesar de terem surgido outros projetos no âmbito de intervenção precoce, apenas a partir dos anos 80 houve um marco de reconhecimento para o surgimento da mesma.

Nessa década, mais especificamente no ano de 1984, Joaquim Bairrão tornou-se pioneiro na criação de um projeto (cofinanciado pela Fundação Calouste Gulbenkian) que ambicionava tornar nacional, o qual apresentava como objetivo principal o apoio especializado a crianças e famílias em situação de risco ou com alguma deficiência associada (Pimentel, 2009). Criado o esboço, em 1985, a Direção de Serviços de Orientação e Intervenção Psicológica (DSOIP) (mais tarde designada por Centro de Estudo e Apoio à Criança e à Família) desenvolveu programas, como o *Programa Portage para Pais*, nos quais foram introduzidas componentes inovadoras como o apoio domiciliário e a participação da família, afastando-se assim do paradigma tradicional, que visualizava a deficiência de acordo com o modelo médico, enfatizando a criança como fonte de preocupação (Pinto et al., 2012).

Este *Programa Portage para Pais* apresentava três objetivos principais centrados no apoio domiciliário às crianças que eram sinalizadas pela DSOIP, nas necessidades de formação de profissionais e por fim no desenvolvimento de um modelo de IP que fosse adequado à realidade portuguesa (Pimentel, 2009). Além disto, contribuía positivamente para os profissionais de IP uma vez que permitia uma planificação de estratégias e objetivos de intervenção de forma colaborativa e individualizada (Pinto et al., 2012). Estes autores realçaram ainda a importância de três teorias para o desenvolvimento destes programas e práticas em intervenção precoce na infância, tais como a teoria ecológica de Bronfenbrenner (1979), os contributos de Dunst no que concerne à importância da família, e, por fim, a perspetiva transacional de Sameroff e Chandler (1975).

Bairrão e Almeida (2003) reforçaram a importância da teoria ecológica de Bronfenbrenner (que refere que o desenvolvimento da criança resulta do processo de interação entre a criança e os vários contextos em que está inserida), comparando com a

fundamentação da teoria e da prática da intervenção precoce, tendo concluído que poderiam ser articuladas e complementares.

Por outro lado, Mendes (2010) menciona que dadas as críticas realizadas à generalização deste programa, e ao defendimento da individualidade de cada situação, o Serviço de Orientação Domiciliária (SOD) e a DSOIP deveriam realizar procedimentos no âmbito da IP, de forma a ir de encontro à resolução dos problemas apontados.

No final dos anos 80, mais precisamente em 1989, três entidades (Associação Portage, a DSOIP, e o Hospital Pediátrico de Coimbra) deram início ao desenvolvimento de um Projeto Integrado de Intervenção Precoce (PIIP) (Pimentel, 2009). A mesma autora caracterizou este projeto como sendo um programa de base comunitária, com o intuito de prestação de apoio às famílias e crianças dos 0 aos 3 anos com algum tipo de deficiência ou incapacidade e que estivessem em alguma situação de risco, envolvendo a educação, a saúde e a segurança social.

O PIIP foi retratado como sendo um modelo que apresentava como foco principal a intervenção ecológica, centrada na família, incluindo equipas dos mesmos concelhos ou concelhos próximos, coordenado por uma equipa distrital que os envolvesse (Boavida, 2021). Além disto, o mesmo autor acrescentou que este modelo deu origem a uma mudança marcante na perspetiva da IPI em Portugal, sendo ela a primeira legislação que regulamentou a prática da mesma (Despacho Conjunto 891/99 em 1999). Este Despacho foi sujeito a várias avaliações e alterações, tendo sido aprovado apenas no dia 6 de outubro de 2009, presente no Decreto de Lei 281/2009, originando assim o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) (Boavida, 2021).

O SNIPI, além de ter sido criado a partir do Decreto de Lei supracitado, foi caracterizado como um sistema centrado na criança até aos 6 anos com alterações ou com

risco de as apresentar, e na família, tendo sempre em conta a realização de ações preventivas nos âmbitos da saúde, educativo e social (Carvalho et al., 2018). De acordo com o Artigo 4º do Decreto de Lei 281/2009 de 6 de outubro, os objetivos do SNIPI centram-se em:

- “- Assegurar às crianças a proteção dos seus direitos e o desenvolvimento das suas capacidades através da ação de IPI em todo o território nacional;*
- Detetar e sinalizar todas as crianças com risco de alterações ou alterações nas funções e estruturas do corpo ou risco grave de atraso de desenvolvimento;*
- Intervir, após a deteção e sinalização nos termos da alínea anterior, em função das necessidades do contexto familiar de cada criança elegível, de modo a prevenir ou reduzir os riscos de atraso no desenvolvimento;*
- Apoiar as famílias no acesso a serviços e recursos dos sistemas da segurança social, da saúde e da educação;*
- Envolver a comunidade através da criação de mecanismos articulados de suporte social.”*

Franco, Melo, Santos, Apolónio e Amaral (2017) caracterizaram este sistema, referindo que tem o intuito de dar resposta às necessidades das crianças com patologias do desenvolvimento ou que se encontrem em situações de risco, tendo sempre por base três características fulcrais, sendo elas: o facto de se basear no contexto natural da criança, de ser conduzido por uma equipa em que a prática se centra na transdisciplinaridade, e por ser centrado na família e nas necessidades e expectativas da mesma. Apesar dos objetivos e do foco de intervenção que está destinado à IP, estes autores verificaram que existiam algumas discrepâncias ao longo de todo o país no que diz respeito ao modo de funcionamento das equipas, tornando-se num aspeto a melhorar.

O SNIPI apresenta, por sua vez, uma comissão de coordenação, que é gerida por um representante do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, responsável pela constituição das Equipas Locais de Intervenção (ELI) (Decreto Lei nº 281/09 de 6 de outubro do *Diário da República*, 2009).

As ELI são equipas constituídas por profissionais de áreas diferenciadas, que têm a função de fornecer estratégias e mecanismos facilitadores às famílias beneficiadoras do SNIPI, e promover a inclusão das crianças até aos 6 anos de idade. Além disto, estas equipas são responsáveis não só pela elaboração e implementação do Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP) (construído de acordo com as preocupações e necessidades da família), como também pela promoção da participação ativa das famílias em todos os momentos (desde a avaliação à intervenção) (Franco et al., 2017).

De acordo com o Decreto de Lei 281/09 de 6 de outubro, são elegíveis para o apoio e acompanhamento pelo SNIPI as crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 6 anos e as suas respetivas famílias, sendo que têm de apresentar condições que se enquadrem em dois grupos: 1) Alterações nas funções ou estruturas do corpo, que tendo em conta as referências do desenvolvimento para cada idade e contexto social, condicionam o desenvolvimento e participação normal em atividades típicas; 2) Risco grave de atraso de desenvolvimento, através da presença de condições psicoafectivas, biológicas ou ambientais, implicando uma grande probabilidade de atraso no desenvolvimento da criança.

Assim sendo, consideram-se elegíveis para o SNIPI as crianças do 1º e do 2º grupo que acumulem quatro ou mais fatores considerados de risco biológico e/ou ambiental. A escolha do número quatro para quantificar os fatores foi feita através de um suporte empírico, retratando o ponto de mudança para um aumento substancial do efeito do risco (Decreto Lei nº 281/09 de 6 de outubro do *Diário da República*, 2009).

Principais patologias do desenvolvimento na intervenção precoce

Perturbação do espectro do autismo

O termo autismo deriva da junção da palavra grega “*Autos*” (Por si mesmo/Eu próprio), com a palavra “*Ismo*” (Condição/Estado) (Cunha, 2009).

As primeiras descrições do termo Autismo foram feitas por Leo Kanner em 1943. Kanner, enquanto percursor da psiquiatria infantil, identificou onze crianças que fisicamente não aparentavam qualquer problema, contudo, manifestavam alterações no comportamento (isolamento social), revelavam características comuns na dificuldade em estabelecer relações com o outro, evidenciavam comportamentos repetitivos mantendo sempre as coisas de uma forma idêntica, demonstravam limitações ao nível da linguagem, e, por fim, demonstravam uma excitação excessiva em relação a determinados objetos (Harris, 2018). Tendo em conta estas características observadas, Kanner descreveu o autismo infantil precoce como uma incapacidade inata ao nível da relação afetiva.

Por outro lado, Hans Asperger, também psiquiatra, após um ano da publicação inicial de Leo Kanner, elaborou o conceito de Síndrome de Asperger, definindo-o como uma limitação ao nível do contacto social, ocorrência de movimentos estereotipados, défice na demonstração de expressões faciais, e o aparecimento de uma inteligência dentro da normalidade ou acima da média em áreas específicas (Harris, 2018). Depois de várias investigações e estudos acerca deste tema, Lorna Wing e Judith Gold concluíram que as crianças presentes nas suas investigações manifestavam características semelhantes àquelas que eram descritas por Kanner e Asperger, tendo surgido então a expressão “espectro do autismo” (Lima, 2012).

Segundo Eren (2018), a perturbação do espectro do autismo é uma desordem do neurodesenvolvimento que origina limitações ao nível do pensamento, da exposição de

sentimentos, e da capacidade de se relacionar com os outros. Além disto, surgem dificuldades ao nível da comunicação (verbal e não verbal), restrições de comportamentos e interesses, e dificuldades nos ajustes comportamentais face a determinadas situações, variando de acordo com cada sujeito (Gattino, Riesgo, Longo, Leite & Faccini, 2011).

Tendo em conta as características desta perturbação, Eren (2018) e Lord, Mayada, Gillian e Jeremy (2018) subdividiram-nas em três categorias principais sendo elas: problemas de comunicação, dificuldade em se relacionar com as pessoas e objetos e realização de movimentos ou comportamentos estereotipados. Realçam também o facto de todos os indivíduos com esta perturbação serem diferentes, no entanto, existem duas áreas centrais que são transversais às pessoas com PEA, sendo elas a comunicação social restrita, e os comportamentos sensoriais repetitivos (estereotipias).

Estas manifestações estereotipadas subdividem-se em “estereotipias motoras simples (abandar as mãos, estalar os dedos, etc), uso repetitivo de objetos (girar moedas, enfileirar objetos) e fala repetitiva (ecolália, repetição atrasada ou imediata de palavras ouvidas, uso de “tu” ao referir-se a si mesmo, uso estereotipado de palavras, frases ou padrões de prosódia” (American Psychiatric Association, 2014, p. 91).

Relativamente às estereotipias motoras simples, Rampazo (2015) expõe-nas enquanto comportamentos autorreguladores, sendo identificados por se manifestarem em movimentos bilaterais, ritmados e circulares. No que concerne ao uso repetitivo de objetos, caracteriza-se por haver uma utilização dos mesmos de uma forma muito restrita e repetitiva e priorizá-los ao invés de pessoas, o que conseqüentemente promove o isolamento social e brincadeiras mais solitárias (Martins & Goés, 2013).

No que diz respeito à fala repetitiva, nomeadamente no uso de ecolálias, Amiriparian et al. (2018) explicam que se manifesta no uso repetido de palavras e frases, utilizando uma

entoação semelhante, podendo ser imediatas ou com algum atraso. As ecolalias imediatas definem-se por “ser repetidas imediatamente após uma interação com uma pessoa”. Por outro lado, as ecolalias com atraso dizem respeito “aquelas que são ouvidas previamente de algumas pessoas, ou de alguma interação, e são vocalizadas posteriormente fora de contexto.”

Perturbação de hiperatividade e défice de atenção

A perturbação de hiperatividade e défice de atenção é uma desordem do desenvolvimento que se caracteriza pelo facto de as crianças manifestarem comportamentos que afetam e condicionam o seu funcionamento, nos diferentes contextos em que se encontram inseridas. A etiologia desta patologia é multifatorial, resultando de uma interação entre fatores hereditários, ambientais e neurobiológicos. Estes comportamentos, dada a sua persistência, foram divididos em três grupos de sintomas: impulsividade (dificuldade em gerir os impulsos que surgem), a hiperatividade (caracterizada pela agitação motora em excesso), e o défice de atenção (dificuldade na atenção mantida e em dirigir a mesma para um estímulo específico) (Marques et al ,2018). Relativamente à prevalência desta perturbação, os mesmos autores constataram que no DSMV, 5% das crianças presentes em idade escolar está afetada pela mesma.

Por conseguinte, após continuação dos estudos acerca desta problemática, identificaram-se limitações nas competências executivas destas crianças, mais especificamente na memória de curto prazo e de trabalho. A dificuldade ao nível das competências executivas, traduz-se numa menor capacidade de resolução de problemas, e dificuldade ao nível das competências organizativas e de estratégias de memória (Barkley, 2006). Outro estudo realizado por Guardiano, Candeias, Guimarães, Viana e Almeida (2017), obteve os mesmos resultados, concluindo a existência de dificuldades ao nível da memória de trabalho, refletindo-se posteriormente nas dificuldades de aprendizagem nos vários contextos.

Assim sendo, os mesmos autores sugerem que é de extrema pertinência a prevenção e a avaliação precoce das crianças que apresentem sinais de alarme desta perturbação.

Musicoterapia

Thompson, McFerran e Gold (2013) realçam a importância da utilização da música na promoção de oportunidades para todas as crianças interagirem, independentemente das dificuldades, comparando com as interações nouro tipo de brincadeiras entre crianças.

Nesta linha de pensamento, Brancatisano, Baird e Thompson (2020) refletem sobre as potencialidades da música na melhoria de competências ao nível comportamental, motor e psicológico. Estes autores enaltecem sete capacidades que a música apresenta e que consideram ser benéficas, sendo elas: o envolvimento emocional, físico e social, o de permitir uma sincronização, o facto de ser pessoal e única, e por fim a capacidade de persuasão.

Apesar destes benefícios, a música não é por si só terapêutica, e segundo Thaut (2016), existem três aspetos importantes a considerar, que se centram na lógica da terapia, na lógica científica e na criatividade musical. Ao aprofundar estes conceitos, o autor explicou que, para utilizar a música com um fim terapêutico, as intervenções deverão procurar definir objetivos congruentes e o terapeuta deve aprofundar os seus conhecimentos científicos acerca da influência da música nas mudanças funcionais do utente. Por fim, o mesmo autor refere que para a música ser utilizada em contexto de terapia deverá ser através de um profissional qualificado, com conhecimentos na área da música, desempenho e história da mesma.

Consequentemente, tendo em conta a relevância da música e a sua capacidade de promover sensações e sentimentos nas pessoas, a Federação Mundial de Musicoterapia (2011) descreveu a musicoterapia como o “o uso profissional de música e dos seus elementos como uma intervenção em ambientes médicos e diários com indivíduos, grupos, famílias ou comunidades, que procuram otimizar a sua qualidade de vida e melhorar o seu bem-estar

físico, social, comunicacional, emocional, intelectual e espiritual. A investigação, a prática, a educação e a instrução clínica na musicoterapia são baseadas em padrões conforme contextos culturais, sociais e políticos”.

Nesta sequência, Bruscia (1998) completa esta definição, referindo-se também à musicoterapia como sendo um processo constante de intervenção, no qual o terapeuta promove diferentes estados de saúde ao utente, através da relação terapêutica que se vai construindo ao longo da intervenção, e das propostas de experiências musicais. Por sua vez, esta relação é referida por Silverman (2018) como estando intrinsecamente ligada ao resultado terapêutico, enfatizando o papel fulcral deste tipo de aliança entre o terapeuta e o utente.

Relativamente à intervenção, pode ser realizada em vários contextos e segundo Cunha (2008), um deles centra-se na área da educação, na qual a musicoterapia se pode inserir em escolas de ensino regular, jardins de infância e em programas desenvolvidos pela educação especial. Para além disso, a autora acrescenta que as dinâmicas realizadas nas sessões de musicoterapia dependem do desenvolvimento individual de cada criança, sendo por isso delineados objetivos individuais para cada uma.

Abordagens em musicoterapia

Tendo em conta que um dos objetivos deste estágio se centra na articulação direta com as famílias e na intervenção com as crianças pertencentes à intervenção precoce e sabendo previamente as premissas pelas quais a mesma se rege, considera-se que se deverão ter em conta as seguintes abordagens:

Abordagem centrada na família

Esta abordagem tem vindo a evoluir do ponto de vista teórico, modificando o foco apenas na criança para a família como um todo, tornando-se parte integrante da totalidade do processo terapêutico (Nemesh, 2016).

Thompson, McFerran e Gold (2013) retratam a Musicoterapia como uma abordagem centrada na família, sendo algo que tem vindo a ser desenvolvido e a ser cada vez mais dominante ao nível da IP. Segundo os autores, este tipo de conduta pode promover uma melhoria nas capacidades de envolvimento e interação em crianças que apresentem alguma limitação a esse nível, possibilitando um melhoramento de competências interpessoais, e motivação interna na interação.

Nesta linha de pensamento, Wigram, Pedersen e Bonde (2002) refletem sobre a musicoterapia centrada na família como estando baseada em duas modalidades que se complementam, sendo elas a terapia familiar e a musicoterapia. Assim, Pasioli (2013) retrata esta abordagem, enfatizando a família como um todo, abordando os desafios e necessidades da mesma, focando-se sempre nos pontos fortes (interações familiares, relacionamentos, comportamentos de um membro individual específico, comunicação, etc).

Abordagem humanista em musicoterapia

De acordo com Abrams (2018), a origem da psicologia humanista centrou-se em três pioneiros defensores desta linha de pensamento: Carl Rogers, Abraham Maslow e Carl Jung. Carl Rogers, ao invés de tratar as perturbações psicológicas através do método médico tradicional, adotou uma perspetiva centrada no utente, na relação terapêutica e no ambiente caracterizado pela empatia, congruência e a relação positiva. Abraham Maslow, com os seus pontos de vista humanistas, defendeu a hierarquia de motivos humanos, desde os motivos mais primitivos (sobrevivência humana) até aos motivos que promovem a auto-realização,

bem-estar e automotivação. Por fim Carl Jung, psicanalista clínico, contribuiu para esta corrente humanista, através dos seus conceitos de “psique” e bem-estar psicológico.

A psicologia humanista é proposta por Ruud (1990) através de várias particularidades, tais como: focalizar a atenção na pessoa sob observação direta, enfatizar as qualidades humanas, a criatividade e a valorização ao invés dos pensamentos reducionistas, preocupação com a dignidade e valor do ser humano, assim como a valorização dos interesses e enaltecer o potencial que está intrínseco a cada um. Este autor refere também que estudos efetuados apontam para o facto de que a musicoterapia complementa os objetivos terapêuticos pensados na abordagem humanista, através de três formas: facilitação do alívio da emotividade intensa, aproveitamento da experiência de uma forma plena e total, e, por fim, a estruturação da experiência.

Além disto, a musicoterapia, de acordo com este ponto de vista humanista, traduz-se como uma profissão na qual a intervenção terapêutica diverge das restantes terapias, que se focam apenas nos resultados. Desta forma, a abordagem centrar-se-á nas reflexões, experiências, diálogos e processos que o utente traz para as sessões e que deseja partilhar, focando assim na pessoa e não na incapacidade (Silva, Leite, Gaspar e Garcia, 2009).

Contextos de intervenção da musicoterapia

De acordo com os programas desenvolvidos no sistema de IP, é possível depreender que a Musicoterapia pratica uma intervenção preventiva em três contextos que se complementam, sendo eles o educacional, o comunitário e o clínico. Jiménez (2015) faz referência aos mesmos, enfatizando a sua inter-relação, na medida em que as dinâmicas na intervenção precoce são centradas na família e na criança, que existe uma relação próxima com a equipa clínica, e que é executado um trabalho nos contextos naturais da criança, seja a nível educacional como comunitário (por ex: domicílio).

Musicoterapia educacional: A Educação tem vindo, ao longo dos anos, a sofrer alterações no que diz respeito à forma de abordagens com os diferentes alunos. Com o objetivo central da conceção de uma escola inclusiva, foi criado o Decreto – Lei nº 54/2018 de 6 de julho, no qual são possibilitadas, a todos os alunos, respostas que permitem a aquisição de um nível de educação e formação, fomentando a sua inclusão social. Neste contexto, são seguidos alguns princípios orientadores, entre os quais a educabilidade universal, a equidade, a inclusão, a personalização, a flexibilidade, a autodeterminação e o envolvimento parental.

Ao refletir acerca da intervenção da Musicoterapia em contexto educacional, considera-se pertinente a distinção dos conceitos de Educação Musical e Musicoterapia. Bruscia (2000) e Salvador e Pasiali (2016) referem que, apesar de ambas as áreas apresentarem algumas características em comum, evidenciam também diferenças, que se centram, por exemplo, nos objetivos delineados. Enquanto que a educação musical se centra na aprendizagem e apresenta os objetivos funcionais como prioridades secundárias, na musicoterapia o foco está no “fazer musical” como a ponte para atingir o objetivo terapêutico, deixando para objetivo secundário os resultados relacionados com as componentes de aprendizagem. Apesar desta distinção, Passarini, Aoki, Prearo e Andrade (2012) estabelecem uma característica comum entre a educação musical e a musicoterapia, sendo este a necessidade da inclusão de um profissional formado e diferenciado, que tenha como objetivo principal responder às necessidades específicas existentes em cada criança.

Bruscia (2000) enaltece o papel do musicoterapeuta em contexto escolar, referindo que se centra na utilização da música e das características funcionais de cada criança, de forma a promover o progresso nas áreas académicas, motoras, sociais e linguísticas. Salvador e Pasiali (2016) referem ainda que o musicoterapeuta apresenta um papel importante no

trabalho quando se encontra inserido numa equipa multidisciplinar (p.e. com a equipa de educação especial e famílias), principalmente na aferição da elegibilidade da criança, de acordo com as suas capacidades e interesses, para beneficiar das sessões de Musicoterapia.

Musicoterapia comunitária: Este contexto de intervenção consiste numa abordagem com as pessoas no seu próprio contexto, reconhecendo, desta forma, fatores sociais e culturais da sua saúde, doença, relacionamentos interpessoais e musicais (Ansdell, 2002, citado por Aigen, 2018).

Stige (2002) enaltece a importância da musicoterapia comunitária, realçando a sua relevância na promoção da saúde, integrando programas da comunidade que têm como intuito a melhoria da qualidade de vida.

Pavlicelic e Ansdell (2004) refletem sobre a componente prática deste contexto de intervenção, referindo que o principal foco se centra na compreensão do contexto mental, social, físico e musical em que se está a trabalhar. Assim sendo, os conhecimentos e capacidades do terapeuta terão de se reorganizar e reenquadrar de acordo com a realidade da intervenção.

Musicoterapia clínica: De acordo com Thaut (2016), neste contexto clínico, o musicoterapeuta projeta intervenções musicais terapêuticas que se centram nos objetivos funcionais do cliente e que vão sendo gradualmente adaptados. Além disto, Bruscia (2000) aponta a possibilidade de utilização de experiências musicais e não musicais pelo terapeuta, em que o utente possa ser direcionado a realizar introspeções ao nível emocional ou interpessoal, estimulando, assim, mudanças necessárias.

Para ter este papel, é importante que o musicoterapeuta estabeleça objetivos, que devem ser delineados para cada criança e tenha em conta a individualidade e as necessidades específicas de cada uma. Desta forma, o musicoterapeuta tem a função de desenvolver

experiências musicais que permitam à criança o progresso das suas potencialidades, encurtando assim comportamentos disruptivos existentes (Simpson 2013).

Para a intervenção neste contexto, Watson (2007) alerta que se deverá ter em atenção o *setting* terapêutico em que são realizadas as sessões. O contexto assume um papel muito importante na intervenção, uma vez que tem em si vários fatores que podem facilitar ou inibir o processo de desenvolvimento terapêutico. Para este autor, também o musicoterapeuta tem um papel relevante nesta situação, devendo envolver-se ativamente, com uma postura adequada, estável e consciente. Assim, cabe ao mesmo toda a preparação do espaço adaptado a cada utente e às necessidades do mesmo.

Nesta linha de pensamento, Benenzon (2000) descreve o local ideal para a realização das sessões de musicoterapia, como sendo uma sala isolada acusticamente (de forma a que outras sonoridades exteriores não condicionem a comunicação do utente), não muito ampla (uma vez que causa dispersão) nem demasiado pequena (visto que impede o deslocamento e a espontaneidade do utente), e que seja um local em que os estímulos sonoros sejam colocados em primeiro plano, reduzindo o número de estímulos visuais possivelmente distratores.

A importância do setting em musicoterapia: No seguimento dos autores anteriores, Santos (2012), descreve o *Setting* como um “cartão de visita” do Musicoterapeuta, ou seja, é o primeiro contato do paciente com o ambiente sonoro. Em termos práticos, é diferente realizar uma improvisação ou ouvir uma música em *Setting* musicoterapêutico do que em qualquer outro lugar, uma vez que é considerado um espaço seguro para a criança se expressar e ser ela própria. A mesma autora caracteriza ainda este espaço como um lugar repleto de informações que promovem o aumento da perceção da criança. Os instrumentos musicais que estão dispostos servem apenas de primeiro impulso para que o “ser musical” da própria criança seja lançado.

Também para Benenzon (2000), componentes como o movimento, o som e a música estão sempre interligados, referindo que no *Setting* musicoterapêutico são viáveis todos os elementos capazes de os produzir.

Modelos de intervenção em musicoterapia

Musicoterapia criativa ou modelo de Nordoff-Robbins

O método de Nordoff-Robbins surgiu do gosto pela criação musical, expressão e experiência musical, acreditando que a música de uma criança funcionava como uma janela para a sua vida interior. A forma como a criança recorria aos instrumentos, como brincava, o tempo e ritmo que usava, tudo isto fornecia ao terapeuta uma perceção de como a criança explorava o “mundo” (Birnbaum, 2014).

Para Guerrero e Turry (2019) este modelo está intrinsecamente ligado ao conceito de “músico-criança”, centrando-se na ideia de que a musicalidade é inata ao ser humano, incorporando o potencial saudável que existe, permitindo assim um crescimento e desenvolvimento equilibrados. Além disso, oferece uma perspetiva diferenciada da forma como a música é utilizada nas sessões de musicoterapia, sendo desde a utilização de canções do repertório à pura improvisação (Trondalen & Bonde 2012).

Também Kern e Humpal (2019) corroboraram estes factos, acrescentando não só que a improvisação promove a espontaneidade e o lúdico, como também que é benéfico a criança ser colocada num contexto significativo, uma vez que desenvolve a comunicação, permitindo assim uma exploração e expressão dos seus interesses.

Técnicas de intervenção em musicoterapia

Improvisação: Bruscia (2014) aborda esta técnica da musicoterapia como um meio para o estabelecimento de um canal de comunicação não verbal e uma ponte para a comunicação verbal, o fornecimento de um meio satisfatório de autoexpressão e formação de

identidade e o desenvolvimento da intencionalidade. A improvisação é considerada também uma técnica estimulante e criativa, visto que pode ser utilizada por qualquer pessoa, com qualquer instrumento musical ou criado a partir de objetos do quotidiano (Wigram, 2004).

Apesar dos seus benefícios, a improvisação é algo que suscita algumas inseguranças, nomeadamente o medo de falhar, a “voz interior” que impede que se transmita na totalidade o que se sente, e a autocrítica, associados muitas vezes a um sentimento de vulnerabilidade (Wigram, Pedersen & Bonde, 2002).

Neste contexto, Wigram (2004) define algumas técnicas presentes na improvisação:

Técnicas Empáticas

- ✓ **Imitação/Imitation:** tentativa de sincronização total com a criança, através do eco ou da reprodução da resposta da mesma (utilizando, por exemplo, instrumentos musicais).
- ✓ **Espelhamento/ *Mirroring*:** reproduz-se exatamente o que a criança está a fazer musicalmente, expressivamente ou através da sua linguagem corporal em simultâneo com a mesma.

Técnicas Estruturadas

- ✓ **Base Rítmica:** momento em que o musicoterapeuta mantém uma base rítmica básica, proporcionando algo estável para o improviso do cliente.

Diálogo Musical

- ✓ **Troca de turnos /*Turn-taking*:** técnica de diálogo musical com proposta de turnos comunicativos a nível musical, em que se vai necessitar que um pare a sua improvisação e atribua espaço ao outro. Desta forma, através desta troca, ocorre um processo de comunicação através da peça musical que está a surgir.

Recriação de canções: De acordo com Baker e Wigram (2005), a recriação de canções mostra-se eficaz, uma vez que permite a utilização de metáforas de forma a compreender o significado do que está a acontecer, que promove um discurso psicodinâmico e cognitivo, a variedade de possibilidades de autoexpressão, proporciona um contexto estruturado ao paciente, e, por fim, permite aos pais a exploração da sua vida pessoal, as suas possibilidades, perdas e aspirações. O facto de recriar canções, dá aos pais e à criança a possibilidade de poderem visitar, partilhar, e mostrar resultados da sua criatividade, capacidade e autoexpressão.

Musicoterapia na intervenção precoce

A musicoterapia tem vindo a mostrar-se benéfica no desenvolvimento das crianças, e na interação das mesmas com a família. Bieleninik, Ghetti e Gold (2016) consideram que a musicoterapia e a estimulação através da música pode trazer muitas vantagens para a criança, para os pais, e consequentemente, para a relação entre ambos.

Tendo em conta a filosofia da intervenção precoce, a definição de musicoterapia e os benefícios que a mesma tem, Soria-Urios, Duque e García-Moreno (2011) referem que a Musicoterapia pode ser efetiva em cinco fatores no contexto de intervenção precoce, sendo eles: a modulação atencional ou fator de atenção, modulação emocional ou fator emocional, modulação cognitiva ou fator cognitivo, modulação comportamental ou fator comportamental, e a modulação comunicativa ou fator interpessoal.

Sabendo que esses fatores desempenham um papel fundamental, considera-se pertinente uma explicação mais detalhada de cada um deles. Assim sendo, Soria-Urios, Duque e García-Moreno (2011) explicam que a modulação atencional diz respeito à capacidade que a música tem de captar a atenção do indivíduo, a modulação emocional refere-se à capacidade que a música apresenta em modular emoções, envolvendo áreas

corticais e subcorticais, originando respostas emocionais, a modulação cognitiva envolve funções cognitivas, nomeadamente a memória associada à música e a modulação comportamental faz referência à capacidade da música em evocar padrões de movimentos, mesmo que, por vezes, inconscientes. Por fim, os autores referem que a modulação comunicativa que faz uma alusão à música pelas suas características relacionadas com a comunicação, podendo ser utilizada para o treino de várias competências, entre elas a comunicação não-verbal.

Tal como já foi previamente referido, a forma como é realizada a dinâmica na IP baseia-se essencialmente na transdisciplinaridade, e, como tal, a intervenção em musicoterapia neste contexto está associada a um trabalho em equipa, com práticas centradas na família, sempre com base nas rotinas e contextos naturais da criança e da família, encarando-as sempre como elementos da intervenção (Augusto, Aguiar & Carvalho, 2013).

Neste sentido, pode ser comprovada a eficácia da musicoterapia neste contexto, através de investigações que estabeleçam um efeito positivo entre a mesma e a capacidade que as crianças com deficiência demonstrem em se envolverem de forma mais ativa no contexto em que estão inseridas (Shih, 2020).

Intervenção da musicoterapia nas principais patologias do desenvolvimento na IP

Intervenção da musicoterapia na perturbação do espectro do autismo

A intervenção em Musicoterapia refere-se a “um processo sistemático de intervenção em que o terapeuta ajuda o utente a promover a saúde, utilizando as experiências musicais e as relações que foram desenvolvidas a partir daí, enquanto forças de mudança” (Bruscia, 2014, p. 24).

De acordo com Geretsegger, Elefant, Mossler e Gold (2014), a Musicoterapia tem vindo a mostrar-se benéfica para indivíduos com PEA, reforçando que a abordagem poderá ser feita em contexto individual, grupos, ou numa abordagem centrada na família, na qual os pais ou cuidadores são incluídos no processo terapêutico. Estes autores enalteceram o ponto de vista de Juliette Alvin relatando que os processos que se desenvolvem no decorrer da interação musical, particularmente na improvisação musical, podem ajudar a desenvolver competências comunicativas e de interação social.

Nesta linha de pensamento, Alvin e Warwick (1991) assinalam que a improvisação musical poderá ser compreendida enquanto linguagem pré-verbal ou não verbal, permitindo às pessoas que apresentam comunicação verbal o acesso a experiências pré-verbais e às pessoas que são não verbais a interação comunicativa sem palavras. Tudo isto, permite um maior envolvimento do ponto de vista emocional e orientado para a relação.

Guerrero e Turry (2019) acrescentaram ainda que, do ponto de vista da musicoterapia criativa de Nordoff-Robbins, o uso da improvisação musical é essencial para estas crianças, uma vez que permite o envolvimento da musicalidade que lhe é intrínseca. Além disso, tendo em conta as dificuldades que estão presentes nesta patologia (especialmente relacionadas com a comunicação e interação social), a improvisação musical possibilita ao terapeuta responder a pistas subtis na expressão facial ou corporal das crianças, enaltecendo a espontaneidade, flexibilidade e iniciativa própria.

Subsequentemente, Aigen (2014, p.219) identifica aspectos centrados na música inseridos na teoria de Nordoff-Robbins, sendo eles a “criança musical” (p.219), o estabelecimento de um “mundo musical”, e a construção da música como uma identidade. O primeiro conceito, foi originalmente proposto por Nordoff e Robbins, como uma entidade

musical, inata em cada criança. Esta “criança musical” ocupa um lugar central e principal na odisséia que representa o desenvolvimento da personalidade da criança.

Tendo em conta que uma das dificuldades na PEA se centra na comunicação, Maranhão (2020) faz referência a várias pesquisas realizadas ao nível da neuroimagem. Nestas verificaram-se evidências que comprovaram a existência de vias neuronais que englobam a fala e a música, sendo desta forma a utilização do canto um elemento impulsionador para a fala e comunicação verbal, uma vez que ocorre a estimulação de áreas periféricas da linguagem e áreas compensatórias no lóbulo temporal direito. Este autor realça não só a importância da música e dos componentes que lhe estão inerentes, como também a pertinência da utilização de canções com letras previsíveis, uma vez que promove a aquisição das palavras, a pronúncia das mesmas, as modulações e tons da fala, entre outros.

Intervenção da musicoterapia na perturbação de hiperatividade e défice de atenção

Jackson (2003) realizou um levantamento do papel da Musicoterapia com crianças com Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção, considerando o potencial inato da música e o seu impacto na função cerebral, nível de atividade, comportamento social e ao nível da atenção. Este autor referiu ainda que crianças com limitações graves ao nível da atenção, beneficiariam de uma intervenção musicoterapêutica utilizando técnicas mais recetivas ao invés de ativas.

Dadas as características das crianças com PHDA, Rickson (2006) desenvolveu um estudo em que comparou o impacto das abordagens da musicoterapia direcionada e improvisada nos comportamentos motores impulsivos destas crianças. Ao longo do estudo verificou que musicoterapeutas e outros profissionais testemunharam que muitas crianças com esta problemática apresentam dificuldades em manter uma base rítmica, ou um ritmo mais organizado devido à sua impulsividade. Sobretudo, pode verificar-se que, numa fase

inicial ou em casos mais graves, seja aconselhável o uso de uma abordagem mais estruturada e direcionada, podendo posteriormente passar-se para uma abordagem dirigida à improvisação, maximizando os benefícios da mesma.

Objetivos do Estágio

Tendo em conta o enquadramento teórico acima exposto, e assumindo como ponto de focagem da intervenção musicoterapêutica famílias com crianças dos 0 aos 6 anos pertencentes à ELI do Entroncamento, foram delineados os seguintes objetivos gerais:

- Promover o envolvimento dos pais, equipa terapêutica, educadores e auxiliares, no processo terapêutico;
- Contribuir para a inclusão das crianças, apoiadas na intervenção precoce, nas diferentes turmas de jardim de infância;
- Facultar à equipa transdisciplinar a importância/valor da Musicoterapia nas equipas de intervenção precoce;
- Colaborar com as famílias de forma a alcançar os objetivos e necessidades identificados pelos mesmos;
- Promover o desenvolvimento das crianças de acordo com as necessidades e expectativas da família.

Metodologia

Neste capítulo do relatório apresenta-se a abordagem metodológica adotada ao longo do trabalho de estágio. Desta forma, são descritas as características da amostra, os instrumentos utilizados para avaliação e reavaliação dos utentes, todos os procedimentos realizados, as técnicas e métodos de musicoterapia utilizados e os recursos materiais que foram necessários. Além disso, é também partilhada a agenda semanal da musicoterapeuta estagiária e elaborada uma seção sobre as atividades da intervenção, que foram realizadas durante o confinamento provocado pela pandemia da COVID-19, e respetivas alterações ao plano inicial proposto.

O estágio teve a duração de 9 meses, no período de 6 de outubro de 2020 a 8 de julho de 2021. A estagiária foi integrada na equipa da ELI do Entroncamento, Vila Nova da Barquinha e Constância, contudo a intervenção foi realizada apenas no concelho do Entroncamento. A intervenção com as crianças decorreu em três contextos diferentes, sendo eles o jardim de infância, o domicílio e a creche.

Em termos temporais, este estágio iniciou com um período de um mês, maioritariamente de observação e adaptação ao meio, no qual a estagiária foi apresentada não só a todos os técnicos da ELI, como foi também integrada no jardim de infância, creche e domicílio nos quais iria intervir. Esta fase foi bastante importante, na medida em que permitiu à estagiária a observação das rotinas e funcionamento das dinâmicas das várias educadoras em contexto de jardim de infância e creche. Posteriormente, em conjunto com a orientadora de estágio, procedeu-se primeiro à seleção das crianças e respetivas famílias com as quais se iria realizar a intervenção e, de seguida, à entrega dos pedidos de autorização às famílias para intervir com os seus filhos.

Participantes

Ao longo do estágio curricular, nove crianças com idades compreendidas entre os 2 e os 6 anos e respetivas famílias beneficiaram da intervenção em musicoterapia nos seus contextos naturais (jardim de infância, creche e domicílio), selecionados de acordo com a sua faixa etária. A intervenção com as famílias centrou-se essencialmente na articulação semanal acerca de como decorriam as sessões e em saber o *feedback* do contexto de casa. Com as crianças, desenvolveram-se sessões individuais semanais de 45 minutos, nos contextos previamente referidos.

De forma a facilitar a compreensão das características da amostra, segue-se a tabela com os respetivos nomes, idades, género, diagnósticos e contexto de intervenção.

Tabela 1

Dados das crianças selecionadas para intervenção

Participante	Idade	Género	Diagnóstico	Contexto de Intervenção
L.T	2 A	Masculino	Trissomia 21	Domicílio
A.S	2 A	Masculino	AGD; PEA	Creche
T.S	3 A	Masculino	AGD; PEA	Jardim de Infância
I.S	4 A	Feminino	PEA	Jardim de Infância
M.B	4 A	Masculino	PEA	Jardim de Infância
L.L	5 A	Masculino	PEA; PHDA	Jardim de Infância
P.F	6 A	Masculino	AGD ; AVC (2018)	Jardim de Infância
L.C	5 A	Masculino	PEA; PHDA	Jardim de Infância
D.C	5 A	Masculino	PEA	Jardim de Infância

Nota. Os nomes dos participantes foram substituídos pelas iniciais de forma a proteger a identidade das crianças.

Instrumentos de avaliação

A fase de avaliação do processo terapêutico considera-se importante, na medida em que permite ao terapeuta observar a criança nas diversas experiências musicais, identificando, desta forma, problemas clínicos, emocionais, expectativas e preocupações. Por outro lado, esta fase permite ao musicoterapeuta ter uma percepção das forças e fraquezas de cada criança, permitindo-lhe, desta forma, a construção de objetivos terapêuticos adequados a cada uma e às suas características.

Nesta etapa, a musicoterapeuta estagiária utilizou como instrumentos de avaliação a história sonora musical aplicada à família (adaptada de Benenzon 1985) (Anexo II), a escala de avaliação *Individualized Music Therapy Assessment Profile* (IMTAP) (Anexo III) e a escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins (Anexo IV). Além disso, recorreu à observação direta das crianças nos seus contextos naturais, permitindo-lhe desta forma recolher dados acerca de diferentes fatores: rotinas, comportamentos, dificuldades, potencialidades, etc.

Tendo em conta a importância da família no contexto de intervenção precoce e sabendo que a sua participação é ativa em todo o processo, considerou-se pertinente a realização de uma entrevista para preenchimento da história sonora musical de cada uma das crianças. De acordo com Benenzon (1985), um dos princípios da prática da musicoterapia centra-se na Identidade Sonora (ISO), que se refere à existência de um som ou um conjunto deles, que no seu todo caracterizam o ser humano, individualizando-o.

A escala de avaliação IMTAP consiste num instrumento que apresenta como objetivo principal o estabelecimento de uma linguagem terapêutica que seja facilmente utilizada por todos e não apenas na área clínica, possibilitando uma melhor comunicação entre os pais e profissionais da criança (Baxter et al., 2007). Esta escala é composta por dez grupos de

avaliação, que correspondem a uma área diferente, permitindo assim ao musicoterapeuta criar um perfil detalhado do utente, a partir de atividades musicais dinamizadas na sessão. Permite igualmente acompanhar a evolução de cada criança através da reavaliação, visualizando, assim, as áreas que ainda necessitam de ser trabalhadas e aquelas que já foram atingidas.

Assim sendo, as dez áreas principais centram-se ao nível da motricidade fina, motricidade global, motricidade oral, comunicação recetiva/perceção auditiva, comunicação expressiva, musicalidade, domínio emocional, domínio sensorial e a cognição. Incluídas em cada uma delas, estão integradas 374 competências que correspondem a funções específicas de cada um dos domínios supracitados.

De acordo com os autores do instrumento, os domínios da escala IMTAP são independentes, ou seja, não é obrigatório que todos sejam aplicados na íntegra, atribuindo ao musicoterapeuta uma maior liberdade para aplicar o instrumento de acordo com os seus objetivos para cada utente. Desta forma e tendo em conta que não há obrigatoriedade para escolha dos domínios, a estagiária optou por não avaliar todas as áreas, focando-se apenas nas que eram dificuldades (identificadas pelas famílias) comuns aos utentes. Assim, foram selecionadas as seguintes áreas:

- Comunicação recetiva/perceção auditiva
- Comunicação expressiva
- Musicalidade
- Domínio emocional
- Domínio sensorial
- Cognição

Por fim, no que diz respeito à Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins, que também foi utilizada no processo de avaliação, André, Gomes e Loureiro

(2017) caracterizam-na por possuir três domínios, sendo eles a comunicabilidade musical vocal, instrumental e de movimento corporal. Cada um destes domínios possui níveis que variam de 1 a 7, no qual a pontuação 1 diz respeito a uma condição menos adequada, e a 7 refere-se a uma condição muito funcional.

Procedimentos

A organização do presente estágio curricular decorreu segundo seis fases distintas, sendo elas: 1) Encaminhamento; 2) Recolha de dados; 3) Avaliação; 4) Elaboração do Plano Terapêutico; 5) Intervenção e 6) Reavaliação. A primeira fase teve início em outubro de 2020, e a fase de intervenção em dezembro de 2020, tendo decorrido todas até ao início de julho. De seguida serão descritas as fases acima mencionadas.

Fase de encaminhamento

Durante a primeira etapa do estágio, ocorreu a integração da musicoterapeuta estagiária na ELI, tendo sido apresentada a todos os membros da equipa multidisciplinar; e a todos os jardins e creches do concelho. Desta forma, foi possível observar as crianças nos seus contextos naturais, assim como as rotinas incutidas no jardim de infância e creche. Após este período, em conjunto com a orientadora de estágio procedeu-se a uma seleção de crianças e posteriores famílias que poderiam ser participantes do estágio. Realizado este levantamento e análise, deu-se início à marcação das reuniões com os pais/cuidadores com o intuito de recolha de dados acerca da criança e da dinâmica da própria família.

Fase de recolha de dados

Após efetuar a marcação das reuniões com os pais/cuidadores, realizaram-se, então, os primeiros contactos presenciais, nos quais se pôde reunir informação pertinente não só relativamente às características e desenvolvimento da criança, como também em relação à história sonora musical da mesma e do ambiente sonoro em contexto de casa.

Para tal, a musicoterapeuta estagiária criou um questionário semiestruturado da história sonora musical para cada família responder. Nesta fase de recolha de dados, foi também permitido a visualização dos processos individuais de cada criança, nos quais constavam avaliações previamente realizadas por parte de outros técnicos, tendo sido úteis para complementar a informação. Entre os instrumentos utilizados por outros técnicos, estava a *Schedule of Growing Skills*, caracterizada por ser uma escala que permite traçar um perfil de desenvolvimento de cada criança de acordo com os vários estádios de desenvolvimento.

Fase de avaliação

A fase de avaliação decorreu nos contextos naturais de cada uma das crianças, sendo eles o jardim de infância, creche e domicílio. Tal como já foi previamente referido os instrumentos de avaliação utilizados foram a IMTAP e a Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins. Assim sendo, ocorreram os primeiros contactos com as crianças, com as quais foi possível interagir e ao mesmo tempo avaliar os domínios presentes nos instrumentos supracitados, tais como competências ao nível da comunicação, motor, cognitivo, social, emocional, entre outros. Desta forma, com os dados recolhidos pela consulta de processos, pela aplicação da história sonora musical à família, e através da observação e preenchimento das escalas de avaliação foi possível a criação de objetivos de intervenção para cada criança, de acordo com as áreas que se encontravam mais comprometidas e que necessitavam de ser trabalhadas.

Elaboração do plano terapêutico

No seguimento da fase anterior, foram delineados os objetivos terapêuticos individuais para cada criança de acordo com as necessidades e expectativas da família. Com estes objetivos gerais e específicos foi traçado um plano de intervenção terapêutico, no qual

está implícito a problemática, os objetivos gerais e os objetivos específicos a serem trabalhados com cada criança.

Fase de intervenção

No momento em que as fases anteriores ficaram concluídas, procedeu-se ao contacto com os pais das crianças, onde foram mostrados e discutidos não só os resultados da avaliação e o plano de intervenção terapêutica, como também foi dado a conhecer o horário e a periodicidade da intervenção. Nesta reunião, foi solicitado aos pais (para efeitos de monitorização e supervisão de trabalho clínico) uma autorização para participação no estudo e para registo audiovisual das sessões. Para efetivar esta autorização recorreu-se à carta de pedido de autorização para registo vídeo das intervenções (Anexo IV) e à declaração de registo vídeo das intervenções (Anexo V). Após reunidas todas as condições, procedeu-se ao início da intervenção musicoterapêutica em dezembro de 2020.

Fase de reavaliação

No mês de junho de 2021, após ter decorrido o período de intervenção, a musicoterapeuta estagiária procedeu à reavaliação de todas as crianças, isto é, aplicou novamente os instrumentos de avaliação. Desta forma, foi possível observar os resultados após a intervenção em musicoterapia, avaliando o impacto da ação e verificando se houve algum tipo de evolução ou não. Nesta fase, a estagiária participou numa reunião com a equipa e com a família de cada criança, na qual se compreendeu a perceção dos pais face à intervenção da musicoterapia ao longo destes 9 meses.

Recursos materiais

No que diz respeito aos espaços disponíveis para a intervenção, as sessões foram realizadas em três espaços distintos: em sala de jardim de infância, numa sala da creche e no domicílio de uma das crianças. Estes espaços tinham ao dispor instrumentos musicais de

percussão (tamborim, triângulo, clavas, ovos shaker, maracas, pandeireta, *oceandrum*, sinos com cores, entre outros) e instrumentos melódicos e harmônicos (teclado, guitarra e metalofone).

No que concerne ao critério de seleção dos instrumentos musicais, este variava, ao longo das sessões, de acordo com as necessidades e interesses de cada uma das crianças. Além daqueles que foram supracitados, a estagiária recorreu muitas vezes ao próprio corpo e aos materiais existentes nas salas de forma a criar sons, ritmos, etc. Como recurso material, fez-se também uso do telemóvel para filmar as sessões, como forma de supervisão do trabalho que foi desenvolvido ao longo do estágio.

Métodos e técnicas utilizadas

Tendo como base os objetivos de intervenção previamente delineados, foram selecionadas técnicas que fossem adequadas às necessidades e potencialidades da criança e que tenham sido referidas como importantes para a família. Ao longo das sessões, as técnicas às quais a estagiária recorreu maioritariamente foram: 1) improvisação clínica vocal e instrumental, 2) imitação, 3) espelhamento, 4) troca de turnos “*Turn Taking*”; e 5) recriação de canções.

Agenda semanal

Na agenda semanal do estágio encontram-se descritos não só os horários de intervenção com as crianças, como o horário das reuniões semanais da ELI. Nestas reuniões foram discutidos todos os casos que os técnicos acompanhavam, assim como referências novas que iam surgindo. O local onde eram realizadas as reuniões variava de semana para semana, mudando entre os três concelhos abrangidos pela ELI: Entroncamento, Vila Nova da Barquinha e Constância. No fim da reunião, a estagiária reunia com a sua orientadora para

esclarecimento de dúvidas. O trabalho escrito para o relatório de estágio era realizado fora do horário da agenda, e não está contemplado na tabela em baixo (Tabela 2).

Tabela 2

Agenda Semanal

2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª Feira
9h – 9:45h Acolhimento sala 6 JI	9h – 9:45h A.S. Creche	9h – 9:45h Acolhimento sala 1 JI	9h – 9:45h L.T Domicílio	9h – 9:45h Acolhimento sala 2 JI
10h – 10:45h L.L Sala 6 JI	10h – 10:45h I.S Sala 6	10h – 10:45h L.C Sala 1 JI	10h – 10:45h D.C Sala 3 JI	10h – 10:45h T.S Sala 2
	11h – 11:45h M.B Sala 6	11h – 12h Observação sala 1 e articulação com a educadora	11h – 11:45h P.F. Sala 3 JI	
	11:45h – 12:30h Observação sala 6 e articulação com a educadora	14:30h – 17h Reunião ELI (semanal)	11:45h – 12:30h Observação sala 3 e articulação com a educadora	

Outras atividades

Na segunda reunião da ELI, realizada em Vila Nova da Barquinha, quando decorreu a apresentação da musicoterapeuta estagiária, foi apresentado um folheto (Apêndice 1) alusivo à musicoterapia e à sua intervenção. Desta forma, todos os membros da equipa da ELI puderam ficar com uma perceção sobre o trabalho desenvolvido por uma musicoterapeuta e qual o trabalho que a aluna estagiária pretendia desenvolver com as crianças e famílias pertencentes àquela equipa. Foi ainda elaborada uma apresentação em *Power Point* (Apêndice 2), na qual a estagiária, se apresentou e abordou o que era a Musicoterapia e os benefícios que a mesma poderia ter na IP.

Alterações ao plano

Situação de confinamento devido à COVID-19

De forma a compreender algumas das alterações que surgiram ao longo do estágio, é importante perceber melhor esta doença que tem afetado a população mundial.

De acordo com o SNS24, COVID-19 diz respeito ao “nome atribuído pela Organização Mundial da Saúde, à doença provocada pelo novo coronavírus SARS-COV-2, que pode causar infeção respiratória grave como a pneumonia. Este vírus foi identificado pela primeira vez em humanos, no final de 2019, na cidade chinesa de Wuhan, província de Hubei, tendo sido confirmados casos em outros países” (*SNS24 - Centro de Contacto do Serviço Nacional de Saúde, s.d.*).

Segundo a mesma fonte, os sinais e sintomas mais frequentes associados à infeção por COVID-19 são: febre, tosse ou agravamento do padrão habitual da tosse, dificuldade respiratória, e perda total ou parcial do olfato e paladar. No caso das crianças, ocorrem sintomas tais como dores de cabeça, vómitos e diarreia, sendo que quando há o surgimento destes sintomas as crianças deverão ficar em isolamento e realizar o despiste para a COVID-19. Para efetuar este despiste, todas as pessoas têm de realizar um período de isolamento de 14 dias, nos quais não podem frequentar espaços exteriores à sua habitação (*SNS24 - Centro de Contacto do Serviço Nacional de Saúde, s.d.*)

Dado o aumento de casos no fim do mês de janeiro de 2021, o governo decretou o encerramento das escolas e jardins de infância, mantendo as crianças em regime de ensino à distância. Apesar desta situação, foi proposto à musicoterapeuta estagiária que realizasse sessões presenciais com as crianças com quem estava a intervir. Desta forma, e dado a maior permeabilidade em termos de horário, a estagiária conseguiu realizar sessões bissemanais

com cada criança em contexto de jardim de infância. No final de cada sessão, quando os pais iam buscar os seus filhos, a estagiária fornecia sempre um *feedback* relativamente à mesma.

Das nove crianças em acompanhamento presencial, apenas foram realizadas sessões online com uma criança, com 1 ano e 8 meses diagnosticado com Síndrome de Down, uma vez que os pais não aceitaram a realização de sessões presenciais. Durante estas sessões online, apesar de pequenas adaptações ao contexto, a estagiária tentou manter a estrutura das sessões que decorriam em regime presencial, já desenvolvidas em contexto de domicílio, tendo este facto sido um facilitador para a dinâmica dos pais.

No dia 8 de março de 2021, todas as crianças retomaram o regime presencial nas creches, jardins de infância e escolas. A musicoterapeuta estagiária foi informada no dia 12 de março de 2021 que todas as crianças pertencentes ao jardim de infância teriam de ser distribuídas pelas escolas do concelho, uma vez que o seu jardim apresentava questões estruturais que colocavam em causa a saúde pública.

No dia 15 de março de 2021, a estagiária retomou as sessões presenciais num espaço totalmente diferente, num novo *Setting* de sessão. Tendo em conta a importância que o *Setting* tem para a dinâmica da sessão e para a forma como a criança se sente, a existência de mudanças a este nível, pode constituir uma grande barreira para o bom funcionamento da sessão e para a forma como a criança interage com o meio que a rodeia. Toda esta mudança constituiu uma quebra brusca e repentina na vida de todas estas crianças, havendo uma mudança de rotinas e hábitos, manifestando-se posteriormente no seu comportamento e agitação nos dias que se seguiram, quer em contexto escolar, quer em contexto de casa.

Estudos de caso

Estudo de caso nº 1 – L.C

Apresentação do caso

O L.C é uma criança com 5 anos e 7 meses, à data da consulta do processo da Intervenção Precoce em outubro de 2020.

É fruto de uma gravidez planeada e desejada por ambos os pais, tendo sido sempre vigiada e seguida pelo sistema de saúde. O agregado familiar do L.C é composto por seis elementos: o pai, de 41 anos e Militar da Marinha, a mãe, de 40 anos e Professora de 1º ciclo, duas irmãs, com 11 e 9 anos respetivamente, e um irmão gémeo, também com perturbação do espectro do autismo.

De acordo com a mãe, a gravidez decorreu de forma normal e tranquila, não tendo ocorrido nenhum acontecimento que considerasse pertinente de revelar. O L.C e o irmão são gémeos dizigóticos, significando, por isso, que foram originados a partir da libertação de dois ovócitos no momento da ovulação. Desta forma, por serem gerados a partir de ovócitos e espermatozoides diferentes, apresentam poucas semelhanças a nível genéticos.

No que diz respeito ao parto, foi uma cesariana programada, uma vez que o D.C se encontrava na posição de sentado e o L.C estava numa posição mais lateralizada. Nasceram de 37 semanas e 4 dias, e no caso do L.C nasceu com um apgar de 8/10, 2,745kg e 47 cm. A mãe amamentou até aos 4 meses de idade, no entanto o L.C já foi para casa com um reforço de leite artificial, uma vez que apresentava dificuldade na pega para mamar. A mãe referiu que o L.C sempre foi um bebé calmo até começar a andar, uma vez que a partir desse momento começou a ser uma criança inquieta, que não parava de correr, mas sempre com um bom humor. Nesta altura, os maiores interesses do L.C centravam-se essencialmente em brinquedos com botões para carregar e em tudo aquilo que tivesse música.

Em termos de acompanhamentos hospitalares, o L.C é acompanhado nas consultas de desenvolvimento em Torres Novas e também pela Unidade da 1ª Infância no Hospital da Estefânia.

O L.C iniciou a frequência na creche ENCOPROF no Entroncamento, no ano letivo de 2016/2017, tendo começado o acompanhamento pela ELI em outubro de 2017, com apoio de terapia da fala, terapia ocupacional e apoio pedagógico personalizado em contexto educativo, o qual se tem mantido desde então.

Com base nos relatórios presentes no processo de jardim de infância do L.C, pode constatar-se que nesta altura, vários foram os sinais que começaram a preocupar não só a família do L.C, como também a educadora no contexto de creche. Apresentava dificuldades na área da linguagem e comunicação, não comunicando verbalmente, recorrendo ao grito e palavras soltas para se expressar, problemas na área da alimentação, pois necessitava sempre de supervisão, dificuldade na autonomia do controlo de esfíncter e na intenção comunicativa relativamente ao mesmo. Outra das preocupações centrava-se na questão da tolerância à frustração, manifestando-se em birras constantes e gritos.

No seguimento destas preocupações por parte da família e dada a consistência dos comportamentos por parte do L.C, foi avaliado pelo médico pediatra do desenvolvimento com 3 anos de idade, sendo diagnosticado com uma perturbação do espectro do autismo, associado a uma perturbação de hiperatividade e défice de atenção.

De momento, o L.C frequenta o jardim de infância Sophia de Mello Breyner no Entroncamento, estando integrado na equipa da ELI da mesma localidade, beneficiando em apoio direto de sessões semanais de terapia da fala, terapia ocupacional e psicologia.

A equipa da ELI e a família consideraram que seria pertinente o encaminhamento do L.C para a avaliação em Musicoterapia, dado o seu interesse desde cedo pela música e por

todos os brinquedos que envolviam som. Além deste interesse do ponto de vista auditivo, verificava-se também que a única forma através da qual o L.C verbalizava era a cantar repetidamente determinadas partes das músicas do seu repertório.

A família referiu que o L.C tem feito ganhos ao nível do desenvolvimento global, resultado das intervenções realizadas, no entanto, continuam a preocupar-se bastante com a sua instabilidade do ponto de vista do comportamento e da comunicação e interação com o outro.

Avaliação

Para a realização da avaliação, a musicoterapeuta estagiária optou por recorrer a quatro instrumentos, formais e informais. Desta forma, efetuou a sua avaliação de acordo com os resultados da observação direta da criança, com a entrevista aos pais na qual foi aplicado o questionário da história sonora musical (adaptado de Benezon), com a aplicação do IMTAP e com o preenchimento da Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins.

O primeiro contacto efetuado com o L.C realizou-se no início de outubro de 2020. A avaliação foi fundamentada tendo como base a observação direta da criança no contexto de jardim de infância, assim como nas rotinas que lhe estão inerentes. Assim, foi possível observar e avaliar os comportamentos do L.C face a outras crianças e adultos, assim como a sua participação nas atividades propostas pela educadora.

Desta observação, foi possível constatar que, dada a sua agitação psicomotora, o L.C. apresentava muitas dificuldades em se manter quieto por curtos períodos de tempo, e em permanecer na tarefa, não sendo capaz de a levar do início ao fim. Verificou-se também que não apresentava estereotípias motoras evidentes, no entanto manifestava estereotípias verbais, na medida em que estava sempre a cantar maioritariamente em inglês e, por vezes, em

português. Observou-se também que quando cantava, utilizava um tom de voz que variava entre os médios e agudos e num andamento médio. Por outro lado, nos momentos em que estava frustrado, recorria a um tom de voz muito agudo (grita), até que os adultos lhe fornecessem aquilo que ele desejava. Em contexto de jardim, constatou-se também que o L.C apresentava pouca tolerância ao ruído, tendo-se revelado sensível do ponto de vista auditivo a sons muito altos e estridentes, tapando os ouvidos.

De forma a dar início ao processo terapêutico, procedeu-se a uma recolha de informação do L.C através de uma entrevista à família com a aplicação de um questionário da história sonoro-musical. Desta anamnese sonoro-musical, destacaram-se os temas tocados e cantados nas *playlists* da “Carochinha”, onde estão incluídas músicas tradicionais e do “Tucantar”. Quando questionada acerca de alguma preferência musical em específico por parte do L.C, a mãe referiu não haver nenhuma música em particular. Mencionou que o L.C ouve música diariamente, não rejeita nenhum tipo de estilo musical nem sonoridade e que as músicas selecionadas dependem daquilo que ambos os irmãos escolhem, dando como exemplo que em determinada altura gostava mais de músicas tradicionais e que depois se focou em músicas do abecedário.

Os pais do L.C caracterizaram-no como sendo uma criança afetuosa e divertida, contudo salientaram algumas dificuldades que o mesmo apresenta ao nível da comunicação, da interação social e iniciativa para se relacionar com o outro, e da regulação do comportamento.

Após o período de observação, procedeu-se à realização da primeira sessão de avaliação. A musicoterapeuta estagiária foi buscar o L.C à sala de jardim, no entanto a reação não foi a mais favorável, uma vez que começou a deitar-se no chão e a gritar. Após um período de silêncio, no qual a estagiária ficou sentada no chão ao lado do L.C, o mesmo

decidiu levantar-se e deslocar-se em marcha autónoma para a sala onde iria decorrer a sessão de Musicoterapia.

Ao entrar na sala a estagiária sentou-se no tapete que estava no chão, juntamente com alguns instrumentos de percussão (pandeyretas, shakers, maracas, xilofone e tambor) e harmónicos (guitarra e um teclado). O L.C ao entrar começou a correr pela sala e tocou repetidamente os instrumentos, sem qualquer intencionalidade de comunicação ao nível musical.

Nesta primeira sessão de contacto, a criança preservou uma postura rígida, não deixando a estagiária aproximar-se dos instrumentos que estava a tocar, opondo-se assim a uma interação mais próxima. Além disto, observou-se uma manutenção de contacto ocular breve e a presença de estereotipias verbais maioritariamente em inglês. Nesta sessão, prevaleceu o interesse pelo teclado, que apesar de não o utilizar de uma forma funcional, manifestou interesse por um maior período de tempo ao invés dos restantes instrumentos.

Assim, ao longo das primeiras sessões com o L.C, pôde verificar-se que o mesmo manteve uma postura centrada em si mesmo, que apresentou um contacto ocular breve, não apresentou iniciativa à comunicação ou contacto com a estagiária, manifestou uma agitação motora constante e a presença de estereotipias verbais, maioritariamente cantadas e em inglês. Tal como foi previamente referido, ao longo desta avaliação a musicoterapeuta estagiária baseou-se em dois instrumentos: IMTAP (Tabela 3), e a Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins (Tabela 4). Desta forma, nas seguintes tabelas destacam-se os resultados da avaliação inicial de ambos os instrumentos.

Tabela 3

Resultados Avaliação IMTAP L.C

Domínio do IMTAP	Classificação (%)
Sensorial	42%
Comunicação Recetiva / Percepção	33%
Auditiva	
Comunicação Expressiva	27%
Cognitivo	31%
Emocional	28%
Social	32%
Musicalidade	20%

Tabela 4

Resultados Avaliação Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins L.C.

Modo de Atividade	Nível de Comunicabilidade
Instrumental	2 – Respostas Evocadas, nas quais a batida musical da criança é impulsiva, desordenada e descontrolada.
Vocal	2 - Respostas Evocadas, nas quais a criança faz breves sons que têm conexão com a música e/ou ritmo
Movimento Corporal	2 – Respostas Evocadas, nas quais a criança realiza movimentos reflexivos fugazes que mostram o efeito da música, e movimentos tais como correr, e mover-se desajeitadamente.

Plano de intervenção terapêutico

Com o intuito de sistematizar toda a intervenção terapêutica e tendo como base os dados recolhidos ao longo do processo de avaliação do L.C., o preenchimento dos instrumentos, a entrevista à família e as informações recolhidas junto da equipa

transdisciplinar, foi elaborado o seguinte plano de intervenção terapêutico, presente na tabela em baixo (Tabela 5).

Tabela 5

Plano de Intervenção Terapêutica do L.C

Problema nº 1:	
Pouca iniciativa e tempo de permanência na atividade.	
Objetivo Geral	➤ Aumentar o tempo de permanência na atividade.
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar ao L.C. momentos de escolha de instrumentos e de canções da sua preferência • Aumentar o tempo de permanência com a estagiária durante os momentos de improvisação • Contextualizar os sons e movimentos do L.C. ao longo dos momentos de improvisação.
Problema nº 2:	
Ausência de interesse pelas relações sociais	
Objetivo Geral	➤ Promover o interesse pelas relações sociais/interação com o outro.
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a interação social (por ex: cumprimentos sociais Olá e Adeus) • Aumentar o tempo de manutenção do contacto ocular com a estagiária • Aumentar o grau de tolerância à interação direta com a estagiária.
Problema nº 3:	
Dificuldades ao nível da comunicação	
Objetivo Geral	➤ Estimular competências comunicativas pré verbais
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a troca de turnos de comunicação imitativos, através de vocalizações do interesse do L.C • Estimular a capacidade de resposta a uma pergunta • Aumentar o tempo de atenção conjunta • Aumentar o tempo de diálogo musical entre o L.C e a estagiária

Descrição do processo terapêutico

Ao longo da intervenção, o L.C usufruiu de 28 sessões individuais com periodicidade semanal, entre outubro de 2020 e julho de 2021. As sessões eram dinamizadas no jardim de infância onde a criança estava inserida, na sala que foi destinada para a realização das sessões de Musicoterapia. No que concerne ao processo terapêutico, pode afirmar-se que decorreu em diferentes fases, assinaladas por mudanças na atitude e no comportamento do L.C

1ª Fase – Avaliação e estabelecimento da relação

Numa fase inicial, a musicoterapeuta estagiária ponderou qual o *Setting* que se iria preparar para receber o L.C na primeira sessão. Para promover a orientação espacial e posicionamento do L.C, colocou-se um tapete no chão com o intuito de ser visualmente mais simples. A estagiária optou por utilizar a guitarra com o objetivo de servir de acompanhamento e base nas canções e deixou ao dispor instrumentos musicais como o xilofone colorido, tambor, maracas e teclado. A escolha destes instrumentos baseou-se no facto de apresentarem cores atrativas e de poderem promover uma possível interação entre o L.C e a estagiária.

Tendo em conta que se trata de uma fase inicial, faz sentido a referência à primeira sessão, na qual se começou a criar uma ligação entre o L.C e a estagiária. Nesta sessão, o L.C foi convidado a sentar-se no tapete juntamente com a estagiária e com os restantes instrumentos de percussão, ao que o mesmo reagiu de forma opositora, agarrando em todos os instrumentos alternadamente, tocando-os de forma repetida e sem exploração intencional, revelando desta forma a sua dificuldade em relação à permanência na atividade /jogo.

De forma a criar alguma organização temporal e com o intuito de serem estimuladas competências ao nível do cumprimento e da despedida social, a musicoterapeuta estagiária iniciava as sessões com a música do “Olá” e terminava as mesmas com a canção do “Adeus”.

Após o período de observação de comportamentos por parte da criança, a musicoterapeuta estagiária começou a tocar a canção do “Olá”, ao que o L.C apresentou um breve contacto ocular com a mesma, deslocando-se para junto da guitarra. Apesar de este comportamento poder representar uma exploração do instrumento e interação com a estagiária, neste momento, o L.C não manteve contacto visual e manifestou um comportamento de alguma desordem do ponto de vista de organização interna e de regulação sensorial, na medida em que esteve constantemente a puxar as cordas e a tentar retirar a guitarra das mãos da estagiária de forma a que conseguisse bater com a mesma no chão. Após este comportamento e tendo em conta que a estagiária não permitiu que o L.C batesse com a guitarra no chão, o mesmo gritou num tom de voz muito agudo, manifestando uma baixa tolerância à frustração.

Ao longo da sessão, o L.C apresentou muitas estereotípias verbais, maioritariamente em inglês, estando constantemente a cantar fragmentos de músicas do seu interesse, cantando num andamento médio, alternando o tom de voz entre um registo médio e agudo. A musicoterapeuta estagiária tentou ir criando momentos de improvisação, através dos excertos musicais que o L.C ia cantando, reproduzindo-os na íntegra, utilizando a técnica de *imitation* ou imitação. Apesar destas tentativas de interação por parte da estagiária, o L.C não manifestou interesse nem do ponto de vista de interação social, nem do ponto de vista musical, centrando-se apenas em si próprio e nas suas vocalizações estereotipadas.

Tendo em conta a agitação motora do L.C, a estagiária, na sessão 4 optou por começar a dar relevância e significado aos movimentos corporais, musicando-os. O facto de introduzir a parte corporal permitiu-lhe, do ponto de vista sensório motor, a promoção de organização espacial. Ao começar a musicar com a guitarra os movimentos, e as mudanças de andamento e intensidade, houve progressivamente um aumento ao nível da reciprocidade, uma vez que o L.C mantinha o contacto visual e propunha ele próprio as mudanças.

2ª Fase – A interação e descoberta do “outro”

No decorrer da sessão número 5, o L.C apresentou pela primeira vez uma tentativa de interação verbal com a musicoterapeuta estagiária, no momento em que estava a cantar a canção do “Bom dia”. Nesta situação, o L.C tentou retirar a guitarra das mãos da estagiária e verbalizou “A guitarra, não ser teu!”. Este acontecimento, informa-nos de que o L.C, apesar de não interagir apropriadamente com a estagiária, apresenta consciência da presença da mesma na sessão e de alguma forma pretende afirmar-se e “liderar”. A vocalização previamente referida, foi dita num tom de voz agudo e manifestamente revoltado.

Com o decorrer das sessões, o L.C mostrou-se cada vez mais disponível ao estabelecimento de uma relação com a estagiária, e à consciência da presença da mesma, ao ponto de a sessão número 7 se ter marcado pelo facto de o L.C possibilitar uma interação verbal do ponto de vista musical, tendo ocorrido momentos de diálogo musical e de interação pergunta-resposta. Neste momento de improvisação, o L.C estava calmo e foi-se progressivamente aproximando da estagiária sempre a cantar, num tom de voz baixo e melódico, o mesmo excerto “Eu gosto de cair, e os raios desceram”.

Tal como fez noutras situações semelhantes, através da técnica de imitação, a musicoterapeuta estagiária devolvia a mesma frase musical, recorrendo à guitarra para fornecer um suporte harmónico, apenas com dois acordes (dó e sol), à improvisação. Este momento, informou-nos de que o L.C foi capaz de participar no diálogo musical, tentando inclusive sobrepor-se do ponto de vista vocal a certo ponto dizendo “Gosto de...”, contudo, no momento em que houve uma tentativa de mudança de letra e dinâmica, o L.C não se mostrou recetivo mantendo-se no mesmo registo de tom de voz, na mesma melodia e num andamento lento.

Na sessão seguinte (oitava), o L.C trouxe de casa uns animais feitos de esponja (pato, coelho, vaca e porco) e, tendo em conta o seu repertório de interesse, a estagiária começou por tocar na guitarra uma recriação da canção “A quinta do tio Manel”, para “O L.C tinha uma quinta”. Ao longo deste momento de improvisação, o L.C manifestou interesse e prazer na canção apresentada, manteve durante mais tempo contacto ocular quando ia entregar o animal, foi capaz de sustentar o *turn-taking* e tolerou o contacto musical com a estagiária.

No decorrer das sessões, verificou-se um decréscimo da presença de estereotípias verbais permanentes, havendo mais momentos em que o L.C se mostrava disponível à interação com a estagiária. Ao longo do tempo, manteve-se a mesma estrutura de início e de fim, sendo que na décima sessão, o L.C participou na canção do “Olá”, verbalizando a palavra *olá* (mantendo o contacto ocular) nos momentos de silêncio proporcionados pela estagiária. Na canção do “Adeus”, o L.C começou a arrumar os instrumentos, manifestando assim uma maior organização interna do ponto de vista da orientação espacial e temporal e expressou também uma maior capacidade de espera e de tolerância, uma vez que aguardava que a estagiária cantasse o nome do instrumento para o ir arrumar.

3ª Fase – Transferências entre a estagiária e o L.C: “Dar de mim ao outro”

Nas sessões seguintes, a forma como decorreram manteve-se semelhante às anteriores, no entanto foram marcadas por momentos em que o L.C começou a interagir mais com a estagiária do ponto de vista relacional e comunicativo. Estes acontecimentos basearam-se no facto de realizar ações por iniciativa própria, tais como a escolha de apenas um instrumento e o partilhar com a estagiária, vocalizar mais em português e não exibir tantas estereotípias verbais em inglês, e o facto de começar a apresentar a noção do “eu” e do seu nome e do nome da estagiária.

Além disto, quando a estagiária se deslocava à sala de jardim para ir o ir buscar, este levanta-se imediatamente e agarrava a mão da mesma, puxando-a em direção à sala de Musicoterapia, evidenciando assim uma capacidade de antecipação. Tal comportamento demonstra que houve uma alteração do padrão de comportamento do L.C face a interação com o outro, estando mais predisposto ao contacto relacional.

Tal como todas as outras sessões, a décima quinta iniciou-se com a música do “Olá” e terminou com a música do “Adeus”. Contudo, nesta sessão, o L.C verbalizou o seu nome e o nome da estagiária, sustentando o *turn-taking* e verbalizando o nome de cada um no momento de silêncio proporcionado pela estagiária. Este acontecimento permitiu compreender que o L.C, além de demonstrar a consciência da presença da estagiária na sessão, já utilizava o cumprimento social adequado verbalizando o Olá e o Adeus, assim como o nome a quem se dirige. Ao longo de ambas as canções e no desenrolar das sessões, o L.C manifestou prazer com a música, moveu-se ritmicamente em resposta às músicas deslocando-se pela sala, propôs mudanças de andamento às quais a estagiária correspondia e demonstrou ter consciência das mesmas.

A décima oitava sessão marcou-se pelo facto de o L.C começar a identificar-se na primeira pessoa “Eu”. Após escolher o jogo dos sinos coloridos, a estagiária iniciou uma frase cantada, batendo ao mesmo tempo no tambor de forma a marcar o ritmo: “E agora vamos ver qual a cor que o L.C vai escolher”. Verificou-se que inicialmente ele verbalizava o nome da cor, seguido de um reforço verbal por parte da estagiária. A determinado momento, quando ia seleccionar a cor amarela verbalizou com voz cantada, num tom de voz baixo, quase que murmurado “Eu quero o amarelo, eu quero o amarelo”. Este acontecimento revelou uma progressão ao nível do autorreconhecimento, visto que passou de se identificar na 3ª pessoa

do singular para a 1ª pessoa. Após retirar todos os sinos da caixa, começou a explorá-los de forma adequada e a ordená-los melodicamente.

Com todas as alterações de padrões de comportamento e de comunicabilidade adquiridos ao longo do processo terapêutico, a educadora e a família alteraram também a postura com o L.C, facultando-lhe momentos de escolha ao longo do seu dia a dia, proporcionando a iniciativa verbal e o autorreconhecimento. Nas últimas sessões, o L.C manteve os comportamentos alcançados ao longo do processo terapêutico, mostrando-se mais complacente, com maior nível de interesse pela interação social com os pares e adultos, e com um maior tempo de permanência nas atividades propostas.

Resultados

No presente estudo de caso, o IMTAP e a Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins foram utilizados como instrumentos de avaliação, com o objetivo de avaliar o progresso no desenvolvimento, durante sessões de musicoterapia, numa criança com 5 anos e 7 meses, que apresenta como diagnóstico PEA e PHDA. Este estudo de caso teve como principais objetivos aumentar o tempo de permanência na atividade, promover o interesse pelas relações sociais/interação com o outro e estimular competências comunicativas pré-verbais.

Durante este estudo foram realizadas reuniões com a família e sessões de avaliação, onde foram observados os comportamentos da criança. A totalidade das sessões foram gravadas em formato de vídeo, com a devida autorização da família.

As evoluções do L.C ao longo do processo de intervenção foram observadas não só pela educadora da sala de jardim, como também pela família em contexto de domicílio. A educadora referiu que o L.C se mostrou mais calmo em contexto de sala e que a forma de interação com os seus pares deixou de ser agressiva. Relativamente ao contexto de domicílio,

a família mencionou que em casa “já arruma os brinquedos sem evidenciar sentimentos de frustração” e que apresentou melhorias na comunicação verbal, visto que “verbaliza mais com os pais e irmãos, apesar de não ser um discurso funcional/coerente”.

Ao nível das sessões de Musicoterapia e após existir um estabelecimento da relação terapêutica com a estagiária, o L.C mostrou-se uma criança motivada e capaz de antecipar o momento da sessão, apresentando um reconhecimento do ambiente e do espaço físico onde se encontra. No decorrer do estágio, o L.C foi capaz de permanecer nas componentes de improvisação durante períodos de tempo gradualmente superiores, aumentando de igual forma o tempo de interação com a estagiária, evidenciando uma participação ativa durante as sessões.

No que diz respeito à manipulação e exploração dos instrumentos musicais, foi notória a sua evolução. A criança adquiriu a capacidade de selecionar apenas o instrumento que queria tocar, explorá-lo de forma funcional e intencional, assim como se tornou mais permissivo no que diz respeito à exploração conjunta com a estagiária. Além disso, evidenciou progressos na impulsividade e descontrolo a tocar os instrumentos, mostrando melhorias na autorregulação sensorial do ponto de vista proprioceptivo.

Ao longo do estágio, o L.C foi demonstrando uma capacidade superior de propor situações ao nível sonoro-musical, que se manifestou na manutenção de um padrão rítmico com o corpo que permitiu que a estagiária o acompanhasse, assim como na proposta de mudanças no andamento e intensidade das canções nas improvisações. Não obstante, continuou a apresentar episódios esporádicos de pouca tolerância à frustração, manifestando-os através de gritos, num tom de voz agudo.

Tendo como base os objetivos previamente estabelecidos, assim como o processo terapêutico realizado, de forma a aferir a evolução da criança, foram novamente preenchidas

as escalas IMTAP (Tabela 6) e Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins (Tabela 7), no final do período de estágio, a fim de proceder à reavaliação da intervenção terapêutica e verificação de progresso em termos de objetivos.

Tabela 6

Resultados da Reavaliação IMTAP L.C

Domínio do IMTAP	Classificação (%)
Sensorial	65%
Comunicação Recetiva / Perceção	61%
Auditiva	
Comunicação Expressiva	56%
Cognitivo	54%
Emocional	63%
Social	58%
Musicalidade	52%

Tabela 7

Resultados da Reavaliação Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins L.C

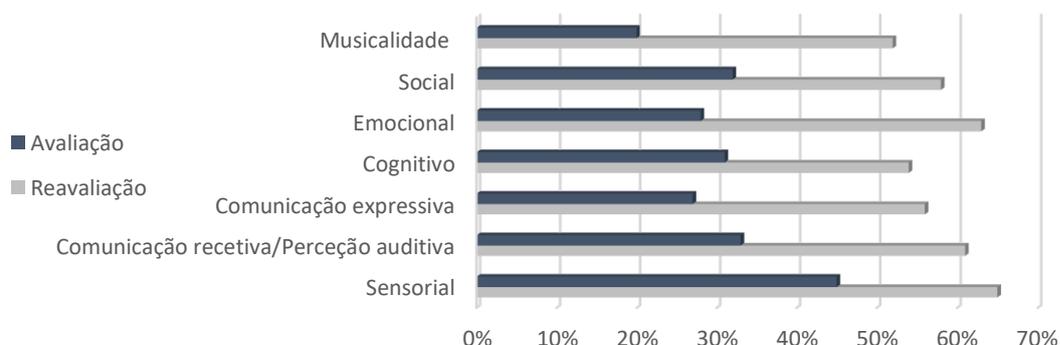
Modo de Atividade	Nível de Comunicabilidade
Instrumental	4 – Momentos de Responsividade direcionada, nos quais a batida compulsiva da criança é deslocada para curtos períodos de tempo; a criança para de bater nos finais das frases; mostra um pouco de responsividade para a dinâmica.
Vocal	3 – Respostas Evocadas (ii), nas quais os sons habituais da criança mostram uma profunda e mais frequente influência reflexiva da improvisação.
Movimento Corporal	4 – Movimentos Corporais consistentemente relacionados com a música, nos quais os movimentos da criança seguem mudanças de tempo; refletem uma consciência da música ou expressam uma reação a ela.

De uma forma geral foi possível observar que o IMTAP se mostrou um instrumento válido, permitindo avaliar a evolução da criança em vários domínios do seu desenvolvimento, verificando-se um aumento percentual global (Figura 1).

Foi observada uma maior evolução nos domínios emocional (de 28% para 63%), comunicação expressiva (de 27% para 56%) e musicalidade (de 20% para 52%). Aumentos em menor taxa foram observados nos domínios sensorial (de 42% para 65%), comunicação recetiva (de 33% para 61%), cognição (de 31% para 54%) e social (de 32% para 58%).

Figura 1

Evolução Percentual Global do L.C na Escala IMTAP



No que diz respeito aos objetivos principais deste estudo de caso, foi possível verificar-se o melhoramento do tempo de permanência na tarefa, através dos resultados da ferramenta. A autorregulação é uma capacidade sensorial que permite à criança permanecer na tarefa sem apresentar comportamentos disruptivos. Sendo que se observou um aumento do score bruto (~ 129%) no subdomínio da autorregulação (domínio emocional) deste instrumento, é possível inferir que o objetivo supracitado foi cumprido.

Relativamente ao objetivo de promover o interesse pelas relações sociais/interação com o outro, foi igualmente possível observar um melhoramento, devido a um aumento do

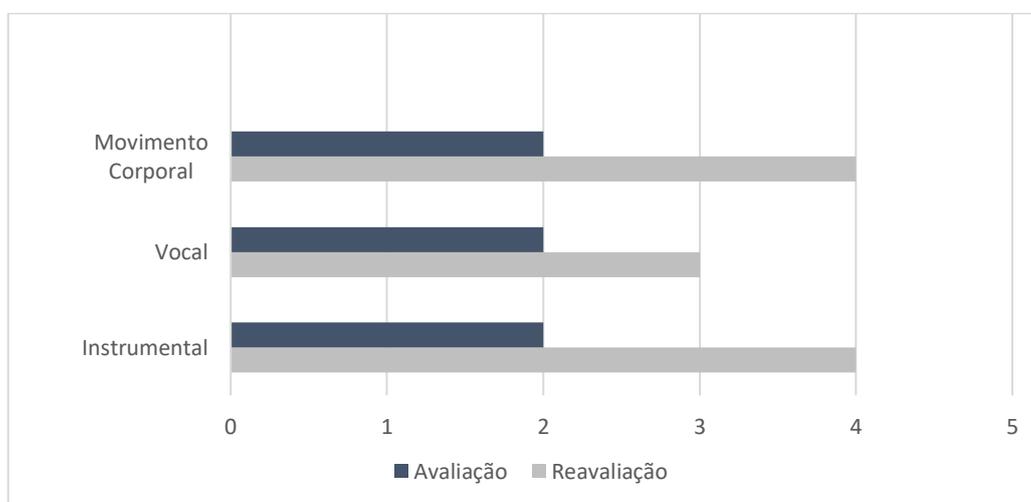
score bruto no subdomínio das competências relacionais (~ 33%) e de fundamentos (~ 107%), correspondentes ao domínio social.

Tendo em consideração o objetivo de estimular competências comunicativas pré-verbais, também se verificaram melhorias, devido a um aumento do score bruto nos subdomínios *Turn-taking* (~ 225%) (domínio social), Fundamentos (~ 107%) (domínio social), e Verbalizações (~ 85%) (domínio da comunicação expressiva).

Em relação ao segundo instrumento de avaliação implementado (Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins), a criança mostrou melhorias ao nível da organização interna e autorregulação, permitindo uma exploração funcional dos instrumentos. Adicionalmente, apresentou-se mais comunicativa durante as sessões, de uma forma mais contextualizada, revelando também uma diminuição da repetição e descontrolo de movimentos. Observaram-se alterações nos níveis de comunicabilidade de forma transversal aos três modos de atividade (Figura 2).

Figura 2

Evolução do L.C na Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins



No modo de atividade instrumental, a criança apresentou uma evolução positiva na impulsão e descontrolo na exploração dos instrumentos (2), diminuindo os períodos em que evidenciava esse comportamento e manifestando uma maior responsividade para a dinâmica (4). Também no domínio vocal, o L.C passou da realização de breves sons que tinham conexão com a música e o ritmo (2), para sons habituais que indicavam uma frequente influência reflexiva da improvisação (3). Por fim, no campo do movimento corporal, também foram verificadas alterações, visto que, aquando do início do estágio, a criança realizava movimentos reflexivos fugazes, correndo e deslocando-se descoordenadamente (2), e no fim da intervenção mostrou-se capaz de realizar movimentos de forma consistente, seguindo, na maioria das situações, as mudanças de tempo (4).

Discussão do caso

No que concerne aos benefícios das sessões de musicoterapia nesta criança com PEA e PHDA pode observar-se que as evoluções foram notórias, indo de encontro às conclusões de Teixeira e Fernandes (2021), que, após estudo realizado, concluíram que esta intervenção promove a comunicação e socialização, impulsionando capacidades de autorregulação social e emocional. Neste contexto, também têm vindo a ser comprovados resultados positivos ao nível do comportamento social, regulação corporal e desenvolvimento intelectual (De Vries, Beck, Stacey, Winslow & Meines, 2015). O contexto de sessão de musicoterapia constitui um lugar no qual há a possibilidade de utilizar a comunicação musical ao invés da comunicação verbal, facilitando desta forma o desenvolvimento de vários domínios na criança, através de experiências musicais do seu repertório (Sakuragi & Cunha, 2015).

Considera-se que o estabelecimento da relação terapêutica no início da intervenção potenciou o alcance dos resultados previamente referidos, facto comprovado também pelos estudos de Mössler et al (2019), que assinalam esta etapa como uma previsão essencial para o

desenvolvimento de competências comunicativas, de linguagem e sociais. Por outro lado, salientam também que sendo a musicoterapia um processo relacional entre a criança e o terapeuta, o desenvolvimento torna-se significativo no momento em que ambos se sintonizam emocionalmente e musicalmente.

Ao longo das sessões com o L.C, a estagiária recorreu maioritariamente a técnicas de musicoterapia, entre elas a improvisação, imitação, espelhamento, *turn taking* e recriação de canções. Estas técnicas mostraram-se benéficas ao longo da intervenção permitindo o desenvolvimento de competências já mencionadas. A improvisação é vista como uma técnica na qual há a possibilidade de uma maior interação com a criança, visto que lhe permite uma manifestação de sentimentos e emoções de forma mais intuitiva e espontânea, contribuindo para a construção de uma relação terapêutica baseada em experiências musicais (Monteiro, 2016).

À semelhança da improvisação, também as técnicas de imitação e espelhamento evidenciam benefícios, uma vez que o musicoterapeuta reproduz corporalmente e musicalmente o que a criança faz, fomentando uma sincronização e empatia com a mesma (Wigram, 2004). Desta forma, no caso da imitação através dos movimentos corporais, estas técnicas possibilitam à criança o desenvolvimento de competências, tais como o aumento do contacto visual e consciencialização do próprio corpo e do espaço envolvente (Tomlinson, Derrington & Oldfield, 2012).

Também a técnica de *turn-taking* mostrou ser eficaz para o desenvolvimento do L.C, visto que promoveu não só o interesse e atenção da criança, reduzindo a tensão e excitação que pudessem existir, como também desenvolveu competências de antecipação e iniciação, sustentando a participação no momento de improvisação (Perry, 2003).

Por fim, a utilização da recriação de canções, também se mostrou eficiente, na medida em que esta técnica permite recorrer ao repertório relacionado com a identidade sonora do L.C Assim, ocorreu uma estimulação da musicalidade comunicativa da criança, e, conseqüentemente, a recriação de canções acabou por funcionar como um facilitador para a expressão e interação direta (Avila, 2016).

Em relação aos instrumentos utilizados, de uma forma geral, foi possível observar que o IMTAP se mostrou um instrumento válido, permitindo avaliar a evolução da criança em vários domínios do seu desenvolvimento, verificando-se um aumento percentual global. Estes resultados vão ao encontro das conclusões descritas no trabalho de LaGasse (2017), que atestam que a musicoterapia e as suas técnicas têm demonstrado trazer benefícios no desenvolvimento da criança nos domínios social, comunicativo, motor, sensorial, emocional, cognitivo e musical.

André et al. (2018) corroboraram os resultados previamente assinalados com um estudo realizado a crianças entre os 2 e os 6 anos com PEA e que beneficiaram de sessões de musicoterapia, tendo sido encontradas correlações fortes em todos os domínios da Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins. O facto de ao longo das sessões ter sido utilizada uma abordagem não diretiva e centrada na criança, é, segundo Wigram e Gold (2006), um facilitador do processo terapêutico, melhorando a motivação, capacidades comunicativas, de musicalidade e de interação social.

Uma vez que o L.C apresenta como diagnóstico PEA e PHDA, e após a análise dos resultados obtidos e sessões realizadas, a utilização da abordagem de musicoterapia criativa de Nordoff-Robbins mostrou ser benéfica para esta categoria de combinação de patologias. Tendo em conta a escassez de estudos que se foquem neste ponto de investigação, este estudo de caso apresenta uma contribuição científica importante para a literatura, uma vez que os

autores mencionam a PHDA como comorbidade da PEA e não como diagnóstico em si (Carter & Scherer, 2013; Worley & Matson, 2011).

Conclusão do caso

Com base nos resultados previamente observados, pode verificar-se que são visíveis mudanças no L.C em todos os domínios do IMTAP, particularmente nos domínios emocional, comunicação expressiva e musicalidade. Em relação à Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins, também houve uma evolução, quer a nível instrumental, vocal e de movimento corporal.

Numa outra nota, verificou-se uma consonância entre métodos de avaliação, pois o aumento do *score* na Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins está em concordância com o aumento da percentagem do domínio da musicalidade e comunicação expressiva, segundo o IMTAP. No âmbito da musicoterapia, o domínio da musicalidade insere-se nos três pontos da escala de comunicabilidade, sendo que o da comunicação expressiva centra-se maioritariamente no ponto vocal. Desta forma, esta escala de comunicabilidade de Nordoff-Robbins apresenta uma discretização do domínio da musicalidade em diferentes contextos.

Tendo em conta a premissa onde assenta a abordagem de Nordoff-Robbins, podemos postular uma situação em que estes dois instrumentos são complementares, visto que no IMTAP os critérios de avaliação se centram maioritariamente nas capacidades da criança, enquanto na Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins, se centra na entidade musical da criança. Apesar de os objetivos delineados no plano terapêutico terem sido cumpridos no contexto de terapia, verifica-se ainda uma certa dependência do mesmo, visto que o L.C ainda não mostra consistência na generalização de comportamentos nos outros ambientes em que se encontra inserido. Esta dependência nota-se maioritariamente nos

objetivos específicos relacionados com a comunicação e interação social, sendo que, uma possível explicação desta dificuldade de generalização pode passar pelo facto de não existir uma intervenção direta no contexto familiar, ocorrendo apenas comunicação entre os pais e a estagiária.

Ao longo das sessões de Musicoterapia, todas as estratégias e técnicas utilizadas (canção do olá e adeus; troca de turnos, diálogo musical e improvisação; a exploração do ritmo através do próprio corpo) permitiram ao L.C um aumento de competências ao nível de organização interna, nomeadamente ao nível sensorial, espacial e temporal, processo de comunicação verbal e não verbal, autorreconhecimento e por fim ao nível da interação social adequada com os seus pares e adultos que o rodeiam, de acordo com a família.

Conclui-se então que a abordagem utilizada foi válida, contudo, em estudos futuros, deverá haver uma integração mais ativa da família na terapia. Além disso, um possível melhoramento na criação e categorização dos objetivos baseada nos contextos em que está inserida a criança seria vantajoso para uma melhor e mais concreta avaliação da evolução da criança.

Estudo de caso nº 2 – I.S

Apresentação do caso

Como segundo estudo de caso foi selecionada a I.S, criança com 3 anos e 10 meses, à data da consulta do processo da Intervenção Precoce em outubro de 2020.

A I.S, é fruto de uma gravidez planeada e desejada por ambos os pais, tendo sido sempre vigiada e seguida pelo sistema nacional de saúde. O agregado familiar da I.S é composto por quatro elementos: o pai, de 34 anos e vigilante, a mãe, de 29 anos e neste momento encontra-se desempregada e um irmão com 2 anos, que se encontra em estudo, por suspeita de perturbação do espectro do autismo.

De acordo com a mãe, a gravidez decorreu de forma normal e tranquila, não tendo ocorrido nenhum acontecimento que considerasse pertinente de salientar. No que diz respeito ao parto, foi uma cesariana programada, tendo nascido de 39 semanas e 2 dias com 3,375 kg e 49 cm e amamentou até aos 9 meses de idade.

A mãe referiu que a I.S sempre foi uma bebé calma, que dormia e comia bem. Nesta altura, os seus interesses centravam-se essencialmente em ver televisão com desenhos animados, ouvir música, brincar com os animais e brincar dentro da piscina de bolas.

Em termos de acompanhamentos hospitalares, a I.S é seguida nas consultas de desenvolvimento em Torres Novas. A I.S iniciou a frequência na creche Centro Social Paroquial da Atalaia na Moita do Norte, no ano letivo de 2018/2019, tendo iniciado o acompanhamento pela ELI em maio de 2018, com apoio de terapia da fala, terapia ocupacional e apoio pedagógico personalizado em contexto educativo, o qual se tem mantido.

Nesta altura, vários foram os sinais que começaram a preocupar não só a família da I.S, como também a educadora no contexto de creche. Apresentava dificuldades na área da linguagem e comunicação, não comunicando verbalmente, e tentando apenas imitar o som

dos animais, dificuldades na autonomia do controlo de esfíncter e na intenção comunicativa relativamente a este controlo, e na pouca manutenção de contacto ocular com os pais. Outra das preocupações centrava-se na questão da tolerância à frustração, manifestando-se em dificuldade na autorregulação do comportamento batendo com a cabeça no chão.

No seguimento destas preocupações por parte da família e dada a consistência dos comportamentos por parte da I.S, o médico pediatra do desenvolvimento fez o diagnóstico aos 3 anos de idade, concluindo que se tratava de uma perturbação do espectro do autismo.

De momento, a I.S frequenta o jardim de infância Sophia de Mello Breyner no Entroncamento, estando integrada na equipa da ELI do Entroncamento, beneficiando de terapia da fala, terapia ocupacional e psicologia.

A equipa da ELI e a família consideraram que seria pertinente o encaminhamento da I.S para a avaliação em Musicoterapia, dado o seu interesse pela música e pelo som que a rodeia. Além deste interesse do ponto de vista auditivo, pensou-se que seria importante para intervir a nível da comunicação e da interação social.

No que concerne ao seu desenvolvimento, a família refere que continua a preocupar-se bastante com a sua comunicação e com o facto de não comunicar verbalmente e interagir com os pares e adultos.

Avaliação

A estagiária sustentou a sua avaliação de acordo com os resultados da observação direta da criança, com a entrevista aos pais, na qual foi aplicado o questionário da história sonora musical (adaptado de Benezon), com a aplicação do IMTAP e com o preenchimento da Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins.

O primeiro contacto efetuado com a I.S. realizou-se no início de outubro de 2020. A avaliação foi fundamentada tendo como base a observação direta da criança no contexto de

jardim de infância, assim como nas rotinas que lhe são próprias. Neste contexto, foi possível observar e avaliar os comportamentos da I.S. face a outras crianças e adultos no seu contexto natural, assim como a sua participação nas atividades propostas pela educadora.

Desta observação, foi possível constatar que a I.S apresenta muitas dificuldades em permanecer na tarefa, se não for do seu interesse (pintar), não sendo capaz de a levar do início ao fim. Verificou-se também que não apresenta estereotípias motoras nem verbais evidentes. Por outro lado, nos momentos em que ficava frustrada, utilizava um tom de voz agudo, mas baixo, quase que murmurando até que os adultos lhe fornecessem aquilo que ela desejava, batia com os pés no chão e chorava. Em contexto de jardim, observou-se também que a I.S apresentava pouca tolerância ao ruído, tendo-se revelado sensível do ponto de vista auditivo a sons muito altos e estridentes, tapando os ouvidos e apresentando uma expressão facial de desagrado, franzindo as sobrancelhas.

Tendo em conta a importância da família em todo o processo terapêutico, procedeu-se à recolha de informação da I.S através de uma entrevista à família com a aplicação de um questionário acerca da história sonoro-musical (adaptada de Benezon). Desta anamnese sonoro-musical destacaram-se os temas tocados e cantados tais como “Dez garrafas verdes” e “Panda e os Caricas”. Quando questionada acerca de alguma preferência musical em específico por parte da I.S, a mãe referiu não haver nenhuma música em particular, e que vai variando de dia para dia, mas que naquele momento a música que estava a dar preferência era “Dez garrafas verdes”.

Referiu que a I.S ouve música diariamente, no entanto, por norma, seleciona canções infantis, ou estilos musicais com sonoridades mais calmas. A mãe referiu como exemplo que quando a televisão de casa se encontra nos programas diários e as pessoas gritam, a I.S tapa imediatamente os ouvidos, devido à sua sensibilidade do ponto de vista auditivo. Os pais da

I.S caracterizaram-na como sendo uma criança afetuosa, divertida, e carinhosa, contudo salientaram algumas dificuldades evidentes ao nível da comunicação, da interação social e iniciativa para se relacionar com o outro, isolando-se muito.

Após o período de observação, procedeu-se à realização da primeira sessão de avaliação. A musicoterapeuta estagiária foi buscar a I.S à sala de jardim, tendo-se mostrado recetiva à tentativa de interação, dando a mão para se deslocarem para a sala onde iria decorrer a sessão de Musicoterapia.

Ao entrar na sala a estagiária sentou-se no tapete que estava no chão, juntamente com alguns instrumentos de percussão (shakers, maracas, xilofone e tambor) e harmónicos (guitarra e um teclado). A I.S ao entrar deslocou-se para o tapete amarelo, sentando-se e mantendo uma postura curvada, apática, sem qualquer tipo de contacto com a estagiária.

Nesta primeira sessão, a criança preservou uma postura autocentrada e absorvida em si mesma, no sentido de não aceitar qualquer tipo de interação, nem tentativa de contacto. Não comunicou verbalmente, no entanto, demonstrou consciência da presença da estagiária na sessão. Observou-se uma manutenção de contacto ocular muito reduzida, uma vez que como mantinha a cabeça para baixo, não permitia qualquer tipo de tentativa de contacto a esse nível. Nesta sessão, prevaleceu o interesse pelos instrumentos de percussão, apesar de a sua exploração ser muito fugaz.

Assim, ao longo das primeiras sessões com a I.S, pôde verificar-se que a criança manteve uma postura centrada em si mesma, não apresentou iniciativa à comunicação ou contacto com a estagiária, nem realizou exploração dos instrumentos de uma forma adequada e funcional. Tal como foi previamente referido, ao longo desta avaliação a musicoterapeuta estagiária baseou-se em dois instrumentos: IMTAP (Tabela 8), e a Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins (Tabela 9). Desta forma, nas seguintes

tabelas abaixo destacam-se os resultados da avaliação inicial de ambos os instrumentos.

Tabela 8

Resultados Avaliação IMTAP I.S

Domínio do IMTAP	Classificação (%)
Sensorial	45%
Comunicação Recetiva / Percepção Auditiva	19%
Comunicação Expressiva	10%
Cognitivo	26%
Emocional	37%
Social	32%
Musicalidade	10%

Tabela 9

Resultados Avaliação Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins I.S

Modo de Atividade	Nível de Comunicabilidade
Instrumental	2 – Respostas Evocadas, nas quais a batida musical da criança é imatura, ou esporádica.
Vocal	1 – Nenhuma responsividade comunicativa, na medida em que a criança é silenciosa, ou sussurra, não havendo nenhum sinal de influência musical.
Movimento Corporal	2 – Respostas evocadas (i), nas quais a criança faz movimentos reflexivos fugazes que mostram o efeito da música.

Plano de intervenção terapêutico

Com o intuito de sistematizar toda a intervenção terapêutica, e tendo como base os dados recolhidos ao longo do processo de avaliação da I.S, através do preenchimento dos

instrumentos, da entrevista à família, e das informações recolhidas junto da equipa transdisciplinar, foi elaborado o seguinte plano de intervenção terapêutica (Tabela 10):

Tabela 10

Plano de Intervenção Terapêutica da I.S

Problema nº 1: Dificuldades no domínio comunicativo	
Objetivo Geral	➤ Estimular competências comunicativas pré-verbais
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a troca de turnos de comunicação e de interação • Estimular a produção verbal oral através de vocalizações do seu interesse • Desenvolver capacidade de atenção conjunta em contexto de sessão de musicoterapia
Problema nº 2: Projeção vocal com baixa intencionalidade	
Objetivo Geral	➤ Estimular exploração de vocalizações com intencionalidade adequada
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar o leque de vocalizações de acordo com os seus interesses • Estimular a produção de vocalizações com mudanças de intensidade em canções do seu repertório.
Problema nº 3: Ausência de interesse pelas relações sociais	
Objetivo Geral	➤ Promover o interesse pelas relações sociais/interação com o outro.
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a interação social (por ex: cumprimentos sociais Olá e Adeus) • Aumentar o tempo de manutenção do contacto ocular com a estagiária • Aumentar o grau de tolerância à interação direta com a estagiária.

Descrição do processo terapêutico

Ao longo da intervenção, a I.S usufruiu de 27 sessões individuais com periodicidade semanal, entre outubro de 2020 e julho de 2021. As sessões eram dinamizadas no jardim de infância onde a criança estava inserida, na sala destinada para esse efeito. Em relação ao processo terapêutico da I.S, pode afirmar-se que decorreu em diferentes fases, assinaladas por mudanças na atitude da I.S.

1ª Fase – Avaliação e estabelecimento da relação

Numa fase inicial, a musicoterapeuta estagiária ponderou qual o *Setting* que se iria preparar para receber a I.S na primeira sessão. Com o propósito de promover a orientação espacial e posicionamento da I.S, colocou-se um tapete no chão para ser visualmente facilitador. Além do tapete, colocaram-se também instrumentos musicais como o xilofone colorido, tambor, maracas, teclado e triângulo, com o intuito de compreender se a I.S iria realizar algum tipo de exploração dos mesmos.

Numa primeira sessão, a I.S foi convidada a sentar-se no tapete juntamente com a estagiária e com os restantes instrumentos de percussão, reagindo de forma positiva, sentando-se no tapete, com uma postura curvada, não manifestando qualquer tipo de sinal de sugestão para interação. Depois de uns breves momentos, começou a explorar o xilofone, porém, pôde observar-se que não foi capaz de segurar as baquetas com a força adequada para conseguir tocar, evidenciando algumas dificuldades do ponto de vista sensorial propriocetivo, sentido responsável pela noção de força adequada. Através do olhar e movimento corporal, a I.S manifestou ter consciência do som e do silêncio, virando ligeiramente a cabeça em direção à fonte sonora, no entanto, constituiu um movimento fugaz e momentâneo, não mantendo um contacto visual estável com a mesma.

De forma a criar alguma organização temporal e com o intuito de serem estimuladas competências ao nível do cumprimento e da despedida social, a musicoterapeuta estagiária iniciava as sessões com a música do “Olá” e terminava as mesmas com a canção do “Adeus”. Ao ouvir estas canções, a I.S reagia de forma positiva, contudo sempre muito autocentrada, desviando ligeiramente o olhar esporadicamente ao longo das canções.

Ao longo das primeiras cinco sessões, a metodologia utilizada repetiu-se e consistiu no estabelecimento da relação com a I.S, na tentativa de reduzir os comportamentos de isolamento que a mesma apresentava. Para tal, a estagiária criou momentos de improvisação com intensidades mais fracas, de forma a que não se tornasse invasivo para a criança. Desta forma, quando cantava as canções do repertório da I.S, o tom de voz da estagiária foi sempre mais grave, com uma intensidade fraca, não apresentando movimentos corporais evidenciados.

No decorrer da sexta sessão, mais precisamente após o início com a canção do “Olá”, a musicoterapeuta estagiária optou por se deitar no chão, com o intuito de conseguir manter o contacto ocular com a I.S, não sendo demasiado invasiva no seu espaço. Neste momento, a I.S seleccionou o xilofone e as baquetas para tocar, e explorou-o com movimentos lentos e suaves, com um ritmo marcado e com uma intensidade fraca. No sentido de realizar uma tentativa de interação com a I.S, a estagiária agarrou na baqueta que estava no chão e começou a tocar na tecla onde ela tocava, imitando-a. Nesta interação musical, pela primeira vez a I.S dirigiu o seu olhar para a estagiária e manteve o contacto visual por breves instantes, sorrindo. Este acontecimento permitiu perceber que a I.S poderia estar a começar a aceitar a presença e companhia da estagiária na sessão, manifestando prazer através de comunicação não verbal (sorriso).

2ª Fase – A interação e descoberta do “outro”

As sessões decorreram com a mesma dinâmica, uma vez que a I.S estava a aderir positivamente e a manifestar algumas evoluções do ponto de vista relacional e musical. Esta fase caracterizou-se pelo exponenciar de períodos de interação com reciprocidade.

A I.S revelou interesse em tocar espontaneamente nas pandeiretas quando a estagiária cantou a música do olá na sessão número oito. Ao tocar com as baquetas nas pandeiretas foi capaz de manter um padrão rítmico, ao qual a estagiária correspondeu juntamente com a guitarra, surgindo novamente um sorriso por parte da I.S. Estas manifestações faciais, revelaram iniciativa e disponibilidade para tolerar a interação direta com a estagiária, e o contacto musical.

Ao longo da décima sessão e dando continuidade às anteriores, num momento de improvisação a estagiária cantou umas das músicas do repertório da I.S, que já tinha sido cantada previamente, mas sem qualquer resposta por parte da mesma. Nesta sessão, a I.S reagiu de forma positiva, a sua postura já era visualmente mais retificada e foi capaz de escolher espontaneamente o xilofone para tocar com as duas baquetas. Ao longo deste momento musical, a estagiária optou por não utilizar a guitarra de forma a não criar uma barreira visual, seleccionando os *shakers* para manter uma base rítmica fornecendo à I.S algum tipo de organização. Desta improvisação, verificou-se que a I.S aceitou tocar em paralelo com a estagiária, mantendo o contacto visual por breves instantes, sustentando a interação musical, tendo sido marcado um padrão com compasso binário com ritmo à semínima.

3ª Fase – Emergência das competências pré-verbais

Esta última fase caracterizou-se essencialmente pelo emergir de pequenas vocalizações por parte da I.S. Estas começaram a surgir ao longo das improvisações, nomeadamente na décima terceira sessão, na qual a I.S manifestou um estado emocional

alterado (chorou), e verbalizou “o pé”, chamando a atenção para algo que a estaria a incomodar. Além disto, quando se retomou noutra sessão a canção “Dez garrafas verdes” pertencente ao seu repertório, no momento em que a estagiária propôs o silêncio, a I.S verbalizou “beiral”. Para além de manifestar prazer com a música, através de expressões faciais (sorriso), vocalizou em resposta à mesma, sendo capaz de sustentar o *turn-taking* provocado pela estagiária.

A décima sétima sessão foi marcada com a emergência da vocalização do “olá”, e do seu nome na mesma canção. As verbalizações apresentaram um volume baixo, contudo mais perceptível que inicialmente. Este acontecimento permitiu compreender que a I.S além de demonstrar consciência da presença de outra pessoa na sessão, já utiliza o cumprimento social adequado, verbalizando o Olá, assim como o seu nome, nos momentos adequados.

As sessões caracterizaram-se maioritariamente pela presença de momentos de improvisação, que permitiram o desenvolvimento da postura da I.S face ao outro, possibilitando uma interação mais direta e exploração musical conjunta. Tendo em conta que a família é um “porto seguro” para a I.S e que poderia ser uma forma para estimular a comunicação verbal, na décima oitava sessão, no momento de exploração musical do piano, a estagiária decidiu interagir com a I.S atribuindo a cada tecla uma figura familiar. Assim, começou por tocar uma tecla e verbalizar “A mãe”, ao que a I.S responde o nome da mesma e assim sucessivamente com os restantes membros da família.

Resultados

O IMTAP e a Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins foram utilizados como instrumentos padronizados de avaliação, com o intuito de avaliar se ocorreu ou não algum progresso no desenvolvimento da criança, durante as sessões de musicoterapia numa criança com 3 anos e 10 meses, que apresenta como diagnóstico PEA. Este estudo de

caso teve como principais objetivos estimular competências comunicativas pré-verbais, estimular a exploração de vocalizações com intencionalidade adequada e promover o interesse pelas relações sociais/interação com o outro.

Ao longo deste estudo foram realizadas reuniões com a família e sessões de avaliação, onde foram observados os comportamentos da criança. A totalidade das sessões foram gravadas em formato de vídeo, com a devida autorização da família. A aferição da evolução da criança foi realizada através do preenchimento de duas escalas, onde foram estudadas competências do desenvolvimento da criança e níveis de comunicabilidade ao nível musical.

De uma forma geral, foi possível verificar que o impacto da intervenção em musicoterapia trouxe melhorias ao nível da comunicação entre pares e entre a família, e ao nível da socialização. Estas evoluções observadas ao longo do processo de intervenção com a I.S foram igualmente verificadas pela educadora da sala de jardim e pela família em contexto de domicílio.

De acordo com a educadora, a criança conseguiu adquirir a capacidade de manter um momento de interação com os seus pares no momento do acolhimento, verbalizando o seu nome quando é chamada. Além disto, refere também que a I.S apresentou um largo progresso no que diz respeito a demonstrar certas atitudes de afirmação pessoal – como a utilização da palavra “não” –, com a entoação e tom de voz adequados à situação. Relativamente à família, foi referido que, em casa, a criança se mostra disposta a interagir com os restantes membros da família, com especial foco na interação com o irmão, partilhando esporadicamente os brinquedos com o mesmo. Além disto, foi também constatado que a criança dá respostas congruentes com a pergunta realizada (e.g. Quando acorda, se a mãe verbalizar “Olá, I.”, de seguida retorna o cumprimento dizendo “Olá”).

Tendo como base os objetivos previamente estabelecidos, assim como o processo terapêutico realizado, foram aplicadas novamente as escalas IMTAP (Tabela 11) e Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins (Tabela 12) a sentido de concretizar a reavaliação da intervenção terapêutica e análise do desenvolvimento da criança, tendo em conta os objetivos traçados.

Tabela 11

Resultados da Reavaliação IMTAP I.S

Domínio do IMTAP	Classificação (%)
Sensorial	64%
Comunicação Recetiva / Perceção Auditiva	61%
Comunicação Expressiva	35%
Cognitivo	49%
Emocional	46%
Social	68%
Musicalidade	25%

Tabela 12

Resultados Reavaliação Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins I.S

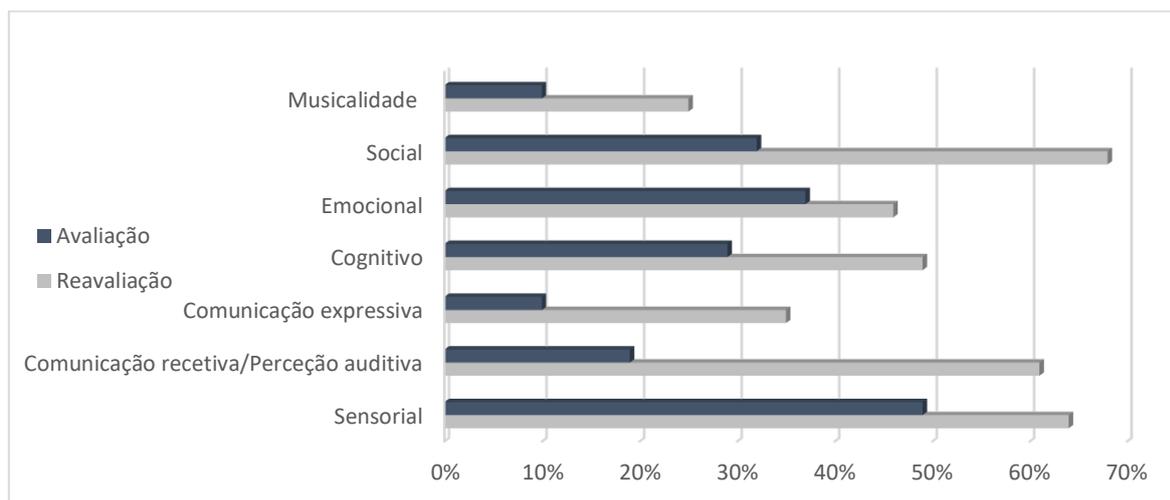
Modo de Atividade	Nível de Comunicabilidade
Instrumental	4 – Momentos de responsividade direcionada, nos quais a criança para de bater nos finais das frases, e começa a bater no tempo e na batida, mostrando um pouco de responsividade para a dinâmica
Vocal	3 – Respostas evocadas (ii), nas quais a criança faz sons reflexivos significativos com mais frequência, mostrando uma influência da improvisação.
Movimento Corporal	3 – Respostas evocadas (ii), nas quais os movimentos reflexivos ocorrem frequentemente no tempo da música.

No presente estudo de caso, a partir do instrumento de avaliação IMTAP, os resultados retirados permitiram avaliar a evolução da criança nos vários domínios do seu desenvolvimento, verificando-se um aumento percentual em todos os domínios considerados (Figura 3).

Foi observada uma maior evolução nos domínios da comunicação recetiva (de 19% para 61%), comunicação expressiva (de 10% para 35%) e social (de 32% para 68%). Aumentos menos significativos, mas não menos relevantes para este estudo de caso, foram observados nos domínios sensorial (de 49% para 64%), cognitivo (de 29% para 49%), emocional (de 37% para 46%) e musicalidade (de 10% para 25%).

Figura 3

Evolução percentual global da I.S na Escala IMTAP



Em referência aos objetivos principais deste estudo de caso, foi possível verificar-se um melhoramento nas competências comunicativas pré-verbais. Esta evolução é observada nos resultados do presente instrumento de avaliação devido a um aumento do score bruto no subdomínio da atenção (~167%) e fundamentos (100%) pertencentes ao domínio social, e no

subdomínio cantar/vocalizar (aumento no score absoluto de 2 para 26) pertencente ao domínio da comunicação recetiva.

Relativamente ao objetivo referente à estimulação da exploração de vocalizações com intencionalidade adequada, também se pode observar um melhoramento através dos resultados da mesma ferramenta, devido a um aumento do score bruto no subdomínio das vocalizações (~167%) e vocalizações espontâneas (aumento no score absoluto de 1 para 6), ambas correspondentes ao domínio da comunicação expressiva.

No que diz respeito ao último objetivo, de promover o interesse pelas relações sociais e interação com o outro, os resultados obtidos através do instrumento de avaliação IMTAP permitiram constatar o cumprimento do objetivo previamente referido, devido a um aumento do score bruto no subdomínio participação (~37%) e competências relacionais (aumento no score absoluto de 10 para 36), correspondentes ao domínio social.

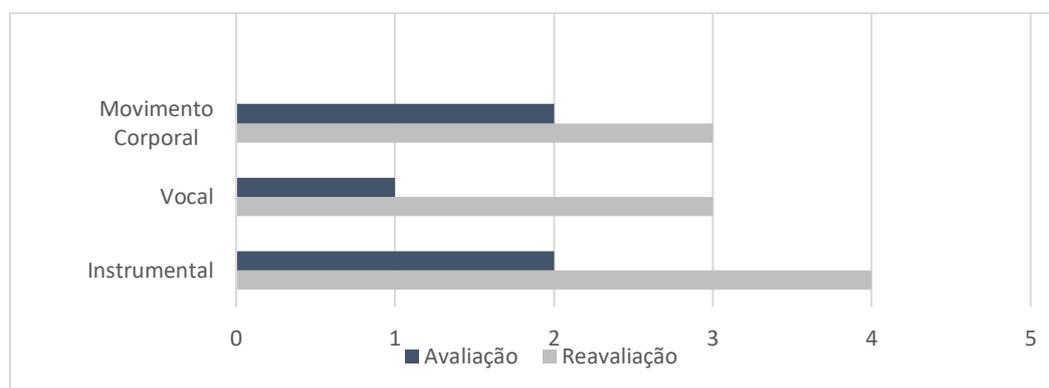
Tendo em consideração o segundo instrumento de avaliação utilizado (Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins), observaram-se melhorias ao nível da responsividade comunicativa, tendo aumentado o leque de vocalizações contextualizando-se muitas vezes com os momentos de improvisação entre a estagiária e a criança. A criança começou também a evidenciar menos rigidez emocional, mostrando-se mais predisposta a explorar o espaço e os instrumentos musicais.

No domínio instrumental, a I.S apresentou uma evolução em relação à imaturidade e frequência na exploração dos instrumentos musicais (2), para uma maior responsividade para a dinâmica e noção de tempo (4). No domínio vocal, também se verificaram melhorias, na medida em que, inicialmente, a I.S não manifestava qualquer sinal de influência musical, mantendo-se silenciosa (1), e no final da intervenção já realizava sons reflexivos com significado, contudo sempre com o mesmo tom de voz (3). Para além disto, ao longo das

sessões, verificou-se que o choro começou a tornar-se tonal e não sussurrado. Em relação ao domínio do movimento corporal, também se observaram melhoramentos, uma vez que a criança passou de realizar apenas movimentos reflexivos fugazes (2), para evidenciar movimentos que ocorreram no tempo da música ao longo das improvisações realizadas (3) (Figura 4).

Figura 4

Evolução da I.S na Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins



No presente estudo de caso, verificou-se uma concordância entre métodos de avaliação, uma vez que é possível traçar paralelismos entre a evolução dos resultados obtidos através da Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins e o aumento da percentagem do domínio da comunicação recetiva e expressiva segundo o IMTAP.

Discussão do caso

Durante a intervenção, e tendo em conta as dificuldades que a I.S apresentava inicialmente ao nível da comunicação e da interação social, foram visíveis os benefícios das sessões de musicoterapia nesta criança com PEA. Wigram e Gold (2006) relatam também que a musicoterapia é impulsionadora do desenvolvimento de competências ao nível da comunicação e interação social, potenciando os níveis de atenção e a motivação nas atividades em que as crianças participam.

Também neste estudo de caso, o estabelecimento da relação terapêutica evidenciou um papel fundamental na intervenção das sessões de musicoterapia. Birnbaum (2014) retrata esta relação terapêutica como uma sincronização que ocorre quando o terapeuta e a criança tocam em simultâneo e sucede uma troca de ideias musicais, promovendo o envolvimento emocional através das improvisações. Este envolvimento permite que seja criado um espaço seguro no qual começam a ser desenvolvidas competências que apresentam alguma limitação, tais como a comunicação e a interação social por exemplo. Wigram et al. (2002) enaltecem o facto de esta relação surgir a partir de experiências musicais, nas quais há uma igualdade de níveis, permitindo que haja um igual controlo de ambas as partes, extraíndo assim as potencialidades da criança.

No decorrer do processo terapêutico, a estagiária recorreu a técnicas tais como a improvisação, imitação e a recriação de canções. Kim, Wigram e Gold (2008) reconhecem os benefícios da improvisação uma vez que são criados padrões previsíveis, nos quais a criança se identifica, permitindo um maior envolvimento e interação. Desta forma, podem ser desenvolvidas competências no âmbito da comunicação e relação, através da atribuição de um significado a todos os sons produzidos pela criança (Wheeler, 2012). Sausser e Waller (2006) reforçam a importância desta técnica, referindo que foram atingidos resultados tais como melhorias ao nível das vocalizações, verbalização e na utilização de gestos.

No que diz respeito à utilização da técnica de imitação, vários autores comprovam os seus benefícios em crianças com PEA. Carpenete et al., (2021) verificaram melhorias não só no envolvimento durante as interações sociais, como também nos comportamentos sociais associados, tais como estar perto, tocar ou sentar-se ao lado de outra pessoa. Também Ishizuka e Yamamoto (2016) realizaram um estudo no qual verificaram que recorrer à imitação promove não só as vocalizações como também as interações vocais.

A recriação de canções mostrou-se igualmente eficaz nas sessões, de acordo com os resultados apresentados. Para Bruscia (2000), esta técnica incorpora a apresentação, execução, transformação e interpretação de uma canção já existente. Assim, possibilita-se o desenvolvimento de competências cognitivas (por exemplo a atenção, memória), sensoriomotoras e promove-se a capacidade de interpretar sentimentos e ideias.

Relativamente à aplicação dos instrumentos de avaliação, e ao estudarem os resultados do IMTAP em estudos de caso com os quais foram dinamizadas sessões de musicoterapia, Baxter et al. (2007) verificaram que houve uma evolução nos vários domínios deste instrumento. O facto de a I.S ter apresentado resultados com maiores aumentos percentuais nos domínios da comunicação e social pode ser também observado nos trabalhos de Freire (2014) e Geretsegger et al (2014), nos quais foi avaliado o impacto da intervenção em musicoterapia improvisacional, tendo-se verificado uma evolução nas competências comunicativas e interação social.

Conclusão do caso

Tendo como base os objetivos previamente estabelecidos, assim como o processo terapêutico realizado, foram aplicadas novamente as escalas IMTAP e a Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins no final do processo de estágio, a fim de proceder à reavaliação da intervenção terapêutica e verificação do cumprimento dos objetivos.

Com base nos resultados observados nas tabelas acima mencionadas e realizando uma análise retrospectiva ao estado da I.S previamente à intervenção em Musicoterapia, pode concluir-se que são visíveis as mudanças em todos os domínios do IMTAP, particularmente nos domínios da comunicação recetiva e expressiva e domínio social. Em relação à Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff-Robbins também se verifica uma evolução, quer a

nível instrumental como vocal. No que diz respeito ao movimento corporal, considera-se que não houve uma evolução significativa a este nível, uma vez que a I.S continua a manifestar movimentos reflexivos fugazes em termos corporais, com uma curta duração em termos temporais.

No decorrer das sessões, todas as técnicas e estratégias utilizadas (canção do olá e adeus, troca de turnos, improvisação, e a exploração do ritmo) permitiram à I.S um aumento das competências ao nível de organização interna, nomeadamente ao nível da interação social, ao nível sensorial, espacial e temporal e ao nível do processo de comunicação verbal, aumentando, assim, o leque de vocalizações. Tornou-se, assim, numa criança mais comunicativa e interativa, explorando cada vez mais ao longo das improvisações.

Considera-se que a abordagem utilizada durante as sessões foi vantajosa para o desenvolvimento da I.S face às necessidades e expectativas apresentadas pela família no início da intervenção. No entanto, à semelhança do estudo de caso anterior, o facto de os objetivos serem apenas avaliados para o contexto de musicoterapia, faz com que não haja evidências acerca da evolução da criança nos outros ambientes onde está inserida.

Em suma, relativamente aos objetivos delineados no plano terapêutico, pode verificar-se que foram cumpridos, contudo pressupõe-se uma continuidade desta terapêutica para que a I.S se torne mais funcional em todos os contextos em que está inserida e demonstre consistência nos comportamentos.

Outras intervenções clínicas

Ao longo desta secção são caracterizados sucintamente todos os casos em que houve intervenção, durante o período de estágio, com exceção dos estudos de caso. Desta forma, são apresentados os dados de identificação e descrição da criança, os objetivos de intervenção e o progresso que realizou ao longo do processo.

Caso P.F.

O P.F é uma criança do sexo masculino, com uma idade cronológica à data primeira consulta do processo de 5 anos e 11 meses. O P.F apresenta diagnóstico de acidente vascular cerebral, associado a um atraso global de desenvolvimento. Apresenta marcha autónoma, com hemiparésia direita e aumento de tónus devido ao AVC, o que faz com que por vezes negue o lado afetado.

Em termos motores, nomeadamente ao nível da motricidade fina e global, o P.F apresenta algumas dificuldades, dada a sua problemática, sendo difícil todas as tarefas que exijam movimentos coordenados, movimentos finos e ou que impliquem uma maior destreza. Em reunião com a avó (cuidadora) do P.F, recolheu-se a informação de que o mesmo apresenta gosto pela música e após articular com a equipa transdisciplinar considerou-se pertinente o acompanhamento em musicoterapia.

Os objetivos estabelecidos para a intervenção com o P.F centraram-se essencialmente na exploração funcional de instrumentos musicais com ambas as mãos e o trabalho ao nível da coordenação motora através de padrões rítmicos diferenciados, com andamentos diferentes. Além disto, procurou-se também proporcionar-lhe momentos de contacto e interação musical. No decorrer das sessões terapêuticas, mostrou-se motivado em estar presente, sorrindo sempre que a estagiária se deslocava para o ir buscar à sala.

Com o caso do P.F foi possível concluir que, através das sessões de musicoterapia, foram desenvolvidas competências ao nível motor, através de movimentos com indicações e suporte verbal, recorrendo a elementos musicais tais como melodia, ritmo e dinâmica, no sentido de melhorar a perceção da criança na realização do movimento alvo.

Caso D.C

O D.C. é uma criança do sexo masculino, com uma idade cronológica à data da primeira consulta do processo de 5 anos e 7 meses e com diagnóstico de perturbação do espectro do autismo.

Os objetivos delineados para o mesmo, centraram-se maioritariamente ao nível da comunicação e competências pré-verbais, interação social e comportamento. Ao nível do domínio comunicativo é possível compreender o que diz verbalmente, no entanto, a intenção comunicativa é fraca, não procurando o outro para tentar fazer pedidos ou manifestar necessidades/desejos. Relativamente à interação social, é uma criança afetuosa, que tem consciência da presença da estagiária na sessão, mas não demonstra interesse na atenção conjunta. Em relação ao comportamento, apresenta uma desorganização interna do ponto de vista espacial e temporal, provocando comportamentos de frustração e de oposição. Além disto, apresenta dificuldades em permanecer na improvisação ou interação musical, mantendo-se atento apenas por segundos.

No final da intervenção, D.C manifestou uma evolução ao nível das competências pré-verbais, tendo sido capaz de aumentar as vocalizações no entanto, continua a recorrer à comunicação não-verbal (gestos) para obter aquilo que deseja.

Caso A.S

O A.S é uma criança do sexo masculino, com uma idade cronológica de 1 ano e 6 meses, à data de consulta do processo. De momento não apresenta um diagnóstico definido

dado a sua idade, mas existe uma suspeita de perturbação de espectro do autismo, associado a uma problemática genética (também em estudo).

O A.S já apresenta marcha autónoma, contudo ainda muito descoordenada. No que concerne ao domínio comunicativo, o A.S apresenta dificuldades em expressar-se verbalmente, sendo que, neste momento esse tipo de comunicação é inexistente. Revela ainda, ao nível do domínio não verbal, dificuldades em expressar as suas necessidades e desejos. Neste domínio, de acordo com a educadora e com a mãe, a forma de o A.S comunicar é através de inflexões vocais e de gritos, num tom de voz muito agudo. Relativamente ao domínio social, o A.S manifesta dificuldades em responder ao próprio nome, não mudando o foco visual para a fonte sonora quando o chamam. Além disto, não mantém o contacto visual, desviando constantemente o olhar. Em contexto de jardim, não se interessa pelo que o rodeia, isola-se dos restantes pares, estando constantemente com estereotipias verbais (balbucios).

Os objetivos delineados para o A.S centraram-se maioritariamente ao nível da comunicação e competências pré-verbais, interação social e da exploração dos objetos. Ao longo da intervenção foram realizadas atividades de escuta musical, imitação e improvisação musical. No final do processo terapêutico o A.S manifestou evoluções, nomeadamente ao nível da exploração dos instrumentos, da permanência na sessão sem chorar e na manutenção de contacto ocular.

Caso T.S

O T.S é uma criança do sexo masculino, com uma idade cronológica de 3 anos e 3 meses, sendo acompanhado pela ELI desde novembro de 2017. O T.S apresenta diagnóstico de perturbação do espectro do autismo.

Quanto ao domínio comunicativo, de momento não se expressa verbalmente. Ao nível da comunicação recetiva não evidencia dificuldades acentuadas e dado a sua dificuldade em se expressar verbalmente, a forma de transmitir as suas necessidades e desejos é através do domínio não-verbal, utilizando gestos ou conduzindo a pessoa como meio de comunicação. Relativamente ao domínio social, é uma criança que interage com os outros, no entanto, não partilha os brinquedos, atirando-os contra os colegas quando estes se tentam aproximar.

Os objetivos delineados para o T.S incidiram maioritariamente ao nível da comunicação verbal e competências pré-verbais, interação social e do brincar funcional (não atirar brinquedos contra os colegas e irmão). Ao longo da intervenção foram realizadas atividades de escuta musical, imitação e improvisação musical. Durante as sessões pôde verificar-se que o T.S fez aquisições, tais como, recordar não só as funções dos instrumentos musicais, como também da dinâmica de início e de fim da sessão, apresentando memória a longo prazo. Além disto, a exploração dos instrumentos tornou-se algo funcional, uma vez que o T.S já faz a tentativa de tocar nos vários instrumentos, com uma força adequada, evidenciando uma regulação do ponto de vista sensorial proprioceptivo. Em termos emocionais, o T.S tolera a sessão de musicoterapia sem evidenciar mal-estar, manifestando-se mais autorregulado através da música.

Caso L.T

O L.T é uma criança do sexo masculino, com uma idade cronológica à data primeira consulta do processo de 1 ano e 4 meses. O L.T apresenta diagnóstico de síndrome de Down. A intervenção com o L.T foi realizada em contexto de domicílio sempre na presença da mãe e do pai. Tendo em conta a idade da criança e sabendo que a interação musical se torna uma importante aliada na estimulação neuro cognitiva, uma vez que é nestas idades que a criança

adquire competências perceptivas, motoras, emocionais e de comunicação, a família e a equipa consideraram pertinente a intervenção em musicoterapia.

Os objetivos delineados para o L.T centraram-se ao nível das competências pré-verbais, da exploração dos brinquedos, e do domínio motor, uma vez que dada a sua problemática apresenta um ligeiro atraso no desenvolvimento. A intervenção com esta família incidiu em auxiliar os pais e cuidadores a interagirem musicalmente com o L.T, através de canções que os mesmos ouçam no seu ambiente sonoro musical e através de canções do interesse do L.T, promovendo desta forma o desenvolvimento de competências que estejam de acordo com as necessidades assinaladas pelos pais.

As sessões foram marcadas por um início (canção do olá) e um fim (canção do adeus), de forma a estabelecer um limite temporal ao L.T de quando começa e acaba a sessão. As canções inicialmente eram cantadas e tocadas pela estagiária e pelos pais, até que gradualmente começaram a ser cantadas apenas pelos pais diretamente para o L.T e a estagiária apenas fornecia o *grounding*. Além disto, decorreram também momentos de improvisação e exploração musical, assim como a escuta musical de canções.

Pode concluir-se que, com esta intervenção houve uma consciencialização por parte da família, sobre a maneira de interagirem musicalmente com o L.T e de que forma podiam desenvolver competências que fossem prioritárias para os mesmos através da música. Relativamente ao L.T verificou-se que houve evolução, nomeadamente ao nível da atenção e da autorregulação, sendo capaz de explorar os instrumentos durante mais tempo. Além disto, recentemente começou a verbalizar as palavras “mamã, papá e olá”, verificando-se assim uma aquisição ao nível da comunicação expressiva.

Caso M.B

O M.B é uma criança do sexo masculino, com uma idade cronológica de 4 anos e 3 meses e que apresenta diagnóstico de perturbação do espectro do autismo.

Os objetivos delineados para o M.B recaíram ao nível da comunicação verbal e competências pré-verbais e da interação social. Em relação às capacidades no domínio social, o M.B é um menino que não procura a interação com os seus pares ou adultos e ocupa a maior parte do seu tempo a brincar isolado. Por vezes dirige a atenção para si mesmo usando o choro, birras e, em situações extremas, atira-se para o chão, principalmente quando ocorre uma frustração muito acentuada. Para demonstrar a sua satisfação, sorri.

Relativamente à comunicação expressiva, o M.B é uma criança que não expressa verbalmente as suas necessidades e desejos, recorrendo a gestos ou a imagens de comunicação aumentativa. Do ponto de vista motor, é uma criança que evidencia hipotonia generalizada, sendo mais evidente nos membros superiores. Quanto à motricidade global, o M.B consegue deslocar-se com êxito, no entanto, apresenta descoordenação motora, em tarefas como correr e saltar.

Os objetivos da intervenção foram centrados em proporcionar momentos de reciprocidade através da improvisação musical. Visto que o M.B se mostra motivado em tentar reproduzir palavras, considerou-se pertinente a intervenção ao nível competências de comunicação pré-verbal, estimulando o aumento de vocalizações.

Conclui-se então que o M.B, ao longo dos meses de intervenção musicoterapêutica, construiu evoluções nas áreas necessitadas e presentes no seu plano terapêutico, nomeadamente ao nível da comunicação expressiva (repetiu uma frase que ouviu: “É isso mesmo!, e palavras tais como “torre, olá, boa, assustaste”) e ao nível da interação social (já é capaz de interagir com uma criança da sua turma durante o intervalo).

Caso L.L

O L.L é uma criança do sexo masculino, com uma idade cronológica de 4 anos e 6 meses, apresentando como diagnóstico de perturbação do espectro do autismo associado a uma perturbação de hiperatividade e défice de atenção acentuados.

Os objetivos para o L.L, centraram-se ao nível da comunicação e competências pré-verbais, interação social e estabilização do comportamento. O L.L é uma criança que se move espontaneamente, no entanto, não de forma organizada, manifestando estereotípias motoras (balançar o corpo, *flapping*, bater na sua própria cabeça) e estereotípias verbais (verbalizações de excertos de músicas em inglês, constantes). Apesar de apresentar competências do ponto de vista funcional para realizar uma comunicação verbal, dada a sua agitação e desorganização do ponto de vista de organização interna espacial, não o faz. No que concerne ao domínio cognitivo, apresenta dificuldades acentuadas não só ao nível da permanência na atividade e na sustentação da atenção e concentração, como também ao nível da compreensão de regras e estrutura da sessão.

Ao longo da intervenção foram utilizadas técnicas tais como o espelhamento, imitação, improvisação e escuta musical. Apesar de recorrer a estas técnicas e de haverem várias tentativas de interação, a intervenção com o L.L apresentou algumas barreiras uma vez que dada a sua agitação psicomotora e auto e hétero agressão, o mesmo não permitia qualquer tipo de aproximação. O feedback era semanalmente dado à mãe, a qual referia que a mesma situação acontecia em casa. Por volta da décima sétima sessão, começaram a observar-se diferenças no comportamento do L.L, nomeadamente ao nível dos comportamentos agressivos e de agitação, que também coincidiu com o início da toma de medicação indicada.

Conclui-se, então, que o L.L ao longo dos meses de intervenção de musicoterapia, maioritariamente nos momentos em que se manteve estável, construiu evoluções, nomeadamente nas áreas da comunicação expressiva e da autorregulação.

Discussão

Dado por concluído o estágio curricular e tendo sido descritos os procedimentos realizados com todos os casos clínicos, constatou-se que houve uma boa receptividade à estagiária por parte de todos os participantes, tendo sido capaz de responder às necessidades das famílias, assim como da equipa de intervenção precoce. Júnior (2018) reforça a importância do trabalho com todos os sistemas que envolvem a criança, e não trabalhar apenas com o cliente, promovendo a complementaridade de saberes em função das dificuldades identificadas.

No início da intervenção, os objetivos terapêuticos delineados tiveram em conta não só as expectativas das famílias relativamente aos seus filhos, como também o facto de cada criança ser única e apresentar necessidades específicas, relacionadas com o seu diagnóstico. Assim, e tendo em conta a heterogeneidade em termos de patologias (AVC, PEA, PHDA, e Trissomia 21), verificou-se que, em todos os casos com os quais a estagiária interveio, a musicoterapia apresentou benefícios no desenvolvimento das crianças, o que também pode ser comprovado por diferentes estudos de vários autores.

Raglio et al. (2017) verificaram, por exemplo, que a intervenção da musicoterapia no AVC revela um impacto muito positivo na reabilitação dos participantes, não só na promoção da qualidade de vida, como no desenvolvimento das funções motoras (movimentos dos membros superiores e mobilidade da mão, mais especificamente a pega nos instrumentos). Relativamente à intervenção em crianças com autismo, Araújo, Solidade e Leite (2018) referiram que dado que a musicoterapia providencia recursos motivacionais e do interesse das mesmas, é uma técnica que permite a abertura de canais de comunicação. Desta forma, possibilita o desenvolvimento de competências ao nível emocional, atenção, comunicação, memória e interação social. Em crianças com PHDA, Acebes-de Pablo e Giraldez-Hayes

(2019) também verificaram que a intervenção em musicoterapia foi eficaz. Tendo em conta que as principais dificuldades intrínsecas a esta patologia são o comportamento impulsivo, a hiperatividade, a desatenção e a interação social, estes autores constataram que as técnicas utilizadas em musicoterapia podem auxiliar a desenvolver o nível de autoconhecimento de cada criança, e assim promover momentos de relaxamento para posteriormente fomentar competências de expressão emocional e social. No que concerne à aplicação da musicoterapia no Síndrome de Down, Pienaar (2012) refere que, de uma forma geral, as crianças com este diagnóstico respondem positivamente à música e ao som, podendo desta forma potenciar o desenvolvimento de competências comunicativas. Salienta também a importância da orientação da família, para que a mesma possa dar continuidade em casa às estratégias e estímulos propostos.

No trabalho de intervenção com todos os casos deste estágio curricular, foi estabelecido como prioridade a relação terapêutica, para depois serem desenvolvidos os objetivos mais específicos para cada criança. Eren (2015) retrata este procedimento como uma interação que não está dependente da linguagem verbal para ser desenvolvida, e que é criada de forma progressiva através de formas relacionais e interpessoais. Ao longo da intervenção o musicoterapeuta cria momentos de sincronização sonora, que potenciam não só a troca de vocalizações e de instrumentos, como a iniciativa para manter o contacto ocular, e desenvolvimento de expressões faciais e gestos.

Na aplicação dos instrumentos de avaliação selecionados (IMTAP e Escala de comunicabilidade musical de Nordoff-Robbins) verificou-se uma relação entre domínios avaliados e a idade apresentada pelas crianças. Nos sujeitos com idades entre os dois e os três anos observaram-se melhorias mais significativas no domínio emocional, enquanto nos quatro e cinco anos a evolução centrou-se maioritariamente no domínio social. No primeiro

intervalo de idades, pode observar-se este comportamento, também verificado por Abe e Izard (1999), que referiram que aos dois e três anos existe um desenvolvimento ao nível emocional, que permite identificar as suas próprias emoções, começando desta forma a desenvolver o entendimento pelas relações sociais. No segundo intervalo de idades, também Sheridan (1997) faz uma alusão ao desenvolvimento a nível social, nomeadamente ao nível da adaptação e preocupação com os pares.

É possível postular-se que, em futuros estudos de caso que insiram crianças com idades mais precoces, seja expectável uma evolução em domínios específicos, de acordo com a idade do participante.

Conclusão

Este estágio teve como objetivos principais promover o envolvimento dos pais, equipa terapêutica, educadores e auxiliares no processo terapêutico, contribuir para a inclusão das crianças apoiadas na intervenção precoce nas diferentes turmas de jardim de infância, facultar à equipa transdisciplinar ensinamentos acerca da importância/valor da Musicoterapia nas equipas de intervenção precoce, e colaborar com as famílias de forma a alcançar os objetivos e necessidades identificados.

Relativamente ao primeiro objetivo, foi considerado atingido, na medida em que havia uma articulação semanal com a família e reuniões semanais com a equipa terapêutica e educadores. Em relação ao segundo objetivo, considerou-se parcialmente atingido, visto que houve colaboração com a educadora, contudo não foi possível dinamizar atividades em conjunto (como estava inicialmente previsto), dadas as restrições impostas devido à COVID-19. O terceiro objetivo foi cumprido através da apresentação de um panfleto e da partilha de um *power point* com a equipa. Para além disso, durante as reuniões semanais com a equipa da ELI, a estagiária deu sempre *feedback* das sessões. Por fim, o quarto objetivo foi cumprido, no entanto, para um trabalho futuro mais completo considera-se que o trabalho com a família deverá ser mais cuidado e intensificado.

Todos os casos que foram acompanhados apresentaram evoluções positivas ao nível da comunicação recetiva e expressiva. Numa outra nota, as características complementares dos instrumentos de avaliação implementados são igualmente verificadas nos restantes estudos de caso deste trabalho. Pode concluir-se também que a abordagem utilizada é robusta e consistente ao longo das várias patologias observadas na população em estudo.

Por outro lado, é igualmente possível estudar a eficácia dos instrumentos de avaliação utilizados, perante crianças com diferentes diagnósticos. Relativamente ao sujeito P.F, por exemplo, que apresenta como principal diagnóstico o AVC com hemiparésia, pôde observar-se que manifestou melhorias ao nível sensorial tátil, permitindo-lhe uma exploração bimanual dos instrumentos de forma funcional. Apresentou também melhorias ao nível da musicalidade, nomeadamente na exploração de diferentes ritmos/dinâmicas e intensidades.

Em relação ao sujeito L.T, com idade de 16 meses e com diagnóstico médico de Trissomia 21, a intervenção foi realizada em contexto de domicílio, em conjunto com a família. Este tipo de abordagem considerou-se vantajosa, uma vez que a família ao participar ativamente nas sessões conseguia dar continuidade às competências trabalhadas e estratégias fornecidas pela estagiária ao longo da semana.

No que diz respeito ao participante L.L., de 4 anos e com diagnóstico de PEA e PHDA, verificaram-se evoluções menos consistentes. Este facto pode ter sido devido à necessidade da criança à toma de medicação para a PHDA. Tal premissa foi corroborada, uma vez que aquando da toma da medicação, o seu comportamento estabilizou e foi possível verificar evolução, tornando-se mais predisposto à intervenção e contacto com a estagiária.

Não obstante todos os aspetos positivos do trabalho desenvolvido com a musicoterapia nos casos de IP, o presente trabalho acarreta diversas limitações. Primeiro, a população estudada é heterogénea ao nível do diagnóstico e da idade, e reduzida no número de participantes. Deste modo, ao ter uma população reduzida e diferenciada, apesar de ser possível a realização e posterior análise de estudos ao nível da diferenciação em termos de patologia e idade, não é possível a generalização dos resultados. Segundo, os instrumentos de avaliação utilizados são instrumentos qualitativos, portanto, ainda que resultem de uma intervenção profissional, os mesmos encontram-se altamente dependentes da perspetiva

peçoal da terapeuta em relação ao caso (*bias*), o que pode criar um obstáculo, diminuindo a fiabilidade dos resultados obtidos. Terceiro, a mudança de “Setting”, devido a motivos alheios a este trabalho (circunstância pandémica da Covid19), influenciou de forma negativa a evolução das crianças, face à intervenção realizada, devido a uma suspensão aquando do período de habituação dos participantes ao novo contexto. Quarto, apesar de ter sido baseada nos objetivos delineados pela família e de ter resultado numa evolução positiva dos participantes, a modalidade de intervenção (sessão terapêutica individual) poderá ainda assim ser otimizada. Tendo em conta as premissas pelas quais a intervenção precoce se rege, seria benéfico que o trabalho terapêutico fosse desenvolvido com uma participação mais ativa da família ou educadora, para que todos os intervenientes adaptem, de forma espontânea, a sua atitude, presença e comunicação com a criança, num leque mais variado de contextos naturais da mesma. Por último, foi realizada apenas uma reavaliação, na duração total do estágio, o que se poderá verificar insuficiente, caso o objetivo do trabalho passe por monitorizar a evolução do participante de uma forma mais contínua, embora a validade das conclusões retiradas deste trabalho não seja afetada por esta limitação.

Este trabalho permitiu identificar a importância da musicoterapia no contexto escolar e familiar, apresentando uma contribuição relevante para a literatura. No entanto, futuros estudos nesta área não se deverão focar só na colmatação das limitações acima descritas, mas sugere-se, por exemplo, a utilização de técnicas de neuroimagem para localizar possíveis alterações cerebrais devido às sessões de musicoterapia, respondendo, desta forma, à limitação inerente ao Modelo de Nordoff-Robbins (Marquéz-Garcia et al ,2021).

Em conclusão, este trabalho apresenta uma ferramenta válida e útil para a implementação da Musicoterapia na Intervenção Precoce em diversos contextos.

Reflexão pessoal

“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”

Saint-Exupéry

O presente estágio teve início em outubro de 2020, e tendo em conta o seu desenvolvimento, permitiu-me um enriquecimento a nível pessoal e profissional.

Numa fase inicial, trazia em mim o nervosismo que tanto me caracteriza em situações desconhecidas, não só por ser um ambiente novo, como também por nunca ter intervindo com esta população. No entanto, a forma excecional como fui acolhida pela equipa transdisciplinar de intervenção precoce, assim como por todos os intervenientes nos jardins de infância, creche e domicílio, facilitou este processo de adaptação. Nas primeiras reuniões, percebi que a Musicoterapia, por ser algo inovador, era uma área de grande interesse e curiosidade por parte de toda a equipa.

Com o início da intervenção descobri que a musicoterapia é uma área que acarreta uma abordagem e linha de pensamento que me interessavam particularmente, e que me fizeram questionar e refletir acerca da forma como eu encarava o ser humano e a condição que lhe é intrínseca. O facto de se centrar maioritariamente numa vertente humanista, permitiu que olhasse para as patologias como uma particularidade da criança e não como algo que fosse fora do expetável. Ao longo do estágio, ocorreram momentos em que senti muitas dúvidas, uma vez que tinha de reagir no imediato com a criança e não sabia se seria o mais correto para atingir os resultados pretendidos. Em relação á questão musical, e dado que não fazia parte da minha área profissional, empenhei todos os esforços para que os meus conhecimentos evoluíssem no sentido de conseguir atingir os meus objetivos.

Enquanto terapeuta ocupacional, sinto que a musicoterapia será sempre uma mais valia, tendo-se tornado uma poderosa aliada para a minha intervenção.

Termino a minha reflexão fazendo uma alusão à citação de Saint-Exupéry que coloquei inicialmente. Esta frase tem marcado, particularmente, toda a minha vida profissional e pessoal, uma vez que expressa a ideia de que ninguém passa pela nossa vida sem um motivo, quer seja bom ou mau, será sempre uma aprendizagem construtiva.

Assim, resta-me agradecer à professora doutora Teresa Leite e, em especial, à professora doutora Susana Jiménez, e doutora Manuela Baptista, por todo o acompanhamento, disponibilidade e partilha de conhecimento que me concederam ao longo do estágio. Levo também na minha memória e coração todas as famílias, crianças, profissionais com quem tanto aprendi e tive o privilégio de trabalhar.

Referências

- Abe, J., & Izard, C. (1999b). The developmental functions of emotions: an analysis in terms of differential emotions theory. *Cognition&Emotion*, 13, 523-549.
- Abrams, B. (2018). Understanding Humanistic Dimensions of Music Therapy: Editorial Introduction. *Music Therapy Perspectives* , 139-143.
- Acebes-de Pablo, A., & Giraldez-Hayes, A. (2019). El papel de la Musicoterapia y las terapias alternativas en el tratamiento del TDAH: un estudio exploratorio. *Medicina Naturista*, 13, 15-20.
- Aigen, K. (2014). The study of music therapy: Current issues and concepts Routledge. *American Psychologist* , 932.
- Aigen, K. S. (2018). Community Music Therapy. Em G. McPherson, & G. F. Welch, *Special Needs, Community Music, and Adult Learning: An Oxford Handbook of Music Education* (pp. 138-154). United States of America: Oxford University Press.
- Alvin, J., & Warwick , A. (1991). *Music Therapy for the Autistic Child* (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Amiriparian, S., Baird, A., Julka, S., Alcorn, A., Ottl, S., Petrovic, S., & Schuller, B. (2018). Recognition of Echolalic Autistic Child Vocalisations Utilising Convolutional Recurrent Neural Networks.
- André, A. M., Batista, D. O., Freire, M. H., Sampaio, R. T., & Kummer, A. (2018). Análise psicométrica das Escalas Nordoff-Robbins como instrumento de avaliação no tratamento musicoterapêutico de crianças autistas em acompanhamento no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG). *Per Musi. Belo Horizonte*, 1 - 12.

- André, A., Gomes, C., & Loureiro, C. (2017). Equivalência de itens, semântica e operacional da versão brasileira da Escala Nordoff Robbins de Comunicabilidade Musical. *Opus*, 197-215.
- Ansdell, G. (2002). Community Music Therapy & The winds of change . *Voices: A Worlds Forum for Music Therapy*.
- Araújo, N. A., Solidade, D. S., & Leite, T. S. (2018). A musicoterapia no tratamento de crianças com autismo: revisão integrativa. *ReonFacema*, 1102-1106.
- Association, A. P. (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Augusto, H., Aguiar, C., & Carvalho, L. (2013). Práticas atuais e ideais em intervenção precoce no Alentejo: Perceções dos profissionais. *Análise Psicológica*, 49 - 68 .
- Avila, D. C. (2016). A musicalidade comunicativa das canções: um estudo sobre a identidade sonora de crianças com autismo [Tese de doutoramento, Universidade de São Paulo]. Biblioteca Dante Moreira Leite.
- Bairrão, J., & Almeida, I. C. (2003). Questões Actuais em Intervenção Precoce. *Psicologia*, 15-29.
- Baker, F., & Wigram, T. (2005). *Song writing, Methods, Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Barkley, R. (2006). *Attention-deficit hiperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.
- Baxter, H. T., Berghofer, J. A., Macewan, L., Nelson, J., Peters , K., & Roberts , P. (2007). *The Individualized Music Therapy Assessment Profile: IMTAP*. London: Jessica Kingsley Publishers .

- Benenzon, R. (1985). *Manual de Musicoterapia*. Rio de Janeiro: Clementina Nastari.
- Benenzon, R. (2000). *De la teoria a la práctica*. Argentina.
- Bieleninik, L. G., & Gold, C. (2016). Music Therapy for preterm infants and their parents: A meta analysis. *Pediatrics*, 138.
- Birnbaum, J. C. (2014). Intersubjectivity and Nordoff-Robbins Music Therapy. *Music Therapy Perspectives*, 30-37.
- Boavida, J. (2021). Programa Nacional de Intervenção Precoce. Em G. Oliveira, & J. Saraiva, *Lições de Pediatria Vol. I e II* (pp. 35 - 40). Coimbra: Coimbra University Press.
- Brancatisano, O., Baird, A., & Thompson, W. (2020). Why is music therapeutic for neurological disorders? The Therapeutic Music Capacities Model. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 600-615.
- Brofenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge: Barcelona Ediciones Paidós.
- Bruscia, K. (1998). *Defining Music Therapy*. Lower Village: Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. (2000). *Definindo Musicoterapia* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Enelivros.
- Bruscia, K. (2014). *Defining Music Therapy*. Barcelona: Barcelone Publishers.
- Carpente, J., Casenhiser, D. M., Kelliher, M., Mulholland, J., Sluder, H. L., Crean, A., & Cerruto, A. (2021). The impact of imitation on engagement in minimally verbal children with autism during improvisational music therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, 1-20.
- Carter, T., & Scherer, S. (2013). Autism spectrum disorder in the genetics clinic: a review. *Clinical Genetics*, 399-407.

- Carvalho, L., Almeida, I., Felgueiras, I., Leitão, S., Boavida, J., Santos, P., . . . Franco, V. (2018). *Práticas recomendadas em Intervenção Precoce na Infância: um guia para profissionais* (2ª ed. ed.). Coimbra: Associação Nacional de Intervenção Precoce.
- Carvalho, L., Almeida, I., Felgueiras, I., & Franco, V. (2016). *Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância: Um Guia para profissionais*. ANIP.
- CERE - Centro de Ensino e Recuperação do Entroncamento. (s.d.).
CERE. <https://cere1980.wixsite.com/cere>
- Cunha, E. (2009). *Autismo e Inclusão: psicopedagogia e práticas educativas na escola e na família*. Rio de Janeiro: Wak Editora.
- Cunha, R. (2008). A Prática da Musicoterapia em Diferentes Áreas de Atuação. 3, 85-97.
- De Vries, D., Beck, T., Stacey, B., Winslow, K., & Meines, K. (2015). Music as Therapeutic Intervention with Autism: A Systematic Review of the Literature. *Therapeutic Recreation Journal*, 220-237.
- Decreto de Lei nº54/18 da Presidência do Conselho de Ministros. (2018). Diário da República nº129, Série 1 de 6-07-2018
- Decreto de Lei nº281/09 do Diário da República. (2009). Diário da República nº193, Série 1 de 6-10-2009
- Despacho conjunto nº891/99 do Ministério da Educação, da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade. (1999). Diário da República nº244, Série 2 de 19-10-1999
- Eren, B. (2015). The Use of Music Interventions to Improve Social Skills in Adolescents with Autism Spectrum Disorders in Integrated Group Music Therapy Sessions. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 207-213.

- Eren, B. (2018). Teaching the Skill of Reading Facial Expressions to a Child with Autism Using Musical Activities: A Case Study . *Journal of Education and Learning*, 156-164.
- Franco, V., Melo, M., Santos, G., Apolónio, A., & Amaral , L. (2017). A National Early Intervention System as a Strategy to Promote Inclusion and Academic Achievement in Portugal. *Frontiers in Psychology*, 1 - 7.
- Freire, M. (2014). *Efeitos da Musicoterapia Improvisacional no tratamento de crianças com Transtorno do Espectro do Autismo. Dissertação (Mestrado em Neurociências)*. Belo Horizonte.
- Gattino, G., Riesgo, R., Longo, D., Leite, J., & Faccini, L. (2011). Effects os relational music therapy on communication of children with autism: a randomized controlled study. *Nordic Journal of Music Therapy*, 142-154.
- Geretsegger , M., Elefant, C., Mossler, K., & Gold , C. (2014). Music Therapy for people with autism spectrum disorder .
- Gonçalves, M., & Simões, C. (2010). Práticas de Intervenção Precoce na Infância - As Necessidades das Famílias de Crianças com Necessidades Educativas Especiais. *Gestão e Desenvolvimento*, 157-174.
- Guardiano, M., Candeias, L., Guimarães , J., Viana, V., & Almeida, P. (2017). Perfil Neuropsicológico em Crianças com Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção: Avaliação da Memória de Trabalho. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 229-235.
- Guerrero, N., & Turry, A. (2019). Nordoff-Robbins Music Therapy Approach. Em P. Kern, & M. Humpal, *Early Childhood Music Therapy and Autism Spectrum Disorder, Second Edition* (pp. 149-162). Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

- Harris, J. (2018). Leo Kanner and autism: a 75-year perspective. *International Review of Psychiatry*, 1 - 16.
- Ishizuka, Y., & Yamamoto, J.-i. (2016). Contingent imitation increases verbal interaction in children with autism spectrum disorders. *autism*, 1-10.
- Jackson, N. (2003). A Survey of Music Therapy Methods and Their Role in the Treatment of Early Elementary School Children with ADHD . *Journal of Music Therapy*, 302-323.
- Jiménez, S. A. (2015). Musicoterapia en Atención Temprana (Dissertação de doutoramento, Universidade de Évora, Évora, Portugal).
- Júnior, H. d. (2018). Eficácia terapêutica da música: um olhar transdisciplinar de saúde para equipes, pacientes e acompanhantes . *Revista Enfermagem*, 1-7.
- Kern, P., & Humpal, M. (2019). *Early Childhood Music Therapy and Autism Spectrum Disorder - Supporting Children and Their Families*. Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Kim, J., Wigram, T., & Gold, C. (2008). The Effects of Improvisational Music Therapy on Joint Attention Behaviors in Autistic Children: A Randomized Controlled Study. *J Autism Dev Disord*, 1758-1766.
- LaGasse, A. B. (2017). Social outcomes in children with autism spectrum disorder: a review of music therapy outcomes. *Dovepress*, 23-32.
- Lima, C. (2012). *Perturbações do Espectro do Autismo: Manual prático de intervenção* . Lisboa: Lidel - edições técnica, Lda. .
- Lord, C., Mayada, E., Gillian, B., & Jeremy, V.-V. (2018). Autism spectrum disorder. *Seminar*, 1-13.
- Maranhão, A. (2020). Musicoterapia no Autismo. *Revista Humanitaris*, 2, 97-106.

- Marques, M., Matias, J., Machado, R., Duarte, A., Fonseca, M., & Monteiro, J. (2018). Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção em Idade Pediátrica: Papel dos Cuidados de Saúde Primários. *Médica*, 1-9.
- Márquez-Garcia, A. V., Doesburg, S. M., Larocci, G., & Moreno, S. (2021). Music Therapy in Autism Spectrum Disorder: a Systematic Review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1-18.
- Martins, A. D., & Góes, M. C. (2013). Um estudo sobre o brincar de crianças autistas na perspectiva histórico-cultural. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, 17, 25-34.
- Mendes, E. (2010). Avaliação da qualidade das práticas em intervenção precoce: Práticas no distrito de Portalegre. Tese de Doutoramento. Universidade do Porto.
- Monteiro, R. S. (2016). A musicoterapia em contexto escolar : perturbações do comportamento, espectro do autismo e multideficiência [Tese de mestrado, Universidade Lusíada de Lisboa]. Repositório das Universidades Lusíada.
- Mössler, K., Gold, C., Aßmus, J., Schumacher, K., Calvet, C., Reimer, S., . . . Schmid, W. (2019). The Therapeutic Relationship as Predictor of Change in Music Therapy with Young Children with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord*, 2795-2809.
- Nemesh, B. (2016). Family-based music therapy: from dissonance to harmony. *Nordic Journal of Music Therapy*, 1-19.
- Pasiali, V. (2013). A clinical case study of family-based music therapy . *Journal of Creativity in Mental Health*, 249-264.
- Passarini, L., Aoki, T., Prearo, P., & Andrade, A. (2012). A Educação Musical no Desenvolvimento da Criança: trilhas da musicoterapia preventiva. . *Revista Brasileira de Musicoterapia*.

- Pavlicevic, M., & Ansdell, G. (2004). *Community Music Therapy*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley.
- Perry, M. R. (2003). Relating Improvisational Music Therapy with Severely and Multiply Disabled Children to Communication Development. *Journal of Music Therapy*, 227-246.
- Pienaar, D. (2012). Music Therapy for Children with Down Syndrome: Perceptions of Caregivers in a Special School Setting. *Kairaranga*, 36-43.
- Pimentel, J. (2009). Uma Intervenção Precoce com base científica: percurso na D.S.O.I.P. com Joaquim Bairrão. Em G. Portugal, *Ideias, Projetos e Inovação no Mundo das Infâncias - O percurso e a presença de Joaquim Bairrão* (pp. 19-27). Aveiro.
- Pinto, A., & Grande, C. (2009). Intervenção e investigação em idades precoces - o Legado de Joaquim Bairrão. *Psicologia*, 21 - 42.
- Pinto, A., Grande, C., Aguiar, C., Almeida, I., Felgueiras, I., Pimentel, J., . . . Santos, P. (2012). Early Childhood Intervention in Portugal : An Overview Based on The Developmental Systems Model. *Infants & Young Children*, 25, 310 - 322.
- Raglio, A., Zaliani, A., Baiardi, P., Bossi, D., Sguazzin, C., Capodaglio, E., . . . Imbriani, M. (2017). Active music therapy approach for stroke patients in the post-acute rehabilitation. *Neurol Sci*, 893-897.
- Rampazo, S. (2015). Estereotipias motoras em indivíduos com transtorno de espectro autista: estudo de uma amostra.
- Rickson, D. (2006). Instructional and Improvisational Models of Music Therapy with Adolescents Who Have Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): A Comparison of the Effects on Motor Impulsivity. *Journal of Music Therapy*, 39-62.
- Ruud, E. (1990). *Caminhos da Musicoterapia*. São Paulo: Summus.

- Sakuragi, M. E., & Cunha, R. (2015). Musicoterapia: um caminho para estabelecer vínculos e relações musicais com crianças autistas. *InCantare*, 6, 97-121.
- Salvador, K., & Pasiali, V. (2016). Intersections between music education and music therapy: Education reform, arts education, exceptionality, and policy at the local level. *Arts Education Policy Review*, 1-12.
- Sameroff, A. J., & Chandler, M. J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. Em M. Horowitz, S. Hetherington, S. Scarr-Salapatek, & S. G., *Review of Child Development Research* (Vol. 4, pp. 187-244). Chicago: University of Chicago Press.
- Santos, C. F. (2012). Setting Musicoterapêutico: Encontros Visuais e Sonoros. *Revista Brasileira de Musicoterapia*, 15-26.
- Sausser, S., & Waller, R. J. (2006). A model for music therapy with students with emotional and behavioral disorders. *The Arts in Psychotherapy*, 1-10.
- Sheridan, M. (1997). *From birth to five years: Children's developmental progress*. London: Routledge.
- Shih, Y. (2020). Effect of Family's Engagement in Music Therapy Early Intervention: A Literature Review.
- Silva, M., Leite, R., Gaspar, Y., & Garcia, J. (2009). Uma visão crítica sobre a contribuição de diferentes abordagens da Psicologia para a Musicoterapia. 2-12.
- Silverman, M. J. (2018). Music Therapy and Therapeutic Alliance in Mental Health: A Qualitative Investigation. *Journal of Music Therapy*, 1-27.
- Simpson, K. (2013). The Use of Musical Elements to Influence the Learning of Receptive Communication Skills in Children with Autism. *Australian Catholic University. Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância*. (s.d.). SNIPI. <https://snipi.gov.pt>

SNS24 / *Centro de Contacto do Serviço Nacional de Saúde*. (s.d.).

SNS24. <https://www.sns24.gov.pt>

Soria-Urios, G., Duque, P., & García-Moreno, J. M. (2011). Música y cerebro (II): evidencias cerebrales del entrenamiento musical. *Revista de Neurologia*, 739-746.

Stige, B. (2002). *Culture-Centered Music Therapy*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.

Swanson, J., Raab, M., & Dunst, C. (2011). Strengthening family capacity to provide young children everyday natural learning opportunities. *Journal of Early Childhood Research*, 66-80.

Teixeira, L. M., & Fernandes, P. R. (2021). Efeitos da musicoterapia na comunicação, socialização e imaginação em crianças com perturbação do espectro do autismo: um estudo de caso em Rebordosa - Portugal. *Perspectivas em Diálogo*, 8, 149-163.

Thaut, C. (2016). Clinical practice in music therapy. Em S. Hallam, I. Cross, & M. Thaut, *The Oxford Handbook of Music Psychology*. United Kingdom: Oxford University Press.

Thompson, G., McFerran, K., & Gold, C. (2013). Family-centred music therapy to promote social engagement in young children with severe autism spectrum disorder: a randomized controlled study. *Child: care, health and development*, 1-13.

Tomlinson, T., Derrington, P., & Oldfield, A. A. (2012). *Music Therapy in Schools, Working with Children in all Ages in Mainstream and Special Education*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley.

Trondalen, G., & Bonde, L. (2012). Music Therapy: Models and Interventions. Em R. Macdonal, G. Kreutz, & L. Mitchell, *Music, Health & WellBeing*. United States: Oxford University Press.

- Watson, T. (2007). *Music Therapy with Adults with Learning Disabilities*. Londres: Routledge.
- Wheeler, B. L. (2012). Developments in Music Therapy Practice: Case Study Perspectives. . *Journal of Music Therapy* .
- Wigram, T. (2004). *Improvisation, Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. Jessica Kingsley Publishers.
- Wigram, T., & Gold, C. (2006). Music Therapy in the assessment and treatment of autistic spectrum disorder: clinical application and research evidence. *Child: care, health and development*, 32, 535-542.
- Wigram, T., Pedersen, L., & Bonde, L. (2002). *A Comprehensive Guide To Music Therapy*. London: Jessica Kingsley Publishers, Ltd.
- World Federation of Music Therapy. (2011). *What is Music Therapy?* Obtido de http://musictherapyworld.net/WFMT/About_WFMT.html.
- Worley, J., & Matson, J. (2011). Psychiatric symptoms in children diagnosed with an Autism Spectrum Disorder: an examination of gender differences. *Autism Spectrum Disorders*, 1086-1091.

APÊNDICES

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A - Folheto apresentado à equipa

Apêndice B - Power Point apresentado à equipa

APÊNDICE A

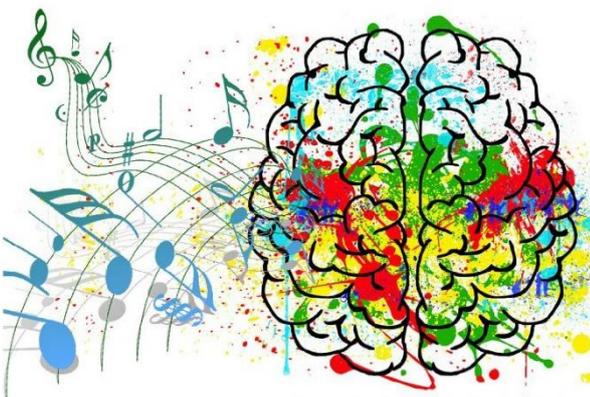
Folheto apresentado à equipa

Musicoterapia

O que é?

"Musicoterapia é a utilização da música e/ou dos seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) por um musicoterapeuta qualificado, com um cliente ou grupo, num processo de facilitação e promoção da comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas"

(Federação Mundial de Musicoterapia, 1996)



A quem se destina?

A musicoterapia destina-se a trabalhar com todas as pessoas (crianças, jovens, adultos e idosos) que necessitem de terapia.



Quem é o Musicoterapeuta?

O Musicoterapeuta é um terapeuta com formação superior e específica em musicoterapia.

O principal objetivo é facilitar o desenvolvimento e o funcionamento do cliente, colaborando e participando na experiência e vivência, que advém da relação e das atividades musicais.



As sessões...

São planeadas para os indivíduos e/ou grupos com base nas necessidades dos mesmos, utilizando a improvisação sonoro-musical, audição receptiva sonoro-musical, escrita de canções, discussão lírica, musical e imaginária, a prática musical, e a aprendizagem através da música



Fonte Associação Portuguesa de Musicoterapia

APÊNDICE B

Power Point apresentado à equipa

Musicoterapia

Orientadora de estágio: Dr^a Manuela Baptista
Supervisora de estágio: Professora Doutora Susana Jiménez
Estagiária de musicoterapia Catarina Mateus

Universidade Lusíada de Lisboa
Mestrado em Musicoterapia



O que é a Musicoterapia?

Utilização da música e/ou dos seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) por um musicoterapeuta qualificado

Pode atuar em qualquer fase de vida desde a fase pré-natal até aos cuidados terminais

Promove a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes

Alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas

O Musicoterapeuta

- ▶ É um profissional com formação específica, com a conclusão do mestrado em Musicoterapia
- ▶ Através de respostas musicais, avalia o bem-estar físico e emocional, o funcionamento social, competências de comunicação, cognitivas e motoras
- ▶ Pretende facilitar o desenvolvimento e o funcionamento da criança, colaborando e participando na experiência através de atividades musicais
- ▶ Pode decidir realizar sessões individuais ou em grupo tendo em conta as necessidades do utente
- ▶ Recorre a várias técnicas de intervenção tais como: improvisação sonoro-musical, audição receptiva sonoro-musical, recriação de canções, diálogos musicais, entre outras
- ▶ Participa em equipas multidisciplinares, realizando avaliações contínuas e articulando com a restante equipa

Áreas de atuação

- Perturbações do neurodesenvolvimento
- Multideficiências
- Reabilitação neurológica e biopsicossocial
- Saúde mental
- Pedopsiquiatria
- Psiquiatria e gerontologia
- Prevenção, recuperação de funções ou minimização de perda de competências
- Pessoas sem patologia associada que apresentam como objetivo desenvolver competências e necessidades, por exemplo no domínio social, emocional, cognitivo, comunicativo entre outros.

Musicoterapia na Intervenção Precoce

A musicoterapia e a estimulação através da música pode trazer muitas vantagens para a criança, para os pais, e consequentemente, para a relação entre ambos (Bieleinik, Ghetti e Gold, 2016)

Pode ser efetiva em cinco fatores

- modulação atencional ou fator de atenção
- modulação emocional ou fator emocional
- modulação cognitiva ou fator cognitivo
- modulação comportamental ou fator comportamental
- modulação comunicativa ou fator interpessoal (Soria-Urios, Duque e García-Moreno, 2011)

A intervenção neste contexto está associada a um trabalho em equipa, com práticas centradas na família, sempre com base nas rotinas e contextos naturais da criança

ANEXOS

LISTA DE ANEXOS

- Anexo A** - Folha de registo de critérios de prioridade do SNIPI
- Anexo B** - História sonora musical (adaptada de Benenzon)
- Anexo C** - Escala de avaliação Individualized Music Therapy Assessment Profile (IMTAP)
- Anexo D** - Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff Robbins
- Anexo E** - Pedido de autorização para registo vídeo das intervenções
- Anexo F** - Declaração de autorização do registo vídeo das intervenções

ANEXO A

Folha de registo de critérios de prioridade do SNIPI



Subcomissão de Coordenação Regional de Lisboa e Vale do Tejo

Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

FOLHA DE REGISTO DE CRITÉRIOS DE PRIORIDADE

ELI:

Nome da criança:

Data da Reunião da ELI:

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE	PONTUAÇÃO	
Idade	0<6 meses	5
	6<12 meses	4
	1<2 anos	3
	2<3 anos	2
	3<6 anos	1
	>6 anos	0
Integração em contexto educativo (Creche/II)	Não Integrado	1
	Integrado	0
Acompanhamento por outrem que não ELI (outros técnicos/Instituições)	Não	1
	Sim	0
Critérios de elegibilidade	Risco biológico e sócio-ambiental	1
	Condições estabelecidas	0
Total de pontuação obtida		

Nota: Máximo 8 pontos

Critérios de prioridade: **Muito Urgente** 7 e 8 pontos

Urgente 5 e 6 pontos

Pouco Urgente 3 e 4 pontos

Nada Urgente 1 e 2 pontos

Quando houver situações com igual pontuação, priorizar a data de entrada mais antiga do pedido na ELI.

Subcomissão de Coordenação Regional LVT
 Av. dos Estados Unidos da América, 39 - 9º
 1749-062 Lisboa
 ☎ 21 842 06 66 Fax: 21 824 07 53

ANEXO B

História sonoro musical (adaptada de Benenzon)



Ficha de Avaliação da História Sonoro – Musical

Dados da criança	
Nome da criança:	
Idade:	
Naturalidade:	
Data de nascimento:	
Jardim de infância em que está inserido(a):	

Dados dos pais	
Nome do pai:	
Profissão do pai:	
Nome da mãe:	
Profissão da mãe :	

1→ Sobre a gravidez...

1.1 - Qual era o ambiente sonoro ao longo da gestação?

2→ Sobre o seu filho(a)...

2.1 - Teve alguma canção de embalar? Se sim, qual foi?

2.2 – Gosta de música? Se sim, que músicas costuma ouvir?



2.3 – Com que frequência ouve música?

2.4 – Tem alguma música favorita que gosta de ouvir ou que lhe cantem?

2.5 – Há alguma música que o seu filho não goste/rejeite?

2.6 – Há alguma música ou estilo musical que o seu filho mostre indiferença?

2.7 – Tem algum contacto com instrumentos musicais? Se sim, quais?

2.8 – Há algum em específico que goste mais de ouvir ou tocar? Se sim, porque acha que isso acontece?

3 → Sobre a família...

3.1 – Alguém da família tem experiência musical? Se sim, quem é, e que instrumento toca?



3.2 – Há alguma música que gostem de cantar ou tocar em reuniões familiares?

3.3 – Há alguma música que não gostem e que não seja habitual ouvirem em casa?

4 → Sobre o ambiente sonoro em casa ...

4.1 – Que sons predominam na vossa casa?

4.2 – Quais os sons que mais gosta? E que tipo de reação tem ao ouvi-los?

4.3 – Quais os sons que rejeita? E que tipo de reação tem ao ouvi-los?

4.4 – Nota que existem alguns sons aos quais o seu filho fique indiferente? Se sim, quais?

ANEXO C

Escala de avaliação Individualized Music Therapy Assessment Profile (IMTAP)

IMTAP – Sensorial
 Nome do Paciente: _____ Data(s) da avaliação: _____
 Escala de Classificação:
 N = Nunca = 0% R = Raramente = Abaixo de 50% I = Inconsistente = 50–79% C = Consistente = 80–100%

A. Fundamentos							
i. Integra estímulos sensoriais de dois tipos nas atividades	N0	R1	I2	C3			
ii. Integra vários tipos de estímulo sensorial nas atividades	N0	R1	I2	C3			
<i>Total das Colunas:</i>							
<i>Some o total das colunas para calcular o escore bruto:</i>							
<i>Atividades/Notas</i>							

B. Tátil							
i. Busca pressão firme	C0	I1	R2	N3			
ii. Busca pressão suave	C0	I1	R2	N3			
iii. Tolera pressão firme	N0	R1	I2	C3			
iv. Tolera pressão suave	N0	R1	I2	C3			
v. Tolera manusear objetos leves	N0	R1	I2	C3			
vi. Tolera colocar bocal de instrumento nos lábios DC	N0	R1	I2	C3			
vii. Demonstra habilidade para iniciar/parar atividade tátil	N0	R1	I2	C3			
viii. Demonstra consciência ou responde a estímulo tátil	N0	R1	I2	C3			
ix. Permanece fisicamente acessível quando um instrumento é apresentado	N0	R1	I2	C3			
x. Segura instrumento ou baqueta por quatro segundos ou mais	N0	R1	I2	C3			
xi. Usa mão aberta para tocar instrumentos	N0	R1	I2	C3			
<i>Total das Colunas:</i>							
<i>Some o total das colunas para calcular o escore bruto:</i>							
<i>Atividades/Notas</i>							

C. Proprioceptivo							
i. Busca estímulo proprioceptivo	C0	I1	R2	N3			
ii. Tolera estímulo proprioceptivo	N0	R1	I2	C3			
iii. Demonstra habilidade para iniciar/parar atividade proprioceptiva	N0	R1	I2	C3			
iv. Integra tarefas proprioceptivas às atividades		N0	R2	I3	C4		
<i>Total das Colunas:</i>							
<i>Some o total das colunas para calcular o escore bruto:</i>							
<i>Atividades/Notas</i>							

D. Vestibular							
i. Busca estímulo vestibular	C0	I1	R2	N3			
ii. Tolera estímulo vestibular	N0	R1	I2	C3			
iii. Demonstra habilidade para iniciar/parar atividade vestibular	N0	R1	I2	C3			
iv. Demonstra habilidade para retornar à tarefa após distração vestibular com o auxílio de indicações		N0	R2	I3	C4		
v. Demonstra habilidade para retornar à tarefa após distração vestibular sem o auxílio de indicações		N0	R2	I3	C4		
<i>Total das Colunas:</i>							
<i>Some o total das colunas para calcular o escore bruto:</i>							
<i>Atividades/Notas</i>							

E. Visual							
i. Busca estímulo visual	C0	I1	R2	N3			
ii. Tolera estímulo visual	N0	R1	I2	C3			
iii. Demonstra habilidade para iniciar/parar atividade visual	N0	R1	I2	C3			
iv. Demonstra habilidade para retornar à tarefa após distração visual com o auxílio de indicações		N0	R2	I3	C4		
v. Demonstra consciência ou atende a estímulo visual	N0	R1	I2	C3			
vi. Mantém o olhar em objeto ou pessoa por tempo apropriado	N0	R1	I2	C3			

vii. Demonstra habilidade para retornar à tarefa após distração visual sem o auxílio de indicações		N0	R2	I3	C4			
<i>Total das Colunas:</i>								
<i>Some o total das colunas para calcular o escore bruto:</i>								
<i>Atividades/Notas</i>								

F. Auditivo								<i>n/a</i> <input type="checkbox"/>
i. Busca estímulo auditivo	C0	I1	R2	N3				
ii. Demonstra consciência do som vs. silêncio <i>DC</i>	N0	R1	I2	C3				
iii. Tolerar estímulo auditivo	N0	R1	I2	C3				
iv. Tolerar uma variedade de sons	N0	R1	I2	C3				
v. Demonstra habilidade para iniciar/parar atividade auditiva	N0	R1	I2	C3				
vi. Demonstra consciência ou atende a estímulo auditivo	N0	R1	I2	C3				
vii. Demonstra habilidade para retornar à tarefa após distração auditiva com o auxílio de indicações	N0	R1	I2	C3				
viii. Demonstra habilidade para retornar à tarefa após distração auditiva sem o auxílio de indicações		N0	R2	I3	C4			
<i>Total das Colunas:</i>								
<i>Some o total das colunas para calcular o escore bruto:</i>								
<i>Atividades/Notas</i>								

Resumo				
Sub-domínio	n/a	Escore Bruto	Possível	Escore Final
A. Fundamentos			÷ 6 =	%
B. Tátil			÷ 33 =	%
C. Proprioceptivo			÷ 13 =	%
D. Vestibular			÷ 16 =	%
E. Visual			÷ 22 =	%
F. Auditivo			÷ 25 =	%
Total do domínio (Sensorial)			÷ =	%

DC= habilidades em domínio-cruzado

IMTAP - Comunicação Receptiva/Percepção Auditiva

Nome do Paciente: _____

Data(s) da avaliação: _____

Escala de Classificação:

N = Nunca = 0%

R = Raramente = Abaixo de 50%

I = Inconsistente = 50-79%

C = Consistente = 80-100%

A. Fundamentos							
i. Demonstra consciência do som vs. silêncio <i>DC</i>	N0	R1	I2	C3			
ii. Vira a cabeça em direção à fonte sonora	N0	R1	I2	C3			
iii. Dirige o olhar à fonte sonora	N0	R1	I2	C3			
iv. Distingue dois sons diferentes	N0	R1	I2	C3			
v. Imita motivos musicais simples		N0	R2	I3	C4		
<i>Total das Colunas:</i>							
<i>Some o total das colunas para calcular o escore bruto:</i>							
<i>Atividades/Notas</i>							

B. Seguindo instruções							
i. Segue instrução verbal envolvendo uma ação <i>DC</i>	N0	R1	I2	C3			n/a <input type="checkbox"/>
ii. Segue instrução verbal envolvendo duas ações <i>DC</i>		N0	R2	I3	C4		
iii. Segue indicações musicais simples <i>DC</i>		N0	R2	I3	C4		
<i>Total das Colunas:</i>							
<i>Some o total das colunas para calcular o escore bruto:</i>							
<i>Atividades/Notas</i>							

C. Mudanças musicais							
i. Demonstra consciência de grandes mudanças no andamento <i>DC</i>	N0	R1	I2	C3			n/a <input type="checkbox"/>
ii. Demonstra consciência de grandes mudanças na altura (frequência)	N0	R1	I2	C3			
iii. Demonstra consciência de grandes mudanças na dinâmica <i>DC</i>	N0	R1	I2	C3			
iv. Demonstra consciência de mudanças no ritmo			N0	R3	I4	C5	
v. Demonstra consciência de mudanças na intensidade/ânimo			N0	R3	I4	C5	
vi. Toca melodicamente na tonalidade da improvisação			N0	R3	I4	C5	
vii. Toca no tom apropriado sem o auxílio de indicações				N0	R4	I5	C6
<i>Total das Colunas:</i>							
<i>Some o total das colunas para calcular o escore bruto:</i>							
<i>Atividades/Notas</i>							

D. Cantando/Vocalizando							
i. Vocaliza em resposta a estímulo auditivo	N0	R1	I2	C3			n/a <input type="checkbox"/>
ii. Vocaliza em resposta à fala do terapeuta	N0	R1	I2	C3			
iii. Vocaliza em resposta ao canto do terapeuta	N0	R1	I2	C3			
iv. Vocaliza em resposta a instrumentos com altura indefinida	N0	R1	I2	C3			
v. Vocaliza em resposta a instrumentos com altura definida	N0	R1	I2	C3			
vi. Vocaliza em resposta a uma linguagem/estilo musical específico <i>DC</i>	N0	R1	I2	C3			
vii. Vocalizações inconscientes na tonalidade <i>DC</i>	N0	R1	I2	C3			
viii. Canta no tom com o terapeuta		N0	R2	I3	C4		
ix. Vocaliza em pausa musical fornecida		N0	R2	I3	C4		
x. Imita intervalo musical descendente maior que 2M		N0	R2	I3	C4		
xi. Imita intervalo musical ascendente maior que 2M		N0	R2	I3	C4		
xii. Canta alturas de uma melodia com precisão <i>DC</i>		N0	R2	I3	C4		
xiii. Imita motivos musicais descendentes em intervalos iguais ou menores que 2M			N0	R3	I4	C5	
xiv. Imita motivos musicais ascendentes em intervalos iguais ou menores que 2M			N0	R3	I4	C5	
<i>Total das Colunas:</i>							
<i>Some o total das colunas para calcular o escore bruto:</i>							
<i>Atividades/Notas</i>							

E. Ritmo							
i. Toca 1-4 compassos no andamento do terapeuta <i>DC</i>		N0	R2	I3	C4		n/a <input type="checkbox"/>
ii. Imita padrão rítmico simples <i>DC</i>		N0	R2	I3	C4		

iii. Imita padrão rítmico intermediário <i>DC</i>		N0	R2	I3	C4		
<i>Total das Colunas:</i>							
<i>Some o total das colunas para calcular o escore bruto:</i>							
<i>Atividades/Notas</i>							

Resumo

<i>Sub-domínio</i>	<i>n/a</i>	<i>Escore Bruto</i>	<i>Possível</i>	<i>Escore Final</i>
A. Fundamentos			÷ 16 =	%
B. Seguindo Instruções			÷ 11 =	%
C. Mudanças musicais			÷ 30 =	%
D. Cantando/Vocalizando			÷ 51 =	%
E. Ritmo			÷ 12 =	%
<i>Total do domínio (Comunicação Receptiva/Percepção Auditiva)</i>			÷ =	%

DC= habilidades em domínio-cruzado

IMTAP - Comunicação Expressiva

Nome do Paciente: _____

Data(s) da avaliação: _____

Escala de Classificação:

N = Nunca = 0%

R = Raramente = Abaixo de 50%

I = Inconsistente = 50-79%

C = Consistente = 80-100%

A. Fundamentos							
i. Tenta se comunicar	N0	R1	I2	C3			
ii. Comunica-se sem frustração	N0	R1	I2	C3			
iii. Comunica necessidades e desejos	N0	R1	I2	C3			
iv. Comunica idéias e conceitos		N0	R2	I3	C4		
v. Comunica conteúdo emocional ou desenvolvimento de idéia				N0	R4	I5	C6
<i>Total das Colunas:</i>							
<i>Some o total das colunas para calcular o escore bruto:</i>							
<i>Atividades/Notas</i>							

B. Comunicação não vocal							
<i>N/A se escolha do paciente é modo de comunicação vocal/verbal</i>							
i. Conduz ou move o terapeuta como meio de comunicação	N0	R1	I2	C3			
ii. Gesticula	N0	R1	I2	C3			
iii. Combina gestos com condução/movimentação do terapeuta	N0	R1	I2	C3			
iv. Combina gestos com vocalização	N0	R1	I2	C3			
<i>Total das Colunas:</i>							
<i>Some o total das colunas para calcular o escore bruto:</i>							
<i>Atividades/Notas</i>							

C. Vocalizações							
<i>N/A se a escolha do paciente é modo de comunicação não vocal</i>							
i. Vocalizações são de qualidade tonal clara	N0	R1	I2	C3			
ii. Vocalizações são de volume apropriado	N0	R1	I2	C3			
iii. Vocalizações estão em extensão apropriada de altura	N0	R1	I2	C3			
iv. Vocalizações têm duração de uma frase com duas ou três palavras		N0	R2	I3	C4		
v. Vocalizações têm duração de uma frase com três ou mais palavras		N0	R2	I3	C4		
<i>Total das Colunas:</i>							
<i>Some o total das colunas para calcular o escore bruto:</i>							
<i>Atividades/Notas</i>							

D. Vocalizações espontâneas							
i. Vocaliza com o terapeuta	N0	R1	I2	C3			
ii. Vocalizações são do tipo não imitativo	N0	R1	I2	C3			
iii. Vocalizações são intencionalmente imitativas	N0	R1	I2	C3			
<i>Total das Colunas:</i>							
<i>Some o total das colunas para calcular o escore bruto:</i>							
<i>Atividades/Notas</i>							

E. Verbalizações							
<i>N/A se a escolha do paciente é modo de comunicação não vocal</i>							
i. Verbalizações são inteligíveis	N0	R1	I2	C3			
ii. Verbaliza palavras isoladas	N0	R1	I2	C3			
iii. Verbalizações têm duração de uma frase com duas ou três palavras		N0	R2	I3	C4		
iv. Verbalizações têm duração de uma frase com três ou mais palavras		N0	R2	I3	C4		
<i>Total das Colunas:</i>							
<i>Some o total das colunas para calcular o escore bruto:</i>							
<i>Atividades/Notas</i>							

F. Comunicação relacional							
i. Responde a perguntas fechadas (sim/não) DC	N0	R1	I2	C3			

ii. Responde a perguntas binárias		N0	R2	I3	C4		
iii. Participa em conversação recíproca simples		N0	R2	I3	C4		
iv. Inicia conversação apropriada à situação		N0	R2	I3	C4		
v. Faz perguntas apropriadamente		N0	R2	I3	C4		
vi. Responde a questões abertas		N0	R2	I3	C4		
<i>Total das Colunas:</i>							
<i>Some o total das colunas para calcular o escore bruto:</i>							
<i>Atividades/Notas</i>							

G. Idiosincrasias vocais							n/a <input type="checkbox"/>
<i>Note inversão da escala de classificação através desta seção</i>							
i. Vocalizações contêm inflexões de balbucios/jargões	C0	I1	R2	N3			
ii. Vocalizações são ecológicas	C0	I1	R2	N3			
iii. Vocalizações são inconscientes	C0	I1	R2	N3			
iv. Vocalizações são atrasadas	C0	I1	R2	N3			
v. Vocalizações são entrecortadas ou tem ritmo irregular	C0	I1	R2	N3			
vi. Vocalizações são roteirizadas	C0	I2	R3	N4			
<i>Total das Colunas:</i>							
<i>Some o total das colunas para calcular o escore bruto:</i>							
<i>Atividades/Notas</i>							

Resumo				
Sub-domínio	n/a	Escore Bruto	Possível	Escore Final
A. Fundamentos			÷ 19 =	%
B. Comunicação não vocal			÷ 12 =	%
C. Vocalizações			÷ 17 =	%
D. Vocalizações Espontâneas			÷ 9 =	%
E. Verbalizações			÷ 14 =	%
F. Comunicação Relacional			÷ 23 =	%
G. Idiosincrasias Vocais			÷ 19 =	%
Total do domínio (Comunicação Expressiva)			÷ =	%

DC= habilidades em domínio-cruzado

IMTAP – Cognitivo

Nome do Paciente: _____

Data(s) da avaliação: _____

Escala de Classificação:

N = Nunca = 0%

R = Raramente = Abaixo de 50%

I = Inconsistente = 50–79%

C = Consistente = 80–100%

A. Fundamentos							
i. Sustenta a atenção durante toda a atividade <i>DC</i>	N0	R1	I2	C3			
ii. Procura por objeto escondido ou deixado de lado	N0	R1	I2	C3			
iii. Demonstra entendimento das regras e estruturas <i>DC</i>		N0	R2	I3	C4		
<i>Total das Colunas:</i>							
<i>Some o total das colunas para calcular o escore bruto:</i>							
<i>Atividades/Notas</i>							

B. Tomada de decisão							
i. Responde a perguntas fechadas (sim/não) <i>DC</i>	N0	R1	I2	C3			<i>n/a</i> <input type="checkbox"/>
ii. Escolhe entre duas opções concretas apresentadas	N0	R1	I2	C3			
iii. Escolhe entre três opções concretas apresentadas		N0	R2	I3	C4		
iv. Responde a questões binárias abstratas		N0	R2	I3	C4		
v. Faz escolhas sem a necessidade de solicitações		N0	R2	I3	C4		
<i>Total das Colunas:</i>							
<i>Some o total das colunas para calcular o escore bruto:</i>							
<i>Atividades/Notas</i>							

C. Seguindo Instruções							
i. Segue instrução verbal envolvendo uma ação <i>DC</i>	N0	R1	I2	C3			<i>n/a</i> <input type="checkbox"/>
ii. Segue instrução verbal envolvendo duas ações <i>DC</i>		N0	R2	I3	C4		
iii. Segue indicações musicais simples <i>DC</i>		N0	R2	I3	C4		
<i>Total das Colunas:</i>							
<i>Some o total das colunas para calcular o escore bruto:</i>							
<i>Atividades/Notas</i>							

D. Recordação de curto prazo/Sequenciamento							
i. Recorda novas informações apresentadas durante a atividade	N0	R1	I2	C3			
ii. Sequencia dois objetos durante a atividade	N0	R1	I2	C3			
iii. Sequencia três objetos durante a atividade			N0	R3	I4	C5	
<i>Total das Colunas:</i>							
<i>Some o total das colunas para calcular o escore bruto:</i>							
<i>Atividades/Notas</i>							

E. Recordação de longo prazo							
<i>Avaliado somente se o paciente é visto por mais de uma sessão</i>							
i. Recorda o nome do terapeuta		N0	R2	I3	C4		
ii. Recorda os nomes dos instrumentos		N0	R2	I3	C4		
iii. Recorda as funções dos instrumentos		N0	R2	I3	C4		
iv. Demonstra consciência da rotina musicoterapêutica		N0	R2	I3	C4		
v. Solicita atividades/canções anteriormente apresentadas		N0	R2	I3	C4		
vi. Canta letras de música corretamente sem indicações visuais/auditivas			N0	R3	I4	C5	
vii. Toca acompanhamento simples sem indicações visuais/auditivas			N0	R3	I4	C5	
viii. Toca acompanhamento intermediário sem indicações visuais/auditivas				N0	R4	I5	C6
ix. Toca acompanhamento avançado sem indicações visuais/auditivas				N0	R4	I5	C6
<i>Total das Colunas:</i>							
<i>Some o total das colunas para calcular o escore bruto:</i>							
<i>Atividades/Notas</i>							

F. Acadêmicas							
							<i>n/a</i> <input type="checkbox"/>

i. Equipara três cores		N0	R2	I3	C4			
ii. Equipara três símbolos		N0	R2	I3	C4			
iii. Identifica três cores			N0	R3	I4	C5		
iv. É estimulado a completar ou iniciar tarefa a partir de símbolos escritos			N0	R3	I4	C5		
v. Lê cifras de acordes simples			N0	R3	I4	C5		
vi. Demonstra entendimento de conceitos numéricos 1 – 6			N0	R3	I4	C5		
vii. Identifica letras A – G			N0	R3	I4	C5		
viii. Toca acompanhamento simples usando cifras de acordes <i>DC</i>			N0	R3	I4	C5		
ix. Toca melodia simples usando letras escritas como indicações			N0	R3	I4	C5		
x. Lê letras de música				N0	R4	I5	C6	
xi. Demonstra habilidade para escrever letras de música				N0	R4	I5	C6	
xii. Lê notação em clave de sol <i>DC</i>				N0	R4	I5	C6	
xiii. Lê notação em clave de fá <i>DC</i>				N0	R4	I5	C6	
xiv. Lê em clave de sol e fá juntas				N0	R4	I5	C6	
xv. Transcreve idéias musicais usando símbolos ou notação <i>DC</i>				N0	R4	I5	C6	
<i>Total das Colunas:</i>								
<i>Some o total das colunas para calcular o escore bruto:</i>								
<i>Atividades/Notas</i>								

Resumo

<i>Sub-domínio</i>	<i>n/a</i>	<i>Escore Bruto</i>	<i>Possível</i>	<i>Escore Final</i>
A. Fundamentos			÷ 10 =	%
B. Tomada de decisão			÷ 18 =	%
C. Seguindo Instruções			÷ 11 =	%
D. Recordação de curto prazo/Seqüenciamento			÷ 11 =	%
E. Recordação de longo prazo			÷ 42 =	%
F. Acadêmicas			÷ 79 =	%
Total do domínio (Cognitivo)			÷ =	%

DC= habilidades em domínio-cruzado

IMTAP – Emocional
Nome do Paciente: _____ **Data(s) da avaliação:** _____
 Escala de Classificação: N = Nunca = 0% R = Raramente = Abaixo de 50% I = Inconsistente = 50–79% C = Consistente = 80–100%

A. Fundamentos							
i. Demonstra variedade de sentimentos		N0	R2	I3	C4		
ii. Demonstra sentimentos apropriadamente		N0	R2	I3	C4		
<i>Total das Colunas:</i>							
<i>Some o total das colunas para calcular o escore bruto:</i>							
<i>Atividades/Notas</i>							

B. Diferenciação/Expressão							
i. Expressa emoções apropriadas às circunstâncias		N0	R2	I3	C4		
ii. Expressa emoções utilizando instrumentos			N0	R3	I4	C5	
iii. Expressa emoções verbalmente			N0	R3	I4	C5	
iv. Demonstra sensibilidade emocional para componentes musicais				N0	R4	I5	C6
<i>Total das Colunas:</i>							
<i>Some o total das colunas para calcular o escore bruto:</i>							
<i>Atividades/Notas</i>							

C. Regulação							
i. Tolerar situação musicoterapêutica sem sofrimento		N0	R1	I2	C3		
ii. Acalma-se com apoio musical/verbal/físico		N0	R1	I2	C3		
iii. Tolerar transições entre atividades		N0	R1	I2	C3		
iv. Auto-regula-se dentro de uma atividade			N0	R2	I3	C4	
v. Estados emocionais flutuam apropriadamente			N0	R2	I3	C4	
vi. Permanece regulado quando limites são estabelecidos			N0	R2	I3	C4	
<i>Total das Colunas:</i>							
<i>Some o total das colunas para calcular o escore bruto:</i>							
<i>Atividades/Notas</i>							

D. Auto-conhecimento							
i. Demonstra reconhecimento de estados emocionais				N0	R4	I5	C6
ii. Demonstra habilidade para explorar estados emocionais				N0	R4	I5	C6
iii. Demonstra habilidade para discutir estados emocionais				N0	R4	I5	C6
iv. Inicia conteúdo emocional apropriadamente				N0	R4	I5	C6
v. Demonstra desejo de melhorar a si próprio ou circunstâncias de sua vida				N0	R4	I5	C6
<i>Total das Colunas:</i>							
<i>Some o total das colunas para calcular o escore bruto:</i>							
<i>Atividades/Notas</i>							

Resumo				
<i>Sub-domínio</i>	<i>n/a</i>	<i>Escore Bruto</i>	<i>Possível</i>	<i>Escore Final</i>
A. Fundamentos			÷ 8 =	%
B. Diferenciação/Expressão			÷ 20 =	%
C. Regulação			÷ 21 =	%
D. Auto-conhecimento			÷ 30 =	%
Total do domínio (Emocional)			÷ =	%

DC= habilidades em domínio-cruzado

IMTAP – Social

Nome do Paciente: _____

Data(s) da avaliação: _____

Escala de Classificação:

N = Nunca = 0%

R = Raramente = Abaixo de 50%

I = Inconsistente = 50–79%

C = Consistente = 80–100%

A. Fundamentos							
i. Reage ao uso do próprio nome	N0	R1	I2	C3			
ii. Demonstra consciência da presença do terapeuta	N0	R1	I2	C3			
iii. Demonstra interesse nas atividades apresentadas	N0	R1	I2	C3			
iv. Demonstra atenção compartilhada	N0	R1	I2	C3			
v. Interage apropriadamente com o terapeuta	N0	R1	I2	C3			
vi. Usa saudação socialmente apropriada	N0	R1	I2	C3			
vii. Usa despedida socialmente apropriada	N0	R1	I2	C3			
viii. Usa contato visual socialmente apropriado	N0	R1	I2	C3			
ix. Referencia-se socialmente nos outros	N0	R1	I2	C3			
x. Demonstra entendimento das regras e estruturas DC		N0	R2	I3	C4		
xi. Demonstra consciência do espaço físico apropriado		N0	R2	I3	C4		
xii. Demonstra confiança na situação musicoterapêutica		N0	R2	I3	C4		
<i>Total das Colunas:</i> █ █ █ █ █ █ █ █							
<i>Some o total das colunas para calcular o escore bruto:</i> █ █ █ █ █ █ █ █							
<i>Atividades/Notas</i>							

B. Participação								n/a <input type="checkbox"/>
i. Entra na sala com o mínimo de solicitações	N0	R1	I2	C3				
ii. Permanece na sala durante toda a sessão	N0	R1	I2	C3				
iii. Tenta realizar novas tarefas quando tem oportunidade	N0	R1	I2	C3				
iv. Inicia nova atividade quando tem oportunidade	N0	R1	I2	C3				
v. Tolerar transições entre atividades	N0	R1	I2	C3				
vi. Participa de atividades estruturadas		N0	R2	I3	C4			
vii. É flexível no desenvolvimento das atividades		N0	R2	I3	C4			
viii. Prolonga atividades apropriadamente			N0	R3	I4	C5		
ix. Trabalha em direção a metas identificadas na sessão				N0	R4	I5	C6	
<i>Total das Colunas:</i> █ █ █ █ █ █ █ █								
<i>Some o total das colunas para calcular o escore bruto:</i> █ █ █ █ █ █ █ █								
<i>Atividades/Notas</i>								

C. Tomada de turnos								n/a <input type="checkbox"/>
i. Antecipa a própria vez adequadamente	N0	R1	I2	C3				
ii. Aguarda pela vez		N0	R2	I3	C4			
iii. Sustenta a tomada de turnos com o auxílio de indicações		N0	R2	I3	C4			
iv. Solicita a vez quando apropriado		N0	R2	I3	C4			
v. Sustenta a tomada de turnos sem o auxílio de indicações			N0	R3	I4	C5		
<i>Total das Colunas:</i> █ █ █ █ █ █ █ █								
<i>Some o total das colunas para calcular o escore bruto:</i> █ █ █ █ █ █ █ █								
<i>Atividades/Notas</i>								

D. Atenção								n/a <input type="checkbox"/>
i. Sustenta a atenção durante toda a atividade DC	N0	R1	I2	C3				
ii. Demonstra atenção sustentada ao terapeuta	N0	R1	I2	C3				
iii. Retorna à atividade após distração com o auxílio de indicações	N0	R1	I2	C3				
iv. Retorna à atividade após distração sem o auxílio de indicações		N0	R2	I3	C4			
<i>Total das Colunas:</i> █ █ █ █ █ █ █ █								
<i>Some o total das colunas para calcular o escore bruto:</i> █ █ █ █ █ █ █ █								
<i>Atividades/Notas</i>								

E. Seguindo Instruções								n/a <input type="checkbox"/>
i. Segue instrução verbal envolvendo uma ação DC	N0	R1	I2	C3				

ii. Segue instrução verbal envolvendo duas ações DC		N0	R2	I3	C4		
iii. Segue indicações musicais simples DC		N0	R2	I3	C4		
<i>Total das Colunas:</i>							
<i>Some o total das colunas para calcular o escore bruto:</i>							
<i>Atividades/Notas</i>							

F. Habilidades de Relacionamento							n/a <input type="checkbox"/>
i. Tolera interação direta		N0	R1	I2	C3		
ii. Tolera redirecionamento		N0	R1	I2	C3		
iii. Tolera contato musical		N0	R1	I2	C3		
iv. Toca em paralelo com terapeuta			N0	R2	I3	C4	
v. Toca em imitação ao terapeuta			N0	R2	I3	C4	
vi. Sustenta interação musical			N0	R2	I3	C4	
vii. Sustenta comunicação bidirecional			N0	R2	I3	C4	
viii. Trabalha cooperativamente com o terapeuta			N0	R2	I3	C4	
ix. Demonstra flexibilidade em atividades musicais interativas				N0	R3	I4	C5
x. Demonstra flexibilidade em relação a estruturas interativas conhecidas				N0	R3	I4	C5
xi. Pode assumir função de liderança na atividade				N0	R3	I4	C5
xii. Move-se entre habilidades independentes e interdependentes				N0	R3	I4	C5
xiii. É capaz de explorar relações sociais externas				N0	R4	I5	C6
<i>Total das Colunas:</i>							
<i>Some o total das colunas para calcular o escore bruto:</i>							
<i>Atividades/Notas</i>							

Resumo

Sub-domínio	n/a	Escore Bruto	Possível	Escore Final
A. Fundamentos			÷ 39 =	%
B. Participação			÷ 34 =	%
C. Tomada de turnos			÷ 20 =	%
D. Atenção			÷ 13 =	%
E. Seguindo Instruções			÷ 11 =	%
F. Habilidades de Relacionamento			÷ 55 =	%
Total do domínio (Social)			÷ =	%

DC= habilidades em domínio-cruzado

IMTAP – Musicalidade

Nome do Paciente: _____ Data(s) da avaliação: _____
 Escala de Classificação: _____
 N = Nunca = 0% R = Raramente = Abaixo de 50% I = Inconsistente = 50-79% C = Consistente = 80-100%

A. Fundamentos							
i. E alertado pela música	N0	R1	I2	C3			
ii. Manifesta prazer com a música	N0	R1	I2	C3			
iii. Indica desejo de tocar/ter contato com instrumentos	N0	R1	I2	C3			
iv. Toca instrumento quando apresentado	N0	R1	I2	C3			
v. Explora instrumentos	N0	R1	I2	C3			
vi. Vocaliza em resposta à música	N0	R1	I2	C3			
vii. Move-se ritmicamente em resposta à música	N0	R1	I2	C3			
viii. Toca instrumentos espontaneamente	N0	R1	I2	C3			
ix. Canta espontaneamente		N0	R2	I3	C4		
x. Responde a indicações musicais simples		N0	R2	I3	C4		
xi. Engaja-se em atividade musical interativa		N0	R2	I3	C4		
xii. Regula-se com suporte musical		N0	R2	I3	C4		
<i>Total das Colunas:</i> █ █ █ █ █ █ █ █							
<i>Some o total das colunas para calcular o escore bruto:</i> █ █ █ █ █ █ █ █							
<i>Atividades/Notas</i>							

B. Andamento								<i>n/a</i> <input type="checkbox"/>	
i. Tolerar mudanças no andamento	N0	R1	I2	C3					
ii. Demonstra consciência de grandes mudanças no andamento <i>DC</i>	N0	R1	I2	C3					
iii. Movimentos corporais inconscientes no andamento <i>DC</i>	N0	R1	I2	C3					
iv. Movimentos corporais conscientes no andamento <i>DC</i>	N0	R1	I2	C3					
v. Toca 1-4 compassos no próprio andamento		N0	R2	I3	C4				
vi. Toca 1-4 compassos no andamento do terapeuta <i>DC</i>		N0	R2	I3	C4				
vii. Inicia mudanças no andamento		N0	R2	I3	C4				
viii. Adapta-se tocando para equiparar mudanças no andamento <i>DC</i>		N0	R2	I3	C4				
ix. Adapta-se tocando para seguir <i>accelerando</i>		N0	R2	I3	C4				
x. Sustenta tocar interativamente no próprio andamento		N0	R2	I3	C4				
xi. Sustenta tocar interativamente no andamento do terapeuta			N0	R3	I4	C5			
xii. Toca subdivisões de pulsação básica				N0	R4	I5	C6		
xiii. Adapta-se tocando para seguir <i>ritardando</i>				N0	R4	I5	C6		
<i>Total das Colunas:</i> █ █ █ █ █ █ █ █ █ █									
<i>Some o total das colunas para calcular o escore bruto:</i> █ █ █ █ █ █ █ █ █ █									
<i>Atividades/Notas</i>									

C. Ritmo								<i>n/a</i> <input type="checkbox"/>	
i. Imita padrão rítmico simples <i>DC</i>		N0	R2	I3	C4				
ii. Imita padrão rítmico intermediário <i>DC</i>		N0	R2	I3	C4				
iii. Bate padrão rítmico de melodia ou palavras			N0	R3	I4	C5			
iv. Sustenta imitação de padrões rítmicos variados			N0	R3	I4	C5			
v. Altera padrões rítmicos em resposta à música				N0	R4	I5	C6		
vi. Coordena dois padrões rítmicos diferentes				N0	R4	I5	C6		
vii. Inicia diferentes padrões rítmicos durante a tomada de turnos				N0	R4	I5	C6		
viii. Inicia estruturas rítmicas envolvendo vários padrões				N0	R4	I5	C6		
ix. Desenvolve estruturas rítmicas envolvendo vários padrões				N0	R4	I5	C6		
x. Sustenta padrões rítmicos iniciados por si mesmo				N0	R4	I5	C6		
xi. Adapta-se tocando para equiparar mudanças no ritmo <i>DC</i>				N0	R4	I5	C6		
<i>Total das Colunas:</i> █ █ █ █ █ █ █ █ █ █									
<i>Some o total das colunas para calcular o escore bruto:</i> █ █ █ █ █ █ █ █ █ █									
<i>Atividades/Notas</i>									

D. Dinâmica								<i>n/a</i> <input type="checkbox"/>	
i. Demonstra consciência de grandes mudanças na dinâmica <i>DC</i>	N0	R1	I2	C3					
ii. Tolerar mudanças na dinâmica	N0	R1	I2	C3					

iii. Demonstra variedade de dinâmicas ao tocar		N0	R2	I3	C4			
iv. Inicia mudanças na dinâmica		N0	R2	I3	C4			
v. Segue indicação para mudança na dinâmica		N0	R2	I3	C4			
vi. Adapta-se tocando em <i>crescendo</i>		N0	R2	I3	C4			
vii. Adapta-se tocando em <i>diminuendo</i>			N0	R3	I4	C5		
viii. Demonstra controle do <i>crescendo</i>				N0	R4	I5	C6	
ix. Demonstra controle do <i>diminuendo</i>				N0	R4	I5	C6	
x. Demonstra uso expressivo do <i>diminuendo/crescendo</i>				N0	R4	I5	C6	
<i>Total das Colunas:</i> █								
<i>Some o total das colunas para calcular o escore bruto:</i> █								
<i>Atividades/Notas</i>								

E. Vocal n/a <input type="checkbox"/>								
i. Vocalizações inconscientes na tonalidade <i>dc</i>		N0	R1	I2	C3			
ii. Vocaliza em resposta a uma linguagem/estilo musical específico <i>dc</i>		N0	R1	I2	C3			
iii. Vocalizações comunicativas na tonalidade da música			N0	R2	I3	C4		
iv. Vocaliza para completar frase de canção conhecida			N0	R2	I3	C4		
v. Canta no tom ou tonalidade			N0	R2	I3	C4		
vi. Canta alturas de uma melodia com precisão <i>dc</i>			N0	R2	I3	C4		
vii. Canta usando sensibilidade para componentes musicais				N0	R3	I4	C5	
viii. Canta em ronda (cânone)				N0	R4	I5	C6	
ix. Canta linha harmônica				N0	R4	I5	C6	
x. Canta expressando conteúdo e significado da letra da música				N0	R4	I5	C6	
xi. Cria improvisação lírica auto-expressiva				N0	R4	I5	C6	
xii. Cria e canta estrutura de canção própria				N0	R4	I5	C6	
<i>Total das Colunas:</i> █								
<i>Some o total das colunas para calcular o escore bruto:</i> █								
<i>Atividades/Notas</i>								

F. Ouvido Absoluto e Relativo n/a <input type="checkbox"/>								
i. Busca e toca sons isolados equiparando-os				N0	R3	I4	C5	
ii. Toca melodicamente na tonalidade da música				N0	R4	I5	C6	
iii. Identifica o nome da nota ou tom mediante indicação sonora				N0	R4	I5	C6	
iv. Inicia canção no tom original				N0	R4	I5	C6	
v. Toca melodia conhecida de ouvido				N0	R4	I5	C6	
vi. Muda o centro tonal para equiparar mudança na tonalidade				N0	R4	I5	C6	
vii. Transpõe música de ouvido				N0	R4	I5	C6	
<i>Total das Colunas:</i> █								
<i>Some o total das colunas para calcular o escore bruto:</i> █								
<i>Atividades/Notas</i>								

G. Criatividade e desenvolvimento de ideias musicais n/a <input type="checkbox"/>								
i. Cria melodia independentemente			N0	R2	I3	C4		
ii. Improvisa melodia para padrão rítmico apresentado			N0	R2	I3	C4		
iii. Atribui diferentes instrumentos para ideias ou imagens apresentadas			N0	R3	I4	C5		
iv. Atribui diferentes motivos musicais para ideias ou imagens apresentadas			N0	R3	I4	C5		
v. Cria música para poema ou história			N0	R3	I4	C5		
vi. Improvisa palavras para padrões rítmicos apresentados			N0	R3	I4	C5		
vii. Improvisa estrutura rítmica			N0	R3	I4	C5		
viii. Inicia motivo musical em atividade de chamada e resposta			N0	R3	I4	C5		
ix. Cria frase melódica com suporte harmônico			N0	R3	I4	C5		
x. Improvisa harmonia				N0	R4	I5	C6	
xi. Prolonga estrutura de canção conhecida por meio de improvisação				N0	R4	I5	C6	
xii. Cria estrutura completa de canção				N0	R4	I5	C6	
xiii. Transcreve ideias musicais usando símbolos ou notação <i>dc</i>				N0	R4	I5	C6	
xiv. Improvisa expressivamente usando componentes musicais				N0	R4	I5	C6	
xv. Improvisa em estilo musical reconhecível				N0	R4	I5	C6	
xvi. Improvisa em modo musical reconhecível				N0	R4	I5	C6	
xvii. Cria improvisação auto-expressiva				N0	R4	I5	C6	
<i>Total das Colunas:</i> █								
<i>Some o total das colunas para calcular o escore bruto:</i> █								
<i>Atividades/Notas</i>								

ANEXO D

Escala de Comunicabilidade Musical de Nordoff Robbins

Versão traduzida para o português brasileiro da Escala de Comunicabilidade Musical					
Criança:	Data de Nascimento:			Data:	Sessão:
Terapeuta:	Avaliador			Data da avaliação:	
Níveis de comunicabilidade	Modos de atividade				Avaliação total
	Instrumental	Vocal	Movimento corporal		
(7) Inteligência musical e habilidades funcionando livremente, competentemente e aparentemente comunicáveis. Entusiasmo para a criatividade musical.					
(6) Participação responsiva comunicativa firmemente estabelecida. Crescimento de autoconfiança musical. Independência em usar componentes rítmicos, melódicos e expressivos.					
(5) Sustentação de impulsos de resposta direcionada criando comunicação musical. Motivação musical aparecendo. Envolvimento aumentando.					
(4) Despertar da consciência musical. Percepção musical intermitente que se manifesta intencionalmente.					
(3) Respostas evocadas (ii): mais sustentadas e musicalmente relacionadas.					
(2) Respostas evocadas (i): fragmentadas, passageiras.					
(1) Nenhuma resposta musicalmente comunicativa.				Não ativo.	

ANEXO E

Pedido de autorização para registo vídeo das intervenções

Lisboa, ___ de _____ de _____

Ao Exm^o(^a) Sr(^a)

Caro(a) Senhor(a),

A instituição _____, onde o/a _____, sob representação legal de V^a Ex^a, está inserido acolhe este ano lectivo uma estagiária do curso de Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, cujo trabalho é orientado a partir da Universidade, por profissionais com formação especializada na área da Musicoterapia. Neste tipo de intervenção, é extremamente importante a gravação em vídeo das sessões, para que o trabalho do estagiário possa ser devidamente supervisionado pelos docentes da Universidade, uma vez que não será possível a deslocação dos docentes supervisores ao local onde o trabalho será desenvolvido pela estagiária.

Assim, vimos por este meio solicitar a sua autorização para que se possam efectuar registos vídeo/áudio das sessões de Musicoterapia em que o(a) _____ participa, registos estes que serão utilizados única e exclusivamente para efeitos de supervisão e formação do(a) estagiário(a). Estes dados serão mantidos na mais absoluta confidencialidade entre o utente, o estagiário e o grupo de supervisão. Os dados serão destruídos após o fim do estágio curricular e da respectiva apresentação de relatório.

Junto apresentamos uma minuta de declaração de autorização do registo vídeo das sessões por parte do representante legal do utente. Solicitamos-lhe que preencha e assine esta declaração, que ficará arquivada no processo do(a) _____.

Com os melhores cumprimentos,

Professora Doutora Teresa Leite
Coordenadora Científica
Mestrado de Musicoterapia
Universidade Lusíada de Lisboa

ANEXO F

Declaração de autorização do registo vídeo das intervenções

DECLARAÇÃO

Eu, _____, pai / mãe / responsável legal
/ encarregado (a) de educação do(a) _____ (riscar se for o
próprio), declaro para os devidos efeitos que autorizo a que sejam feitos registos em gravação
vídeo/áudio das sessões de intervenção a realizar no âmbito do estágio curricular do
Mestrado de Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, exclusivamente para efeitos
de supervisão do trabalho realizado. Os registos destas sessões serão geridos na
confidencialidade das sessões de supervisão deste estágio, sendo destruídos após o término
do estágio e a defesa do respectivo relatório.

Declaro ainda que fui informado(a) de que estas gravações serão utilizadas única e
exclusivamente no contexto do trabalho terapêutico realizado, para efeitos de supervisão ou
formação profissional, e que obtive respostas suficientemente esclarecedoras, por parte dos
técnicos responsáveis, para as questões por mim colocadas acerca deste projecto.

Ainda que eu autorize o registo áudio/vídeo das sessões em que irei participar, fica
salvaguardada a possibilidade de, a qualquer momento, eu poder decidir pela interrupção
destes mesmos registos e a destruição imediata dos mesmos, sem que isso interfira com o
usufruto das sessões proporcionadas pela estagiária.

_____, _____ de _____ de _____
(local) (dia) (mês) (ano)

O Próprio ou o(a) Representante Legal / Encarregado(a) de Educação,

Assinatura

Nome Legível