

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



MUSICOTERAPIA ACTIVA NUM CASO DE AUTISMO ASSOCIADO A
UMA ESCLEROSE TUBEROSA

Carolina Segundo da Costa

Nº 11709

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

Especialidade em Psicologia Clínica

2009

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

**MUSICOTERAPIA ACTIVA NUM CASO DE AUTISMO ASSOCIADO A
UMA ESCLEROSE TUBEROSA**

Carolina Segundo da Costa

Dissertação orientada por Professor Doutor Emílio Salgueiro

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

Especialidade em Psicologia Clínica

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Professor Doutor Emílio Salgueiro, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade em Psicologia Clínica, conforme o despacho da DGES, nº 19673 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro de 2006

Agradecimentos

Em primeiro lugar, quero agradecer a Deus por ser a minha base de vida.

Quero agradecer ao Professor Doutor Emílio Salgueiro pela sua orientação, paciência e atitude encorajadora que me fez acreditar neste desafio a que me propus.

À Dr^a Eduarda Carvalho por acreditar em mim, por dar-me a oportunidade e por me conduzir a tão grande aprendizagem na prática clínica da Musicoterapia.

À Mãe e ao G. por serem uma fonte de inspiração e por me ensinarem tanto na relação. Nunca irei esquecer!

Aos meus Pais, António Segundo e M^a da Luz Segundo, que sempre incentivaram e investiram nas minhas capacidades e talentos o que fez com que conseguisse conciliar estas duas áreas: Psicologia e Música.

Ao meu marido, Joel Costa, por todo o carinho, por apoiar o meu Projecto de vida e por passar longas horas a motivar-me e a acreditar que iria conseguir.

E, por fim, a todos aqueles que me têm ensinado acerca da Relação Humana.

Resumo

Este estudo teve como finalidade verificar se crianças com o espectro de Autismo, com significativas limitações, nas formas de comunicação verbal e não-verbal respondem positivamente à intervenção da musicoterapia, a qual envolve interacção, métodos de improvisação e técnicas da abordagem activa. A actividade de improvisação musical com fins terapêuticos tem demonstrado facilitar a motivação, competências comunicacionais e a interacção social, tal como desenvolver a atenção.

Foram realizadas 15 sessões, com a duração de 30 min. cada, num período de 5 meses, com periodicidade semanal. Todas as sessões foram filmadas de modo a proceder à sua descrição detalhada para preencher posteriormente a Escala de Observação de comportamentos. Verificou-se que os efeitos da improvisação em musicoterapia activa melhoraram significativamente o comportamento comunicativo, o desenvolvimento da linguagem a resposta emocional, atenção e o controlo ao nível do comportamento. Para alcançar este objectivo, fiz o estudo de caso, inserindo-me na relação como co-terapeuta, com uma musicoterapeuta.

Palavras-chave: Musicoterapia, autismo, comunicação, relação terapêutica

Abstract

This study has as purpose to verify if children with the spectrum of Autism, with significant limitations, in the forms of verbal and not-verbal communication, answer positively to the intervention of music therapy, which involves interaction, methods of improvisation and techniques of the boarding of the active music therapy. The activity of musical improvisation with therapeutically ends, has demonstrated to facilitate the motivation for communicate, abilities and the social interaction, as developing the attention.

Fifteen sessions had been carried through, with the duration of 30 min. each, in a period of 5 months, every week. All the sessions had been filmed in order to proceed to its detailed description to fill the Observation Scale of Behaviours later. It was verified that the effect of the improvisation in active musicoterapia had significantly improved the communicative behaviour, the development of the language the emotional reply, attention and the control to the level of the behaviour. To reach this goal, I made the case study, inserting me in the relation as co-therapist, with one music therapist.

Key-words: Music therapy, autism, communication, therapeutic relation

Índice

Introdução	1
1. Enquadramento Teórico	
1.1 Conceito e Revisão História	3
1.2 Hipótese Genética e Neurobiológica	9
1.3 Teoria Sócio-Afectiva	10
1.4 Teoria Cognitiva	11
1.5 Teoria Cognitivo-Afectiva	12
1.6 Comunicação	15
2. Música	17
2.1 Definição de Musicoterapia	18
2.2 Princípios Básicos da musicoterapia	20
2.3 Método Nordoff – Robbins	22
2.4 Do caos para a ordem	24
3. Anamnese	26
4. Metodologia	27
5. Discussão Geral	41
5.1 Sugestões de investigação	51
5.2. Conclusão	54
6. Referências Bibliográficas	56
7. Anexos	
7.1 Anexo 1- Grelhas de Observação	61
7.2 Anexo 2 – Sessões do G.	91

Introdução

Ao longo do meu percurso de vida, encontrei duas áreas de paixão, a Psicologia e a Música e, nesse sentido a minha primeira ideia para este estudo seria uma forma de unir as duas áreas, já que se encontram mais relacionadas do que se imagina.

Como pianista, tenho experimentado o valor e poder que a música tem para mover afectos, para comunicar aquilo que as palavras não traduzem e a forma como faz o ser humano em geral, interagir com todas as suas dimensões. Esta capacidade que a música exerce ao unir seres humanos com personalidades e línguas diferentes, reforçou aquilo que já sentia: de que a música, como “língua universal”, poderia desempenhar um papel importante no tratamento de “perturbações da comunicação”.

A perturbação do espectro do autismo é um distúrbio do desenvolvimento humano que vem sendo estudado pela ciência há mais de seis décadas, mas sobre o qual ainda permanecem, dentro do próprio âmbito da ciência, divergências e grandes questões por responder. (Brasic, J. R., 2008; Mello, A. M. 2005; New Mexico Public Education n Department, 2004; NICHD, 2002)

O autismo infantil é uma perturbação do desenvolvimento que afecta o modo como a criança compreende e se relaciona com o mundo que a rodeia, limitando a comunicação, socialização e imaginação. As crianças com esta perturbação, normalmente, não se envolvem em conversas “pré-verbais” com os seus pais. Estes pré-diálogos, que surgem de forma espontânea na interacção e relação mãe-bebé, são fulcrais para o bom desenvolvimento da intencionalidade, reciprocidade, descodificação e timing, o que constitui as bases da “comunicação humana”. Deste modo, torna-se importante, considerar-se os diferentes aspectos da comunicação não-verbal, que reenviam para as primeiras formas de organização mental do relacionamento precoce Eu-Outro, criando sequências interactivas, segundo parâmetros de contingência, ritmo e sincronia, mediadas pela música/som.

A música, ao fazer parte da nossa História, que se vai construindo e que depois separamos no tempo passado e presente, faz parte do nosso processo dinâmico de identidade; age sobre a

cultura que lhe dá forma e de onde ela deriva, ao mesmo tempo em que se insere na estrutura dinâmica onde ela própria se formou. A música tem significado para cada pessoa na medida em que se vincula à experiência vivida, passada e/ou presente. Os significados da música são, então, sociais e singulares, construídos, criados e recriados nas relações e acções condizentes com o que é vivido e experimentado.

A importância de interpretar os conteúdos musicais e não-musicais, na clínica de musicoterapia está além de um fim que visa à produção sonora com finalidade estética. A expressão dos sentimentos, gestos, movimentos corporais, vocalizes, gemidos, grunhidos e a forma com que o paciente maneja ou toca os diversos instrumentos musicais contidos no *setting*, fornecem uma gama de elementos sonoros de diferentes texturas, e conteúdos subjectivos que são passíveis de interpretações.

Assim, tendo em conta os vários estudos publicados acerca do autismo infantil, onde é referida a reacção destas crianças aos estímulos musicais e partindo do pressuposto de que: através da música é possível estabelecer e desenvolver comunicação, sem necessidade de recorrer à linguagem verbal, representando um meio, eminentemente flexível e adaptável, para chegar aos indivíduos independentemente do seu nível intelectual ou educacional (Alvin & Warwick, 1978).

Daí o problema a investigar:

De que modo a música (ou experiência sonora) facilita a comunicação com as crianças autistas, e qual o seu papel no contexto de uma relação terapêutica?

Durante as observações, tivemos como objectivo desenvolver actividades entre o observador/terapeuta e a criança, mediadas pela música/som, voz e objectos sonoros (instrumentos de percussão, melódicos, etc.), a fim de compreender até que ponto a música/som poderia criar, e fortalecer, canais de comunicação.

Enquadramento Teórico

1.1 Conceito e Revisão História

A perturbação do espectro do autismo é a sombra que deixa no desenvolvimento uma dificuldade ou impossibilidade para construir certas funções psicológicas cujo momento crítico se estende entre o ano e meio e os 5-6 anos. (Rivière, 1997)

O nascimento de uma criança que se diferencia das outras pela sua aparência ou pelo seu comportamento é e será sempre uma preocupação social e humana. Esta diferença poderá ter sido devido a uma consequência de uma malformação ou de uma qualquer imprudência.

A palavra *Autismo* é uma junção de duas palavras gregas (aut) , que significa “si mesmo“ e (ismo), ou seja, “orientado”. As duas palavras juntas traduzem-se em “orientado para si mesmo”

O Autismo é uma perturbação de desenvolvimento que, de acordo com Frith (1991), resulta em limitações ao nível social, de comunicação e imaginação ou elaboração. (cit in Olney, M. F., 2000)

O Autismo ou Síndrome de Kanner, apesar de se estabelecer precocemente, é identificado nos primeiros meses, com muita dificuldade, já que apenas se pode discriminar a partir das expressões comportamentais das crianças afectadas, confundindo-se com facilidade com outras perturbações do desenvolvimento graves, enquadradas elas próprias nas Perturbações Globais do Desenvolvimento, grupo onde está incluído. (Pereira, E. 2000)

O autismo é definido em termos de uma tríade de dificuldades principais, na interacção social, comunicação e flexibilidade comportamental (American Psychiatric Association cit in Williams, D. & Boucher, J. & Botting, N., 2008).

A perturbação do Espectro do autismo é uma síndrome definida por alterações presentes desde idades muito precoces, tipicamente antes dos três anos de idade, e que se caracteriza

sempre por desvios qualitativos na comunicação, integração social e na capacidade para realizar o jogo simbólico (Pimentel, A & Assumpção, F. 2000; Cabrera, J.T. 2005; Mello, A.M. 2005).

Estes três desvios, que ao aparecerem juntos caracterizam esta perturbação, foram chamados por Lorna Wing e Judith Gould, no seu estudo realizado em 1979, de *Tríade*. A Tríade é responsável por um padrão de comportamento restrito e repetitivo, mas com condições de inteligência que podem variar do atraso mental a níveis acima da média. (Exkorn, K. S. 2005; Mello, A.M. 2005)

O autismo infantil foi definido por Kanner, em 1943, sendo inicialmente denominado Distúrbio Autístico do Contacto Afectivo, como uma condição com características comportamentais bastante específicas, tais como: perturbações das relações afectivas com o meio, solidão autística extrema, inabilidade no uso da linguagem para comunicação, presença de boas potencialidades cognitivas, aspecto físico aparentemente normal, comportamentos ritualísticos, início precoce e incidência predominante no sexo masculino.

As descrições de Kanner (1943) foram rapidamente absorvidas pela comunidade científica. A abordagem etiológica do Autismo Infantil, proposta pelo autor, salientava a existência de uma distorção do modelo familiar, que ocasionaria alterações no desenvolvimento psico-afectivo da criança, decorrente do carácter altamente intelectual dos pais destas crianças. Apesar desta proposição, o autor não deixou de assinalar que algum factor biológico, existente na criança, poderia estar envolvido, uma vez que as alterações comportamentais eram verificadas precocemente, o que dificultaria a aceitação puramente relacional.

Em 1944, Asperger propôs no seu estudo a definição de um distúrbio que ele denominou Psicopatia autística, manifestada por transtorno severo na interacção social, uso pedante da fala, descoordenação motora e incidência apenas no sexo masculino. O autor utilizou a descrição de alguns casos clínicos, caracterizando a história familiar, aspectos físicos e comportamentais, desempenho nos testes de inteligência, além de enfatizar a preocupação com a abordagem educacional destes indivíduos.

São múltiplas as teorias que pretendem esclarecer as perturbações do Espectro do autismo. Contudo, se por um lado se encontram teorias comportamentais que “(...) tentam explicar os

sintomas característicos desta perturbação com base nos mecanismos psicológicos e cognitivos subjacentes (...)”, sob outra perspectiva, encontram-se as teorias neurológicas e fisiológicas que “(...) tentam fornecer informação acerca de uma possível base neurológica”. (Marques, 1998, p. 43).

Mas, embora invistam “(...) em áreas tão diversificadas, mais do que um conflito existe entre elas como que uma complementaridade, que por certo vai permitir uma identificação cada vez mais clara e operacional da explicação etiológica.”, como é referido por Marques 1998, (cit in Santos, I. & Sousa, P., 2005)

O termo “autismo infantil” foi concebido por Margareth Mahler (1952) para implicar tanto uma fase assumidamente normal antes do desenvolvimento da consciência de si como também para referir um tipo de “psicose” infantil. Partindo das considerações de Kanner sobre o autismo infantil, Mahler (1968) descreve a patologia em função de uma falha no desenvolvimento emocional da criança, que a impede de utilizar as funções de ego auxiliar da mãe para se orientar no mundo externo e interno. É no modo como estas crianças se relacionam com o meio que encontramos os traços típicos do autismo. As dificuldades em criar vínculos afectivos, tal como a indiferença pelo outro contrastam com o apego e interesse manifestado pelos objectos inanimados.

Para Mahler (1968), a angústia que estas crianças vivenciam perante o contacto humano faz com que todo um conjunto de defesas se instale de modo a colmatar a sua fragilidade egóica. Assim, criam uma “couraça” que por um lado lhes permite conservar algum sentimento de coesão, mas que por outro compromete todo o processo de evolução objectal.

Winnicott (1958) aborda dois fenómenos de fundamental importância para a compreensão da metáfora freudiana do “ovo de pássaro” e o autismo. A capacidade de estar só e o isolamento. Para o autor, a capacidade de estar só tem duas raízes nas primeiras relações do lactente com a sua mãe. Winnicott propõe uma fórmula ousada e determinante para a pesquisa da relação materno-infantil: não existe um bebé sem os cuidados maternos. (cit in Tafuri, M. I., 2006)

Na teoria winnicottiana, entende-se que, para um desenvolvimento saudável, o ambiente (a mãe) deverá ser capaz de atender às necessidades específicas de cada período do amadurecimento da pessoa potencial em questão. Sendo assim, no caso de bebés com

cérebros danificados, o ambiente deverá se especializar para conseguir compensar ou minimizar os prejuízos causados, seja por uma anóxia, seja por uma má formação congénita, seja por outros factores. (Araújo, C., 2003)

Este processo pode ser dividido em três fases, “autismo normal”, “simbiose normal” e “separação-individuação.” O “autismo normal” ocorre nos dois primeiros meses de vida e é uma fase não objectal, caracterizada pela indiferenciação do Ego. Gradualmente a criança começa a sorrir e a fixar o olhar no rosto da mãe, os dois funcionam como uma unidade dual não separada, entramos na fase pré-objectal simbiótica ou “simbiose normal”, caracterizada por uma diferenciação rudimentar do Ego.

Po volta dos cinco meses, a pressão “maturacional” leva a criança a iniciar o processo de separação-individuação, que lhe permitirá conhecer o mundo que a rodeia e os seus próprios limites corporais.

No final da fase de separação-individuação, para além da representação da mãe, a criança adquiriu uma representação mental de si própria e conseqüentemente o Ego constitui-se como instância do aparelho mental. Então, torna-se possível a aquisição de uma individualidade e de uma identidade.

Apesar de utilizar como referências teóricas as ideias de Mahler (e Klein), em *“The protective shell in children and adults”*, Tustin (1990) rejeita a ideia de um “autismo primário” absoluto, sem qualquer consciência de separação do corpo materno, baseando-se para tal, em observações realizadas por Brazelton (1990), Stern, Trevarthen (2001) e Bower.

Para Tustin (1990), as crianças autistas vivenciaram a separação corporal (da sua mãe) sem que estivessem preparadas para tal experiência. A incapacidade de “lidar com” e suportar esta separação, sentida como mutilação, leva à necessidade da sua negação. Desenvolve-se então, o “encapsulamento auto-gerado”.

Deste modo, fechada no seu mundo idiossincrático e bidimensional de sensações corporais (não partilhadas), a criança autista não pode evoluir psiquicamente. Também, segundo Tustin (1990), a experiência de relacionamento com uma mãe que se sente “não-pessoa”, repetida ao

longo do tempo, têm efeitos consideráveis para o desenvolvimento psico-emocional da criança.

No entanto, Tustin (1990) defende a ideia de que a instalação do autismo infantil depende de uma combinação de factores. Nomeadamente, genéticos, intra-uterinos, o papel do pai neste “cenário”, e outros que ainda permanecem desconhecidos.

Segundo Marques (2000), Kanner “Considerou, que as singularidades psicológicas dos pais das crianças com autismo se traduziam em relações distorcidas e patológicas com os seus filhos, e estavam na origem do síndrome autista (...) [Além disso], interpretava o autismo predominantemente como uma perturbação emocional.”

Posteriormente, nas décadas de 50 e 60, começa a entender-se que o distúrbio emocional correspondia a uma resposta desadaptativa frente a um ambiente não favorável, mais do que um défice inato (Marques, 1998; Borges, 2000). Ainda nesta ordem de ideias, Eisenberg considerava como uma reacção à relação parental, pelo que segundo este, a criança poderia estar a responder ao tratamento mecânico, frio e obsessivo recebido por parte destes, como referem Alves (2001), Bosa e Callias (2000), Pereira (1996), e Marques (2002).

Bettelheim em 1967 desenvolveu a teoria das “mães frigorífico”, na qual se entendia que as crianças se tornavam autistas como uma resposta desadaptativa a um ambiente ameaçador e não carinhoso por parte da mãe (Zulueta, 1998; Tomkiewicz, 1987). Marques (1998) acrescenta que este processo compreendia diferentes momentos, tornando-o gradual no decorrer do desenvolvimento, nos quais a criança se poderia tornar autista. (cit in Santos, I. & Sousa, P., 2005)

Outros autores, como Burack (1992), reforçam a ideia do défice cognitivo, frisando que a perturbação do espectro do autismo tem sido nos últimos anos, focada sob uma óptica desenvolvimentista, sendo relacionada com a deficiência mental, uma vez que cerca de 70-86% dos indivíduos com perturbação do espectro do autismo são deficientes mentais.

As investigações posteriores, que dizem respeito às perturbações do espectro do autismo, revelaram indícios de que nesta perturbação existiria uma origem neurológica de base.

Em 1967 os estudos de *follow-up* efectuados por Rutter e Lockyer, e em 1973 por De Meyer e colaboradores, pretenderam indicar a existência de uma perturbação neurológica (Marques, 1998), em situações em que esta não estivesse ainda completamente identificada, pelo que lhes coube o mérito de começarem a identificar o papel da componente genética do autismo, mesmo que actualmente ainda não haja certezas quanto ao papel que os genes desempenham no aparecimento desta perturbação (Barthélémy & LeLord, 1987; Costa & Nunesmaia, 1998; Gillberg, Merdin & Ehlers, 1996; Quinhones-Levy, 2004).

Actualmente, a noção de Perturbações do Espectro Autista (*Autism Spectrum Disorder – ASD*) que tem vindo a ser difundida refere-se a uma definição mais lata de autismo e que inclui a forma clássica da perturbação (descrita por Kanner), bem como as incapacidades que lhe estão intimamente relacionadas e que partilham muitas das suas características (Dunlap, Pierce & Kay, 1999; Marques, 1998)

Os indivíduos com ASD possuem uma elevada diversidade de capacidades e personalidades. Estes podem “(...) exhibir atrasos mentais graves ou ser extremamente dotados nas suas aquisições intelectuais e académicas. Enquanto que muitos indivíduos preferem isolamento e tendem a evitar o contacto social, outros mostram níveis elevados de afecto e prazer nas situações sociais. Algumas pessoas (...) parecem letárgicas e com respostas lentificadas, mas outras são muito activas e parecem interagir constantemente com determinados aspectos do seu ambiente.” (Dunlap, Pierce & Kay, 1999, p.2).

1.2 Hipótese genética e neurobiológica

Pretende-se identificar uma alteração genética conhecida e estudar o padrão comportamental anormal relacionado com essa determinada alteração genética. Entre diferentes autores admite-se uma mutação em 10-20% dos casos. Apontam a existência de diversas anomalias no cariótipo de alguns indivíduos com perturbação do espectro do autismo, nos quais se detectaram alterações na maior parte dos pares cromossómicos.

As alterações genéticas associadas incluem a Esclerose Tuberosa e a Síndrome do X-Frágil. Esta última é a hipótese genética que mais interesse tem suscitado. (Brasic, J.R. 2008; Department of health USA 2007; Kaplan, H. & Sadock, B. 1998; NICHD 2002; Updated 2002)

Esclerose Tuberosa ou doença de Bourneville é uma alteração genética de carácter autossómico dominante com manifestações neurocutâneas, classificada como uma hamastose ou facomatose. Os hematomas e lesões neoplásticas benignas da esclerose tuberosa invariavelmente acometem o sistema nervoso central. A Esclerose Tuberosa é caracterizada por Deficiência Mental, epilepsia (crises convulsivas), autismo (podendo estar associado) e erupção facial tipo adenoma sebáceo.

Segundo a hipótese neurobiológica, a perturbação do espectro do autismo é uma síndrome comportamental com origem claramente biológica. Contudo, as causas permanecem no anonimato, mas a importância dos factores genéticos, infecciosos, assim como os défices no sistema imunológico, é evidente. Estes resultados sugerem a hipótese de que as crianças com esta perturbação apresentem um sistema imunológico alterado, possivelmente como consequência de um defeito genético dos linfócitos T. (Assumpção, F. & Pimentel 2000; Koenig, K. 2004; Updated 2002)

Com os avanços da neurologia, em 1996, Trevarthen e Aitken, referiram que os neurologistas conseguiram identificar um conjunto de perturbações nas crianças autistas que podem ser atribuídas a malformações no neocórtex, gânglios basais e outras estruturas (Barthélémy & LeLord, 1987; Bosa & Callias, 2000; Lippi, 2005; Tomkiewicz, 1987).

Trevarthen (1996 in Marques, 1998) considera que todas as conclusões dos estudos baseados nos danos cerebrais nos autistas suportam a ideia que esta perturbação seria provocada por um desenvolvimento cerebral anormal, que se inicia desde o nascimento, manifestando os seus efeitos a nível do comportamento ao longo da infância, sobretudo quando a criança vai iniciar o desenvolvimento da linguagem.

A maioria dos autores concorda que a alteração se encontra no sistema nervoso das crianças e não no ambiente ou nos seus pais, e que existe uma vasta heterogeneidade biológica que causa diferentes subtipos da perturbação do espectro do autismo. Três teorias foram propostas:

- A teoria sócio-afectiva, inicialmente defendida por Kanner (1943) e retomada por Hobson (1993);
- A teoria cognitiva defendida por Frith e colaboradores;
- A teoria cognitivo-afectiva, proposta por Sigman (1968).

1.3 Teoria Sócio-Afectiva

Hobson (1993) postula na sua teoria que as alterações na comunicação que sofrem as crianças com perturbação do espectro do autismo são primariamente afectivas. Também sugere que esta capacidade de compreender as emoções das outras pessoas no ser humano, está orientada ao social. A capacidade da criança para compreender as emoções é algo mais que cognição, pelo que esses estados mentais podem ser percebidos directamente a partir da linguagem não-verbal, gestual. Esta percepção de estados mentais é o que Hobson denomina empatia não inferencial, que se pode entender como um processo propugnado biologicamente para compreender as emoções.

Portanto, a criança aprende a conceber coisas ao modo dos adultos, mediante as relações afectivas que trava com eles. (Assumpção, F. & Pimentel, A.C. 2000; Koenig, K. 2004; Updated 2002)

Esta teoria pode sintetizar-se em 4 afirmações:

- 1) As crianças com perturbação do espectro do autismo carecem dos componentes constitucionais para interagir emocionalmente com outras pessoas;
- 2) Tais relações pessoais são necessárias para a configuração de um mundo próprio e comum com os outros;
- 3) A carência de participação das crianças com perturbação do espectro do autismo na experiência social tem duas consequências relevantes: uma falta relativa para conhecer que os outros têm os seus próprios pensamentos, sentimentos, desejos, intenções..., e uma severa alteração na capacidade para abstrair, sentir e pensar simbolicamente.
- 4) A maior parte dos défices cognitivos e da linguagem das crianças com perturbação do espectro do autismo é secundária e mantêm uma estreita relação com o desenvolvimento afectivo e social.

1.4 Teoria Cognitiva:

Proposta por Leslie e Frith (1989), postula que os problemas sociais e de comunicação das crianças com perturbação do espectro do autismo se devem a um défice cognitivo específico, em concreto a uma alteração no que estes autores denominam capacidade metar representacional, com o que tentam explicar os processos subjacentes ao desenvolvimento normal que estão alterados na comunicação e nas relações sociais destas crianças. A capacidade metarrepresentacional é responsável pelo desenvolvimento do jogo simbólico e pela atribuição de estados mentais com conteúdos a outros pelas crianças com perturbação do espectro do autismo.

1.5 Teoria Cognitivo-Afectiva

Postula que as dificuldades comunicativas e sociais das crianças com perturbação do espectro do autismo têm a sua origem num défice afectivo primário, que se encontra estreitamente relacionado a um défice cognitivo, também primário. Estes dois défices são os que causam as dificuldades na apreciação dos estados mentais (Teoria da mente) e emoções de outras pessoas, dificuldades que estão na base da alteração do processo de interacção, o que explica as falhas que mostram estas crianças na comunicação, no comportamento social e no jogo simbólico.

Normalmente, o que chama a atenção dos pais, inicialmente, é o facto de a criança ser excessivamente calma e sonolenta ou então chorar sem consolo durante períodos prolongados de tempo. Uma queixa frequente dos pais é que o bebé não gosta do colo ou rejeita o aconchego. Mais tarde os progenitores notarão que o bebé não imita, não evolui no sentido de partilhar sentimentos ou sensações e não aprende a comunicar com gestos vulgarmente observados na maioria dos bebés, como acenar com as mãos para cumprimentar ou despedir-se. Geralmente, estas crianças não procuram o contacto ocular ou mantêm-no por um período de tempo muito curto.

Ocorre frequentemente o aparecimento de estereotípias, que podem ser movimentos repetitivos com as mãos ou com o corpo, a fixação do olhar nas mãos por períodos longos e hábitos como o de morder-se, morder as roupas ou puxar os cabelos. Os problemas de alimentação são habituais, podendo manifestar-se pela recusa alimentar ou gosto restringido a poucos alimentos. Problemas de sono também são comuns.

Esta patologia é um distúrbio do comportamento que consiste numa tríade de dificuldades: dificuldade de comunicação, dificuldade de socialização e dificuldade nos jogos imaginativos ou simbólicos. (Brasic, J.R. 2008; Mello, A.M. 2005; NICHD 2002; Volkmar, F. Et al. 1999)

A **dificuldade de comunicação/alteração da linguagem** é a causa mais frequente de consulta médica nas crianças com esta perturbação. Vai desde a ausência total de linguagem, numa criança de 2-3 anos, até à alteração na compreensão e pragmática da linguagem. É

caracterizada pela dificuldade em utilizar, com sentido, todos os aspectos da comunicação verbal e não verbal. A comunicação “intencional”, activa e espontânea, que uma criança, com desenvolvimento normal, pode desenvolver desde os 8-9 meses de idade pode estar perturbada ou limitada nas crianças com esta perturbação.

A **dificuldade de socialização/alteração do comportamento social**, ponto crucial na perturbação do espectro do autismo, significa a dificuldade em relacionar-se com os outros, a incapacidade de partilhar sentimentos, gostos e emoções e a dificuldade na discriminação entre diferentes pessoas. O sintoma mais típico da perturbação do espectro do autismo é a falta de reciprocidade na relação social. O desenvolvimento do comportamento social vai ocorrendo com ausência absoluta de reciprocidade social e resposta emocional; as chaves da empatia estão ausentes ou são rudimentares, com incapacidade para partilhar as sensações que experimenta com os seus semelhantes, pelo que a sua alegria ou tristeza podem parecer enigmáticas. O défice social é mais evidente nos primeiros anos de vida. Muitas vezes a criança com perturbação do espectro do autismo aparenta ser muito afectiva, por aproximar-se das pessoas abraçando-as e mexendo, por exemplo, no seu cabelo, quando na verdade ela adota indiscriminadamente esta postura, sem diferenciar pessoas, lugares ou momentos. Na relação social

A **dificuldade no jogo imaginativo/simbólico** caracteriza-se por rigidez e inflexibilidade e estende-se às várias áreas do pensamento, linguagem e comportamento da criança. Isto pode ser exemplificado por comportamentos obsessivos e ritualistas, compreensão literal da linguagem, falta de aceitação das mudanças e dificuldades em processos criativos. (Gimeno, A.M. 2001; Koenig, K. 2004; Mello, A. M. 2005; 49, Volkmar, F. Et al. 1999)

Para além desta tríade também ocorrem alterações motoras e cognitivas.

As **alterações motoras** das crianças com perturbação do espectro do autismo, incluídas nos critérios de diagnóstico, caracterizam-se por padrões restritivos de comportamentos repetitivos e estereotipados. Os comportamentos auto-agressivos são característicos das alterações motoras que se observam nestas crianças. O comportamento auto-agressivo implica outros prejuízos indirectos, nomeadamente constrição física e restrição do desenvolvimento psicológico e educativo da criança. (Gimeno, A.M.2001; Koenig, K. 2004; Mello, A. M. 2005; NICHD 2002; Volkmar, F. et al. 1999)

Nos anos setenta admitiu-se uma nova concepção da perturbação do espectro do autismo, distanciando-se das primeiras conceptualizações “kannerinas”, que enfatizam a natureza socio-afectiva da perturbação. Apesar da falta de acordo entre os autores, parece ficar claro que existe um défice generalizado nas diferentes áreas do desenvolvimento cognitivo (alterações cognitivas). Os processos da atenção, sensoriais, perceptivos e intelectuais estão alterados.

Para a *National Society for Autistic Children*, a perturbação do espectro do autismo é uma síndrome comportamental e cujos achados essenciais implicam alterações no desenvolvimento, nas respostas a estímulos sensoriais, na fala, na linguagem, nas capacidades cognitivas e na capacidade para relacionar-se com pessoas ou objectos. (Koenig, K. 2004; Updated 2002)

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

As perturbações globais do desenvolvimento são compostas por um grupo heterogéneo de processos; caracterizam-se pela presença de défices em múltiplas áreas funcionais: interacção social, comunicação verbal e gestual e presença de interesses, actividades e comportamentos restritivos, repetitivos e estereotipados. Um grande número apresenta atraso mental, também podem apresentar qualquer outro processo psiquiátrico. (Assumpção, F. & Pimentel, A.C. 2000; Brasic, J.R. 2008; Gimeno, A. M. 2001; Koenig, K. 2004; New Mexico Public Education Department 2004; NICHD Instituto Nacional de Salud Infantil 2002; 48, 49, Updated 2002; Volkmar, F. Et al. 1999)

Nos anos 90, alguns estudos acerca de famílias sugeriram a evidência de uma relação genética entre a vulnerabilidade do autismo e a vulnerabilidade a dificuldades de desenvolvimento de vária ordem, relacionadas com a linguagem, incluindo a (SLI), ou seja incapacidades específicas na linguagem (e.g., Bolton et al., 1994; Folstein et al., 1999; Frombonne, Bolton, Prior, Jordan, & Rutter, 1997; Piven et al., 1997; Szatmari et al., 2000)

1.6 Comunicação

A comunicação tem sido definida como uma complexa interacção entre dois ou mais indivíduos, envolvendo processos cognitivos, tais como alternância de papéis, percepção, codificação e descodificação de sinais (Hargie, Saunders & Dickson, 1987). Tal definição traz, implícita, a noção de transferência de informação, seja por meios verbais ou não-verbais, e ainda, atrela-se a outra questão ainda mais fundamental se essa transmissão ocorre intencionalmente. Um aspecto ressaltado por Bates (1976) é que nem todo comportamento (verbal e não-verbal) é comunicativo, defendendo a tese de que é o conceito de intenção que o caracteriza como tal. (cit in Bosa, C., 2002)

A maioria das crianças é comunicadora natural. Um dos factores característicos resultantes desta patologia são os amplos efeitos que provocam sobre os aspectos da comunicação.

Kanner (in Pereira, 2005) distingue três características principais, são elas: a falta de capacidade manifestada no relacionamento vulgar com as pessoas e situações; a dificuldade de comunicação e a ansiedade obsessiva pela manutenção do mesmo estado de coisas, também denominado de *sameness*. Estas crianças revelam, deste modo, uma falha no contacto afectivo. Parecem viver num mundo à parte, só delas. Para além desta ausência de manifestações afectivas, parecem apresentar mutismo ou uma determinada linguagem, normalmente, não dirigida para as relações interpessoais.

Segundo um estudo de Kanner (in Pereira, 2005) apesar de as crianças autistas poderem demonstrar uma grande capacidade de memória, estas quando diziam rimas, lengalengas, etc., faziam-no como se estivessem apenas a emitir sons sem que percebessem o significado das palavras, tratava-se de um acto mecanizado e não acrescentavam qualquer expressão afectiva. Os seus comportamentos verbais podem-se caracterizar por dois aspectos: a ecolália imediata e tardia, a qual se pode encontrar nas repetições de palavras ou frases memorizadas e a inversão pronominal a qual se nota quando a criança, por exemplo, se refere a si própria usando o «tu» ou «ele(a)» e não o «eu» e «mim».

Segundo Alvin (in Sousa, 2005) a música instrumental é um excelente meio de desenvolvimento mental, físico, afectivo e social permitindo que a criança possa usufruir de satisfações imediatas, independentemente da gravidade da sua patologia, uma vez que aquilo que a criança escuta e o modo como a interpreta são uma criação que vem dela e que corresponde às suas experiências física, intelectual e emotiva. Bang (in Sousa, 2005) considera que a música pode estabelecer um contacto sem palavras podendo mesmo promover o desenvolvimento da linguagem.

Segundo Trevarthen (cit in Bosa, C., 2002), a intencionalidade seria uma capacidade inata que já existiria de forma latente no repertório comportamental do bebé. Para a autora, o período denominado de “subjectividade primária” corresponde àquele no qual o olhar e as expressões afectivas do bebé são selectivamente dirigidos e integrados ao comportamento social das pessoas (intersubjectividade).

As crianças com autismo estão seriamente atrasadas no desenvolvimento da linguagem, e este atraso é o indicador principal de alarme para os pais.

Vários investigadores têm referido que a diferença fundamental entre crianças com autismo das crianças com outras necessidades é a falta da intencionalidade comunicativa (Baron-Cohen et al., 1993; Jordan and Powell, 1995) (cit in Osborne, J., 2003). Isto quer dizer que a criança autista não vê a necessidade ou o valor da comunicação, particularmente ao nível verbal.

As crianças com autismo não só têm simplesmente dificuldade como não vêem a necessidade ou valor da comunicação. A comunicação nestas crianças precisa de começar por se basear numa. A criança com autismo não tem a necessidade inata de comunicar; a proximidade das outras pessoas e as suas tentativas de comunicar, particularmente ao nível verbal, podem mesmo ser activamente rejeitadas (Baron-Cohen, 1997).

O trabalho de Evans e Dubowski (2001) com crianças com autismo verificou que a arte terapia é particularmente um prática facilitadora da comunicação, no seu conceito mais abrangente.

2. Música

Desde a mais antiga das nossas raízes o som tem acompanhado o homem na sua viagem pela história. Mas se é certo que o som acompanha a História do homem como colectividade, também acompanha a sua própria história como homem, já que parte da realidade da mesma se constrói desde o som, desde a primeira percepção sonora intra-uterina até à morte, tudo está rodeado de som.

Com base em autores da área médica e musicoterapêutica, Sekeff (2007) sintetiza algumas influências da música no ser humano: a música exerce acção psicofisiológica; tem acção precípua na actividade motora; actua nas nossas funções orgânicas; pode estimular imagens cinestésicas na mente; alimenta o poder da atenção; baixa o limiar da dor e da tensão pré-operatória; constitui recursos contra o medo e a ansiedade; é um excelente recurso desencadeador de catarse; estimula a criatividade; fomenta a memória; estimula a inteligência; estimula o equilíbrio afectivo e emocional; beneficia um desejado processo de auto-realização e satisfação; envolve o inconsciente; propicia um lugar psíquico de constituição de uma estética de subjectividade; entre outras.

A música afecta-nos emocionalmente “porque cria ambientes de humor aos quais reagimos num nível subconsciente e não-verbal” (McCLELLAN, 1994, p. 143). Quando ouvimos música, ocorre um processo no qual os sons são captados pelos ouvidos, convertidos em impulsos e percorrem os nervos auditivos até ao tálamo, que é a estação central das emoções, sensações e sentimentos (ibid).

O neurologista Damásio, na obra “O erro de Descartes”, trouxe uma visão inovadora sobre os sentimentos e as emoções como uma percepção directa dos nossos estados corporais, constituindo um elo entre o corpo e a consciência. Segundo o autor, “a emoção humana, em seu refinamento, é desencadeada até mesmo por uma música [...], cujo poder nunca devemos subestimar” (DAMÁSIO, 2000, p. 56).

Na musicoterapia, o principal instrumento de trabalho é a música e todos os seus elementos – som, silêncio, ritmo, melodia, harmonia, etc. (Júnior, J., 2008)

TODRES (2006) comenta que, para que haja uma maior otimização dos efeitos benéficos da música na medicina, é preciso reconhecer que, se por um lado, pode ser oferecida música de maneira passiva através da audição musical, por outro, esses efeitos positivos podem ser aumentados com a participação de um musicoterapeuta.

2.1 Definição de Musicoterapia

A musicoterapia é comparada a um rio, cujas águas correm tanto pelo leito da terapia quanto pelo leito da música (BARCELLOS, 2004b).

Devido ao facto de a Musicoterapia ser uma área nova, o desenvolvimento da sua metodologia tem sido prioritária em relação aos princípios teóricos (Poch Blasco, 1999). A autora descreve os princípios que foram expostos no Simpósio Internacional de Musicoterapia, no ano de 1979. São eles: princípio do “ethos”; princípio do organismo como um todo ou da tonalidade; princípio homeostático de Altshuler; Princípio de ISO, princípio de libertação de Cid; princípio de compensação e; princípio do prazer.

O princípio de “ethos”, baseado na teoria grega, trata da influência da música no ser humano. Os gregos afirmaram que a música possui um “ethos”, ou seja, pode criar determinado estado de ânimo nas pessoas (Poch Blasco, 1999).

No princípio do organismo como um todo ou da totalidade, a música move todo o organismo, nas dimensões fisiológica, psicológica, intelectual e espiritual. A homeostase é o controlo automático do organismo para manter a saúde corporal em equilíbrio. Pelo princípio homeostático de Altshuler, a música contribui para uma homeostase social, intelectual, estética e espiritual.

Iso significa igual. Pelo Princípio de ISO, Altshuler comprovou que a utilização de música idêntica ao estado e ânimo do paciente e seu tempo mental (hiperactivo ou hipoactivo) era útil para facilitar a resposta mental e emocional do paciente.

A musicoterapia é a utilização da música e/ou dos seus elementos constituintes (ritmo, melodia e harmonia), por um musicoterapeuta qualificado, com um paciente ou grupo, num processo destinado a facilitar e promover a comunicação, relacionamento, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objectivos terapêuticos relevantes, a fim de atender as necessidades físicas, emocionais, mentais e sociais e cognitivas. A musicoterapia procura desenvolver potenciais e/ ou restaurar funções do indivíduo para que ele alcance uma melhor qualidade de vida, através da prevenção, reabilitação ou tratamento. (World Federation of Music Therapy)

Thayer Gaston (1957), um dos primeiros professores de musicoterapia numa universidade (de Kansas), definia-a assim em 1950: “Música é a ciência ou a arte de reunir ou executar combinações inteligíveis de sons de forma organizada e estruturada com uma gama de infinita variedade de expressão, dependendo da relação dos seus diversos factores componentes (ritmo, melodia, volume e qualidade tonal). Terapia tem que ver em como pode ser utilizada a música para provocar mudanças nas pessoas que a escutam ou executam”. (Pinelli, M. & Santelli, E. 2005; Hazlett, H. C. Et al. 2005)

Para Bruscia (1987) “A musicoterapia é um processo dirigido a um fim, naquele em que o terapeuta ajuda o paciente a acrescentar, manter ou restaurar um estado de bem estar utilizando experiências musicais e as relações que se desenvolvem através delas, como forças dinâmicas de mudança”. Se a musicoterapia, seguindo esta definição, é um processo, então constará de diferentes etapas, que neste caso são as seguintes: informação sobre as perturbações a tratar, traçado de objectivos, tratamento, avaliação, seguimento e finalização do tratamento. (Pinelli, M. & Santelli, E. 2005; Hazlett, H. C. Et al. 2005)

2.2 Princípios Básicos da musicoterapia

Teoria grega do “ethos”

Diz respeito à capacidade que a música possui para provocar estados de ânimo. Isso deve-se a que entre os movimentos da música e os físicos e psíquicos do ser humano existe uma forte relação, a qual origina no homem mudanças fisiológicas e psicológicas. (Hazlett, H.C. et al. 2005; Pinelli, M. & Santelli, E. 2005)

A musicoterapia tem como base vários princípios fundamentais, dos quais destacamos quatro: o princípio de ISO, de “objecto intermediário”, “objecto de relação” e “objecto transicional”.

ISO

Em diversas observações clínicas constatou-se que os pacientes deprimidos reagem com maior rapidez quando estimulados com música triste, ao passo que pacientes maníacos são mais sensíveis a música cujo andamento se encontra no “allegro”, o que vai em concordância com o seu ritmo mental mais rápido (Benenzon, 1981)

ISO significa igual e implica em si um conjunto de sons ou fenómenos internos sonoros que nos caracteriza. “pode dizer-se que é a identidade sonora de cada pessoa, uma parcela da identidade da pessoa, cujo processo de formação tem início antes do nascimento e se desenvolve ao longo de toda a vida” (Leite, 1989)

Assim, o princípio de ISO dá-se quando o terapeuta produz ou abre um canal de comunicação no paciente ao tornar o tempo mental deste e o tempo sonoro-musical, por si executado, coincidentes. Através do ritmo pode-se, não só ecoar as ritmicidades das estereotípias dos autistas, mas também modulá-las, transformando-as num canal de comunicação (Benenzon, 1981)

“Objecto intermediário”

Os instrumentos musicais – como objectos intermediários – têm a origem da emissão sonora, não no terapeuta mas em si mesmos, têm uma sonoridade própria. Esta maior diferenciação entre o terapeuta e o objecto intermediário permite uma vinculação muito íntima com o ISO do paciente e terapeuta. Deste modo, a escolha correcta deste objecto depende da capacidade de se encontrar o ISO do paciente (Benenzon, 1981).

Os objectos intermediários funcionam como um traço de união, entre o terapeuta e o paciente, atenuando o aspecto ameaçador do contacto com o outro, facilitando-o (Verdeau-Paillès, 1994). Na relação mãe-bebé a música pode ser objecto intermediário, e a mãe, sujeito intermediário entre a música e o bebé (Pocinho, 1999).

“Objecto de relação”

O “objecto de relação” é definido pela sua função relacional. É mais diferenciado que o “objecto intermediário”, pois implica uma dinâmica de trocas recíprocas entre os dois ou mais participantes (Lecourt, 1988).

“Objecto Transicional”

O objecto transicional situa-se na área de ilusão e jogo, um substituto do seio materno, que protege da angústia de separação durante o processo de diferenciação eu não – eu. Isto é, da relação fusional para a simbolização da realidade objectal. (Laplanche & Pontalis, 1967)

Como teoriza Ruud (1991), o objectivo “não é apenas tentar conseguir que a criança compreenda ou perceba o conceito da ordem, mas também, fazer com que ela compreenda que há algo para ser compreendido como ordem”. Isto é, dar a compreender `a criança que é possível criar uma ordem entre os sons que possa ter significado.

Se esse nível de atenção for alcançado, ou seja, se a criança for capaz de perceber diferenças, pode-se assim, prosseguir na especulação de como se dá a situação comunicativa.

A musicoterapia construiu a sua base teórica a partir de conhecimentos biológicos e psicológicos, recorrendo a um enfoque multiprofissional. O carácter transdisciplinar da Musicoterapia fez com que ela tomasse corpo através da combinação das disciplinas nas áreas da Música e da Terapia, “passando suas bases científicas a serem reforçadas pela neurologia” (LEINING, 2008, p. 412).

2.3 Método Nordoff – Robbins

O método de musicoterapia Nordoff-Robbins, também conhecido como musicoterapia criativa, foi desenvolvido através da parceria de Paul Nordoff, um pianista e compositor e Clive Robbins, formado em educação especial. Esta abordagem é centrada na música e faz dela o meio principal da terapia.

Schapira (2002) comenta que todos os modelos tiveram a sua origem na década de 1960. Segundo o autor, o Modelo Nordoff Robbins é baseado na improvisação musical entre paciente e terapeuta, com o uso de instrumentos musicais e canto, no atendimento a crianças comprometidas neurologicamente e fisicamente. Os criadores do modelo, Paul Nordoff e Clive Robbins, acreditam que existe uma musicalidade que é inata a todos os seres humanos, e propõe o crescimento do indivíduo através de experiências musicais significativas. Na abordagem Nordoff-Robbins, a musicalidade da criança é chamada “music child” (QUEIROZ, 2003). Na metodologia clínica vemos a “hello song” (canção do olá); o fragmento do tema clínico, uma pequena célula musical trazida pelo paciente; o tema clínico, que é a música do paciente e a canção do adeus (ibid). Nas sessões de Musicoterapia existem dois terapeutas. Um deles fica no piano, improvisando músicas de acordo com os objectivos terapêuticos, e o outro tem contacto directo com a criança, auxiliando-a a dar respostas com o corpo, com o instrumento musical ou com a voz, facilitando a actividade musical.

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

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

As crianças com perturbação do espectro do autismo, especialmente nas primeiras etapas, podem recusar ou ignorar qualquer tipo de contacto com outra pessoa, inclusive com o terapeuta. No entanto, um instrumento musical pode servir de intermediário efectivo entre o paciente e o terapeuta, oferecendo-lhe um ponto de contacto primordial.

Na área da comunicação, a musicoterapia facilita o processo da fala e vocalização, estimulando o processo mental relativamente a aspectos como conceptualização, simbolismo e compreensão. Adicionalmente, regula o comportamento sensitivo e motor, o qual está frequentemente alterado na criança com perturbação do espectro do autismo. Neste sentido, a música com actividade rítmica é efectiva em reduzir comportamentos estereotipados. Por último, a musicoterapia facilita a criatividade e promove a satisfação emocional. Este aspecto leva-se a cabo através da liberdade do paciente no uso de um instrumento musical, à margem do tipo de sons que podem sair dele. (Cabrera, J. T. 2005; Kern, P., Wolery, M. & Aldridge, D. 2006; Kern, P., Aldridge, D. 2006; Ricketts, L. 1976)

A música pode ser um instrumento de grande poder para romper padrões de isolamento ao prover um estímulo externo.

A “linguagem autista” está sempre acompanhada por mudez, ecolália ou iniciativa de comunicação limitada. A musicoterapia na área da comunicação incentiva a verbalização e estimula os processos mentais em relação à conceptualização, ao simbolismo e à compreensão. Acompanhamentos improvisados, durante as expressões habituais do paciente, podem demonstrar uma relação de comunicação entre o comportamento do mesmo e as notas musicais; as crianças com perturbação do espectro do autismo podem perceber estas notas mais facilmente que aproximações verbais. O uso de padrões melódicos e rítmicos fortes durante as instruções verbais também se demonstrou benéfico ao manter a atenção e melhorar

a compreensão da linguagem falada. (Aldridge, D. 1989; Cabrera, J. T. 2005; Ricketts, L. 1976)

A musicoterapia analítica, foca a sua atenção no valor simbólico, dinâmica afectiva, ritmo do discurso emergente, organização espaço-temporal e pré-elaboração dos silêncios, inerentes ao fenómeno sonoro.

O processo musicoterapêutico atravessa três fases fundamentais, equiparadas às fases cronológicas de aquisição de linguagem na criança (Carvalho, 1998):

O prazer de escutar – Relaciona-se com o “holding musical” e gratificação fusional. Corresponde à fase em que a criança percebe a voz da mãe como um som que causa prazer ou desprazer. Sendo necessária uma preponderância do “prazer de ouvir”, para que haja uma evolução saudável.

O desejo de escutar – Caracteriza-se por uma diferenciação rudimentar, na construção da identidade sonora do indivíduo; o prazer de imitar, pela tomada de consciência do Outro, e o desejo de escutar. A criança reconhece, à semelhança da sua própria imagem no espelho, a sua própria voz, diferenciando-a da voz materna e das outras vozes.

Emergência de simbolização – Ocorre a realização da identidade sonoro-musical, caracterizada pela capacidade de improvisação, diálogo e criatividade musical, a par da emergência de significação afectiva e simbolização, abrindo-se um espaço potencial criativo, com valor de comunicação.

2.4 Do caos para a ordem

A música pode ajudar a criança com autismo a evoluir do caos para a ordem. Partindo do conceito de que uma postura não directiva permite uma maior exploração sonora e que esta se liga a uma diminuição dos medos e obsessões numa relação de reforço mútuo. O primeiro objectivo será então, criar um “espaço-experiência” onde a criança possa satisfazer as suas

necessidades de expressão não-verbal, através da sua liberdade espontânea. A qual, vai sendo estruturada por um quadro de referência e suporte – o terapeuta e a sua música/som. É no decurso desta relação, mediada pela música, que podemos observar como a criança se torna mais consciente das relações humanas e musicais envolvidas na experiência (Alvin & Warwick, 1978).

Para finalizar, importa referir que neste estudo, a música ou o som, foram utilizados como um meio para atingir um fim e não um fim em si mesmo. A música ocupou um espaço intermediário numa relação de ajuda, pela configuração do “trinómio musicoterapeuta – música – paciente” (Carvalho, 1994). Sendo utilizadas metodologias que onde as componentes expressiva e comunicativa da música/som foram valorizadas, tendo em conta princípios utilizados pela musicoterapia.

3. Anamnese

Entrevista com a mãe

Nome da Mãe: B.

Emprego: part-time para comunicação Social

Nome do Pai: A.

Emprego: Área Comercial

Nasceu de 35 semanas no Hospital São Francisco Xavier. In útero, foi diagnosticado taquicardia. Depois, esclerose tuberosa, devido a uma Cesariana de urgência. Foi reanimado de morte aparente. As lesões cerebrais fazem com que tenha epilepsia refractária. Ficou, depois de nascer, 3 meses internado para controlar a taquicardia. Aos 5 meses começou a ter crises de epilepsia e a ser medicado. A pediatra de Desenvolvimento diagnosticou alguns traços de Autismo.

Quanto às relações familiares, a tia “lili”, irmã da mãe tem uma óptima relação com o G., é a mais próxima. Também tem uns primos que convivem muito com ele.

Os sogros, os pais do marido têm uma atitude muito reservada. É como se fosse um assunto tabu.

No Infantário:

Os amigos dele são os filhos dos amigos dos pais. Os miúdos acabam por gostar dele. Neste momento está na Escola Pública N^a Sr^a do Amparo, entrou este ano.

Quando estava Grávida, fomos assistir a um concerto de Rodrigo Leão. O G. tem gosto por músicas africanas, sons tribais, e expressa esse gosto muito a partir da expressão corporal.

Está a tomar lírica – que dá bastante apetite. Antes teve casos de rejeitar a comida. Não amamentou.

Até aos 2 anos de idade, tomava medicamentos para o coração de 4 em 4h, o que fazia com que influenciasse o sono, que era várias vezes interrompido.

Para acalmá-lo, deve-se fazer rotinas. Prefere objectos que produzam som e gosta de texturas ricas. É muito apurado de cheiros. A sua cor preferida é o amarelo. Usa sempre fralda. É certinho, desde que tenha a rotina. Para brincar, procura muito o pai, pois este é muito brincalhão.

4. Metodologia

Delineamento: Estudo de caso

A observação baseou-se nas seguintes variáveis:

-Participantes: Uma criança do sexo masculino, com 6 anos com perturbação da relação e da comunicação, com núcleos autistas, associada ao diagnóstico de perturbação neurológica (ESCLEROSE TUBEROSA),

-Hipótese e Definição de variáveis:

HO: A música, como mediador de uma relação terapêutica aumenta a intencionalidade comunicativa de crianças com perturbações da comunicação e da relação.

Por se tratar de um estudo descritivo não são definidas variáveis, dado que não é feita a comparação entre grupos, nem são controladas variáveis experimentais.

Instrumentos: A variedade de material escolhido, permitiu a experimentação progressiva dos objectos sonoros. Que, pelas suas características sonoras, tácteis ou visuais, despertaram a atenção e curiosidade por parte da criança. Esperando-se que no decurso das sessões a exploração musical permitisse um aumento de comportamentos relativos a competências relacionais básicas (contacto ocular, aceitação da relação social); o aumento de comportamentos não verbais, funcionais quer sejam expressivos ou receptivos (produções musicais; compreensão de significados associados aos sons); e a diminuição de problemas de comportamentos (estereotípias, evitamento).

Instrumentos de observação e Análise

-Grelha ou escala de evolução das atitudes sonoro-musicais.

-Câmara de filmar

Instrumentos musicais e Objectos sonoros

Piano

Guitarra

Jambé simples

Harmónica

Harpa

Voz da musicoterapeuta

Voz da Co-terapeuta

Xilofone

Microfone

Procedimento: Foram realizadas 15 sessões, com a duração de 30 min. cada, num período de 5 meses, com periodicidade semanal. Para a recolha dos dados que constam do seu registo biográfico, foram realizadas entrevistas com os pais e com a musicoterapeuta.

Sessão de Avaliação (1ªsessão):

As crianças com autismo manifestam a sua patologia na sua música. Assim, na primeira sessão, pretendeu-se obter indicadores do modo como se organiza o “mundo sonoro” da criança, tal como um primeiro perfil da capacidade da mesma para interagir e grau de intencionalidade presente na sua comunicação (Wigram, 2000).

Para tal, na primeira sessão, foram colocados à disposição da criança os instrumentos musicais e objectos sonoros, de modo a possibilitar uma exploração activa dos mesmos.

A sessão de avaliação dividiu-se em 9 momentos [Exploração livre; Improvisação livre; Improvisação estruturada; Apresentação de novos instrumentos; Procura de uma interacção (mais discursiva); Pausa; Encadeamento; Apoio; Conclusão] (Wigram, 2000):

1- Exploração livre:

- Improvisação de suporte
- Tempo de espera/revelação

Nesta altura, não foram feitas quaisquer “exigências musicais” e não se pediu à criança qualquer tipo de resposta.

2- Improvisação Livre:

- Tonal e Atonal
- Instintiva

O observador/terapeuta tentava combinar os comportamentos musicais da criança com música tonal ou não tonal.

3- Improvisação Estruturada:

- Terapeuta/Observador no piano; cliente no instrumento escolhido
- Trocas fortuitas; Partilha de estratégias
- Perguntas e respostas musicais, rítmicas e melódicas
- Combinação de estilos concordantes e discordantes

Após o período de improvisação livre, o observador/terapeuta tentou focalizar a criança no principal instrumento que ela escolheu, a partir da guitarra, e tentando iniciar e desenvolver trocas com a criança, enquanto observava a sua reacção

As Sessões de terapia:

As catorze sessões que se seguiram não foram previamente estruturadas. Durante essas sessões, o observador/terapeuta utilizou os instrumentos musicais e a voz, tendo em conta:

- O princípio de “Iso Musical” – citado por Benenzon (1981) – espelhando ou ecoando musicalmente, os comportamentos, emoções e sentimentos da criança, com objectivo de abrir e fechar ciclos de comunicação. Comunicação esta, baseada em parâmetros de ritmo, contingência, sincronia, reciprocidade, etc.

- A qualidade do “holding” proporcionada na relação através de uma música e presença contentoras (Priestley, 1994)

- O uso do improviso, transposição, acompanhamento e diálogo musical com o objectivo específico de facilitar de respostas, interacção e expressão musical, transformando as estereotipias em valor comunicativo em produções sonoras com intencionalidade comunicativa. Tal como, a integração de produções sonoras e musicais, que pareçam estar dissociadas e pouco integradas (Bruscia, 1987; Alvin & Warwick, 1978)

- A repetição e regularidade de alguns dos elementos sonoros (melodia e ritmos) que introduzia nas sessões. A relevância deste procedimento assenta na ideia de que, se a comunicação e a relação são construídas através do som, será então importante facilitar a recordação das experiências sonoras ocorridas nas sessões anteriores (Lecourt, 1991).

Através dos objectos sonoros e por meio dos canais de comunicação estabelecidos procurou-se criar um vínculo com o observador/terapeuta (Benenson, 1987). De modo a desenvolver uma relação na qual a música/som permitia à criança apresentar-se – como “objecto estético” – de uma forma válida, porque, aceite e ecoada – e ampliada – pelo outro.

Assim, a música/som foi utilizada para ecoar, isto é, reproduzir num padrão rítmico ou melódico-rítmico, recorrendo à improvisação musical, as estereotipias, comportamentos e produções sonoras da criança (Lecourt, 1991). Estes jogos de imitação, utilizados em Musicoterapia activa, ilustram a importância da hetero-imitação. Adrien (1996), refere vários estudos em que se demonstrou existir uma ligação entre a imitação dos comportamentos da criança autista e melhorias ao nível da aprendizagem de novos comportamentos e da comunicação com os outros. Do mesmo modo, o início da construção da identidade sonora e musical depende destes jogos que surgem espontaneamente na maioria das relações mãe-bebé (Lecourt, 1994).

Sendo que muitas das vocalizações, ecolalias tal como as estereotipias, não possuem uma função relacional pois, fazem parte de um conjunto de reacções que se constituem no encapsulamento autístico (Tustin, 1990). Pretende-se, com o ecoar das mesmas dar-lhes um sentido relacional e comunicativo, na medida em que são “compreendidas” e metabolizadas pelo outro no interior de uma estrutura musical contentora. Este processo seria o equivalente da função “alfa”, teorizada por Bion (Lecourt, 1994).

As intervenções verbais do observador/terapeuta foram essencialmente constituídas por comentários e intervenções das expressões não-verbais, sonoras e musicais, da criança. Todas as sessões foram gravadas em vídeo (câmara de filmar), de modo a permitir uma revisão dos acontecimentos após as mesmas.

Resumo das catorze sessões que se seguiram:

2ª sessão

Nesta sessão, sendo a primeira de terapia, foi visível a necessidade de adaptação à nova relação, a um novo elemento nas sessões. No entanto, notou-se bastante curiosidade quanto ao novo instrumento (piano) e quanto à pessoa que o tocava, confirmando o que a mãe disse acerca do gosto que o G. tem da música. Notou-se desde logo, que o G. exprimia-se muito através da dança, da expressão corporal.

Também foi visível a pulsação rítmica existente no G. Apesar de contrastar entre ritmos mais lentos ou acelerados, notava-se que era uma criança rítmica e que não ficava indiferente aos variados sons e ritmos. (ver anexo 2 – pág. 92)

3ª sessão

Nesta sessão, o G. mostra precisar inicialmente do seu espaço, do seu lugar seguro. Isso demonstrou-se no facto de se ter refugiado num canto da sala várias vezes. Também, as interacções foram inconstantes e de certa forma, impulsivas. Isso verificou-se na pulsação rítmica que imprimia ou no piano ou no jambé.

No entanto, conformou fomos desenvolvendo a sessão houve uma maior aproximação em termos físicos e em termos musicais, relacionais. (ver anexo 2 – pág. 94)

4ª sessão

Nesta sessão o G. mostrou aderir ao contacto, a sua coordenação motora foi de encontro à pulsação que ouvia à medida que se tocava. Mostrou uma curiosidade pelo piano crescente. O prazer que retirava da música manifestou-se muitas vezes pela dança no meio da sala, ou por ir ao encontro da Musicoterapeuta e passar as mãos pelas cordas da guitarra, de forma rápida, mas entusiástica. (ver anexo 2 – pág. 96)

5ª sessão

Nesta sessão, embora o G. se mostre ainda apreensivo com os elementos que constituem o setting terapêutico, já começa a dar elementos importantes no que diz respeito ao contacto relacional, pois já mostra aderir em parte. Apresentam-se algumas estereotípias. A dança é um elemento importante no G. como forma de vivenciar os elementos musicais e relacionais. Denota-se ainda, nesta sessão, que o G. tem pulsação e “gosto” em vocalizar. (ver anexo 2 – pág. 98)

6ª sessão

Nesta sessão, o G. mostra mais sincronia também a nível físico como no caso da dança, como a nível instrumental, neste caso, no piano. Mostra reagir a temas que lhe são familiares e à mudança de tonalidades ou dinâmicas.

Também é visível uma maior aproximação e interação tanto com a Musicoterapeuta, como comigo. Esta interação revelou-se tanto no tocar dos instrumentos como nas vocalizações, em resposta às interações. (ver anexo 2 – pág. 100)

7ª sessão

Nesta sessão, o G. realiza algumas estereotípias com as mãos. Também é notória a produção constante de vocalizações e de ideias musicais por parte do G. Pode-se observar a partir do comportamento do descalçar, que o G. tem por vezes necessidade de sentir as texturas de forma mais próxima.

É igualmente visível a necessidade de aproximação e de um certo aconchego ao procurar o meu colo, encolhendo-se como se tratasse de um bebé. Também, nesta sessão, o G. através das vocalizações, remete-se para uma figura familiar com quem ele tem muita proximidade, a tia “lili”. (ver anexo 2 – pág. 102)

8ª sessão

Nesta sessão, o G. entrou já na sala, dando o mote para algumas improvisações. Começa imediatamente a vocalizar e a dançar no meio da sala, de forma muito entusiasmada. Pode-se dizer que exprimiu-se bastante a nível vocal e corporal através das danças, interagindo com os ritmos propostos pela musicoterapeuta e propondo também outros.

A mãe do G. começou a improvisar vocalmente, o que denotou um sentimento de confiança e de integração nas actividades de improvisação musical. (ver anexo 2 – pág. 104)

9ª sessão (21/04/09)

Nesta sessão, houve uma grande produção de vocalizações, sendo estas, bastante contínuas e contextualizadas, sempre num diálogo entre musicoterapeuta e aquilo que ia cantando. Pode-se afirmar que mesmo quando a musicoterapeuta introduzia as palavras, houve como que uma percepção de intenções e emoções. Notou-se também que o G. cantava e depois esperava por uma resposta, o que pressupôs realmente um diálogo. (ver anexo 2 – pág. 106)

10ª sessão (28/05/09)

Nesta sessão, nota-se que a emissão e expressão vocal está mais intensa. É notável uma maior sensibilidade sonoro-musical, já que reage a sons diferentes, a dinâmicas diferentes a timbres diferentes. Revela maior destreza e coordenação motora. Viu-se também que o G. tocou ajustando-se à pulsação e ao andamento musical. Adere com mais ênfase ao contacto relacional, iniciando-o por vezes. (ver anexo 2 – pág. 109)

11ª sessão

Nesta sessão é visível o maior à vontade que a mãe do G. sente, ao improvisar com a voz e tocando nos instrumentos. De facto a mãe já elabora improvisações sem que lhe seja sugerido.

Também denota-se uma necessidade de dinâmicas diferentes, ora cantava e dançava, ora estava no sofá a ouvir ou a descansar. Todas as vocalizações inseriam-se nas tonalidades que a musicoterapeuta e eu introduzíamos. Despertou-lhe a atenção um instrumento indiano que a musicoterapeuta tinha na sala e começou a explorá-lo, primeiro com a boca e depois com as mãos.

Foi uma sessão com ritmos e sons bastante étnicos ao estilo e gosto do G. que mostra prazer a dançar e a cantar. (ver anexo 2 – pág. 112)

12ª sessão

Nesta sessão, o G. tem a iniciativa de experimentar pela primeira vez a harpa, que sempre esteve na sala. Começa a passar as mãos pelas cordas, de forma adequada, e explora adequadamente a harpa e, quando a musicoterapeuta vai para a harpa interagir com ele, começou um diálogo de pergunta e resposta.

Foi no geral, uma sessão em que predominou a instrumentalidade com sincronia, a instrumentalidade com relação, com contexto e elaboração emocional (ver anexo 2 – pág. 115).

13ª sessão

Nesta sessão, denota-se que o G. distinguiu perfeitamente quem é que tocava e quem cantava, e atribui esse reconhecimento, dando beijinhos, mostrando um sinal de percepção dos afectos e da intencionalidade comunicativa, e vocalizando à medida que ia interagindo nos diálogos musicais.

Ao ouvir a musicoterapeuta perguntar quem estava ali, ele percepcionou o significado de tal pergunta e ergueu-se do sofá, vocalizando. (ver anexo 2 – pág. 118)

14ª sessão

Cada vez mais, verifica-se uma maior reciprocidade e intencionalidade na comunicação e produção musical do G. Quando começámos a cantar a música do “olá”, o G. respondeu vocalizando “lalala”. Também estabelece um maior contacto ocular como todos. Reconhece os sons de cada instrumento e as tonalidades afectivas.

Quando a mãe começou a cantar uma música que segundo ela, o G. gosta muito, ele reconheceu, estabeleceu contacto com a mãe e pôs-se a vocalizar e a interagir com ela. (ver anexo 2 – pág. 120)

15ª sessão

O G. entrou na sessão e já vinha a cantar “lálá”, como se nos estivesse a cumprimentar com a música do “olá”. Nós pegámos nesta improvisação logo de início. Ele mostrou-se bastante satisfeito, muito interactivo e muito participativo. Mostrou também pegar em vocalizações de sessões anteriores, dando espaço à escuta, à pergunta e resposta, como se estivesse a querer falar de um tema em específico. A mãe também esteve muito à vontade, improvisando ao ritmo das vocalizações do G. A relação mostrou-se bastante rica e com padrões comparáveis à comunicação, dita verbal. (ver anexo 2- pág. 123)

Escala de evolução do comportamento

Esta escala encontra-se ainda numa fase inicial daquilo que poderá vir a ser um instrumento estandardizado e passível de uma leitura estatística segura. Foi construída de modo a permitir uma melhor sistematização dos dados recolhidos durante o período de observação e, apesar das dificuldades relativas à operacionalização e quantificação deste tipo de material, a utilidade da escala para organizar os dados recolhidos e tornar os padrões de evolução mais claros, justificou a sua aplicação.

Tendo em conta as principais alterações do desenvolvimento descritas no DSM-IV-TR (2002) em relação à “perturbação autística” e o problema que me propus a estudar, foi meu objectivo avaliar as mudanças ao nível da “intenção/capacidade de comunicar (reciprocamente)”. Considerando os escritos que referem a música como uma “linguagem dos afectos” (Costa, 1989), ou seja, um vínculo privilegiado para a expressão de afectos, e as alterações que estas crianças podem manifestar ao nível da leitura, expressão e organização dos mesmos, tive em conta a “expressividade das vocalizações”, tal como, os afectos positivos demonstrados através do riso.

Por fim, e reportando-me a vários estudos que referem a musicoterapia como uma intervenção que permite reduzir a frequência e intensidade de comportamentos (aparentemente) não relacionais (Alvin & Warwick, 1978, Benenzon, 1987, Müller & Warwick, 1993), integrámos na escala as estereotipias, as ecolálias e o evitamento.

A escala foi aplicada a todas as sessões a partir da descrição das sessões e o registo vídeo das mesmas, em simultâneo.

GRELHA DE AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO DA MUSICOTERAPIA

Nome:

Data:

CATEGORIAS	OBJECTIVOS TERAPÉUTICOS	AVALIAÇÃO		
		NA	EA	A
1 - Contacto Relacional	Adere ao contacto			
	Inicia o contacto			
	Mantém-se referenciado			
2 - Contacto com os objectos musicais	Manipula apropriadamente os instrumentos musicais			
	Não apresenta estereotípias			
	Interage através dos objectos			
3 - Expressão Corporal/Funcionamento Motor	Revela destreza, agilidade e coordenação motora			
	Revela intencionalidade e antecipação nos movimentos			
	Revela contingência nos movimentos			
	Não apresenta maneirismos nem estereotípias			
	Bate as palmas ajustando-se à pulsação			
	Coordena a marcha segundo o andamento musical			
4 - Sensibilidade Sonoro-Musical	Reconhece a fonte emissora de som			
	Reage às interrupções de emissão sonora			
	Reconhece as alterações de timbres e fontes sonoras			
	Não apresenta hipossensibilidade sonoro-musical			
	Não apresenta hiperssensibilidade sonoro-musical			
5 - Emissão e Expressão Vocal	Emite sons do tracto oro-faríngeo			
	Emite vocalizações com largo espectro e expressividade			
	Emite vocalizações contingentes			
	Não apresenta estereotípias vocais			
	Canta canções do seu repertório familiar			
	Vocaliza ou entoa canções, ajustando-se ao andamento e pulsação musicais			
6 - Produção Musical instrumental	Toca ajustando-se à pulsação e ao andamento musicais			
	Bate com as palmas das mãos nos instrumentos de percussão			
	Utiliza adequadamente as baquetas do xilofone			
	Produz harpejos nos instrumentos de corda			
	Emite sons nos instrumentos de sopro			
7 - Imitação	Imita sons vocais com diferentes frequências			
	Repete frases rítmicas			
	Repete frases melódicas			
	Imita gestos sincronizados com curvas melódicas ou padrões rítmicos			

8 - Reciprocidade	Ajusta-se de forma sincrónica às improvisações musicais do seu interlocutor			
	Adere a jogos musicais de alternância-tipo pergunta – resposta			
	Espera a sua vez e dá a vez			
	Re-inicia os diálogos musicais			
	Interrompe a produção musical de forma contingente e previsível			
9 - Reacção e Adaptação à mudança	Reage às interrupções musicais			
	Reage às alterações dos parâmetros musicais			
	Ajusta-se musicalmente às alterações musicais			
10 - Inovação e Criatividade	Altera intencionalmente as suas produções musicais			
	Apresenta ideias musicais novas			
11 - Comunicação Verbal	Revela compreensão de pedidos e ordens			
	Verbaliza de modo contingente			
	Não revela estereotípias verbais			
	Verbaliza pedidos			
	Verbaliza sentimentos			
12 - Comportamento Emocional	Revela capacidade de auto-regulação emocional através da música			
	Reconhece as alterações da tonalidade afectiva da música			
	Revela capacidade de expressão afectiva			
13 - Actividade Simbólica	Adere adequadamente a jogos musicais de carácter inter-modal			
	Revela sensibilidade aos ambientes sonoro-musicais para ampliar a experiência do jogo simbólico			
	Adere à construção de histórias musicais através da criação de canções temáticas			
	Re-cria cenários musicais para ampliar a actividade simbólica			

NA- Não adquirido

EA- Em aquisição

A- Adquirido

Carvalho, E (1998)

Descritivo Introdutório da Amostra e dos locais – especificidades

As sessões do menino decorreram no consultório privado de uma musicoterapeuta, onde a observadora assumiu o papel de co-terapeuta. O menino já tinha tido há 1 ano uns poucos meses de musicoterapia. Quando iniciei as observações, coincidiu com o momento em que este reiniciou o processo.

A sala tinha dimensões médias. Possuía um sofá, um piano acústico, um piano electrónico, uma janela grande com cortinas de pano, alguns quadros afixados na parede e vários instrumentos que se encontravam no chão, junto ao sofá. Durante as sessões estiveram presentes a musicoterapeuta, a observadora/co-terapeuta, a criança e a mãe.

Síntese do Caso

Descrição do processo terapêutico do G. (no período que antecedeu a investigação):

Em relação a este caso assumi a função de co-terapeuta e daqui em diante utilizarei este termo para me referir à minha pessoa.

O G. é uma criança que para além da Musicoterapia tem também psicomotricidade, o que o ajuda a equilibrar as suas funções motoras. Antes do momento de iniciação da terapia com o G., foi-me logo transmitido o gosto e o prazer que o G. demonstrava no espaço sonoro-musical. Era uma criança que comunicava através da música e, os pais ao sentirem isso viram que de facto a musicoterapia seria bastante proveitosa no caso do G.

O processo que antecedeu a investigação foi bastante curto, tendo apenas durado alguns meses, pelo facto de o G. ter que recorrer, muitas vezes a várias consultas, tornando-se incompatível a continuidade do processo.

Foi com a entrada de um 3º elemento, a co-terapeuta, que a guitarra perdeu a sua exclusividade e o G. passou a “aventurar-se” pelos outros instrumentos, nomeadamente o

piano que a co-terapeuta utilizou de modo consistente durante as sessões. O facto de haver um 3º elemento fez com que as relações fossem mais abrangentes, ricas e interactivas.

Assim, as sessões do G. decorreram num consultório privado, onde havia alguns instrumentos diferentes, que assumiram um papel importante para o G., e onde não havia espelho. A início, a co-terapeuta, em termos de padrão figura-fundo, seria o fundo e a interacção da musicoterapeuta com o G. seriam a figura, o que o diferencia dos outros casos.

5. Discussão Geral

Apesar das diferentes maneiras de utilizar a música e os instrumentos, observadas tanto ao nível intra como interpessoal e em congruência com o grau de perturbação, pode-se afirmar que se deu uma organização progressiva do repertório sonoro do G., dentro da dinâmica de uma relação transferencial (Lecourt, 1991), à qual, correspondeu um conjunto de indicadores com evolução positiva.

Assim, foi possível observar um aumento da expressividade vocal e expressão de afectos em geral; um aumento do número de interações iniciadas e duração das mesmas; uma maior partilha dos instrumentos musicais; para além de um enriquecimento no modo como explorou os mesmos; e uma maior variabilidade nas produções sonoras.

O mediador ao qual a criança reagiu de um modo mais consistente foi a voz. Cheremeteff (1989) defende a importância da voz como “ferramenta” terapêutica, um instrumento de comunicação primordial que provém da profundidade do nosso ser. Segundo Rosolato (1985), citado por Lecourt (1991,1994) o “princípio de alternância” refere uma selecção através da repetição perceptual, que coloca em jogo uma série de oposições que são progressivamente exploradas pela criança; presença/ausência, bom/mau; prazer/desprazer; etc. São estas “distinções fundadoras” (Salgueiro, 1996), que, quando se consolidam em “aprenderes fundadores” – nos quais “(...) é subtil o deslizar de estados de afecto para estados de conhecimento” – permitem a passagem natural para aprendizagens mais complexas – como os “aprenderes escolares”.

No âmbito desta investigação, a criança utilizou o som/música e os instrumentos musicais, para realizar este tipo de exploração:

Alternância entre sons fortes e suaves no piano; alternância entre vocalizações “robóticas” e naturais ou graves e agudas; alternância entre as “ausências ao espelho” e as presenças, frente a frente com o observador/terapeuta, enquanto efectuava trocas vocais ou sonoras.

O princípio de alternância funcionou como um organizador da experiência sonora. Para tal, foram essenciais a repetição e regularidade, tal como a diferenciação e categorização. As duas

primeiras, foram possibilitadas pela constância do setting, tempo, estrutura e horário das sessões, para além da estabilidade de algumas das respostas sonoras ou musicais dadas pelos terapeutas. As duas últimas, relacionaram-se com a percepção e categorização dos sons em agradáveis e desagradáveis, intensos e suaves, agudos e graves ou presentes e ausentes.

O uso da música/som e instrumentos musicais possibilitou colocar este princípio em funcionamento, de um modo por vezes bastante claro e sem necessidade da linguagem verbal. A música funcionou como um organizador primário da linguagem e do pensamento, promovendo comportamentos de antecipação – indicadores que a criança esperava uma resposta do outro – ao tornar os eventos mais previsíveis.

Quanto a esta capacidade da música para criar antecipação e previsibilidade, Reik – citado por Clarice M. Costa (1989, p. 67) – afirma que, “(...) pelos momentos de tensão e repouso, [a música] cria expectativas que serão ou não satisfeitas”. De facto, nas interações estabelecidas, ao longo das sessões, as sequências musicais constituídas por momentos de tensão e relaxamento assumiram um papel importante, pela dinâmica (a espera/expectativa de algo) e prazer que lhes acrescentaram.

Este tipo de interações remetem para a importância, de uma das características do mediador som/música, a flexibilidade.

Segundo Leal (1985), este tipo de “padrões sequenciais de acção” têm implícito o formato das relações que constituem o terreno de onde se pode esperar a emergência do simbólico, de modo a constituírem “veículos separados para significados”.

Podemos introduzir aqui, o conceito de “metábolos do desenvolvimento humano” – elaborado pela mesma autora. Ou seja, modelos concretos de trocas recíprocas em alternância de actos, coisas ou pessoas. Sendo que, ao longo das sessões, o recurso ao som e aos instrumentos, facilitou a construção destes “metábolos”, através das interações do tipo “agora-eu-agora-tu”.

Um bom exemplo desses “diálogos ritmados”, foram dos jogos em que o G. tocava no piano, fazia uma pausa como que à espera que eu tocasse e continuava.

Papel dos Instrumentos musicais e do Som

Os instrumentos musicais foram frequentemente utilizados para ligar diferentes percepções sensoriais, no sentido de uma globalização da experiência.

Em termos de esquema corporal, o uso dos instrumentos de sopro, devido ao contacto directo com os lábios, língua, dentes e maxilares dotou estas experiências de uma percepção mais consciente da boca e seu interior (Alvin & Warwick, 1978). Do mesmo modo, o sopro interior dirigido para um objecto externo, com resposta sonora correspondente, permitiu a exploração do “dentro/fora”, ou seja, a exploração de algo correspondente, permitiu a exploração do dentro/fora”, ou seja, a exploração de algo que vem do interior (sopro) e se “materializa” no exterior através do som que a criança conseguia produzir nesse instrumento. Isto aconteceu muitas vezes, quando o G. tocava harmónica.

Ao analisar a relação do G. com os instrumentos podemos visualizar o fascínio e forte excitação provocados e auto-provocados pelos estímulos sonoros – o que pode levar a uma expressão musical com sentido/significado. No entanto, segundo Lecourt (1991), este tipo de relação com o som/música, representa igualmente uma abertura no aparelho designado por Freud como “pára-excitações” que funciona como uma membrana que protege “(...) o organismo contra excitações, provenientes do mundo exterior que, pela sua intensidade ameaçariam destruí-lo” (Laplanche & Pontalis, 1967, pp. 282-283). Esta ideia de uma membrana protectora foi igualmente utilizada por Anzieu (1979), nos conceitos de “Eu-Pele” e “Envelopes do Ego”.

Foi através do ritmo encontrado na música produzida que permitiu, não só ecoar as ritmicidades das estereotípias, mas também modular as mesmas transformando-as num canal de comunicação, ou seja, promoveu uma forma de quebrar as estereotípias e criar um espaço mais criativo.

A música executada pelos terapeutas teve um impacto significativo nesta criança. Se, tal como Eschen (2002), considerarmos que a música pode ter um impacto profundo no indivíduo, reactivando os diálogos primitivos com a mãe, parece adequado colocar a hipótese de que um

contacto tão próximo, acabe por assustar estas crianças, activando a necessidade de um regresso ao isolamento habitual. Principalmente, se recordarmos as sessões em que trocas vocais muito próximas e harmoniosas, provocaram na criança a necessidade de afastamento de quebra em relação à estimulação ou relação sonora na qual estava envolvida.

Quando eram utilizados tons de voz mais aguda, com ritmos mais intensos, de género tribal e animados, o G. ficava muito entusiasmado, chegando mesmo à euforia, o que fazia com que quisesse cantar e interagir na música produzida, finalizando com a necessidade de aliviar essa satisfação, produzir movimentos estereotipados.

No sentido inverso, de um modo mais ou menos intencional, o som foi utilizado para restabelecer o contacto. Isso verificou-se nos momentos de silêncio ou ausência do terapeuta que foram quebrados quando o G. abria uma nova interacção produzindo som.

Para Barcellos (2004), é possível uma compreensão da dinâmica das relações musicais e não musicais existentes no fazer musicoterapêutico.

A capacidade de o musicoterapeuta perceber os elementos musicais contidos na produção ou reprodução musical de um paciente (altura, intensidade, timbre, compasso e todos aqueles que formam o tecido musical) e a habilidade em responder, interagir, mobilizar ou ainda intervir musicalmente na produção do paciente, de forma adequada. (p. 83)

Mas o que seria responder de ‘forma adequada’? Na recursividade, presente nos nossos momentos musicais, construímos com o G. o seu processo. Ao construir ‘com’ e não ‘para’ G. o processo, permitimos uma certa correspondência entre nós dois. Pela recursividade, esta correspondência não é acidental. Segundo Maturana (2002), “é o resultado necessário dessa história (...) nenhum de nós está aqui por acidente”. Estabelecemos uma ‘congruência’. Segundo o autor, também, “isso, em si mesmo e em princípio, explica os aspectos mais salientes da conduta adequada. A conduta adequada é a conduta que é congruente com as circunstâncias nas quais ela se realiza” (p.62).

O continente sonoro-musical de uma sessão de musicoterapia é dado pela musicoterapeuta. Desde as primeiras notas, executadas ao piano e à guitarra, passando pelo acompanhamento das percussões do G., até a apresentação de melodias, o objectivo primeiro era compor um espaço sonoro. Pequenas canções inspiradas nas condutas do G., em momentos distintos da sessão, foram usadas como estratégias juntamente com as produções instrumentais, ora imitando-o, ora interrogando-o, algumas vezes concordando com ele, outras tantas discordando dele. (Piazzetta, C. & Craveiro de Sá, L., 2005)

De um modo geral, a manipulação dos instrumentos musicais, tal como a exploração sonora dos mesmos, representou uma fonte de prazer para esta criança. Por outro lado, os instrumentos musicais serviram de “objectos intermediários”, ou seja, os instrumentos ocuparam um espaço, entre o terapeuta e a criança, permitindo trocas de um modo recíproco, ou unidireccional (Lecourt, 1988).

Musicalidade, Criatividade e “Objecto Estético”

A principal proposta da musicoterapia criativa é envolver a criança num “fazer musical”, dando ao processo uma característica activa de experienciar a música como terapia. A partir desta experienciação, torna-se possível exteriorizar as experiências internas do indivíduo, indo de encontro a uma nova experiência da realidade.

Nordoff & Robbis (2007), falam nos seus escritos, de uma “musicalidade” (criatividade musical) individualizada e inata, presente em todas as crianças, independentemente das suas limitações físicas ou psíquicas. Essa característica é inerente a uma parte do Self, que os autores denominam como “*music child*”.

Podemos relacionar o desenvolvimento do “musico-criança” aos conceitos de “banho sonoro”, “espelho sonoro” e “envelopes sonoros” de Anzieu (1979). Segundo o autor, as características da mãe como “espelho sonoro” têm um papel determinante neste processo, pois é a mãe que dá ao bebé um “espelho sonoro”, que ele manipula, primeiro, para os seus choros, depois para o balbucio, e finalmente para os seus jogos de articulação fonética. Neste caso, verificou-se a importância da presença da mãe nas sessões, como o eco sonoro foi-se transformando e ficando cada vez mais seguro e isso fez com que o G. se sentisse mais ligado sonoramente e musicalmente à mãe, o que fez com que também tivesse a segurança para se distanciar da mãe e explorar o meio.

Assim há uma parte do Self, com potencial criativo, que se encontra limitada pelo Self actual mas que pode ser “tocada” e estimulada pela música.

Esta corrente da improvisação musical deve ser distinguida da simples estimulação com música por meio de instrumentos. Ela provê uma base, na qual é estabelecida uma relação mútua entre terapeuta e paciente e o desenvolvimento da relação permite que mudanças ocorram, tanto na condição do paciente quanto na forma que a terapia toma. A comunicação sustentada pela música é utilizada para encorajar e acentuar tanto a expressão corporal quanto os gestos numa interacção. Este modelo tem sido adaptado como um método para aumentar a empatia, cooperação e a aprendizagem de crianças autistas, em especial para actuar nas desordens emocionais do transtorno. Além disto, o uso de sons e música dentro de uma relação entre cliente e terapeuta, pode proporcionar um bem-estar físico, mental, social e emocional (Trevarthen e cols. 1998).

A base lógica subjacente à improvisação musical é que fazer música de forma activa reflecte o estado actual do paciente, o que, por sua vez, conduz-nos, ao longo do processo terapêutico, a um entendimento sobre as mudanças internas, externas e interpessoais do mesmo. Há portanto, uma clara relação entre a expressão musical do paciente e o seu estado motivacional subjacente. Determinados padrões de expressão musical, por exemplo, como frases binárias repetitivas, podem representar “defesas” do paciente, enquanto um padrão rítmico irregular pode representar a expressão de sentimentos de caos ou angústia (Odell-Miller, 2005).

Os principais objectivos da improvisação musical consistem no desenvolvimento do relacionamento afectivo da criança autista, no desenvolvimento de aspectos da comunicação não-verbal e no desenvolvimento da comunicação verbal das mesmas. Busca-se, com este trabalho, o desenvolvimento dos seguintes aspectos, presentes nas interacções diádicas e interacções triádicas, vistos anteriormente: da musicalidade comunicativa, como visto em Stern (1992) e Trevarthen e Aitken (2001), da reciprocidade, alternância de turno, da sincronia, da simetria, contingência, antecipação e autonomia, como vistos em Stern (1992) e Brazelton e Cramer (1990), da imitação, da atenção compartilhada, da intenção comunicativa (Bates, 1976) e da sintonia afectiva (Stern, 1992).

Outros objectivos mais gerais da improvisação musical consistem em criar experiências de relações por meio da música, desenvolver a expressividade num contexto relacional, através do envolvimento emocional, desenvolver um sentido de self-na-relação (Stern, 1992), promover a auto-organização e a auto regulação afectiva da criança, por meio do relacionamento musical (Trevarthen e cols., 1998).

Parece-nos correcto afirmar, no plano do nosso estudo, que o G. desenvolveu uma relação como o som/música que se aproxima desta definição, ou seja, utilizou os sons de forma criativa, manifestando a sua musicalidade através do seu Self “músico-criança”.

As trocas e jogos sonoros e musicais em musicoterapia activa proporcionam sequências interactivas segundo parâmetros de contingência, ritmos e sincronia, que uma vez oferecendo previsibilidade e entendimento mútuo, ilustram o conceito de metabolo. E permitem a organização mental do relacionamento interpessoal, modulando e transformando estereotípias rítmicas e musicais em padrões mais ajustados e criativos de interagir.

Temos como exemplo, o jogo entre graves e agudos, no piano, com variações de intensidade, as vocalizações cantadas, com ritmos diferentes e tonalidades diferentes, as danças em sincronia com a pulsação da música que nos revela uma ideia da “afirmação de si” vivida com prazer. Tal como, a sua linguagem corporal, caracterizada pelos movimentos de cabeça e troco em consonância com a música.

O “músico-criança” do G. surgiu, por exemplo, nas ocasiões em que ele se sentou, virado de frente para o observador/terapeuta, envolvendo-se numa interacção musical, com vocalizações melodiosas, expressivas e variadas, enquadradas na tonalidade e ritmicidade dos acordes que

a musicoterapeuta fazia na guitarra, ou então na forma como tocava no piano, imprimindo o seu próprio ritmo e musicalidade, entrando em contacto com a co-terapeuta.

A presença das seguintes condições são consideradas por Rogers – citado por Alencar (1986) –, como facilitadoras da criatividade, essenciais para o surgimento deste tipo de “musicalidade”.

A saber:

- O nível de aceitação e compreensão empática com ausência de avaliação externa. Estas promoveram “conforto e segurança psicológica”.
- A liberdade de expressão, favorecendo o jogo espontâneo. Promoveu “liberdade psicológica”

Deste modo, segundo Rogers, uma atitude não directiva e empática é a força motriz da criatividade.

Alargando a temática para o campo da “reciprocidade estética” - o ponto de partida para a dinâmica do “conflito estético”, será o reconhecimento do outro como “objecto estético”. Este “conflito estético” revela-se quando a criança identifica a música como “bela”, reveladora da bondade interior de quem a interpreta.

Isto foi visível quando o G. se aproximou da co-terapeuta para tocar no seu pescoço, sentando-se no seu colo, mantendo o contacto ocular, enquanto a ouvia a tocar melodias por ele iniciadas. A partir daqui, o contacto e a proximidade entre co-terapeuta e o G. tornaram-se ainda mais frequente.

Música e Experiência Emocional

Em relação à técnica utilizada na terapia de improvisação musical, os instrumentos são empregados com o intuito de facilitar o estabelecimento de algum tipo de contacto com a criança. Esta escolhe o seu instrumento espontaneamente. O musicoterapeuta, por sua vez, com outro instrumento, busca equiparar os ritmos, as variações de tons, a batida temporal, a

intensidade e os contornos de activação expressos pela criança, mediante o uso do seu instrumento de escolha, ou mesmo expressos apenas pelo comportamento da mesma.

Com isto, tenta-se estabelecer uma harmonia com a criança autista, buscando-se criar um estado de coordenação afectiva com a mesma. Este estado de coordenação afectiva, no qual terapeuta e criança movem-se em torno de um objectivo em comum, no caso, a interacção musical, facilita o desenvolvimento do ajuste afectivo por parte da criança, ao promover a transformação de afectos negativos em afectos positivos na mesma. Desta forma, a criança passa a buscar mais o ajuste, uma vez que começa a ter uma representação das interacções como positivas e reparáveis (Tronick, 1989).

Com relação à comunicação social, a abordagem busca criar estratégias que possibilitem à criança com autismo expressar intenções comunicativas, sendo capaz de dirigir o seu comportamento ao outro, de modo a atingir um objectivo desejado (ibid, 2000). Para isto, obviamente, deve-se levar em consideração toda a sequência do desenvolvimento, ajudando a criança a passar de um nível não-simbólico a um nível simbólico, dentro de um *continuum* da comunicação. Expressões motoras da criança e vocalizações devem ser vistas como meios de se buscar a comunicação de intenções, ainda que estes meios sejam idiossincráticos. Tais comportamentos devem, desta maneira, ser considerados passíveis de significação pelo terapeuta ou pelo cuidador.

Na regulação emocional, deve-se levar em consideração tanto a regulação dirigida a si mesmo quanto a regulação dirigida ao outro. Na primeira, a criança utiliza comportamentos auto reguladores, como a retirada da atenção ao parceiro ou mesmo os comportamentos estereotipados. Na segunda, ela busca o contacto com o outro para regular o seu próprio estado emocional. O modelo Nordoff-Robbins busca a criação de estratégias que aumentem a capacidade auto reguladora da criança autista bem como a promoção da regulação da excitação da mesma por meio de interacção, por exemplo, através de uma vocalização suave, calma, dirigida à criança, ou mesmo através de uma música tranquila.

Finalmente, o suporte transaccional implica levar em consideração todos os parceiros que venham entrar em contacto com a criança, como por exemplo, os pais, os pares, educadores, etc. Neste suporte transaccional, os parceiros são vistos como “facilitadores” do desenvolvimento da criança, e devem reconhecer o seu papel activo nas interacções,

respondendo de um modo activo e flexível aos esforços comunicativos e às reacções da mesma nas trocas sociais (Prizant e cols., 2000). Nesta perspectiva, um momento específico das trocas sociais é visto como tendo um importante impacto sobre o momento subsequente e, assim, sucessivamente.

Esta troca e comunicação é facilitada, adquirida e apreendida durante as sessões, nas quais a mãe está sempre presente. A mãe vai aprendendo a dar respostas adequadas e a flexibilizar algumas formas de comunicação. No caso do G. foi isto que aconteceu. Verificou-se que a mãe, com a continuidade das sessões, mostrou-se mais adaptada em termos de resposta, mais flexível nas interacções e mais sensível aos significados das mesmas.

A terapia de improvisação musical ou interactiva deve ser distinguida da simples estimulação com música por meio de instrumentos. Ela dá uma base na qual é estabelecida uma relação mútua entre musicoterapeuta e paciente e o desenvolvimento da relação permite que mudanças ocorram, tanto na condição do paciente quanto na forma que a terapia toma. A comunicação sustentada pela música é utilizada para encorajar e acentuar tanto a expressão corporal quanto os gestos em interacção. Este modelo tem sido adoptado como um método para aumentar a empatia, cooperação das crianças autistas, em especial para actuar nas desordens emocionais do transtorno. Além disto, o uso de sons e música dentro de uma relação entre cliente e terapeuta, pode proporcionar um bem-estar físico, mental, social e emocional (Trevarthen e cols., 1998). Pode-se perceber, de imediato, neste modelo clínico, a estreita relação entre música e emoção.

A base lógica subjacente à improvisação musical é que fazer música de forma activa reflecte o estado actual do paciente, o que, por sua vez, conduz-nos, ao longo do processo terapêutico, a um entendimento sobre as mudanças internas, externas e interpessoais do mesmo. Há portanto, uma clara relação entre a expressão musical do paciente e o seu estado motivacional subjacente. Determinados padrões de expressão musical, por exemplo, como frases repetitivas, podem representar “defesas” do paciente, enquanto um padrão rítmico irregular pode representar a expressão de sentimentos de angústia e de caos (Odell-Miller, 2005).

5.1 Sugestões de investigação

Para ajudar crianças com perturbações do espectro do autismo a adaptarem-se mais e melhor, é necessário conceber programas tendo como base os pontos fortes e os défices fundamentais desta perturbação que afectam a aprendizagem e as interacções no dia-a-dia, e formar profissionais nesta área, integrando-os numa equipa multidisciplinar.

A realização de investigações sobre os efeitos da música nas rotinas destas crianças, inclusive nas salas de aula, é fundamental.

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

Quanto à “escala de evolução do comportamento”, elaborada com o intuito de sistematizar, e por conseguinte clarificar, os dados recolhidos durante o período de observação – levantou algumas questões que nos parecem relevantes, se pensarmos na aplicabilidade da mesma para investigações futuras. Pode-se dizer que, apesar da sua utilidade para a organização de dados recolhidos, esta escala encontra-se numa fase inicial daquilo que poderá vir a ser um instrumento estandardizado, passível de uma leitura estatística. Para tal, necessita de ser realizado todo um trabalho de análise da fidelidade estatística, de validade inter-observadores e selecção de itens relevantes, necessita de ser levado a cabo, podendo este, ser o ponto de partida para um trabalho de investigação na área das perturbações da comunicação.

Em todas as intervenções, surgiram diferentes excertos musicais/sonoros em relação aos quais, o G. mostrou sinais de reconhecimento quando o terapeuta os reproduzia em sessões posteriores, ou excertos musicais que o G. tomou a iniciativa de (re)introduzir ao longo das sessões. Estes acontecimentos, marcaram a transição entre o “prazer de escutar” e o “desejo de escutar” (Carvalho, 1998) e revelam a continuidade do processo.

Na mesma área, e tendo em conta que o “material sonoro” do G., no que diz respeito às vocalizações, entoações, expressões corporais, resultantes da música improvisada, ao ser categorizado e analisado, pode clarificar sobre a patologia, personalidade e receptividade

social da criança (Wigram, 2000). Seria interessante, um estudo sobre as vantagens que a música oferece, na avaliação da comunicação não-verbal e interação social, para um diagnóstico diferencial do autismo e outras perturbações da comunicação. Se possível, no contexto de uma equipa multidisciplinar, de modo que se possam comparar os resultados das diferentes avaliações, as discrepâncias e pontos comuns, abrindo campo para uma reflexão e reformulação mais rica.

Importância deste trabalho, para uma prática clínica futura

Este trabalho constituiu uma reflexão sobre as perturbações da relação e da comunicação e sobre a comunicação não-verbal, aliada ao uso terapêutico da música, apoiada na aplicação prática de conhecimentos teóricos relevantes.

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

Existe uma forte evidência sobre a importância de identificar crianças com perturbações do espectro do autismo e começar as intervenções adequadas o mais precocemente possível, já que a intervenção precoce pode ajudar a acelerar o desenvolvimento total da criança, reduzir os comportamentos inadequados e levar a resultados funcionais cada vez melhores, a longo prazo.

A música é um instrumento dinâmico que ajuda no tratamento das necessidades sensoriais da integração.

O contacto com crianças com perturbações da relação e da comunicação, ligado ao uso de uma linguagem não referencial, pode provocar uma certa ansiedade, relativa à nossa

capacidade ou limitações para interagir com a ambiguidade e a incerteza, resolvida por vezes, através de uma atribuição precipitada

Em musicoterapia utiliza-se a música para trabalhar objectivos não musicais, através da participação do paciente em experiências musicais terapêuticas, dentro de um plano de trabalho sistemático e organizado, que implica a utilização de métodos específicos.

5.2. Conclusão

Com este estudo, buscou-se compreender quais são os elementos que podem estar contidos na experiência musical, abrindo um campo de análise, puramente musical, e à interpretação psicodinâmica das formas, dos padrões, dos comportamentos realizados através da experiência e dos diversos elementos da música (como a melodia, o ritmo, a harmonia), e do sujeito, pela expressão através dos instrumentos, e a forma com que este se relaciona com a música na sessão.

Podemos dizer que se deu uma organização progressiva do vocabulário sonoro da criança, dentro da dinâmica de uma relação transferencial. A esse processo correspondeu um conjunto comum de indicadores com evolução positiva: um aumento do número de interações iniciadas e duração das mesmas; uma maior partilha dos instrumentos musicais, para além de um enriquecimento no modo como explorava os mesmos; uma maior variabilidade nas produções sonoras; um aumento da expressividade vocal e expressão de afectos em geral.

Os elementos musicais influenciam o modo das crianças autistas interagirem e se comunicarem com os outros. Com a música é possível criar um canal de comunicação para estas crianças com perturbação da relação e da comunicação, de modo a facilitar o estabelecimento da relação.

As trocas e jogos sonoros e musicais em musicoterapia activa, proporcionam sequências interactivas segundo parâmetros de contingência, ritmos e sincronia, que uma vez oferecendo previsibilidade e entendimento mútuo, ilustram o conceito de metábolo. Tais técnicas têm como objectivo facilitar a organização mental do relacionamento interpessoal, modulando e transformando estereotípias rítmicas e musicais em padrões mais ajustados e criativos de interagir.

O uso da música/som promoveu comportamentos de antecipação ao tornar os eventos mais previsíveis. Esta capacidade da música para criar antecipação e previsibilidade, foi visível nas sequências musicais/sonoras constituídas por momentos de tensão e relaxamento, que

assumiram um papel importante, pela dinâmica (a espera/expectativa de algo) e prazer que acrescentaram às interações estabelecidas ao longo das sessões.

A linguagem verbal é uma forma de comunicação que capacita os seres humanos a transmitir informações com especificidade e detalhe. Porém, na ausência destas, temos de recorrer a outros meios alternativos para podermos comunicar com as crianças, especialmente, com as crianças com traços autísticos. Estes aspectos não verbais da comunicação podem assumir diversas formas, tais como, o contacto corporal, o gesto, comportamentos e expressões.

Todo o comportamento da criança autista pode ser interpretado como tendo uma função de comunicação, seja ela de recusa como de demonstrar alguma intenção por parte da criança.

Foi também visível a manifestação da musicalidade da criança, através do seu “músico-criança” (Robbins & Robbins, 1991), ou seja, a criança reagiu à experiência musical, envolvendo-se com prazer e respondendo às “questões” colocadas pela música de uma forma que se pode considerar criativa, e afastada daquilo que seria uma exploração sensorio-motora e estereotipada da voz ou dos instrumentos. Neste sentido, a atitude não directiva e empática dos terapeutas, facilitou a abertura à experiência, e assim, o contacto e estimulação através da música, de uma área do Self com potencial criativo.

É possível também através da musicoterapia, a recriação e reparação de falhas precoces do ambiente primordial da infância a partir de uma experiência emocional estética partilhada e correctiva”, proporcionadora de um sentimento de *holding*, *handling* e de um espaço opcional criativo aberto à transferência. O conceito de *holding* é aplicado à relação de suporte e acompanhamento empático do musicoterapeuta que consegue captar o registo emocional e as necessidades da criança, ecoando, ampliando e integrando as suas criações musicais, permitindo o desenvolvimento da sua identidade sonora e musical.

Referências Bibliográficas

- Adrien, J.-L. (1996). *Autisme du jeune enfant – development psychologique et regulation de l'activité*. Paris: Expansion Scientifique Française.
- Alencar, E. (1986). *Psicologia da criatividade*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Alvin, J. & Warwick, D. (1978). *Music Therapy for the Autistic Child*. New York: Oxford University Press (1991).
- Anzieu, D. (1979). The sound image of the self. *Int Rev. Psycho-Anal*, 6: 23-34.
- APA, (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnósticos e estatística das perturbações mentais*. Grenoble: Ed. PUG.
- Araujo, Conceição A. S. (2003). Winnicott e a etiologia do autismo: considerações acerca da condição emocional da mãe *Estilos da Clínica* Vol. VIII, nº 14, 146-163
- Assumpção, F. & Pimentel, A.C. (2000). “Autismo Infantil”, *Revista Brasileira de Psiquiatria*, no. 22, pp. 317-332
- Barcellos, L. R. (2004). Musicalidade Clínica. In *Musicoterapia:alguns escritos*. Rio de Janeiro: Enelivros
- Benenzon, R. (1981). *Manual de musicoterapia*. Barcelona: Ediciones Paidos (1995).
- Bosa & Callias (2000). Autismo: breve revisão de diferentes abordagens. *Psicologia Reflexiva Crítica*, 13, 167-177.
- Brasic, J. R. (2008). Pervasive Developmental Disorder: Autism, *American Academy os Child and Adolescent Psychiatry*, Article Last Updated, Mar 21
- Brazelton, T. B., & Cramer, B. (1990). *The first relationship*. New York:Addison-Wesley.

Bruscia, K. (1987). *Improvisational models of music therapy*. Springfield: Charles C Thomas Publisher

Carvalho, E. (1994). A canção de embalar – uma abordagem psicológica. *Boletim da APMT (associação portuguesa de musicoterapia)*, 84: 14-17.

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

Cheremeteff, M. (1989). Therapie par la voix chantée. *La Revue de Musicotherapie*, X, nº4 : 31-37

Costa, C. (1989). *O despertar para o outro: musicoterapia*. São Paulo: Sumus

Department of Health and Human Services – USA (2007). *Autism Spectrum Disorders*.

Dunlap, P., & K. (1999). *Autism and Autism Spectrum Disorder (ASD)*. Consultado em 23/08/09, em www.eric.ed.gov.

Edgar de Gonçalves Pereira (2000). Autismo: O Processo do significado como conceito central . *Revista Portuguesa de Psicossomática*, jul-dez, año/vol. 2, número 002 Sociedade Portuguesa de Psicossomática Porto, Portugal pp. 35-44

Eschen, J. (2002). *Analytical music therapy*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Exkorn, K. S. (2005) *The Autism Sourcebook: Everything You Need to know – from a Mother Whose Child Recovered*, Perfect Bound, Yale.

Frith, U. (1989). *Autismo*. Madrid: Alianza Editorial.

Hobson, P. (1993). *Autism and the development of mind*. East Sussex: Lawrence Erlbaum Associates Ltd.

Kaplan, H. & Sadock, B. (1998) *Manual de Psiquiatria Clínica*, 4ª Edição, Artmed, Porto Alegre, pp. 242-249.

Koenig, K. (2004) Autism Spectrum Disorders: A Reserarch Review for Practicioners, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 43, nº 10, pp 1304-1305.

Laplanche, J. & Pontalis, J. (1967) *Vocabulário da psicanálise*. Lisboa: Editorial Presença, (1990)

Leal, M. (1985). Introdução aos processos de socialização precoce da criança. Lisboa: Edição da Autora

Lecourt, E. (1988). *La musicothérapie*. Paris: Presses Universitaires de France

Lecourt, E. (1991). Off-beat music-therapy: a psychoanalytic approach to autism. *In Case studies in music therapy*. (ED) Bruscia, K. Phoenixville: Barcelona Publishers, pp. 74-98

Lecourt, E. (1994). *L'expérience musicale – Résonances psychanalytiques*. Paris: Éditions L'Harmattan

Leite, T. (1989). Música: terapia e educação. *Boletim da Associação Portuguesa de Educação Musical*, 63: 9-13.

Mahler, M. (1968). *On human symbiosis & the vicissitudes of individuation: Infantile psychoses vol. 1*. Madison: Iternational Press

Marjorie F. Olney (2000). Working with Autism and other social communication Disorders *Jounal of Rehabilitation*, volume 66, Number 4 October, November December

Marques, C. (1998). *Perturbações do espectro do Autismo: ensaio de uma intervenção construtivista desenvolvimentista com mães*. Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.

Marques, C. (2000). *Perturbações do espectro do autismo*. Coimbra: Quarteto Editora.

Mello, A. M. (2005). *Autismo: Guia práctico*, 4ª Edição, Corde, Brasília, pp. 15-40

Nordoff, P. & Clive, R. (2007). *Creative music therapy: a guide to fostering clinical musicianship, 2nd edition, Revised (with 4 cd's)*. Gilsum, N. H.: Barcelona Publishers

New Mexico Public Education Department (2004) *Autism Spectrum Disorders*, Technical Assistance Manual, New Mexico.

NICHHD (2002). Instituto Nacional de Salud Infantil Y Desarrollo Humano, *Datos sobre el autismo*, EUA

Odell-Miller, H. (2005). Book review of between couch and piano: psychoanalysis, music, art and neuroscience: G. Rose' in *Psychodynamic Practice*, Volume 11;part 4, pp. 459-463

Piazzetta, C. & Craveiro de Sá, L. (2005). Musicalidade Clínica em Musicoterapia: construções a partir da Teoria da Complexidade. Trabalho apresentado no II Congresso Mundial de Transdisciplinaridade, Vitória/Vila Velha – Brasil, setembro/ 2005.

Pocinho, M. (1999). A música na relação mãe-bebé. Lisboa: Instituto Piaget.

Priestley, M. (1994). *Analytical music therapy*. Phoenixville: Barcelona Publishers

Rivière, A. (1996). *Actividad y Sentido en Autismo*, 5th Congress Autism – Europe, Proceeding/Articulos, Barcelona.

Ruud, E. (1998). *Music Therapy: improvisation, communication, and culture*. Gilsum: Barcelona Publishers.

Salgueiro, E. (1996). Sentir, pensar e aprender – homenagem a Serge Lebovici no seu 80º aniversário, *Análise Psicológica*, 1, XIV: 53-59.

Tustin, F. (1990). *The protective shell in children with autism*. London: Karnac Books (1992)

Trevarthen, C. & Aitken, K. (2001). Infant intersubjectivity: Research, theory and clinical applications, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 3-48

Tafari, M. I. (2006). Satisfação autística, isolamento e autismo: da constituição psíquica à psicopatologia. *Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology on Line*, VI, 2, 69-83

Verdeau-Pailles, J. (1994). *Expression corporelle, musique et psychotérapie*. Courlay: Éditions J. M. Fuzeau

Wigram, T. (2000). A method of music therapy assessment for the diagnosis of autism and communication disorders in children. *Music Therapy Perspectives (Special issue): Assessment in music therapy*, 18: 13-22.

Williams, D., Botting, N., & Jill Boucher (2008). *Language in Autism and Specific Language Impairment: Where are the links*. *Psychological Bulletin*, Vol. 134, No. 6, 944-963

Anexo 1

Grelhas de Observação

GRELHA DE AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO DA MUSICOTERAPIA

Nome: G.

Data:10/12/2008

CATEGORIAS	OBJECTIVOS TERAPÉUTICOS	AVALIAÇÃO		
		NA	EA	A
1 - Contacto Relacional	Adere ao contacto		x	
	Inicia o contacto	x		
	Mantém-se referenciado		x	
2 - Contacto com os objectos musicais	Manipula apropriadamente os instrumentos musicais		x	
	Não apresenta estereotipias	X		
	Interage através dos objectos		x	
3 - Expressão Corporal/Funcionamento Motor	Revela destreza, agilidade e coordenação motora		x	
	Revela intencionalidade e antecipação nos movimentos		x	
	Revela contingência nos movimentos		x	
	Não apresenta maneirismos nem estereotipias	X		
	Bate as palmas ajustando-se à pulsação		x	
	Coordena a marcha segundo o andamento musical		x	
4 – Sensibilidade Sonoro-Musical	Reconhece a fonte emissora de som		x	
	Reage às interrupções de emissão sonora		x	
	Reconhece as alterações de timbres e fontes sonoras		x	
	Não apresenta hipossensibilidade sonoro-musical	X		
	Não apresenta hiperssensibilidade sonoro-musical	X		
5 - Emissão e Expressão Vocal	Emitte sons do tracto oro-faríngeo		x	
	Emitte vocalizações com largo espectro e expressividade		x	
	Emitte vocalizações contingentes	X		
	Não apresenta estereotipias vocais	X		
	Canta canções do seu repertório familiar		x	
	Vocaliza ou entoia canções, ajustando-se ao andamento e pulsação musicais		x	
6 - Produção Musical instrumental	Toca ajustando-se à pulsação e ao andamento musicais		x	
	Bate com as palmas das mãos nos instrumentos de percussão	X		
	Utiliza adequadamente as baquetas do xilofone	X		
	Produz harpejos nos instrumentos de corda		x	
	Emitte sons nos instrumentos de sopro		x	
7 – Imitação	Imita sons vocais com diferentes frequências		x	
	Repete frases rítmicas	X		
	Repete frases melódicas		x	
	Imita gestos sincronizados com curvas melódicas ou padrões rítmicos		x	

8 – Reciprocidade	Ajusta-se de forma sincrónica às improvisações musicais do seu interlocutor		X	
	Adere a jogos musicais de alternância-tipo pergunta – resposta	X		
	Espera a sua vez e dá a vez		X	
	Re-inicia os diálogos musicais		X	
	Interrompe a produção musical de forma contingente e previsível	X		
9 - Reacção e Adaptação à mudança	Reage às interrupções musicais	X		
	Reage às alterações dos parâmetros musicais	X		
	Ajusta-se musicalmente às alterações musicais	X		
10 - Inovação e Criatividade	Altera intencionalmente as suas produções musicais		X	
	Apresenta ideias musicais novas		X	
11 - Comunicação Verbal	Revela compreensão de pedidos e ordens		X	
	Verbaliza de modo contingente		X	
	Não revela estereotípias verbais		X	
	Verbaliza pedidos	X		
	Verbaliza sentimentos	X		
12 - Comportamento Emocional	Revela capacidade de auto-regulação emocional através da música		X	
	Reconhece as alterações da tonalidade afectiva da música		X	
	Revela capacidade de expressão afectiva		X	
13 - Actividade Simbólica	Adere adequadamente a jogos musicais de carácter inter-modal		X	
	Revela sensibilidade aos ambientes sonoro-musicais para ampliar a experiência do jogo simbólico		X	
	Adere à construção de histórias musicais através da criação de canções temáticas	X		
	Re-cria cenários musicais para ampliar a actividade simbólica	X		

GRELHA DE AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO DA MUSICOTERAPIA

Nome: G.

Data:17/12/2008

CATEGORIAS	OBJECTIVOS TERAPÉUTICOS	AVALIAÇÃO		
		NA	EA	A
1 - Contacto Relacional	Adere ao contacto		x	
	Inicia o contacto		x	
	Mantém-se referenciado		x	
2 - Contacto com os objectos musicais	Manipula apropriadamente os instrumentos musicais		x	
	Não apresenta estereotipias	x		
	Interage através dos objectos		x	
3 - Expressão Corporal/Funcionamento Motor	Revela destreza, agilidade e coordenação motora		x	
	Revela intencionalidade e antecipação nos movimentos	X		
	Revela contingência nos movimentos		x	
	Não apresenta maneirismos nem estereotipias	x		
	Bate as palmas ajustando-se à pulsação		x	
	Coordena a marcha segundo o andamento musical		x	
4 - Sensibilidade Sonoro-Musical	Reconhece a fonte emissora de som		x	
	Reage às interrupções de emissão sonora		x	
	Reconhece as alterações de timbres e fontes sonoras		x	
	Não apresenta hipossensibilidade sonoro-musical	x		
	Não apresenta hiperssensibilidade sonoro-musical	x		
5 - Emissão e Expressão Vocal	Emite sons do tracto oro-faríngeo		x	
	Emite vocalizações com largo espectro e expressividade		x	
	Emite vocalizações contingentes	x		
	Não apresenta estereotipias vocais	x		
	Canta canções do seu repertório familiar	X		
	Vocaliza ou entoa canções, ajustando-se ao andamento e pulsação musicais		x	
6 - Produção Musical instrumental	Toca ajustando-se à pulsação e ao andamento musicais		x	
	Bate com as palmas das mãos nos instrumentos de percussão	x		
	Utiliza adequadamente as baquetas do xilofone	x		
	Produz harpejos nos instrumentos de corda		x	
	Emite sons nos instrumentos de sopro		x	
7 – Imitação	Imita sons vocais com diferentes frequências		x	
	Repete frases rítmicas	x		
	Repete frases melódicas		x	
	Imita gestos sincronizados com curvas melódicas ou padrões rítmicos		x	

8 – Reciprocidade	Ajusta-se de forma sincrónica às improvisações musicais do seu interlocutor		X	
	Adere a jogos musicais de alternância-tipo pergunta – resposta	X		
	Espera a sua vez e dá a vez		X	
	Re-inicia os diálogos musicais		X	
	Interrompe a produção musical de forma contingente e previsível	X		
9 - Reacção e Adaptação à mudança	Reage às interrupções musicais	X		
	Reage às alterações dos parâmetros musicais	X		
	Ajusta-se musicalmente às alterações musicais	X		
10 - Inovação e Criatividade	Altera intencionalmente as suas produções musicais		X	
	Apresenta ideias musicais novas		X	
11 - Comunicação Verbal	Revela compreensão de pedidos e ordens		X	
	Verbaliza de modo contingente	X		
	Não revela estereótipos verbais	X		
	Verbaliza pedidos	X		
	Verbaliza sentimentos	X		
12 - Comportamento Emocional	Revela capacidade de auto-regulação emocional através da música		X	
	Reconhece as alterações da tonalidade afectiva da música		X	
	Revela capacidade de expressão afectiva		X	
13 - Actividade Simbólica	Adere adequadamente a jogos musicais de carácter inter-modal		X	
	Revela sensibilidade aos ambientes sonoro-musicais para ampliar a experiência do jogo simbólico		X	
	Adere à construção de histórias musicais através da criação de canções temáticas	X		
	Re-cria cenários musicais para ampliar a actividade simbólica	X		

GRELHA DE AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO DA MUSICOTERAPIA

Nome: G.

Data:21/12/2008

CATEGORIAS	OBJECTIVOS TERAPÉUTICOS	AVALIAÇÃO		
		NA	EA	A
1 - Contacto Relacional	Adere ao contacto		x	
	Inicia o contacto		x	
	Mantém-se referenciado		x	
2 - Contacto com os objectos musicais	Manipula apropriadamente os instrumentos musicais		x	
	Não apresenta estereotipias	X		
	Interage através dos objectos		x	
3 - Expressão Corporal/Funcionamento Motor	Revela destreza, agilidade e coordenação motora		x	
	Revela intencionalidade e antecipação nos movimentos		x	
	Revela contingência nos movimentos		x	
	Não apresenta maneirismos nem estereotipias	X		
	Bate as palmas ajustando-se à pulsação		x	
	Coordena a marcha segundo o andamento musical		x	
4 – Sensibilidade Sonoro-Musical	Reconhece a fonte emissora de som		x	
	Reage às interrupções de emissão sonora		x	
	Reconhece as alterações de timbres e fontes sonoras		x	
	Não apresenta hipossensibilidade sonoro-musical	X		
	Não apresenta hiperssensibilidade sonoro-musical	X		
5 - Emissão e Expressão Vocal	Emite sons do tracto oro-faríngeo		x	
	Emite vocalizações com largo espectro e expressividade		x	
	Emite vocalizações contingentes		X	
	Não apresenta estereotipias vocais		X	
	Canta canções do seu repertório familiar	X		
	Vocaliza ou entoia canções, ajustando-se ao andamento e pulsação musicais		X	
6 - Produção Musical instrumental	Toca ajustando-se à pulsação e ao andamento musicais		X	
	Bate com as palmas das mãos nos instrumentos de percussão		x	
	Utiliza adequadamente as baquetas do xilofone		X	
	Produz harpejos nos instrumentos de corda		X	
	Emite sons nos instrumentos de sopro		X	
7 – Imitação	Imita sons vocais com diferentes frequências		X	
	Repete frases rítmicas		X	
	Repete frases melódicas		X	
	Imita gestos sincronizados com curvas melódicas ou padrões rítmicos		X	

8 – Reciprocidade	Ajusta-se de forma sincrónica às improvisações musicais do seu interlocutor		X	
	Adere a jogos musicais de alternância-tipo pergunta – resposta	X		
	Espera a sua vez e dá a vez		X	
	Re-inicia os diálogos musicais		X	
	Interrompe a produção musical de forma contingente e previsível	X		
9 - Reacção e Adaptação à mudança	Reage às interrupções musicais	X		
	Reage às alterações dos parâmetros musicais	X		
	Ajusta-se musicalmente às alterações musicais	X		
10 - Inovação e Criatividade	Altera intencionalmente as suas produções musicais		X	
	Apresenta ideias musicais novas		X	
11 - Comunicação Verbal	Revela compreensão de pedidos e ordens		X	
	Verbaliza de modo contingente		X	
	Não revela estereotípias verbais		X	
	Verbaliza pedidos	X		
	Verbaliza sentimentos	X		
12 - Comportamento Emocional	Revela capacidade de auto-regulação emocional através da música		X	
	Reconhece as alterações da tonalidade afectiva da música		X	
	Revela capacidade de expressão afectiva		X	
13 - Actividade Simbólica	Adere adequadamente a jogos musicais de carácter inter-modal		X	
	Revela sensibilidade aos ambientes sonoro-musicais para ampliar a experiência do jogo simbólico		X	
	Adere à construção de histórias musicais através da criação de canções temáticas	X		
	Re-cria cenários musicais para ampliar a actividade simbólica	X		

GRELHA DE AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO DA MUSICOTERAPIA

Nome: G.

Data:02/01/2009

CATEGORIAS	OBJECTIVOS TERAPÉUTICOS	AVALIAÇÃO		
		NA	EA	A
1 - Contacto Relacional	Adere ao contacto			x
	Inicia o contacto		X	
	Mantém-se referenciado		X	
2 - Contacto com os objectos musicais	Manipula apropriadamente os instrumentos musicais		X	
	Não apresenta estereotipias		X	
	Interage através dos objectos		X	
3 - Expressão Corporal/Funcionamento Motor	Revela destreza, agilidade e coordenação motora		X	
	Revela intencionalidade e antecipação nos movimentos			X
	Revela contingência nos movimentos		X	
	Não apresenta maneirismos nem estereotipias		X	
	Bate as palmas ajustando-se à pulsação			X
	Coordena a marcha segundo o andamento musical			X
4 - Sensibilidade Sonoro-Musical	Reconhece a fonte emissora de som		X	
	Reage às interrupções de emissão sonora		X	
	Reconhece as alterações de timbres e fontes sonoras		X	
	Não apresenta hipossensibilidade sonoro-musical		X	
	Não apresenta hiperssensibilidade sonoro-musical		X	
5 - Emissão e Expressão Vocal	Emitte sons do tracto oro-faríngeo		X	
	Emitte vocalizações com largo espectro e expressividade		X	
	Emitte vocalizações contingentes		X	
	Não apresenta estereotipias vocais		X	
	Canta canções do seu repertório familiar		X	
	Vocaliza ou entoia canções, ajustando-se ao andamento e pulsação musicais		X	
6 - Produção Musical instrumental	Toca ajustando-se à pulsação e ao andamento musicais		X	
	Bate com as palmas das mãos nos instrumentos de percussão		X	
	Utiliza adequadamente as baquetas do xilofone	x		
	Produz harpejos nos instrumentos de corda		X	
	Emitte sons nos instrumentos de sopro		X	
7 - Imitação	Imita sons vocais com diferentes frequências		X	
	Repete frases rítmicas	x		
	Repete frases melódicas		X	
	Imita gestos sincronizados com curvas melódicas ou padrões rítmicos		X	

8 – Reciprocidade	Ajusta-se de forma sincrónica às improvisações musicais do seu interlocutor		X	
	Adere a jogos musicais de alternância-tipo pergunta - resposta	X		
	Espera a sua vez e dá a vez		X	
	Re-inicia os diálogos musicais		X	
	Interrompe a produção musical de forma contingente e previsível	X		
9 - Reacção e Adaptação à mudança	Reage às interrupções musicais		X	
	Reage às alterações dos parâmetros musicais		X	
	Ajusta-se musicalmente às alterações musicais		X	
10 - Inovação e Criatividade	Altera intencionalmente as suas produções musicais		X	
	Apresenta ideias musicais novas		X	
11 - Comunicação Verbal	Revela compreensão de pedidos e ordens		X	
	Verbaliza de modo contingente		X	
	Não revela estereotípias verbais		X	
	Verbaliza pedidos	X		
	Verbaliza sentimentos	X		
12 - Comportamento Emocional	Revela capacidade de auto-regulação emocional através da música		X	
	Reconhece as alterações da tonalidade afectiva da música		X	
	Revela capacidade de expressão afectiva		X	
13 - Actividade Simbólica	Adere adequadamente a jogos musicais de carácter inter-modal		X	
	Revela sensibilidade aos ambientes sonoro-musicais para ampliar a experiência do jogo simbólico		X	
	Adere à construção de histórias musicais através da criação de canções temáticas	X		
	Re-cria cenários musicais para ampliar a actividade simbólica	X		

GRELHA DE AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO DA MUSICOTERAPIA

Nome:G.

Data:12/01/2009

CATEGORIAS	OBJECTIVOS TERAPÉUTICOS	AVALIAÇÃO		
		NA	EA	A
1 - Contacto Relacional	Adere ao contacto			x
	Inicia o contacto			x
	Mantém-se referenciado		x	
2 - Contacto com os objectos musicais	Manipula apropriadamente os instrumentos musicais		x	
	Não apresenta estereotipias		X	
	Interage através dos objectos		X	
3 - Expressão Corporal/Funcionamento Motor	Revela destreza, agilidade e coordenação motora		X	
	Revela intencionalidade e antecipação nos movimentos			X
	Revela contingência nos movimentos		X	
	Não apresenta maneirismos nem estereotipias		X	
	Bate as palmas ajustando-se à pulsação		X	
	Coordena a marcha segundo o andamento musical		X	
4 - Sensibilidade Sonoro-Musical	Reconhece a fonte emissora de som		X	
	Reage às interrupções de emissão sonora		X	
	Reconhece as alterações de timbres e fontes sonoras		X	
	Não apresenta hipossensibilidade sonoro-musical		X	
	Não apresenta hiperssensibilidade sonoro-musical		X	
5 - Emissão e Expressão Vocal	Emite sons do tracto oro-faríngeo		X	
	Emite vocalizações com largo espectro e expressividade			x
	Emite vocalizações contingentes			X
	Não apresenta estereotipias vocais		X	
	Canta canções do seu repertório familiar		X	
	Vocaliza ou entoa canções, ajustando-se ao andamento e pulsação musicais		X	
6 - Produção Musical instrumental	Toca ajustando-se à pulsação e ao andamento musicais			x
	Bate com as palmas das mãos nos instrumentos de percussão		X	
	Utiliza adequadamente as baquetas do xilofone		X	
	Produz harpejos nos instrumentos de corda			X
	Emite sons nos instrumentos de sopro		x	
7 - Imitação	Imita sons vocais com diferentes frequências		x	
	Repete frases rítmicas			X
	Repete frases melódicas		x	
	Imita gestos sincronizados com curvas melódicas ou padrões rítmicos		x	

8 – Reciprocidade	Ajusta-se de forma sincrónica às improvisações musicais do seu interlocutor		X	
	Adere a jogos musicais de alternância-tipo pergunta - resposta		X	
	Espera a sua vez e dá a vez		X	
	Re-inicia os diálogos musicais		X	
	Interrompe a produção musical de forma contingente e previsível		X	
9 - Reacção e Adaptação à mudança	Reage às interrupções musicais		X	
	Reage às alterações dos parâmetros musicais		X	
	Ajusta-se musicalmente às alterações musicais		X	
10 - Inovação e Criatividade	Altera intencionalmente as suas produções musicais		X	
	Apresenta ideias musicais novas		X	
11 - Comunicação Verbal	Revela compreensão de pedidos e ordens		X	
	Verbaliza de modo contingente		X	
	Não revela estereotípias verbais		X	
	Verbaliza pedidos	X		
	Verbaliza sentimentos	X		
12 - Comportamento Emocional	Revela capacidade de auto-regulação emocional através da música		X	
	Reconhece as alterações da tonalidade afectiva da música		X	
	Revela capacidade de expressão afectiva		X	
13 - Actividade Simbólica	Adere adequadamente a jogos musicais de carácter inter-modal		X	
	Revela sensibilidade aos ambientes sonoro-musicais para ampliar a experiência do jogo simbólico		X	
	Adere à construção de histórias musicais através da criação de canções temáticas		x	
	Re-cria cenários musicais para ampliar a actividade simbólica		x	

GRELHA DE AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO DA MUSICOTERAPIA

Nome:G.

Data:22/01/2009

CATEGORIAS	OBJECTIVOS TERAPÉUTICOS	AVALIAÇÃO		
		NA	EA	A
1 - Contacto Relacional	Adere ao contacto			x
	Inicia o contacto			x
	Mantém-se referenciado		X	
2 - Contacto com os objectos musicais	Manipula apropriadamente os instrumentos musicais		X	
	Não apresenta estereotípias		X	
	Interage através dos objectos		X	
3 - Expressão Corporal/Funcionamento Motor	Revela destreza, agilidade e coordenação motora		X	
	Revela intencionalidade e antecipação nos movimentos			x
	Revela contingência nos movimentos		x	
	Não apresenta maneirismos nem estereotípias		X	
	Bate as palmas ajustando-se à pulsação			x
	Coordena a marcha segundo o andamento musical			x
4 - Sensibilidade Sonoro-Musical	Reconhece a fonte emissora de som		X	
	Reage às interrupções de emissão sonora		X	
	Reconhece as alterações de timbres e fontes sonoras		X	
	Não apresenta hipossensibilidade sonoro-musical		X	
	Não apresenta hiperssensibilidade sonoro-musical		X	
5 - Emissão e Expressão Vocal	Emite sons do tracto oro-faríngeo		x	
	Emite vocalizações com largo espectro e expressividade			X
	Emite vocalizações contingentes		X	
	Não apresenta estereotípias vocais		X	
	Canta canções do seu repertório familiar		X	
	Vocaliza ou entoia canções, ajustando-se ao andamento e pulsação musicais		X	
6 - Produção Musical instrumental	Toca ajustando-se à pulsação e ao andamento musicais		X	
	Bate com as palmas das mãos nos instrumentos de percussão			X
	Utiliza adequadamente as baquetas do xilofone		X	
	Produz harpejos nos instrumentos de corda			x
	Emite sons nos instrumentos de sopro			X
7 - Imitação	Imita sons vocais com diferentes frequências		X	
	Repete frases rítmicas		X	
	Repete frases melódicas		X	
	Imita gestos sincronizados com curvas melódicas ou padrões rítmicos		X	

8 – Reciprocidade	Ajusta-se de forma sincrónica às improvisações musicais do seu interlocutor		X	
	Adere a jogos musicais de alternância-tipo pergunta – resposta		X	
	Espera a sua vez e dá a vez		X	
	Re-inicia os diálogos musicais		X	
	Interrompe a produção musical de forma contingente e previsível		X	
9 - Reacção e Adaptação à mudança	Reage às interrupções musicais			X
	Reage às alterações dos parâmetros musicais			x
	Ajusta-se musicalmente às alterações musicais		X	
10 - Inovação e Criatividade	Altera intencionalmente as suas produções musicais		X	
	Apresenta ideias musicais novas		X	
11 - Comunicação Verbal	Revela compreensão de pedidos e ordens		X	
	Verbaliza de modo contingente		X	
	Não revela estereotípias verbais		X	
	Verbaliza pedidos	X		
	Verbaliza sentimentos	X		
12 - Comportamento Emocional	Revela capacidade de auto-regulação emocional através da música		X	
	Reconhece as alterações da tonalidade afectiva da música		X	
	Revela capacidade de expressão afectiva		X	
13 - Actividade Simbólica	Adere adequadamente a jogos musicais de carácter inter-modal		X	
	Revela sensibilidade aos ambientes sonoro-musicais para ampliar a experiência do jogo simbólico		X	
	Adere à construção de histórias musicais através da criação de canções temáticas		X	
	Re-cria cenários musicais para ampliar a actividade simbólica		x	

GRELHA DE AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO DA MUSICOTERAPIA

Nome:G.

Data:03/02/2009

CATEGORIAS	OBJECTIVOS TERAPÉUTICOS	AVALIAÇÃO		
		NA	EA	A
1 - Contacto Relacional	Adere ao contacto			X
	Inicia o contacto			X
	Mantém-se referenciado			X
2 - Contacto com os objectos musicais	Manipula apropriadamente os instrumentos musicais		X	
	Não apresenta estereotipias		X	
	Interage através dos objectos		x	
3 - Expressão Corporal/Funcionamento Motor	Revela destreza, agilidade e coordenação motora		x	
	Revela intencionalidade e antecipação nos movimentos			X
	Revela contingência nos movimentos		X	
	Não apresenta maneirismos nem estereotipias		X	
	Bate as palmas ajustando-se à pulsação			X
	Coordena a marcha segundo o andamento musical			X
				X
4 - Sensibilidade Sonoro-Musical	Reconhece a fonte emissora de som			X
	Reage às interrupções de emissão sonora			X
	Reconhece as alterações de timbres e fontes sonoras		x	
	Não apresenta hipossensibilidade sonoro-musical		X	
	Não apresenta hiperssensibilidade sonoro-musical		X	
5 - Emissão e Expressão Vocal	Emite sons do tracto oro-faríngeo		X	
	Emite vocalizações com largo espectro e expressividade		X	
	Emite vocalizações contingentes		X	
	Não apresenta estereotipias vocais		X	
	Canta canções do seu repertório familiar		X	
	Vocaliza ou entoia canções, ajustando-se ao andamento e pulsação musicais			X
6 - Produção Musical instrumental	Toca ajustando-se à pulsação e ao andamento musicais			X
	Bate com as palmas das mãos nos instrumentos de percussão			X
	Utiliza adequadamente as baquetas do xilofone			X
	Produz harpejos nos instrumentos de corda			X
	Emite sons nos instrumentos de sopro			X
7 - Imitação	Imita sons vocais com diferentes frequências		x	
	Repete frases rítmicas		X	
	Repete frases melódicas		X	
	Imita gestos sincronizados com curvas melódicas ou padrões rítmicos		X	

8 – Reciprocidade	Ajusta-se de forma sincrónica às improvisações musicais do seu interlocutor		X	
	Adere a jogos musicais de alternância-tipo pergunta – resposta		X	
	Espera a sua vez e dá a vez		X	
	Re-inicia os diálogos musicais		X	
	Interrompe a produção musical de forma contingente e previsível		X	
9 - Reacção e Adaptação à mudança	Reage às interrupções musicais		X	
	Reage às alterações dos parâmetros musicais			X
	Ajusta-se musicalmente às alterações musicais			X
10 - Inovação e Criatividade	Altera intencionalmente as suas produções musicais		X	
	Apresenta ideias musicais novas		X	
11 - Comunicação Verbal	Revela compreensão de pedidos e ordens		X	
	Verbaliza de modo contingente		X	
	Não revela estereotípias verbais		X	
	Verbaliza pedidos	X		
	Verbaliza sentimentos	X		
12 - Comportamento Emocional	Revela capacidade de auto-regulação emocional através da música		X	
	Reconhece as alterações da tonalidade afectiva da música		X	
	Revela capacidade de expressão afectiva		X	
13 - Actividade Simbólica	Adere adequadamente a jogos musicais de carácter inter-modal		X	
	Revela sensibilidade aos ambientes sonoro-musicais para ampliar a experiência do jogo simbólico		X	
	Adere à construção de histórias musicais através da criação de canções temáticas		X	
	Re-cria cenários musicais para ampliar a actividade simbólica		x	

GRELHA DE AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO DA MUSICOTERAPIA

Nome:G.

Data:22/02/2009

CATEGORIAS	OBJECTIVOS TERAPÉUTICOS	AVALIAÇÃO		
		NA	EA	A
1 - Contacto Relacional	Adere ao contacto			x
	Inicia o contacto			X
	Mantém-se referenciado			X
2 - Contacto com os objectos musicais	Manipula apropriadamente os instrumentos musicais		X	
	Não apresenta estereotipias		X	
	Interage através dos objectos		X	
3 - Expressão Corporal/Funcionamento Motor	Revela destreza, agilidade e coordenação motora		X	
	Revela intencionalidade e antecipação nos movimentos			X
	Revela contingência nos movimentos		X	
	Não apresenta maneirismos nem estereotipias		X	
	Bate as palmas ajustando-se à pulsação		X	
	Coordena a marcha segundo o andamento musical		X	
4 - Sensibilidade Sonoro-Musical	Reconhece a fonte emissora de som		X	
	Reage às interrupções de emissão sonora		X	
	Reconhece as alterações de timbres e fontes sonoras		X	
	Não apresenta hipossensibilidade sonoro-musical		X	
	Não apresenta hiperssensibilidade sonoro-musical		X	
5 - Emissão e Expressão Vocal	Emite sons do tracto oro-faríngeo		X	
	Emite vocalizações com largo espectro e expressividade		x	
	Emite vocalizações contingentes			X
	Não apresenta estereotipias vocais			x
	Canta canções do seu repertório familiar		x	
	Vocaliza ou entoia canções, ajustando-se ao andamento e pulsação musicais		x	
6 - Produção Musical instrumental	Toca ajustando-se à pulsação e ao andamento musicais		x	
	Bate com as palmas das mãos nos instrumentos de percussão			X
	Utiliza adequadamente as baquetas do xilofone			X
	Produz harpejos nos instrumentos de corda		x	
	Emite sons nos instrumentos de sopro		x	
7 - Imitação	Imita sons vocais com diferentes frequências		x	
	Repete frases rítmicas		X	
	Repete frases melódicas			X
	Imita gestos sincronizados com curvas melódicas ou padrões rítmicos		x	

8 – Reciprocidade	Ajusta-se de forma sincrónica às improvisações musicais do seu interlocutor		X	
	Adere a jogos musicais de alternância-tipo pergunta – resposta			x
	Espera a sua vez e dá a vez		X	
	Re-inicia os diálogos musicais		X	
	Interrompe a produção musical de forma contingente e previsível			X
9 - Reacção e Adaptação à mudança	Reage às interrupções musicais			X
	Reage às alterações dos parâmetros musicais			X
	Ajusta-se musicalmente às alterações musicais			X
10 - Inovação e Criatividade	Altera intencionalmente as suas produções musicais			X
	Apresenta ideias musicais novas			X
11 - Comunicação Verbal	Revela compreensão de pedidos e ordens		X	
	Verbaliza de modo contingente		X	
	Não revela estereotípias verbais		X	
	Verbaliza pedidos	X		
	Verbaliza sentimentos	X		
12 - Comportamento Emocional	Revela capacidade de auto-regulação emocional através da música		X	
	Reconhece as alterações da tonalidade afectiva da música		X	
	Revela capacidade de expressão afectiva		X	
13 - Actividade Simbólica	Adere adequadamente a jogos musicais de carácter inter-modal		X	
	Revela sensibilidade aos ambientes sonoro-musicais para ampliar a experiência do jogo simbólico		X	
	Adere à construção de histórias musicais através da criação de canções temáticas		X	
	Re-cria cenários musicais para ampliar a actividade simbólica		x	

GRELHA DE AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO DA MUSICOTERAPIA

Nome:G.

Data:27/02/2009

CATEGORIAS	OBJECTIVOS TERAPÉUTICOS	AVALIAÇÃO		
		NA	EA	A
1 - Contacto Relacional	Adere ao contacto			X
	Inicia o contacto			x
	Mantém-se referenciado			X
2 - Contacto com os objectos musicais	Manipula apropriadamente os instrumentos musicais		x	
	Não apresenta estereotipias		x	
	Interage através dos objectos		x	
3 - Expressão Corporal/Funcionamento Motor	Revela destreza, agilidade e coordenação motora		x	
	Revela intencionalidade e antecipação nos movimentos		x	
	Revela contingência nos movimentos		x	
	Não apresenta maneirismos nem estereotipias		X	
	Bate as palmas ajustando-se à pulsação		X	
	Coordena a marcha segundo o andamento musical		X	
4 - Sensibilidade Sonoro-Musical	Reconhece a fonte emissora de som		X	
	Reage às interrupções de emissão sonora		X	
	Reconhece as alterações de timbres e fontes sonoras		X	
	Não apresenta hipossensibilidade sonoro-musical			X
	Não apresenta hiperssensibilidade sonoro-musical			X
5 - Emissão e Expressão Vocal	Emite sons do tracto oro-faríngeo		x	
	Emite vocalizações com largo espectro e expressividade		x	
	Emite vocalizações contingentes			X
	Não apresenta estereotipias vocais			X
	Canta canções do seu repertório familiar		x	
	Vocaliza ou entoia canções, ajustando-se ao andamento e pulsação musicais		x	
6 - Produção Musical instrumental	Toca ajustando-se à pulsação e ao andamento musicais			X
	Bate com as palmas das mãos nos instrumentos de percussão			X
	Utiliza adequadamente as baquetas do xilofone			X
	Produz harpejos nos instrumentos de corda		x	
	Emite sons nos instrumentos de sopro		x	
7 - Imitação	Imita sons vocais com diferentes frequências		x	
	Repete frases rítmicas			X
	Repete frases melódicas			x
	Imita gestos sincronizados com curvas melódicas ou padrões rítmicos		x	

8 – Reciprocidade	Ajusta-se de forma sincrónica às improvisações musicais do seu interlocutor		X	
	Adere a jogos musicais de alternância-tipo pergunta - resposta			X
	Espera a sua vez e dá a vez		X	
	Re-inicia os diálogos musicais		X	
	Interrompe a produção musical de forma contingente e previsível			X
9 - Reacção e Adaptação à mudança	Reage às interrupções musicais			X
	Reage às alterações dos parâmetros musicais			x
	Ajusta-se musicalmente às alterações musicais			X
10 - Inovação e Criatividade	Altera intencionalmente as suas produções musicais		X	
	Apresenta ideias musicais novas		X	
11 - Comunicação Verbal	Revela compreensão de pedidos e ordens		X	
	Verbaliza de modo contingente		X	
	Não revela estereotípias verbais		X	
	Verbaliza pedidos	X		
	Verbaliza sentimentos	X		
12 - Comportamento Emocional	Revela capacidade de auto-regulação emocional através da música		X	
	Reconhece as alterações da tonalidade afectiva da música		X	
	Revela capacidade de expressão afectiva		X	
13 - Actividade Simbólica	Adere adequadamente a jogos musicais de carácter inter-modal		X	
	Revela sensibilidade aos ambientes sonoro-musicais para ampliar a experiência do jogo simbólico		X	
	Adere à construção de histórias musicais através da criação de canções temáticas			X
	Re-cria cenários musicais para ampliar a actividade simbólica			x

GRELHA DE AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO DA MUSICOTERAPIA

Nome:G.

Data:14/03/2009

CATEGORIAS	OBJECTIVOS TERAPÉUTICOS	AVALIAÇÃO		
		NA	EA	A
1 - Contacto Relacional	Adere ao contacto			X
	Inicia o contacto			X
	Mantém-se referenciado			X
2 - Contacto com os objectos musicais	Manipula apropriadamente os instrumentos musicais			X
	Não apresenta estereotipias		x	
	Interage através dos objectos		x	
3 - Expressão Corporal/Funcionamento Motor	Revela destreza, agilidade e coordenação motora			X
	Revela intencionalidade e antecipação nos movimentos			X
	Revela contingência nos movimentos			X
	Não apresenta maneirismos nem estereotipias		x	
	Bate as palmas ajustando-se à pulsação			X
	Coordena a marcha segundo o andamento musical			X
				X
4 - Sensibilidade Sonoro-Musical	Reconhece a fonte emissora de som			X
	Reage às interrupções de emissão sonora			X
	Reconhece as alterações de timbres e fontes sonoras		X	
	Não apresenta hipossensibilidade sonoro-musical			X
	Não apresenta hiperssensibilidade sonoro-musical			X
5 - Emissão e Expressão Vocal	Emite sons do tracto oro-faríngeo		X	
	Emite vocalizações com largo espectro expressividade			X
	Emite vocalizações contingentes			X
	Não apresenta estereotipias vocais			x
	Canta canções do seu repertório familiar			X
	Vocaliza ou entoa canções, ajustando-se ao andamento e pulsação musicais			X
6 - Produção Musical instrumental	Toca ajustando-se à pulsação e ao andamento musicais			X
	Bate com as palmas das mãos nos instrumentos de percussão			X
	Utiliza adequadamente as baquetas do xilofone			x
	Produz harpejos nos instrumentos de corda			X
	Emite sons nos instrumentos de sopro			X
7 - Imitação	Imita sons vocais com diferentes frequências			x
	Repete frases rítmicas			X
	Repete frases melódicas			X
	Imita gestos sincronizados com curvas melódicas ou padrões rítmicos		x	

8 – Reciprocidade	Ajusta-se de forma sincrónica às improvisações musicais do seu interlocutor		X	
	Adere a jogos musicais de alternância-tipo pergunta - resposta			X
	Espera a sua vez e dá a vez			X
	Re-inicia os diálogos musicais			X
	Interrompe a produção musical de forma contingente e previsível			X
9 - Reacção e Adaptação à mudança	Reage às interrupções musicais			X
	Reage às alterações dos parâmetros musicais		X	
	Ajusta-se musicalmente às alterações musicais			X
10 - Inovação e Criatividade	Altera intencionalmente as suas produções musicais			X
	Apresenta ideias musicais novas		X	
11 - Comunicação Verbal	Revela compreensão de pedidos e ordens		X	
	Verbaliza de modo contingente		X	
	Não revela estereotípias verbais		X	
	Verbaliza pedidos	X		
	Verbaliza sentimentos	X		
12 - Comportamento Emocional	Revela capacidade de auto-regulação emocional através da música			X
	Reconhece as alterações da tonalidade afectiva da música		X	
	Revela capacidade de expressão afectiva		X	
13 - Actividade Simbólica	Adere adequadamente a jogos musicais de carácter inter-modal		X	
	Revela sensibilidade aos ambientes sonoro-musicais para ampliar a experiência do jogo simbólico		X	
	Adere à construção de histórias musicais através da criação de canções temáticas			X
	Re-cria cenários musicais para ampliar a actividade simbólica			x

GRELHA DE AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO DA MUSICOTERAPIA

Nome:G.

Data:21/04/2009

CATEGORIAS	OBJECTIVOS TERAPÉUTICOS	AVALIAÇÃO		
		NA	EA	A
1 - Contacto Relacional	Adere ao contacto			X
	Inicia o contacto			X
	Mantém-se referenciado			X
2 - Contacto com os objectos musicais	Manipula apropriadamente os instrumentos musicais			X
	Não apresenta estereotipias		X	
	Interage através dos objectos			X
3 - Expressão Corporal/Funcionamento Motor	Revela destreza, agilidade e coordenação motora			X
	Revela intencionalidade e antecipação nos movimentos			X
	Revela contingência nos movimentos			x
	Não apresenta maneirismos nem estereotipias		X	
	Bate as palmas ajustando-se à pulsação			X
	Coordena a marcha segundo o andamento musical			X
				X
4 - Sensibilidade Sonoro-Musical	Reconhece a fonte emissora de som			X
	Reage às interrupções de emissão sonora			X
	Reconhece as alterações de timbres e fontes sonoras			X
	Não apresenta hipossensibilidade sonoro-musical			X
	Não apresenta hiperssensibilidade sonoro-musical			X
5 - Emissão e Expressão Vocal	Emite sons do tracto oro-faríngeo		X	
	Emite vocalizações com largo espectro e expressividade		X	
	Emite vocalizações contingentes			X
	Não apresenta estereotipias vocais			X
	Canta canções do seu repertório familiar		x	
	Vocaliza ou entoa canções, ajustando-se ao andamento e pulsação musicais		x	
6 - Produção Musical instrumental	Toca ajustando-se à pulsação e ao andamento musicais			X
	Bate com as palmas das mãos nos instrumentos de percussão			X
	Utiliza adequadamente as baquetas do xilofone			X
	Produz harpejos nos instrumentos de corda			X
	Emite sons nos instrumentos de sopro		X	
7 – Imitação	Imita sons vocais com diferentes frequências		X	
	Repete frases rítmicas			X
	Repete frases melódicas			X
	Imita gestos sincronizados com curvas melódicas ou padrões rítmicos			X

8 – Reciprocidade	Ajusta-se de forma sincrónica às improvisações musicais do seu interlocutor			X
	Adere a jogos musicais de alternância-tipo pergunta - resposta			X
	Espera a sua vez e dá a vez			X
	Re-inicia os diálogos musicais			X
	Interrompe a produção musical de forma contingente e previsível			X
9 - Reacção e Adaptação à mudança	Reage às interrupções musicais			X
	Reage às alterações dos parâmetros musicais			X
	Ajusta-se musicalmente às alterações musicais			X
10 - Inovação e Criatividade	Altera intencionalmente as suas produções musicais		X	
	Apresenta ideias musicais novas			X
11 - Comunicação Verbal	Revela compreensão de pedidos e ordens			X
	Verbaliza de modo contingente		X	
	Não revela estereotípias verbais		X	
	Verbaliza pedidos		X	
	Verbaliza sentimentos		X	
12 - Comportamento Emocional	Revela capacidade de auto-regulação emocional através da música			X
	Reconhece as alterações da tonalidade afectiva da música			X
	Revela capacidade de expressão afectiva			X
13 - Actividade Simbólica	Adere adequadamente a jogos musicais de carácter inter-modal		X	
	Revela sensibilidade aos ambientes sonoro-musicais para ampliar a experiência do jogo simbólico			X
	Adere à construção de histórias musicais através da criação de canções temáticas			X
	Re-cria cenários musicais para ampliar a actividade simbólica			X

GRELHA DE AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO DA MUSICOTERAPIA

Nome:G.

Data:28/05/2009

CATEGORIAS	OBJECTIVOS TERAPÉUTICOS	AVALIAÇÃO		
		NA	EA	A
1 - Contacto Relacional	Adere ao contacto			X
	Inicia o contacto			X
	Mantém-se referenciado			X
2 - Contacto com os objectos musicais	Manipula apropriadamente os instrumentos musicais			x
	Não apresenta estereotipias		X	
	Interage através dos objectos		X	
3 - Expressão Corporal/Funcionamento Motor	Revela destreza, agilidade e coordenação motora			X
	Revela intencionalidade e antecipação nos movimentos			X
	Revela contingência nos movimentos			X
	Não apresenta maneirismos nem estereotipias		X	
	Bate as palmas ajustando-se à pulsação			X
	Coordena a marcha segundo o andamento musical			X
				X
4 - Sensibilidade Sonoro-Musical	Reconhece a fonte emissora de som			X
	Reage às interrupções de emissão sonora			X
	Reconhece as alterações de timbres e fontes sonoras		X	
	Não apresenta hipossensibilidade sonoro-musical			X
	Não apresenta hiperssensibilidade sonoro-musical			x
5 - Emissão e Expressão Vocal	Emitte sons do tracto oro-faríngeo		X	
	Emitte vocalizações com largo espectro e expressividade			X
	Emitte vocalizações contingentes			X
	Não apresenta estereotipias vocais			X
	Canta canções do seu repertório familiar		X	
	Vocaliza ou entoia canções, ajustando-se ao andamento e pulsação musicais		X	
6 - Produção Musical instrumental	Toca ajustando-se à pulsação e ao andamento musicais			X
	Bate com as palmas das mãos nos instrumentos de percussão			X
	Utiliza adequadamente as baquetas do xilofone			X
	Produz harpejos nos instrumentos de corda		X	
	Emitte sons nos instrumentos de sopro			X
7 - Imitação	Imita sons vocais com diferentes frequências			X
	Repete frases rítmicas			X
	Repete frases melódicas			x
	Imita gestos sincronizados com curvas melódicas ou padrões rítmicos		x	

8 – Reciprocidade	Ajusta-se de forma sincrónica às improvisações musicais do seu interlocutor		X	
	Adere a jogos musicais de alternância-tipo pergunta – resposta			X
	Espera a sua vez e dá a vez			X
	Re-inicia os diálogos musicais			X
	Interrompe a produção musical de forma contingente e previsível			X
9 - Reacção e Adaptação à mudança	Reage às interrupções musicais			x
	Reage às alterações dos parâmetros musicais			X
	Ajusta-se musicalmente às alterações musicais			X
10 - Inovação e Criatividade	Altera intencionalmente as suas produções musicais			X
	Apresenta ideias musicais novas			X
11 - Comunicação Verbal	Revela compreensão de pedidos e ordens			X
	Verbaliza de modo contingente	X		
	Não revela estereotípias verbais		X	
	Verbaliza pedidos	X		
	Verbaliza sentimentos	X		
12 - Comportamento Emocional	Revela capacidade de auto-regulação emocional através da música			X
	Reconhece as alterações da tonalidade afectiva da música			X
	Revela capacidade de expressão afectiva			X
13 - Actividade Simbólica	Adere adequadamente a jogos musicais de carácter inter-modal		X	
	Revela sensibilidade aos ambientes sonoro-musicais para ampliar a experiência do jogo simbólico		X	
	Adere à construção de histórias musicais através da criação de canções temáticas			X
	Re-cria cenários musicais para ampliar a actividade simbólica			x

GRELHA DE AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO DA MUSICOTERAPIA

Nome:G.

Data:11/06/2009

CATEGORIAS	OBJECTIVOS TERAPÉUTICOS	AVALIAÇÃO		
		NA	EA	A
1 - Contacto Relacional	Adere ao contacto			X
	Inicia o contacto			X
	Mantém-se referenciado			X
2 - Contacto com os objectos musicais	Manipula apropriadamente os instrumentos musicais			x
	Não apresenta estereotipias		X	
	Interage através dos objectos		X	
3 - Expressão Corporal/Funcionamento Motor	Revela destreza, agilidade e coordenação motora			X
	Revela intencionalidade e antecipação nos movimentos			X
	Revela contingência nos movimentos			X
	Não apresenta maneirismos nem estereotipias			X
	Bate as palmas ajustando-se à pulsação			X
	Coordena a marcha segundo o andamento musical			X
				X
4 – Sensibilidade Sonoro-Musical	Reconhece a fonte emissora de som			X
	Reage às interrupções de emissão sonora			X
	Reconhece as alterações de timbres e fontes sonoras			x
	Não apresenta hipossensibilidade sonoro-musical			X
	Não apresenta hiperssensibilidade sonoro-musical			X
5 - Emissão e Expressão Vocal	Emitte sons do tracto oro-faríngeo		x	
	Emitte vocalizações com largo espectro e expressividade			X
	Emitte vocalizações contingentes			x
	Não apresenta estereotipias vocais		X	
	Canta canções do seu repertório familiar			X
	Vocaliza ou entoia canções, ajustando-se ao andamento e pulsação musicais			X
6 - Produção Musical instrumental	Toca ajustando-se à pulsação e ao andamento musicais			X
	Bate com as palmas das mãos nos instrumentos de percussão			X
	Utiliza adequadamente as baquetas do xilofone			X
	Produz harpejos nos instrumentos de corda		x	
	Emitte sons nos instrumentos de sopro			X
7 – Imitação	Imita sons vocais com diferentes frequências			X
	Repete frases rítmicas			X
	Repete frases melódicas			X
	Imita gestos sincronizados com curvas melódicas ou padrões rítmicos			X

8 – Reciprocidade	Ajusta-se de forma sincrónica às improvisações musicais do seu interlocutor		X	
	Adere a jogos musicais de alternância-tipo pergunta - resposta			X
	Espera a sua vez e dá a vez			X
	Re-inicia os diálogos musicais		X	
	Interrompe a produção musical de forma contingente e previsível			X
9 - Reacção e Adaptação à mudança	Reage às interrupções musicais			X
	Reage às alterações dos parâmetros musicais			X
	Ajusta-se musicalmente às alterações musicais			X
10 - Inovação e Criatividade	Altera intencionalmente as suas produções musicais			X
	Apresenta ideias musicais novas			X
11 - Comunicação Verbal	Revela compreensão de pedidos e ordens			
	Verbaliza de modo contingente	X		
	Não revela estereotípias verbais		X	
	Verbaliza pedidos	X		
	Verbaliza sentimentos	X		
12 - Comportamento Emocional	Revela capacidade de auto-regulação emocional através da música			X
	Reconhece as alterações da tonalidade afectiva da música			X
	Revela capacidade de expressão afectiva		X	
13 - Actividade Simbólica	Adere adequadamente a jogos musicais de carácter inter-modal			X
	Revela sensibilidade aos ambientes sonoro-musicais para ampliar a experiência do jogo simbólico			X
	Adere à construção de histórias musicais através da criação de canções temáticas			X
	Re-cria cenários musicais para ampliar a actividade simbólica			X

GRELHA DE AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO DA MUSICOTERAPIA

Nome:G.

Data:20/06/2009

CATEGORIAS	OBJECTIVOS TERAPÉUTICOS	AVALIAÇÃO		
		NA	EA	A
1 - Contacto Relacional	Adere ao contacto			X
	Inicia o contacto			X
	Mantém-se referenciado			X
2 - Contacto com os objectos musicais	Manipula apropriadamente os instrumentos musicais			X
	Não apresenta estereotípias			X
	Interage através dos objectos			X
3 - Expressão Corporal/Funcionamento Motor	Revela destreza, agilidade e coordenação motora			X
	Revela intencionalidade e antecipação nos movimentos			X
	Revela contingência nos movimentos			X
	Não apresenta maneirismos nem estereotípias			X
	Bate as palmas ajustando-se à pulsação			X
	Coordena a marcha segundo o andamento musical			X
				X
4 - Sensibilidade Sonoro-Musical	Reconhece a fonte emissora de som			X
	Reage às interrupções de emissão sonora			X
	Reconhece as alterações de timbres e fontes sonoras			X
	Não apresenta hipossensibilidade sonoro-musical			X
	Não apresenta hiperssensibilidade sonoro-musical			X
5 - Emissão e Expressão Vocal	Emite sons do tracto oro-faríngeo			X
	Emite vocalizações com largo espectro e expressividade			X
	Emite vocalizações contingentes			X
	Não apresenta estereotípias vocais			X
	Canta canções do seu repertório familiar			X
	Vocaliza ou entoa canções, ajustando-se ao andamento e pulsação musicais			X
6 - Produção Musical instrumental	Toca ajustando-se à pulsação e ao andamento musicais			X
	Bate com as palmas das mãos nos instrumentos de percussão			X
	Utiliza adequadamente as baquetas do xilofone			X
	Produz harpejos nos instrumentos de corda			X
	Emite sons nos instrumentos de sopro			X
7 - Imitação	Imita sons vocais com diferentes frequências			X
	Repete frases rítmicas			X
	Repete frases melódicas			X
	Imita gestos sincronizados com curvas melódicas ou padrões rítmicos			X

8 – Reciprocidade	Ajusta-se de forma sincrónica às improvisações musicais do seu interlocutor			X
	Adere a jogos musicais de alternância-tipo pergunta - resposta			X
	Espera a sua vez e dá a vez			X
	Re-inicia os diálogos musicais			X
	Interrompe a produção musical de forma contingente e previsível			X
9 - Reacção e Adaptação à mudança	Reage às interrupções musicais			X
	Reage às alterações dos parâmetros musicais			X
	Ajusta-se musicalmente às alterações musicais			X
10 - Inovação e Criatividade	Altera intencionalmente as suas produções musicais			X
	Apresenta ideias musicais novas			X
11 - Comunicação Verbal	Revela compreensão de pedidos e ordens			X
	Verbaliza de modo contingente	X		
	Não revela estereotípias verbais		X	
	Verbaliza pedidos	X		
	Verbaliza sentimentos	X		
12 - Comportamento Emocional	Revela capacidade de auto-regulação emocional através da música			X
	Reconhece as alterações da tonalidade afectiva da música			X
	Revela capacidade de expressão afectiva			X
13 - Actividade Simbólica	Adere adequadamente a jogos musicais de carácter inter-modal			X
	Revela sensibilidade aos ambientes sonoro-musicais para ampliar a experiência do jogo simbólico			X
	Adere à construção de histórias musicais através da criação de canções temáticas			X
	Re-cria cenários musicais para ampliar a actividade simbólica			X

GRELHA DE AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO DA MUSICOTERAPIA

Nome:G.

Data:21/04/2009

CATEGORIAS	OBJECTIVOS TERAPÉUTICOS	AVALIAÇÃO		
		NA	EA	A
1 - Contacto Relacional	Adere ao contacto		x	
	Inicia o contacto		x	
	Mantém-se referenciado		x	
2 - Contacto com os objectos musicais	Manipula apropriadamente os instrumentos musicais		x	
	Não apresenta estereotipias	x		
	Interage através dos objectos		x	
3 - Expressão Corporal/Funcionamento Motor	Revela destreza, agilidade e coordenação motora		x	
	Revela intencionalidade e antecipação nos movimentos		x	
	Revela contingência nos movimentos		x	
	Não apresenta maneirismos nem estereotipias	x		
	Bate as palmas ajustando-se à pulsação		x	
	Coordena a marcha segundo o andamento musical		x	
4 - Sensibilidade Sonoro-Musical	Reconhece a fonte emissora de som		x	
	Reage às interrupções de emissão sonora		x	
	Reconhece as alterações de timbres e fontes sonoras		x	
	Não apresenta hipossensibilidade sonoro-musical	x		
	Não apresenta hiperssensibilidade sonoro-musical	x		
5 - Emissão e Expressão Vocal	Emitte sons do tracto oro-faríngeo		x	
	Emitte vocalizações com largo espectro e expressividade		x	
	Emitte vocalizações contingentes	x		
	Não apresenta estereotipias vocais	x		
	Canta canções do seu repertório familiar		x	
	Vocaliza ou entoia canções, ajustando-se ao andamento e pulsação musicais		x	
6 - Produção Musical instrumental	Toca ajustando-se à pulsação e ao andamento musicais		x	
	Bate com as palmas das mãos nos instrumentos de percussão	x		
	Utiliza adequadamente as baquetas do xilofone	x		
	Produz harpejos nos instrumentos de corda		x	
	Emitte sons nos instrumentos de sopro		x	
7 - Imitação	Imita sons vocais com diferentes frequências		x	
	Repete frases rítmicas	x		
	Repete frases melódicas		x	
	Imita gestos sincronizados com curvas melódicas ou padrões rítmicos		x	

8 – Reciprocidade	Ajusta-se de forma sincrónica às improvisações musicais do seu interlocutor		X	
	Adere a jogos musicais de alternância-tipo pergunta - resposta	X		
	Espera a sua vez e dá a vez		X	
	Re-inicia os diálogos musicais		X	
	Interrompe a produção musical de forma contingente e previsível	X		
9 - Reacção e Adaptação à mudança	Reage às interrupções musicais	X		
	Reage às alterações dos parâmetros musicais	X		
	Ajusta-se musicalmente às alterações musicais	X		
10 - Inovação e Criatividade	Altera intencionalmente as suas produções musicais		X	
	Apresenta ideias musicais novas		X	
11 - Comunicação Verbal	Revela compreensão de pedidos e ordens		X	
	Verbaliza de modo contingente		X	
	Não revela estereotípias verbais		X	
	Verbaliza pedidos	X		
	Verbaliza sentimentos	X		
12 - Comportamento Emocional	Revela capacidade de auto-regulação emocional através da música		X	
	Reconhece as alterações da tonalidade afectiva da música		X	
	Revela capacidade de expressão afectiva		X	
13 - Actividade Simbólica	Adere adequadamente a jogos musicais de carácter inter-modal		X	
	Revela sensibilidade aos ambientes sonoro-musicais para ampliar a experiência do jogo simbólico		X	
	Adere à construção de histórias musicais através da criação de canções temáticas	X		
	Re-cria cenários musicais para ampliar a actividade simbólica	X		

Anexo 2

Sessões do G.

2ª sessão

10/12/08

O G. chegou com a mãe, uma senhora de aparência muito correcta, simpática e serena no falar. Começámos com a música de boas-vindas: olá G. Olá, olá, olá mãe, olá, vamos todos cantar. O G., com um ar desconfiado, porém curioso, cerca o piano, onde eu estou, emitindo um som contínuo com a voz, oscilando entre duas notas, como se fosse uma sirene. A musicoterapeuta dá corpo a esse som, inserindo acordes, ecoando aquilo que ele tinha feito.

De repente, o G. começa a tocar numa nota do meu piano, de forma contínua sem parar, como que pedindo um determinado ritmo, nós acompanhámos, dando estrutura. Entretanto o G. começa a dançar no meio da sala, de um lado para o outro com gestos repetitivos. Nós acompanhamos a dança até que ele pára e vai buscar a harmónica e toca dando mais uma vez uma estrutura melódica algo aleatória, mas de certa forma a querer ir ao nosso encontro, até que a deixa cair.

A musicoterapeuta canta “caiu, no chão, caiu”. O G. vai outra vez para o piano, mas desta vez, para o piano acústico e volta a tocar uma ou duas notas continuamente, num ritmo mais ou menos certo. Nós acompanhamo-lo. De seguida, pára de tocar o piano e bate com as pontas dos dedos, umas nas outras (estereotípias), nós viramo-nos então para a percussão e começamos somente a fazer ritmos, eu na estrutura do piano mas sem notas, e a musicoterapeuta, na caixa da guitarra. O G. dá-nos uma linha melódica, com “tatata”, a musicoterapeuta contextualiza e dá forma a essa linha, explanando-a, ou seja, desenvolvendo-a.

Neste momento, o G. encontra-se a olhar para a rua, colando a cara ao vidro da janela. A Musicoterapeuta canta: “estou a olhar para a rua...”, entretanto, o G. aproxima-se do meu piano e toca numa nota, de forma contínua, acompanhando o ritmo que nós estávamos a fazer.

De seguida, ele começa a cantar “iaiaa”, na tonalidade que nós estávamos a tocar. Entretanto a mãe do G. agarra num jambé e começa a acompanhar-nos, a musicoterapeuta canta: “ a mãe toca com o G. Depois de uns minutos a tocar, o G. pega novamente na harmónica e põe-se a tocar alegremente, até que passa novamente para o piano acústico, mas desta vez, tocando

notas graves repetidamente, como que a contrastar com a melodia que estávamos a tocar, tocando umas vezes, lentamente e outras vezes, com um ritmo mais acelerado, com alguns silêncios.

De seguida, a Musicoterapeuta canta e toca e eu acompanho-a na música “Eu tenho um pião”. Canta a 1ª estrofe, pára de cantar e de imediato o G. começa a acompanhar-nos a tocar no piano acústico, com um ritmo relativamente certo e em consonância com o nosso.

Depois, chegada a hora de acabar, despedimo-nos com uma música composta especialmente para a despedida: “adeus G. adeus, vamos lá acabar, gostei de estar aqui contigo a cantar, adeus mãe, adeus....., adeus Carolina adeus.

3ª sessão

17/12/08

Nesta sessão, o G. ainda vem no elevador e nós já ouvíamos os sons melodiosos que ele emitia. Estava muito feliz! Chegou e distribuiu beijinhos a mim e à Musicoterapeuta e agarrou-se à mãe a dar beijinhos enquanto esta cantava: ai o beijinho. Cantámos a música de entrada e, mal acabámos a música o G. mostrou iniciativa em continuar com “pa,pa,pa,pa” e nós acompanhamo-lo. Depois sentou-se no sofá, como que a descansar daquele momento tão eufórico.

A Musicoterapeuta começa a vocalizar a letra A, de forma picada, ou seja stacatto, percorrendo apenas três acordes. O G. aproxima-se de nós e dirige-se ao piano, tocando apenas numa nota na zona mais aguda do piano, como que a querer imitar o ritmo com que a Musicoterapeuta estava a cantar a letra A. Uma vez no piano, começa a dar-me beijinhos, lambendo-me as bochechas e eu respondo cantando: “ um beijinho do G., que bom! A Musicoterapeuta responde: ai que bom, um beijinho à Carolina, o G. responde laiiii. Depois paramos e o G. começa a tocar várias notas ao mesmo tempo, na região média do piano de forma forte, marcada e com algum espaço, nós ouvimo-lo por um tempo, mas ele começa a dar cada vez mais intensidade e a Musicoterapeuta começa então a acompanhá-lo, tocando num tom menor, apenas três acordes e o G. segue com o ritmo no piano, a acompanhar. Quando acaba a música, a mãe diz “que música tão bonita!”

O G. põe-se então a deambular pela sala, porém a ouvir atentamente as melodias que a Musicoterapeuta ía cantando, improvisadamente. O G. dirige-se para a guitarra da Musicoterapeuta e passa as mãos pelas cordas. Depois, dirige-se devagarinho para o piano e volta a tocar umas notas, acompanhando-nos. Eu continuo a tocar no piano, fazendo a base harmónica.

De seguida, a Musicoterapeuta começa a cantar e a tocar a música “eu tenho um pião”, o G. começa a dançar no meu da sala, girando, apoiando mais um pé do que outro; a Musicoterapeuta continua e canta a mesma música, mas com letra diferente “ eu sou o G., eu sou o G., e gosto de cantar”.

Entretanto eu coloco um som no piano que imita a voz humana e toco algumas notas, o G. mostra-se interessado e toca também no meu piano. Momentos depois, o G. vai buscar a harmónica que parece gostar bastante de tocar, vai para o sofá e começa a tocar. Durante este período a Musicoterapeuta e Eu fomos dando uma estrutura musical, até que ele parou de tocar e olhava de esguelha para nós a ouvir atentamente.

Chegada a hora de acabar, cantámos a música da despedida “adeus G. adeus”.

4ª sessão

21/12/2008

O G. entra na sessão, não dá beijinhos a ninguém e começa logo a vocalizar “papapapa”. A musicoterapeuta e eu aproveitámos essa vocalização e demos início à sessão com a música de abertura “Olá G., olá vamos cantar” e quando cantámos na segunda vez, cantámos aproveitando o material que o G. nos estava a dar “paiiiiaa” para cantarmos esta mesma música.

De seguida, a mãe conta-nos que ela e o G. estiveram esta semana a enfeitar a árvore de Natal e que ele gosta muito de por as bolinhas na árvore e então começámos a cantar a música “é natal, é natal, tudo bate o pé” e continuámos com “papapapa”, o G. ia-se baloiçando para a frente e para trás ao ritmo da música. Entretanto parou, e escondeu-se num canto da sala, sentando-se no chão. A musicoterapeuta canta “eu estou no chão, eu estou escondido, eu estou aqui”, ele levanta-se de mansinho e dirige-se ao meu piano e começa a tocar duas notas na região aguda do piano, de forma picada, nós acompanhamo-lo dando harmonia.

Depois parámos, fizemos silêncio e o G. dirige-se para o jambé, tocando suavemente, passando a mão na pele do instrumento e começa então a tocar uma frase rítmica mais marcada e com mais intensidade e nós acompanhámo-lo, com a ajuda da mãe nas congas, e ao mesmo tempo íamos cantando o nome dele. Enquanto isso, ele aproxima-se e vem tocar no piano, várias notas ao mesmo tempo, na região média do piano, mas com uma atitude mais exploratória, como se estivesse a fazer o mesmo ritmo que estava a executar no jambé, eu ia acompanhando-o nesse ritmo ao piano, enquanto a musicoterapeuta vocalizava o som que o piano emitia quando ele tocava aquelas notas.

Entretanto o G. faz uma pausa, e começa novamente, mas agora, com um ritmo acelerado e só na região aguda do piano e nós acompanhamo-lo, com três acordes maiores. Enquanto estávamos a fazer estes acordes, a musicoterapeuta começou a criar uma melodia na guitarra quando começámos a ouvir o G. executar em “bababa” a mesma melodia e na mesma tonalidade. De facto, foi um momento incrível, em que sentimos como que um contacto espontâneo e genuíno. Continuámos e explorámos a linha melódica durante alguns minutos. Depois disto, o G. vai para o meio da sala e põe-se a dançar apoiando-se mais num pé do que

noutro e emitindo um som que parecia um carro “vrrrrrr” e a musicoterapeuta responde imitando o som que o G. estava a fazer mas introduz uma letra “vou passear no carro com a mãe, vrrrrr, piiii, vou no carro com a mãe”, esta letra era cantada somente com dois acordes, com o acompanhamento que eu estava a fazer no piano em tonalidade maior, o G baloiçava-se para a frente e para trás e fazia de vez em quando “vvvrrrrr”. A mãe ia acompanhando, fazendo um ritmo base nas congas e vocalizando também “vvvrrrrrr”-

Entretanto, a música foi desacelerando preparando-se para acabar, a Dr^a Eduarda cantava “vamos lá parar, o carro vai parar, parou”, o G. responde “illlaalle” e vai para o piano acústico e toca aleatoriamente por todo o piano, subindo e descendo, depois disto foi cantando “tattatata”, seguindo uma linha melódica. De repente ele vai ao encontro da guitarra da musicoterapeuta e agarra com força nas cordas, e esta canta “cuidado, cuidado”.

Depois cantámos a música “eu tenho um pião”, mas desta vez o G. manteve-se no meu piano a tocar umas notas, acompanhando-me enquanto estava a tocar. Depois fez uma pausa e disse “lili”, ao que a mãe responde, “a tia Lili não está aqui” e continua dizendo “o G. também tem uma música que gosta muito que é do macaco” e começa a cantar a música, de forma tímida mas com vontade. De seguida o G. Volta a dizer “lilili” e a musicoterapeuta agarra nesta palavra e começa a pô-la em música, em tonalidade menor, e canta “a Lili não está cá”, depois canta “está cá a mãe e está o G.” Após esta música o G. vai para o colo da mãe e diz “laaaaiiii”, a musicoterapeuta canta “vou para o colo da minha mãe”. Depois de alguns minutos no colo da mãe, ele dirige-se para o piano acústico e toca compulsivamente na região mais grave do piano e com muita intensidade.

Chegada a hora de acabar, cantámos a música da despedida e o G. dirigiu-se ao meu piano e pôs-se a tocar e mostrava não se querer ir embora. A mãe diz “vamos para o vrrumm, vrrumm, para o carrro”.

5ª sessão

02/01/2009

Começámos a sessão, com a música de abertura, “olá G. olá” e ele foi entrando na sala de forma lenta, a dançar ao som da música, olhando fixamente nos olhos da Musicoterapeuta, enquanto ía dançando. Depois, dirigiu-se para o jambé e começou a tocar um ritmo estável em andamento moderado, nós acompanhámo-lo durante poucos minutos com acordes maiores e com a musicoterapeuta a vocalizar em ”tatata” uma melodia improvisada e que destacava o ritmo que o G. estava a fazer no jambé. Entretanto o G. parou e dirigiu-se para o meu piano e começou a tocar nas notas mais agudas do piano com um ritmo mais acelerado, embora estável e eu fui acompanhando-o nesse ritmo, igualmente com acordes maiores e a Musicoterapeuta fazia o mesmo só que na guitarra.

Neste processo, eu ia tocando umas notas na região aguda e tocando nos dedinhos dele, como se fossem teclas, quando parámos, ele sorriu e começou a empurrar o piano com o abdómen, como que a pedir que nós continuássemos, pois mostrava estar a gostar. De repente ele diz “lili” e a mãe começa a cantar “lilili” e nós acompanhamos, até que ele se afasta de nós e fica alguns minutos distante de nós, continuamos a tocar até que ele volta para o meu piano e toca desta vez, com as duas mãos na região aguda do piano , ao mesmo tempo, entretanto vira-se para mim e dá-me um grande abraço e um beijinho, a musicoterapeuta responde “ai que é bom que é estar no piano” e começa a cantar “um beijinho à Carolina, é tão bom estar aqui” e o G. volta a tocar no piano, mas desta vez de forma mais acelerada e volta novamente para o pé de mim e dá-me vários beijinhos com ritmo, ou seja, dá um beijinho, faz uma pausa , dá outro, etc.

Entretanto, eu altero o som do meu piano, ele afasta-se um bocadinho e volta com toda a força para o piano, baloiçando o corpo, dá-me um beijinho e afasta-se de nós dando um grito entusiástico e, vai-se sentar no sofá baloiçando o corpo. Minutos depois regressa e vai dar um beijinho à mãe, a musicoterapeuta e eu continuamos a tocar e a Musicoterapeuta canta “um beijinho eu vou dar à mãe”, dito isto, o G. aproxima-se novamente do meu piano, faz-me uns “olhinhos” e dá-me um beijinho, lambendo-me a bochecha.

De seguida, afasta-se e vai tocar no outro piano, o acústico, e toca na região média do piano, depois pára e começa a observar-nos de relance, e põe-se a escutar, nós tocamos uma melodia

em andamento moderado e ele vai para o pé da secretária e empurra os papéis, nós fazemos “ó ó, caíram”. O G., esgueira-se para a guitarra, enquanto a Musicoterapeuta estava a apanhar os papéis e arranha as cordas da guitarra, quando a Musicoterapeuta volta novamente para junto da guitarra, ele vai a correr para junto da mãe e senta-se no colo dela. Nós continuamos a tocar e ele volta para o meu piano, mas desta vez, deita a cabeça em cima das colunas e põe-se a ouvir atentamente aquilo que estávamos a tocar.

Entretanto a Musicoterapeuta convida a mãe a inventar uma melodia para a harmonia que estávamos a utilizar, esta respondeu que é muito desafinada, a Musicoterapeuta reforça a ideia, dizendo que “não importa a prestação vocal, o que importa é estar”. A mãe começa então a improvisar, com algum receio de falhar ou fazer “má figura”, mas minutos depois, ía-se sentindo mais à vontade. O G. por sua vez, ouve atentamente, vai para a janela e diz “tinilili” e vai ter com a mãe e enche-a de beijinhos; a Musicoterapeuta continua e canta “tia Lili não está aqui”.

Entretanto a Musicoterapeuta começa a tocar na caixa da guitarra, fazendo um ritmo e o G. aproxima-se do jambé e vai acompanhar o ritmo que a Musicoterapeuta estava a fazer e começa também com a boca a fazer uma vocalização com rrrrrr. Minutos depois, a mãe começa a cantar “carrro, vamos no carrro,” entretanto o G. vai buscar a harmónica e começa a tocar nela, percorrendo toda a sala, dando várias voltas e saltitando ao mesmo tempo até que deixa-a cair no chão, depois vai buscar novamente a harmónica, a Musicoterapeuta passa para o jambé, ele dá umas notas interessantes, a Musicoterapeuta aproveita e forma uma melodia e um acompanhamento que nos remeteu para o género céltico, o G. parecia estar a gostar e juntou-se ao meu piano e fazia festas no piano e foi ter ao encontro da Musicoterapeuta e tocou no mesmo jambé que a Musicoterapeuta e deu-lhe um beijo.

Já estava na hora da despedida e começámos então a tocar a música para finalizar a sessão, só que o G. não parecia querer que terminasse já que estava a tocar, todo empenhado em tudo o que via.

6ª sessão

12/01/2009

Nesta sessão, o G. entra na sala e após os cumprimentos, ele vai-se esconder num canto da sala, junto à porta da varanda. A musicoterapeuta diz de forma entoada “estou escondido, aqui neste cantinho”. Quando a musicoterapeuta acaba de dizer isto, o G. começa a bater com a maçaneta da porta, junto à qual estava encostado, começa a fazer um ritmo um tanto constante e certo. A musicoterapeuta agarra nesse ritmo e começa a vocalizar “papapa”, ele continua com o mesmo ritmo. Momentos depois, a musicoterapeuta canta sempre na mesma nota “estou aqui escondido, estou aqui, encontrei aqui um instrumento, estou a brincar com uma coisinha”.

De seguida, ele levanta-se e nós cantamos a música do “olá, vamos começar”. Ele deambula pela sala enquanto cantamos a música e, momentos depois dirige-se para o piano onde eu estou, e toca numa pulsação constante e acelerada, na zona mais grave do piano. A musicoterapeuta vai acompanhando o ritmo que o G. faz, na guitarra. O G. vai abrandando à medida que eu começo a tocar, por contraste, na região mais aguda do piano, na mesma pulsação que ele. Vai abrandando, pára durante uns breves segundos, enquanto vamos cantarolando sem palavras, com uma melodia em tom maior.

Segundos depois, recomeça a mesma pulsação na mesma região e ainda com mais força, nós continuamos e vamos imprimindo mais vivacidade na melodia e ritmo que estávamos a executar. O G. pára, a musicoterapeuta canta no ritmo dele “paparapapa”. Ele ouve e recomeça mas por breves momentos e pára novamente, a musicoterapeuta responde mais uma vez com “paparapapa” mas com um ritmo ligeiramente diferente, ele está quieto enquanto ouve e ao recomeçar a tocar, toca o ritmo de forma diferente muito aproximado àquilo que a musicoterapeuta tinha acabado de fazer.

Posteriormente, eu vou fazendo o que a musicoterapeuta vai cantando no piano e dando harmonia, na mesma tonalidade. O G. passa para o jambé grande e faz o mesmo ritmo que estava a fazer no piano. A musicoterapeuta canta “estou aqui a tocar no tambor” e ele continua durante uns segundos até que vai-se sentar no chão e esconde-se novamente no mesmo canto em que se tinha escondido no início. A musicoterapeuta canta “onde está o G,

está aqui? Não está, onde é que ele está?” O G. dá um sorriso e vai ter com a guitarra da musicoterapeuta e passa as mãos pelas cordas, a musicoterapeuta vocaliza “brum, brum”, enquanto o G. passa os dedos pelas cordas com alguma força. Depois, o G. dirige-se para o meu piano onde estou e vai tocar um ritmo constante na região média, a musicoterapeuta acompanha o ritmo dele na guitarra cantando com “tantarara”, eu vou fazendo os mesmos movimentos que o G. faz no piano, até que ele começa a abrandar e começa a tocar numa pulsação muito mais regular, mais pausada e, ao mesmo tempo que tocava, baloiçava a cabeça no tempo da música. Eu faço como que um espelho daquilo que ele estava a fazer, fazendo o mesmo movimento tanto corporal como o mesmo toque de piano.

Posteriormente, vira-se para mim, dá-me um beijinho e começa a fazer uma estereotipia com as mãos no queixo, ao mesmo tempo que imitia um som coincidente com a estereotipia que estava a fazer, em “aaaa”, a musicoterapeuta responde que o G. gosta muito do som de vozes e indica-me onde eu posso colocar esse som. Eu começo então a tocar no piano mas com o som de vozes, o G. começa a dançar no momento em que eu começo a fazê-lo, andando pela sala em círculo aos saltos, ao ritmo da pulsação do piano. A musicoterapeuta vai cantando e improvisando com a voz, ao mesmo tempo que brincamos com aqueles sons.

Estava a hora de acabar e terminámos a sessão com a música habitual da despedida, mas com o som das vozes. O G. saiu da sala sempre a saltar e a cantarolar.

7ª sessão

22/01/2009

O G. chegou com a mãe, entrou logo na sala olhando para tudo, como se estivesse a tentar reconhecer o espaço. Começámos com a música de boas-vindas: olá G. Olá, olá, olá mãe, olá, vamos todos cantar. O G., com um ar apreensivo, porém curioso, cerca o piano, onde eu estou a tocar, emitindo um som contínuo com a voz, oscilando entre duas notas, como se fosse uma sirene. A musicoterapeuta dá corpo a esse som, inserindo acordes, ecoando aquilo que ele tinha feito.

De repente, o G. começa a tocar numa nota do meu piano, de forma contínua sem parar, como que pedindo um determinado ritmo, nós acompanhámos, dando estrutura. Entretanto o G. começa a dançar no meio da sala, de um lado para o outro com gestos repetitivos. Nós acompanhámos a dança até que ele pára e vai buscar a harmónica e toca-a de forma contínua dando mais uma vez uma estrutura melódica algo aleatória, mas de certa forma aparentando querer ir ao nosso encontro, até que a deixa cair. A Musicoterapeuta canta “caiu, no chão, caiu”. O G. vai outra vez para o piano, mas desta vez, para o piano acústico e volta a tocar uma ou duas notas continuamente, num ritmo mais ou menos certo. Nós acompanhamo-lo.

De seguida, pára de tocar o piano e bate com as pontas dos dedos, uma nas outras (estereotipia), nós viramo-nos então para a percussão e começamos somente a fazer ritmos, eu na estrutura do piano mas sem notas, e a Musicoterapeuta, na caixa da guitarra. O G. dá-nos uma linha melódica, com “tatatata”, a musicoterapeuta contextualiza e dá forma a essa linha, explanando-a, ou seja, desenvolvendo-a.

Posteriormente, ainda quando a musicoterapeuta estava a cantar, o G. foi para ao pé da janela e pôs-se a olhar para a rua, colando a cara ao vidro da janela. A musicoterapeuta canta: “estou a olhar para a rua...”, ele continua olhando e põe a língua no vidro, como que a querer sentir a textura, entretanto, aproxima-se do meu piano e toca numa nota, de forma contínua, acompanhando o ritmo que nós estávamos a fazer. Depois disto, ele começa a cantar “iaiaa”, na tonalidade que nós estávamos a tocar. Por sua vez, a mãe do G. agarra num jambé, de forma tímida e começa a acompanhar-nos pela primeira vez, a musicoterapeuta canta: “ a mãe toca com o G.” Depois de uns minutos a tocar, o G. pega novamente na harmónica e põe-se a

tocar parecendo entusiasmado, até que passa novamente para o piano acústico, mas desta vez, tocando notas graves repetidamente, como que a contrastar com a melodia que estávamos a tocar, tocando umas vezes, lentamente e outras vezes, com um ritmo mais acelerado, com alguns silêncios, ou pausas.

De seguida, a musicoterapeuta canta e toca e eu acompanho-a na música “Eu tenho um pião”, uma música que a mãe diz que ele gosta muito. A musicoterapeuta canta a 1ª estrofe e pára de cantar, quando, de imediato o G. começa a acompanhar-nos a tocar no piano acústico, com um ritmo constante e em sincronia com o nosso. Durante este momento, a mãe muito atenta, começou a cantar a música connosco.

Depois, chegada a hora de acabar, despedimo-nos com uma música composta especialmente para a despedida: “adeus G. adeus, vamos lá acabar, gostei de estar aqui contigo a cantar, adeus mãe, adeus...., adeus Carolina adeus. O G. começa a fazer com a boca “vruummm, vruummm”, ao que a mãe responde: “sim, vamos para o carrroooo, para o vruummm, vruummm”

8ª sessão

03/02/2009

Nesta sessão, o G. ainda vem no elevador e nós já ouvíamos os sons melodiosos que ele emitia. Aparentava estar muito feliz! Chegou e distribuiu beijinhos a mim, à musicoterapeuta e agarrou-se à mãe a dar beijinhos enquanto esta cantava “ai o beijinho”. Cantámos a música de entrada e, mal acabámos a música o G. mostrou iniciativa em continuar a mesma melodia com “pa,pa,pa,pa” e nós acompanhámo-lo. De seguida, sentou-se no sofá, como que a descansar daquele momento tão eufórico.

A musicoterapeuta começa a vocalizar a letra A, de forma picada, ou seja stacatto, percorrendo apenas três acordes. O G. aproxima-se de nós e dirige-se ao piano, tocando apenas numa nota na zona mais aguda do piano, como que a querer imitar o ritmo com que a musicoterapeuta estava a cantar a letra A. Uma vez no piano, começa a dar-me beijinhos, lambendo-me as bochechas e eu respondo cantando: “um beijinho do G., que bom! A musicoterapeuta responde “ai que bom, um beijinho à Carolina, o G. responde “laiiii”.

Depois parámos e o G. começa a tocar várias notas ao mesmo tempo, na região média do piano de forma forte, marcada e com algum espaço, nós ouvimo-lo por um tempo, mas ele começa a dar cada vez mais intensidade e a musicoterapeuta começa então a acompanhá-lo, tocando num tom menor, apenas três acordes e o G. segue com o ritmo no piano, a acompanhar. Quando acaba a música, a mãe diz “que música tão bonita!”

O G. começa então a deambular pela sala, porém parecendo ouvir atentamente as melodias que a musicoterapeuta ía cantando, improvisadamente. O G. dirige-se para a guitarra da musicoterapeuta e passa as mãos pelas cordas. Depois, dirige-se devagarinho para o piano e volta a tocar umas notas, acompanhando-nos. Eu continuo a tocar no piano, fazendo a base harmónica.

De seguida, a musicoterapeuta começa a cantar e a tocar a música “eu tenho um pião”, o G. começa a dançar no meu da sala, girando, apoiando mais um pé do que outro; a musicoterapeuta continua e canta a mesma música, mas com letra diferente “ eu sou o G., eu sou o G., e gosto de cantar”.

Entretanto eu coloco um som no piano que imita a voz humana e toco algumas notas, o G. mostra-se interessado e toca também no meu piano. Momentos depois, o G. vai buscar a harmónica que parece gostar bastante de tocar, vai para o sofá e começa a tocar. Durante este período a musicoterapeuta e eu fomos dando uma estrutura musical, até que ele parou de tocar e olhava de esguelha para nós.

Chegada a hora de acabar, cantámos a música da despedida “adeus G. adeus”.

9ª sessão

22/02/2009

Nesta sessão, o G. entra na sala já a vocalizar “iaaaiaa”, com movimentos corporais indutores de um ritmo, de uma pulsação. A musicoterapeuta comenta “vamos, vamos começar”. Começamos então a cantar o tema do início da sessão e, enquanto o cantávamos, o G. baloiçava o seu corpo ao ritmo da canção, como se estivesse a dançá-la. Quando terminámos, ele vocaliza “iaaiaa”, ao que a musicoterapeuta contextualiza “oláááá”, enquanto eu dou as notas do “olá” no piano. De seguida, o G. dirige-se para o piano acústico, e tenta abri-lo, a mãe ajuda-o e ele vocaliza “liii”, no entanto, o G. não toca no piano, deixando-o aberto e dirige-se para o sofá onde está a musicoterapeuta a tocar guitarra.

Depois de uns curtos momentos junto da musicoterapeuta, aproximou-se do meu piano e começou a fazer percussão na porta da varanda que está ao lado do piano, eu acompanho-o na caixa do piano. Ao som do ritmo que o G. iniciou, a musicoterapeuta coloca três acordes maiores, com os quais o G. começa a dançar no meio da sala, baloiçando o corpo ao ritmo da música. Vai buscar a caixa de um CD, com o qual começa a fazer estereotípias com os dedos e, deixa-o cair de forma abrupta. Dirige-se então de imediato para o meu piano e toca três vezes nas notas mais agudas do piano; eu continuo com a música, introduzindo notas mais agudas.

Entretanto, ele dirige-se para a porta da varanda, fazendo a mesma impressão rítmica e a mesma intensidade que fez no piano, emitindo alguns sons guturais, a mãe acompanha no jambé o ritmo, sempre muito atenta às reacções do G. Nisto, este dirige-se para o meu piano e toca, mas agora num ritmo mais calmo e mais certo e de forma contínua, baloiçando ao mesmo tempo o corpo. Eu acompanho-o fazendo o mesmo ritmo e baloiçando o meu corpo. Fizemos isto durante algum tempo e o G. vira-se para mim e dá-me beijinhos.

Depois pára e dá-me um abraço muito forte e eu digo a cantar “que bom, um abraço do G, que bom os beijinhos do G., que bom que é!” e quando eu dizia isto, ele estava sentado no meu colo e começa a tocar no piano e nós começamos a cantar e a tocar, vocalizando “lalala”; o G., por sua vez responde um tempo depois de uma forma muito expressiva “lalala” e toca no piano. Depois pára, e começa a mexer na boca, eu começo a cantar “onde está a boca e os

dentinhos do G., estão aqui, estão aqui”. Ele vocaliza “lalali” e continua a tocar no piano como que a querer acompanhar-me e a querer que eu toque com ele. Depois de um período bastante longo com estes diálogos, o G. sai do meu colo e vai para ao pé do vidro da varanda e fica de costas para nós e enquanto ele faz isto, a musicoterapeuta vai fazendo uns acordes mais calmos, com uma dinâmica menos intensa, com mais espaço e ele começa a vocalizar “éééé” na tonalidade, a musicoterapeuta responde alargando o mote que ele havia dado, ele escuta atentamente e vai respondendo, com algumas variações em torno das mesmas vocalizações, adicionando elementos que se assemelhavam aquilo que a musicoterapeuta propunha.

De seguida, vai para o pé da mãe e começa a tocar no mesmo jambé da mãe, ao que a musicoterapeuta responde “olá ó mãe, olá”, a mãe responde “olá, lalalala”. Depois disto, ele vem ter comigo e à medida que se aproxima de mim, vocaliza cantando “tarara” e põe-se de pé em cima do meu colo, a musicoterapeuta agarra a melodia e a vocalização do G. e explora dizendo “estou aqui, ao pé de ti, estou muito grande, estou aqui em cima”, eu ía ecoando aquilo que a musicoterapeuta ia dizendo, até que ele desce senta-se aninhando-se no meu colo e diz “ninini”. Volta a pôr-se de pé, e a musicoterapeuta canta “cá em cima está o tiroliroliro, lá em baixo está o tirolioló” e, enquanto esta canção decorria, o G. abanava-se ao ritmo da música até que torna a aninhar-se no meu colo e quando sai diz novamente “ninini” e vai para o pé da janela da varanda.

A musicoterapeuta introduz uma melodia em tom menor, variando com tom maior, cantando ao mesmo tempo “nanana”. Ele fica atento a ouvir até que de repente responde energicamente “nananana”; eu acompanho a musicoterapeuta no piano e o G. dirige-se para o piano e imprime um ritmo mais enérgico de acordo com aquilo que ele tinha respondido. De repente, faz uma pausa e sai do meu colo novamente e diz mais uma vez “ninini”, ao que a musicoterapeuta responde “a Carolina, Carolina”, a mãe responde de forma cantada “é a Carolina”. Ele esconde-se por uns momentos e vai para o sofá que fica no outro extremo da sala, onde se senta encostado, como que a descansar; nós também fazemos algum silêncio para poder haver um processamento de todos os estímulos que apareceram.

Passados cerca de dois minutos ele torna a aproximar-se do piano onde estou e enquanto se dirige vai vocalizando “nilili” e toca no piano três vezes e dá-me um beijinho, a musicoterapeuta canta “eu dei um beijinho à Carolina”, de seguida, senta-se no meu colo e

continua a tocar no piano, mas desta vez com um ritmo contínuo e moderado. A mãe vai também cantarolando com “nanana” e sempre tocando no jambé. Momentos depois o G. vocaliza “tarali” e toca nas notas mais graves do piano mas com o mesmo ritmo. Feito isto afasta-se para o sofá, a mãe aproxima-se dele e vai fazendo o ritmo nos joelhos, ele levanta-se e vai andando no meio da sala, a mãe acompanha-o fazendo ritmo com um prato de bateria que ele tinha agarrado. O G. dirige-se então para a musicoterapeuta e dá um beijinho ao que ela responde “a Eduarda está cá, está, está”, ao que ele responde “lilitata”. Nós continuamos a tocar e a musicoterapeuta explora aquilo que ele havia respondido e canta “lilitata, lilitata” e ele dança no meio da sala ao ritmo da música.

Já estava na hora de acabar e despedimo-nos como habitual com a música “adeus G. adeus, vamos lá acabar, gostei de estar aqui, contigo a cantar”.

Sessão 10

27/02/2009

Hoje o G. chegou à sessão e nem houve tempo para cantar a música de início pois ele foi logo para o jambé tocar um ritmo contínuo. A musicoterapeuta começou também fazer o ritmo na caixa da guitarra e eu na estrutura do piano, de seguida a musicoterapeuta coloca acordes naquele mesmo ritmo, eu acompanho-a no piano e a mãe vai para o jambé onde o G. estava a tocar. O G. vai saltitando no meio da sala todo contente ao som dos três instrumentos, batendo com as mãos na barriga fazendo o ritmo, depois abrandando e faz “tarara” a musicoterapeuta responde com a mesma melodia, inserindo “tarara” e ele dirige-se para o meu piano e toca nas teclas agudas, praticamente no mesmo ritmo que estávamos a tocar. Depois afasta-se e dirige-se para a musicoterapeuta respondendo com “éééééé” saltitando e senta-se ao lado da musicoterapeuta que está no sofá, e pára a escutar. Começa momentos depois a baloiçar o corpo ao ritmo da música.

De seguida, dirige-se novamente para o meio da sala e vai para o pé da porta da varanda e refugia-se num canto, fazendo algumas estereotipias com os dedos da mão, nós continuamos a tocar e de repente ele vocaliza “tiliri”, nós respondemos em simultâneo “tilirili”, juntamente com a mãe e ele sai do cantinho onde estava e vai para o sofá onde está a musicoterapeuta e abana o corpo com a música e começa a passar as mãos pelas cordas da guitarra da musicoterapeuta. A musicoterapeuta faz “triiiiiiiiiii, triiiiiiiiiiii”, ao mesmo tempo em que ele passa as mãos pelas cordas.

Posteriormente, o G. dirige-se para o piano a saltitar e toca várias vezes no mesmo ritmo da música e vai para o “cantinho”, perto da porta da varanda e olha para a mãe, a musicoterapeuta diz “olá mãe”, a mãe responde “olá” e começámos a tocar uma melodia com o “olá”, enquanto ele escuta quieto, no mesmo sítio. De repente responde, “olelee” e dirige-se para o meio da sala a cantar “olele”, nós continuamos e ele dança ao som da música e vai para o jambé e acompanha-nos no ritmo, e afasta-se novamente para a porta da varanda, olhando lá para fora. A mãe levanta-se e diz que vai ver se ele precisa de fazer chichi. Enquanto a mãe vai ter com ele, nós cantamos “será que há chichi, há ou não, não tem nada, nada aqui”. Depois disto, ele dirige-se para o piano e toca umas notas seguidas na região aguda do piano enquanto canta “aaaaaaa” e dirige-se para o meio da sala a saltitar e a cantar “aaaaaaa”, nós

damos forma à vocalização dele com “aaa” e depois fazemos um momento de silêncio. Ele pára também e dirige-se para o piano acústico e toca algumas notas e vai para o meio da sala e toca no jambé e vocaliza “tilili”, a musicoterapeuta canta “ a mãe também canta, vai cantar” e a mãe responde “tiliiii”, cantando muito baixinho, mas com desejo de participar. O G. vai buscar entretanto um microfone para crianças que transmite o eco e a ressonância da voz e começa a pôr a boca e a fazer estereotípias com os dedos das mãos e grita “lili” ao microfone a mãe responde “lili, lili” cantando. O G. deixa cair o microfone e fica a olhar para o chão, a musicoterapeuta canta “caiu no chão”, o G. dirige-se para o piano acústico e toca várias vezes na zona mais grave.

De seguida, dirige-se para o meu piano onde eu estava a tocar e toca de forma mais suave, olhando para mim e, vai para ao pé da porta da varanda, fazendo uma pausa. Depois vai para ao pé da mãe e dá um abraço, a musicoterapeuta começa a cantar sem letra uma música conhecida de embalar, o G. afasta-se cantando e vai para a maçaneta da porta da varanda e acelera o tempo da música sempre de forma constante, depois vai para o jambé e faz o ritmo e põe a boca na pele do jambé, fica assim durante uns segundos e vai para o meu colo e encosta a cabeça no meu ombro. Eu começo a embalá-lo improvisando uma letra” a minha cabecinha está encostada aqui no ombro da Carolina”, o G. dá-me entretanto um beijinho ao que a musicoterapeuta responde cantando “um beijinho à Carolina”.

De seguida, esconde-se atrás da cortina atrás de mim, e eu começo a brincar com ele dizendo “cucu, cucu”, a musicoterapeuta aproveita a ideia e começa a cantar com a mãe a música do “cucu na floresta”. Eu mudo o som de piano para o som de vozes e o G. começa a experimentar o som e mostra-se satisfeito e continua a tocar e eu acompanho-o. Entretanto, começa a percorrer todas as notas pretas do piano, como que dando festas ao mesmo tempo que parece estar a ouvir atentamente a música que se cantava.

Depois disto, o G. vai para o sofá onde está a mãe e a musicoterapeuta e começa a tirar os sapatos e as meias, a musicoterapeuta canta “vou tirar as meias e os sapatos”. A mãe por sua vez, diz que o G. gosta muito de uma música, então a musicoterapeuta começa a cantar a música da “mosca”, ele abana-se ao som da música agarrando os pés, encosta-se à mãe por alguns segundos e depois põe-se de pé em cima do sofá, ao que a mãe comenta “eu estou tão grande”, a musicoterapeuta repete aquilo que a mãe disse cantando.

Chega a hora de terminar, cantamos a música da despedida e a mãe diz cantando “vamos calçar as meias e os sapatos”. O G. não se queria ir embora.

Sessão 11

14/03/2009

Hoje o G. entrou na sala a cantarolar e foi ter logo à guitarra da musicoterapeuta, passando as mãos pelas cordas. A mãe diz “vamos tirar o casaco”, e, enquanto ele toca em algumas cordas da guitarra, a musicoterapeuta canta “vamos tirar o casaco, vamos” e o G, deixa a mãe tirar. Ele começa a dançar no meio da sala, com movimentos parecidos às danças tribais, e segue para junto da porta da varanda e vocaliza, parado “lili”, a musicoterapeuta agarra a vocalização e canta “lili” com acordes maiores, que tinham iniciado logo no momento em que ele tirou o casaco.

O G. vai para o jambé fazer um ritmo e começa a fazer um ruído com a boca, passando os dedos nos dentes, como se fossem as cordas da guitarra, a musicoterapeuta canta “tenho aqui os dentes na minha boca” e continua cantando e ecoando aquilo que o G. fazia com a boca, a mãe também participava fazendo “brrrrr”, tentando imitar o que o G. havia feito.

Estava radiante, passeando pela sala, fazendo aquele som com a boca, quando passados uns segundos, foi ter ao meu piano e começa a tocar nas notas mais agudas com muita consistência, num ritmo certo e com a mesma intensidade de volume, eu acompanho-o, fazendo o mesmo ritmo e introduzindo elementos novos na melodia, no entanto com variações simples, para dar uma continuidade de raciocínio no pensamento musical do G.

Depois disto ele pára junto do piano e fica a escutar a música que estávamos a tocar e vocaliza novamente mas de forma musical, no tom em que estávamos a tocar “lilili”, a musicoterapeuta canta “tililili”, a mãe introduz “a tia lili não está aqui”, a musicoterapeuta continua “gosto muito dela, da tia lili, tialili, ela não está cá, gosto muito dela”, o G. respondia nos silêncios, “tililli”, a musicoterapeuta introduziu com a mesma musicalidade “eu sou o Gui e gosto da tia lili”.

Depois disto ele senta-se no sofá e fica parado a ouvir, até que pega numa caneta e põe na boca, a musicoterapeuta diz cantando “dá cá cá dá dá”, ele dá a caneta e dirige-se para o piano e dá um grito e depois outros como que a puxar pela voz e a brincar ao mesmo tempo, a musicoterapeuta ia gritando musicalmente como que a espelhar o que ele estava a fazer, a mãe

também introduziu um género de grito, até que o G. parou por uns segundos, nós também parámos e introduzimos percussões, a musicoterapeuta tocava na caixa da guitarra, eu na estrutura do piano, a mãe tomou a liberdade de ir buscar ela própria o jambé pequeno para acompanhar-nos nas percussões, ele faz uns movimentos com o corpo e sai da sala, a mãe pergunta “queres ir á casa de banho?” Vai então com ele.

Quando depois, ao regressar à sala, entra cantando “papapaopaopa”, a musicoterapeuta vai para o jambé grande tocar um ritmo meio tribal, eu acompanho-a com acordes maiores, também com som tribal, com o som de vozes. Ele dirige-se ao jambé da musicoterapeuta e toca por uns momentos em sincronia com ela, depois vai dançar para o meio da sala, rindo-se e a dialogar bastante com as gargalhadas arrastadas e com o “papaopa”, até que se senta. A musicoterapeuta, sentando-se ao pé dele, canta “papá papá não está” e ele diz “tilili”, a musicoterapeuta canta “a tia lili também não está”, ele vai ouvindo andando pela sala, até que começa a cantar de uma forma muito menos eufórica “tatalalala” uma melodia muito mais serena e a musicoterapeuta propõe à mãe que improvise também com a voz para ele sentir a companhia da voz da mãe, a mãe acede á proposta e improvisa mediante aquilo que o G. ia cantando.

Depois disto, uns segundos depois vai para ao pé da porta da varanda e fica quieto e espirra, nós agarramos o espirro e fazemos nos instrumentos e com a voz “aaaaaaaaaatchim”, o G. dá uma gargalhada e vai para o meio da sala dançando ás voltas batendo com as mãos na barriga como é habitual. Depois disto, vai ter com a mãe e dá-lhe um beijinho, a mãe dá-lhe um abraço e diz “um beijinho”.

De seguida, ele dá uma volta á sala e deita-se no sofá durante uns segundos, batendo os pés com um ritmo um tanto vivo e acelerado e fazendo estalidos com a boca, a musicoterapeuta faz o ritmo dele com a guitarra, em tom maior e fazendo estalidos com a boca canta “lá vai o burrinho, pela estrada fora sempre a andar”, parava e fazia estalidos ao som da guitarra e continuava a canção, o G. levanta-se e desloca-se para o jambé grande e toca o ritmo que a musicoterapeuta estava a fazer com a canção ao mesmo tempo que movia o corpo para um lado e para o outro, apoiando-se num pé e depois noutro.

Posteriormente, dirige-se para o meu piano e toca várias notas de forma longa e vai para a janela da varanda e diz “lili” e canta “tilalala” e a mãe por próprio iniciativa respondeu na

mesma linguagem que ele cantando “tilalala, tilalala”, o G. ouvia atentamente andando pela sala, fazendo estereotípias junto ao ouvido.

Depois disto, a musicoterapeuta e eu acompanhamos aquela melodia criada pelo G. e aproveitada pela mãe e exploramos ao som da guitarra e piano, ele pula pela sala e a mãe do G. diz que ele canta muitas vezes esta melodia em casa e que não sabe o que é, a musicoterapeuta responde que é uma melodia dele, é uma canção dele, com a qual podemos construir uma letra e começa a cantar “eu sou o G. e gosto de cantar”, o G. canta “tilili” a mãe aproveita e canta com a mesma melodia “tilili” e o G. vai passando perto da mãe respondendo “lalalala” e nós continuamos a tocar a mesma melodia para dar suporte à criatividade do G. e da resposta da mãe. A mãe vai interagindo com o G. notando-se um maior à vontade em tentar perceber e acompanhar a linguagem musical do G.

É chegada a hora da despedida e como sempre despedimo-nos do G. e da mãe e de todos ao som da música.

canta “lulullula”, a mãe canta com ele “lulululá” e ele vai para o sofá ao pé da mãe e começa a descalçar-se, tira as meias e canta num timbre grave e áspero tulalulélulé”, a musicoterapeuta ecoa aquilo que o G. vocaliza, e, de seguida, põe o pé na boca, como que a chuchar no mesmo, a musicoterapeuta canta “ai, que eu vou comer o pé, aiaiai”, a mãe responde “mnham, mnham”.

O G. escuta sentado, parado, a musicoterapeuta responde “mnham, mnham”, cantando na mesma melodia anterior e faz silêncio, todos os instrumentos param durante alguns segundos para ele poder pensar e digerir os estímulos e os “diálogos” e também para esperar a ideia musical que o G. haveria de dar. E, de facto, depois deste silêncio ele surge com “uá, taturu, uá”. A musicoterapeuta responde “uuaturarara”, enquanto utiliza o instrumento e faz percussão na guitarra, eu coloco um som de vozes no piano, e faço a mesma melodia que o G. estava a propor.

A musicoterapeuta vai respondendo somente com a voz “uá, tururá”, o G. escuta, a musicoterapeuta canta “o Bernardo está aqui, não, não; o João está aqui”, o G. responde “nenenopau”, batendo os braços nos joelhos enquanto se mantinha sentado no sofá; a musicoterapeuta continua e pergunta cantando “o Artur está aqui, a Maria está aqui”, o G. vai ouvindo e responde “ééééé”, quase em tom de grito, como que a não concordar com o que a musicoterapeuta estava dizendo pois esta ainda não havia acabado e ele já gritava até que, a musicoterapeuta canta “a Eduarda está aqui”, aí ele faz silêncio e olha para a Eduarda e dá um sorriso, a mãe diz “agora sim”, a musicoterapeuta continua “o G. está cá, está está”, o G. responde “pápápopo” na mesma tonalidade e intensidade da musicoterapeuta. A musicoterapeuta explora o diálogo e canta quase somente com a voz, “eu sou o G. e estou aqui, eu sou o G. e estou a cantar. Eu sou o Bernardo, sou o João? “, o G. logo de seguida responde “ããããoooo”.

Depois disto, o G. dá um beijinho à musicoterapeuta e a mãe responde “um beijinho”. O G. vai para ao pé da musicoterapeuta, enquanto fica por uns momentos em silêncio, escutando a guitarra da musicoterapeuta e o piano que eu estava a tocar, sem olhar. De repente levanta-se e vai descalço andando pela sala até que se senta no chão e canta “tutulula, papapatupapa”, e põe-se num diálogo junto à musicoterapeuta. A musicoterapeuta vai ecoando aquilo que ele vai vocalizando, até que ele aumenta a intensidade da voz, cantando de forma contínua “lelelelelele”, passando as mãos no meio das pernas, à medida que cantava, de uma forma

muito eufórica. Depois pára e olha para a guitarra da musicoterapeuta e num tom mais moderado, canta uma melodia mais pausada “lelola”, a musicoterapeuta canta esta vocalização do G., em tom maior, e improvisa a canção toda em torno desta vocalização; eu vou sempre acompanhando ao piano com acordes maiores para dar suporte à improvisação da musicoterapeuta. O G. introduz com muita força “naninunu”, num tom grave, a musicoterapeuta altera a intensidade com que estava a tocar e canta “naninunu”, o G. escuta atentamente.

Durante os “diálogos” musicais notou-se que o G. esperava pela vez dele e escutava atentamente quando a musicoterapeuta cantava. Durante todo este momento, o G. manteve-se no sofá junto à musicoterapeuta. A musicoterapeuta foi sempre dando continuidade utilizando a repetição das vocalizações, para dar uma noção de previsibilidade para o G.

Chegou a hora de acabar e desta vez não tocámos a música da despedida porque notou-se que ficou um discurso no ar com todas aquelas vocalizações. Isso verificou-se que ao sair da porta o G. cantou “tatua” na mesma tonalidade com que tinham terminado.

Sessão 13

28/05/2009

O G. chegou e deu beijinhos a Mim e à Musicoterapeuta. Cantámos a música inicial, de boas vindas e o G. interrompe cantando “turirura”. A partir daí, a Musicoterapeuta começou a improvisar, em tom maior, numa sequência de três acordes, cantando “turirura”, o G. por sua vez não olhava para nada, mas via-se que estava a ouvir com bastante atenção e, enquanto estávamos a improvisar somente com os instrumentos, pois a musicoterapeuta havia parado por uns segundos de cantar, o G. cantou na mesma tonalidade “torirara”, a Musicoterapeuta ecoou mantendo a harmonia, e o G. olha para a musicoterapeuta e para a mãe e dá um grito de grande entusiasmo, como se tivesse sido percebido e entendido.

Nesta sessão, a mãe trás alguns dos instrumentos que o G. tem em casa e, põe ao dispor dele o xilofone, quando este se dirige para o sofá. Ele começa a passar rapidamente com a baqueta pelas lâminas do xilofone, põe a baqueta na boca, e, enquanto isso, eu passo rapidamente as mãos pelas teclas do piano como que a fazer o movimento que ele estava a produzir no xilofone. Entretanto, ele começa a tocar apenas numa tecla do xilofone, insistentemente, nós acompanhamo-lo, até que este pára e passa a baqueta pelos dentes, ficando assim durante alguns minutos.

De seguida a mãe afasta o xilofone dele e este prontamente, tira o xilofone das mãos da mãe e vocaliza serenamente “palula”, a Musicoterapeuta põe essa vocalização em música e ele começa a responder “ilá” com alguma intensidade, a Musicoterapeuta continua a improvisação e o G. responde ainda com mais intensidade “lááá”, então ele salta do sofá e vai para o meio da sala, com um sorriso rasgado e põe-se a dançar de forma giratória até que regressa novamente para o sofá, senta-se e põe o xilofone em cima do colo. A mãe senta-se ao seu lado e toca três vezes no xilofone, o G. repete e imita a mãe, tocando também três vezes.

Entretanto, ele pára de tocar o xilofone e ouve com atenção os sons que a mãe estava a produzir no xilofone até que vocaliza “tulalulu”, a Musicoterapeuta ecoa harmonizando na guitarra, depois ele faz uma pausa e vocaliza “lililila”, a Musicoterapeuta convida a mãe a pegar nestas vocalizações do G. e explorá-las, ecoando e improvisando. Para isto, mantivémos a mesma harmonia, para o G. sentir a noção de continuidade do “assunto” que se estava a

“falar”. A mãe vai explorando, o G., vai ouvindo atentamente, até que, quando a mãe pára, o G. vocaliza “lililala” e dá um beijinho à mãe, de seguida tira os ténis e as meias e passa os pés, agarrados pelas mãos, pelo sofá, sem parar, como se quisesse sentir o sofá directamente na pele. Este movimento que ele começou a fazer para a frente e para trás, baloiçando o tronco, é utilizado pela Musicoterapeuta, como andamento rítmico. O G., que estava a ser acompanhado musicalmente no seu movimento, olha para a Musicoterapeuta, dá um sorriso, pára e vocaliza “tutituta”, com grande satisfação e continua nos mesmos movimentos e com o mesmo mote “tutitata” e “tilalala” num diálogo muito activo e interactivo com a Musicoterapeuta, já que esta ia dando dicas e ele ia respondendo e tentando baloiçar-se ao ritmo da Musicoterapeuta.

Isto quer dizer que no início era a Musicoterapeuta que ia ao encontro dele, mas de seguida já o G. tentava ir ao encontro da Musicoterapeuta. Depois disto, o G. com tanta euforia, põe a cabeça no colo da mãe por alguns segundos, como que a digerir toda aquela informação, a Musicoterapeuta pára com a música, mas novamente o G. regressa e canta “Tututa” e põe-se de pé, em cima do sofá, a Musicoterapeuta canta “tou no sofá”, ele ouve e responde passados alguns segundos, “tupitupa”, ao qual a Musicoterapeuta vai respondendo e explorando, mas desta vez noutra tonalidade, igualmente em tom Maior. Eu estou no piano, sempre a dar o fundo musical e espelhando aquilo que o G. e a Musicoterapeuta vai dando.

Entretanto, continuando com a ideia central o G. vocaliza “tituululala”, a Musicoterapeuta permanece nesta ideia, explorando-a, ele vocaliza de seguida, “papapa”, a Musicoterapeuta responde “o papá não está”. Depois disto, segundos depois ele dá um beijinho à mãe, a Musicoterapeuta diz, com os mesmos acordes anteriores, “a mãe está aqui”. Depois disto, ele dá uns grandes abraços à mãe, permanecendo junto dela.

Chega então a hora da despedida, e cantamos a música habitual.

Sessão 14

11/06/2009

Nesta sessão o G. entrou e dirigiu-se logo ao piano e ficou parado a ouvir o que eu tocava, começando a baloiçar o corpo ao ritmo da música, até que vai para o sofá, que estava junto à cadeira onde a mãe estava sentada e sentou-se com as pernas esticadas em cima do sofá a dançar ao som do piano e da guitarra. A musicoterapeuta canta “estou ali a dançar”, o G. esboça um sorriso; a mãe está a tocar o xilofone que trouxe de casa com o qual o G. costuma tocar em casa, e enquanto fazemos uns acordes com pouca intensidade e com silêncios, a mãe começa a cantar, na tonalidade que estava a ser proposta pela musicoterapeuta, “estou aqui”.

A musicoterapeuta continuou a explorar a melodia que a mãe estava a dar, eu ecoava com notas aquilo que a mãe tinha acabado de fazer; a mãe continuou e cantou “o G. está aqui”, enquanto tocava com a baqueta do xilofone no sofá ao ritmo daquilo que cantava. O G. encontrava-se quieto, encolhido no sofá como se estivesse prestes a dormir.

Posteriormente, a musicoterapeuta dirige-se para perto do sofá onde está o G. deitado, tocando sempre a guitarra, e começa a cantar “nanana” na tonalidade que tinha iniciado no início da sessão, o G. levanta-se de repente do sofá e vai saltitando pela sala, às voltas, em sincronia com o ritmo que a guitarra e o piano iam fazendo, batendo com as mãos na barriga, e à medida que ele dava voltas à sala, a musicoterapeuta ia cantando na mesma melodia com que tinha começado, mas agora acrescentando alguma intensidade, com “tarara” e “parara” e, à medida que olhava para a musicoterapeuta sempre que o G. passava por ela, esta acrescentava ainda mais intensidade na melodia, o que fazia o G. dar umas gargalhadas de aparente entusiasmo.

De seguida vai para o sofá onde esteve e encolhe-se todo de joelhos, o piano e a guitarra param ao som da paragem do G. A musicoterapeuta continua cantando, senta-se ao pé dele com a guitarra, ele senta-se e ouve com atenção mas com a cabeça de lado, ou seja não focando nem a guitarra nem a musicoterapeuta. Enquanto ouve, passa as mãos pelos lábios, a musicoterapeuta vai fazendo vocalizações com os lábios e o G., depois de uns instantes em silêncio, responde na tonalidade “tululula”, a musicoterapeuta agarra no “tululula” e continua

a cantar, ele ouve e responde ao mesmo tempo que a musicoterapeuta estava a cantar “iaa”, a musicoterapeuta explora e continua, eu estou no piano também a dar suporte.

Depois deste episódio, o G. deita-se totalmente no sofá e vocaliza “tala”, a musicoterapeuta vai cantando “tala, o G. está cá?, está está”, ele ouve silenciosamente. Segundos depois, sai do sofá e dirige-se à janela da varanda e canta “talulalula”, eu e a musicoterapeuta acompanhamos, a musicoterapeuta canta “talulalula”, explorando a tonalidade e estas vocalizações. Entretanto, o G. pega na harmónica e começa a tocar nela, andando pela sala, depois deixa cair a harmónica e agarra uma caneta e põe-na na boca, a mãe segue-o com um cubo de plástico e diz “dá a caneta à mãã”, ele oferece alguma resistência mas acaba por dar e ficar com o cubo, com o qual continua a passear pela sala passando-o pela boca, batendo com ele nos dentes ao ritmo da música.

Posteriormente, dirige-se ao meu piano, batendo com o cubo nos dentes e canta “oeoeo”, eu respondo com a mesma vocalização cantando e tocando no piano. A musicoterapeuta vai buscar um par de clavas e a mãe uma guizeira, que trouxe de casa e começam a tocar enquanto ele permanece junto ao piano. Entretanto, o G. canta insistentemente “lalalalala” na mesma tonalidade em que o piano tocava, batendo com o cubo na boca à medida que o fazia. A musicoterapeuta dirige-se para perto do G. cantando “lalala”, ao mesmo tempo que tocava as clavas, ao ritmo da música que o G. tinha sugerido.

A musicoterapeuta toca de vez em quando no jambé grande com as clavas. O G., que começou a fazer as estereotípias com o cubo, junto ao ouvido, ao ver a musicoterapeuta a tocar no jambé grande começou a passar uma das mãos pela pele do jambé, como que a dar festinhas, ao ritmo da música. Depois parou, e continuou a fazer o mesmo ritmo no cubo e afasta-se por uns segundos. A musicoterapeuta vai buscar o jambé grande, senta-se e começa a tocar nele no mesmo ritmo, pondo de lado as clavas. Aqui praticamente não se tocou piano, dando espaço ao ritmo dos instrumentos de percussão.

O G. volta para junto da musicoterapeuta e começa a tocar de vez em quando no jambé, tendo transformado o passar a mão para o tocar, no entanto não revelou sincronia com a musicoterapeuta, neste momento, pois estava no seu próprio ritmo. Afastou-se e foi para o meu piano, passando as mãos pela estrutura do piano como que a dar festas e pára e fica a

escutar. Depois deste episódio, o G. começa a vocalizar “hummm”, sem abrir a boca e, enquanto o faz, baloiça o corpo para um lado e para o outro; parecia algo tribal.

A musicoterapeuta agarra num instrumento indiano, em que se bate com a mão num dos orifícios. que reproduz como que sons guturais, o que naquele momento soou de forma bastante semelhante às vocalizações do G. Começo a introduzir acordes menores no piano, acordes que lembrassem ambientes tribais, e o G. percorre a sala naquele ambiente que ele ajudou a criar, dançando de uma forma que lhe é muito característica, ora apoiando-se num pé, ora noutro.

A musicoterapeuta começa a utilizar o mesmo instrumento mas de forma diferente, em vez de bater com a mão num dos orifícios do instrumento, põe a boca e começa a vocalizar através dele. O G. mostra-se curioso, e vai ter com a musicoterapeuta. A mãe que tinha estado parada, observando, ao ver o aparente entusiasmo do G. recomeça a tocar a guizeira. O G. começa a tocar no jambé grande de forma contínua, num ritmo enérgico e constante, enquanto a musicoterapeuta, que estava perto dele, ia fazendo as vocalizações.

Eu comecei também a salientar a parte rítmica dos acordes, tornando-os mais audíveis. O G. segura-se ao jambé e começa a abanar a cabeça ao som da música, enquanto esboçava uns sorrisos. Posteriormente, pega numa das clavas e dirige-se para o sofá dançando e senta-se passando a clava pelos lábios. Passados alguns segundos, a musicoterapeuta dirige-se para ao pé dele com o instrumento indiano e senta-se no sofá cantando “aioaio” no orifício do instrumento. O G. começa a agarrar no instrumento e olha para dentro dele, coloca as mãos no orifício onde a musicoterapeuta estava a tocar. Entretanto, eu continuo no piano mas coloco um som de vozes, enquanto a musicoterapeuta continua a cantar e o G. a colocar a boca no instrumento.

Depois deste episódio, tínhamos chegado ao final da sessão, e cantamos a música habitual de despedida.

15ª sessão

20/06/09

O G. chegou à sessão a fazer algumas vocalizações e dirige-se imediatamente para a harpa, onde tocou um pouco, coisa que nunca antes tinha feito.

Em seguida, sentou-se no sofá, descalçou os sapatos e ficou sentado a baloiçar, de um lado para o outro fazendo algumas vocalizações. Entretanto, a musicoterapeuta entrou na sala e começou a cantar “Olá G.” e começou a ecoar, com a voz, as notas que o G. cantava. Pouco depois, a musicoterapeuta disse “olá Carolina”, eu respondi “olá G.” e ele foi para o piano tocar. Primeiro, fazendo produção musical mais marcada e densa e antes de parar tocou de modo mais espaçado.

Quando parou, dirigiu-se novamente para a harpa e começou a passar as mãos pelas cordas. Fez alguns movimentos descendentes, com uma mão, seguidos de um toque nas notas mais graves da harpa, que eu ecoei no piano. Depois, voltou para o piano. A musicoterapeuta e eu ecoámos a cadência do G. A musicoterapeuta foi para a harpa ecoar a cadência do G.

Momentos depois, o G. voltou a tocar, em movimentos descendentes na harpa e fez uma vocalização aguda. Ecoámos essa vocalização e ele voltou a tocar, desta vez, alternando movimentos descendentes e ascendentes.

Pouco depois, parou e vocalizou “apapaii”. A musicoterapeuta ecoou essa vocalização, cantando-a enquanto fazia ritmos na caixa da guitarra. O G. voltou a fazer a vocalização mais quatro vezes.

Depois, foi para a guitarra da musicoterapeuta e começou a passar a mão pelas cordas, enquanto a musicoterapeuta ia vocalizando o movimento que ele fazia nas cordas. De seguida, dirigiu-se novamente para o piano, onde tocou por uns momentos, eu ia acompanhando-o no piano e a musicoterapeuta na guitarra. Quando parou, o G. vocalizou “ééééé”. Nós acompanhámo-lo, improvisando e ecoando acerca daquilo que ele tinha acabado de vocalizar.

Ele dirigiu-se posteriormente para o jambé, onde continuou com a mesma ideia musical, tocando com o mesmo ritmo com que cantava. A musicoterapeuta foi ter com ele, com um jambé pequeno e juntos começaram a tocar no mesmo ritmo, havendo bastante sincronia. A musicoterapeuta parava por uns segundos e o G. ria-se. Iniciava novamente e este adequava-se ao ritmo da musicoterapeuta. Foi um momento de bastante cumplicidade.

De seguida, cantámos a música da despedida ainda nos jambés, comigo a acompanhar no piano. O G. enquanto tocava, ia dando umas gargalhadas e vocalizado com “aaaaa” continuamente.