

ESCOLA SUPERIOR DE
EDUCAÇÃO DE
PAULA FRASSINETTI

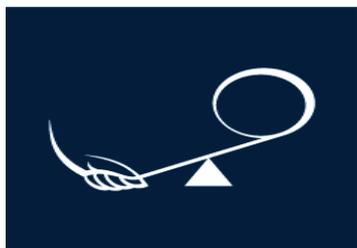
*Pós-Graduação em Educação Especial – Domínio
Cognitivo - Motor*

***A MUSICOTERAPIA NA SOCIALIZAÇÃO DAS
CRIANÇAS COM PERTURBAÇÃO DO ESPECTRO
DO AUTISMO***

Maria Elisabete Martins Sousa

Porto

2009/2010



ESCOLA SUPERIOR DE
EDUCAÇÃO DE
PAULA FRASSINETTI

*Pós-Graduação em Educação Especial – Domínio
Cognitivo - Motor*

***A MUSICOTERAPIA NA SOCIALIZAÇÃO DAS
CRIANÇAS COM PERTURBAÇÃO DO ESPECTRO
DO AUTISMO***

Maria Elisabete Martins Sousa

Orientadora: Mestre Maria Isabel Santo de Miranda Cunha

*Trabalho realizado no âmbito do Projecto Final de Investigação da
Pós-Graduação em Educação Especial*

Porto

2009/2010

Agradecimentos:

Na etapa final desta pós-graduação não poderia deixar de agradecer a todos aqueles que viveram comigo as dúvidas, as angústias, o cansaço, e as alegrias decorrentes da realização deste projecto.

Em primeiro lugar à minha mãe e ao Jorge pelo seu apoio e compreensão incondicionais.

Às minhas colegas de trabalho e ao meu chefe pelo incentivo, ajuda e compreensão.

À minha orientadora Mestre Maria Isabel Cunha pelo apoio, colaboração e disponibilidade, fundamentais para a realização deste projecto.

Aos professores da Escola Superior de Educação Paula Frassinetti pela sabedoria transmitida, e aos meus colegas de turma pela amizade, convívio e partilha.

À Associação AMA – Autismo de Viana do Castelo em geral e à Dra. Gisela Brás em particular pela amizade, disponibilidade e ajuda fundamentais.

Por último, mas não menos importante ao “G” e à sua mãe pela disponibilidade em partilhar os seus conhecimentos e as suas vivências



Título: A Musicoterapia na Socialização das Crianças com Espectro do Autismo

Autor: Maria Elisabete Martins Sousa

E-mail Melisabete81@gmail.com

Data: 1 de Outubro de 2010

Orientador: Mestre Maria Isabel Santo de Miranda Cunha

Palavras – chave: Autismo, musicoterapia, comunicação, socialização

Resumo: O presente projecto situa-se na Pós-Graduação em Ensino Especial, e tem como objectivo compreender de que forma a musicoterapia pode contribuir para a socialização de crianças com autismo.

(máximo 150 palavras)

Esta é uma importante técnica de terapia que utiliza a música com o objectivo de desenvolver as potencialidades da criança, através da utilização de métodos e técnicas específicas, que a ajudam a desinibir-se e a envolver-se socialmente, dando-lhe espaço para novas aprendizagens.

Com o conhecimento que temos desta problemática, e do facto de elas deverem estar na escola, juntamente com os seus pares, onde devem ser estimuladas para que as suas capacidades e potencialidades sejam desenvolvidas, a musicoterapia pode ser um importante veículo para a sua estimulação e integração plenas, uma vez que desenvolve as suas competências sociais.



ÍNDICE

CAPITULO I: INTRODUÇÃO.....	7
CAPITULO II: MUSICOTERAPIA	10
1- A Música.....	11
1.1- O carácter terapêutico da música	12
1.2- A Musicoterapia	14
1.3- O papel do musicoterapeuta.....	15
1.4- Objectivos da musicoterapia.....	16
CAPITULO III: PERTURBAÇÃO DO ESPECTRO DO AUTISMO	18
1- Perspectiva Histórico/Conceptual	19
2- Noção de Espectro do Autismo	23
3- Classificação.....	24
3.1- Diagnóstico das Perturbações do espectro do Autismo.....	24
3.2- Diagnóstico Diferencial	27
4- Prevalência	29
5- Etiologia.....	31
5.1- Teorias Psicogénicas	31
5.2- Teorias Biológicas	32
5.3- Teorias Psicológicas	34
5.4- Teorias Alternativas.....	35
6- Características do Espectro do Autismo	39
7- A Musicoterapia no Autismo	42
CAPITULO IV: ENQUADRAMENTO EMPIRICO	47



1- Metodologia e Técnicas Utilizadas.....	48
2- Caracterização da Realidade Pedagógica	51
2.1- Caracterização do Meio.....	51
2.2- Caracterização da Escola/Instituição	52
2.3- Caracterização do Aluno	52
V- DETERMINAÇÃO DAS NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS	55
3.1- Avaliação das Áreas Observadas.....	56
3.3- Perfil intra-individual do aluno	63
CAPITULO VI: PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO	66
Actividade 1	68
Actividade 2	70
CAPITULO VII: CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
CAPITULO VIII: BIBLIOGRAFIA.....	74
ANEXOS	76



CAPITULO I: INTRODUÇÃO

No âmbito do Projecto de Investigação da Pós-Graduação em Educação Especial na Escola Superior de Educação Paula Frassinetti no ano lectivo 2009/2010 foi realizado o presente projecto sob a orientação da Mestre Maria Isabel Santo de Miranda Cunha.

O interesse por esta temática surgiu no desenrolar da Pós-Graduação através da unidade curricular Problemas Graves de Comportamento em Contexto Escolar que nos suscitou o interesse em aprofundar uma área específica, o autismo. Teve como principal objectivo conseguir uma fundamentação teórica desta problemática e das práticas educativas e terapêuticas mais eficazes no trabalho com crianças com autismo, para posteriormente as relacionarmos com a nossa prática educativa. Aprofundar o conhecimento destas crianças e das suas características comportamentais e sociais, deverá certamente permitir-nos fazer uma intervenção adequada, de forma a desenvolver todo o seu potencial.

A temática em análise é a Perturbação do Espectro do Autismo, e parte do caso real de uma criança, o “G” (nome fictício) de cinco anos de idade, ao qual foi diagnosticado Perturbação do Espectro do Autismo com défice cognitivo.

É por meio da linguagem que o indivíduo realiza sua interacção social e cultural, reciprocamente, na sua estrutura interna e externa, avançando no seu envolvimento social e definindo sua própria identidade por meio da construção dos valores emitidos e recepcionados. Contudo, é na linguagem e na comunicação que se concentra o maior obstáculo no autismo, levando conseqüentemente a uma fraca socialização.

Daqui parte uma pergunta fundamental: “Em que medida a musicoterapia pode contribuir para a socialização de crianças com autismo?”

A música possui um indispensável poder ou efeito sobre a mente, sendo por isso, muito utilizada como técnica de relaxamento. É muito apreciada pelas crianças com autismo, funcionando como primeira técnica de aproximação.

A musicoterapia permite às crianças com autismo uma participação activa, uma vez que ouvem, vêem e tocam, o que favorece o desenvolvimento dos seus sentidos.



Como trabalha o som, desenvolve a acuidade auditiva, trabalha a coordenação motora quando acompanha com gestos ou com dança, o ritmo e a atenção quando canta canções ou imita sons. Tem consciência das suas capacidades e possibilita-lhe estabelecer relações com o ambiente em que vive. As técnicas desta terapia podem ajudar as crianças com autismo, a não se isolarem tanto, a reduzir a ecolália e a serem mais espontâneas na comunicação e na socialização.

Este projecto encontra-se dividido em oito capítulos ao longo dos quais temos como principal objectivo demonstrar de que forma a musicoterapia pode contribuir para a socialização de crianças com espectro do autismo. Sendo o primeiro capítulo a introdução, o segundo diz respeito à musicoterapia. Neste segundo capítulo começamos por falar da música e das suas potencialidades. Considerada uma linguagem universal, com capacidades para transcender as emoções próprias do ser humano, ultrapassando barreiras culturais e linguísticas. Abordamos o carácter terapêutico da música no geral, uma vez que abrange dimensões físicas, mentais, psicológicas, sociais e espirituais, e a musicoterapia em particular que compreende as interacções entre o paciente, a música e o musicoterapeuta. Referimo-nos ao seu papel, estimular o bem - estar de forma activa e adaptada às circunstâncias de cada um; e aos objectivos da musicoterapia, estimular o desenvolvimento motor e cognitivo, o pensamento e a reflexão, e as habilidades comunicativas, de interacção e sociais.

O terceiro capítulo refere-se à perturbação do espectro do autismo e começa por fazer uma perspectiva histórica e conceptual da problemática, onde é abordado o percurso histórico desde as descrições de crianças com comportamentos bizarros, passando pela identificação formal feita por Kanner em 1943 e por Hasperger em 1944, até à noção de Espectro do Autismo, que se refere a um *continuo* de sintomas comuns. Mencionamos ainda a sua classificação, segundo o DSM-IV e o ICD-10, a prevalência e a etiologia, ou causas explicativas desta problemática. Como causas explicativas do autismo referimo-nos às teorias psicogénicas, às teorias biológicas (estudos genéticos, neurológicos, neuroquímicos, imunológicos e factores pré, peri e pós natais), teorias psicológicas e as teorias alternativas (o modelo de Russel, a proposta de Bowler, a função executiva, o modelo de Hobson e as teorias de coerência central. Ainda neste capítulo são abordadas as características do autismo e de que forma a musicoterapia



pode responder de forma eficaz á atenuação das suas principais características, dificuldades de comunicação e socialização.

No quarto capítulo é feito o enquadramento empírico, que diz respeito à metodologia utilizada para a realização deste projecto, o estudo de caso, que tem um único objecto de estudo, o contexto da criança observada, de forma a focar os aspectos mais importantes da sua realidade de forma complexa e contextualizada, com uma configuração aberta e flexível. Diz respeito, também, à caracterização da realidade pedagógica (meio, escola/instituição e aluno).

O quinto capítulo refere-se à determinação das necessidades educativas especiais, onde após uma leitura do relatório médico e do PEI da criança em questão são preenchidas três grelhas de observação, uma relativa à área comunicacional, outra relativa á área comportamental e outra relativa às competências sociais. São apresentados gráficos com o resumo em percentagem destas grelhas, e é apresentado também, o perfil intraindividual do aluno, que apresenta em gráfico as áreas fortes, emergentes e fracas das três áreas observadas.

No sexto capítulo são feitas duas propostas de intervenção, que dizem respeito a duas sessões de musicoterapia, de 30 minutos cada, com base nas áreas fracas, que não estão a ser pouco trabalhadas e nas áreas emergentes, que têm que continuar a ser trabalhadas. Estas têm por base os objectivos e as competências da música.

No sétimo capítulo são feitas as considerações finais deste projecto, e no oitavo é apresentada a bibliografia consultada para a realização do mesmo.



CAPITULO II: MUSICOTERAPIA



1- A Música

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

É possível afirmar-se que a música é uma linguagem universal, com capacidades para transcender as emoções próprias dos humanos, transcendendo quaisquer barreiras culturais e linguísticas. Através deste “jogo” o ser humano propõe-se a comunicar e a expressar-se artisticamente.

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

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



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

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

1.1- O carácter terapêutico da música

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

Tendo em consideração os indivíduos que apresentam deficiências ou problemas físicos, afectivos, mentais ou de integração social, não será demais enfatizar a influência e o poder que caracterizam a Música no desenvolvimento integral do ser humano.



Nestes casos, a função educativa da Música amplia-se para dar lugar à função terapêutica, dependendo dela, em parte, o encaminhamento do indivíduo no sentido da sua recuperação (Benezon, 1981). Nesta perspectiva a musicoterapia é a disciplina paramédica que utiliza o som, a música e o movimento, para produzir efeitos progressivos de comunicação, com o objectivo de empreender através deles o processo de integração e de recuperação do doente na sociedade.

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

É uma aproximação sensorial sonora com fins terapêuticos, de um certo número de dificuldades psicológicas e de patologias mentais. O conteúdo das sessões é caracterizado pela experiência sonora e musical que compreende as interações entre o paciente, a música e o terapeuta. Embora reconhecendo que a musicoterapia deverá ser exclusivamente realizada por técnicos especializados, considera-se importante saber o papel que desempenha a Música na educação (reeducação).

De acordo com Benezon (1981), a música tem como principal papel actuar como técnica psicológica e como objectivo terapêutico a modificação de problemas emocionais, das atitudes, da energia e da dinâmica psíquica. O uso do corpo como instrumento de movimento e percussão é extremamente importante na aplicação da terapia à deficiência mental, caracterizada pela rigidez de movimentos (resultando dificuldade de coordenar o gesto com a melodia). Com a música podemos remover o controlo sobre os mesmos facilitando a capacidade de improviso, não devendo por isso os exercícios ter estruturas rígidas.



1.2- A Musicoterapia

Como ciência é ainda recente, sendo que o seu desenvolvimento foi acelerado a partir da 2ª Guerra Mundial nos hospitais para a recuperação e reabilitação dos feridos de guerra nos E.U.A. A partir daí a pesquisa da relação som/ser humano, a sua dinâmica normal, e o seu uso terapêutico tem crescido de ano para ano. (APEMESP, 1998) Em Portugal a Associação Portuguesa de Musicoterapia foi criada em 1996.

No que diz respeito à musicoterapia surgem diferentes conceitos de acordo com diferentes autores: *um processo de intervenção sistemática, na qual o terapeuta ajuda o paciente a obter a saúde através de experiências musicais e das relações que se desenvolvem através delas como as forças dinâmicas para a mudança...* (Brusca, K. 1988); *aproximação sensorial sonora com intenção terapêutica a certo número de dificuldades psicológicas e patológicas mentais...* segundo Edith Lecourt (musicoterapeuta); e (...) *recurso musical terapêutico não tradicional, integra-se nas disciplinas que se ocupam da prevenção, tratamento e reabilitação de diversas incapacidades, assim como das consideradas dentro do campo da saúde mental(...)* de acordo com Gabriela Wagner (musicoterapeuta)

Como refere Gagnard (1974) é notável que todas as crianças portadoras de deficiência (mental ou outras) revelem uma melhoria sensível, nas perturbações, no seu comportamento e nas actividades escolares. Na aplicação clínica da Musicoterapia a metodologia consta de duas partes essenciais, o carácter diagnóstico e o carácter terapêutico.

Segundo Wigram (2000) a musicoterapia tem como objectivos fundamentais a estimulação física e psicológica, a consciência perceptiva, a expressão emocional, a capacidade comunicativa e cognitiva, o comportamento social e as capacidades individuais. Estes objectivos são manifestados através das orientações fundamentais da musicoterapia. A **orientação comportamental** utiliza a música como um reforço, como forma de implementar, modificar ou extinguir comportamentos. Tal pressupõe que a música seja utilizada como estímulo para modelar o comportamento dos indivíduos. A **orientação psicodinâmica** usa a música no tratamento, reabilitação, educação e treino



de adultos e crianças que possuem desordens físicas, mentais ou emocionais. Neste caso a música funciona como elemento intermediário que precisa de ser interpretado conscientemente para ser utilizado terapêuticamente. A **orientação humanística** utiliza a música como improvisação criativa com o intuito de alcançar respostas musicais que desenvolvam potencialidades expressivas e comunicativas que nos são inatas. Neste caso a música é utilizada como terapia, sendo que os objectivos terapêuticos são os objectivos musicais.

Na primeira parte é realizada uma ficha musicoterapêutica, após um interrogatório a respeito da história sonoro-musical do paciente. Além desta ficha, o paciente é confrontado com uma série de instrumentos de percussão simples e alguns pouco melódicos, com a finalidade de se observar como o *paciente* consegue comunicar através deles. Neste teste, podemos identificar o instrumento que servirá de intermediário.

A segunda parte é constituída pelas sessões de musicoterapia trabalhadas pelo *paciente* e pelo musicoterapeuta. Estas sessões são principalmente indicadas para o autismo e para esquizofrenia, onde a musicoterapia pode funcionar como primeira técnica de aproximação. Por exemplo, no indivíduo com autismo, a música atinge em primeiro lugar a emoção para depois passar para reacções físicas.

A musicoterapia é, também aplicável noutras situações clínicas com algumas adaptações, pois actua predominantemente como técnica psicológica. Tem como principal objectivo a modificação de problemas emocionais, atitudes, energia dinâmica psíquica, é um esforço para modificar qualquer patologia física ou psíquica. Pode funcionar, também em parceria com outras técnicas terapêuticas, abrindo canais de comunicação para que estas possam actuar de forma mais eficaz

Resumindo, a musicoterapia é por si só um processo terapêutico, que tem como objectivo fins terapêuticos e compreende as interacções entre o paciente, a música e o musicoterapeuta.

1.3- O papel do musicoterapeuta



O musicoterapeuta pode utilizar apenas um som, recorrer a apenas um ritmo, escolher uma música conhecida e até mesmo fazer com que a criança crie sua própria música. Tudo depende da disponibilidade e da vontade do paciente e dos objectivos do musicoterapeuta. A Musicoterapia é uma actividade clínica que, para ser exercida com qualidade e de forma eticamente correcta, exige formação académica especializada. Então, o profissional responsável por conduzir o processo é chamado Musicoterapeuta. A formação desse profissional é feita em cursos de graduação em musicoterapia ou como especialização para profissionais da área de saúde (medicina ou psicologia).

A actividade do Musicoterapeuta pode, em certos casos, ultrapassar as fronteiras da intervenção clínica propriamente dita, para se situar em projectos de promoção e manutenção de bem-estar dirigidas a pessoas saudáveis e também a pessoas que, por padecerem de condições crónicas, procuram cuidar do seu bem-estar de forma activa e adaptada às suas circunstâncias de vida.

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

1.4- Objectivos da musicoterapia

Segundo Ruud (1993) a musicoterapia tem quatro funções fundamentais: serve de estímulo para um melhor desenvolvimento motor e cognitivo; favorece a expressão de sentimentos (é uma linguagem não verbal considerada também emocional); estimula o pensamento e a reflexão sobre a sua própria vida podendo desta forma levar à auto-realização pessoal; é um meio e forma de comunicação que estimula as habilidades sócio-comunicativas e de interacção.

Esta tem ainda alguns objectivos, como a abertura de canais de comunicação e ampliação de interacção com o mundo; a diminuição ou supressão de estereotípias e ecolálias; o favorecimento do contacto visual e táctil; a diminuição da hiperactividade; o



entendimento e aceitação de actividades antes rejeitadas; a aceitação de mudanças de rotina; facilitar a entrada de outros profissionais (psicopedagogos, pedagogos e outros); tornar o indivíduo e os que o rodeiam mais felizes. No caso concreto das crianças com autismo, os objectivos da musicoterapia têm como principal finalidade ir de encontro às características apresentadas pelas mesmas.



CAPITULO III: PERTURBAÇÃO DO ESPECTRO DO AUTISMO



1- Perspectiva Histórico/Conceptual

O termo *Autismo* provém da palavra grega “*autos*” que significa “próprio” e “*ismo*” significa “orientação ou estado”.

Sendo o **Autismo** um distúrbio do desenvolvimento humano estudado há várias décadas, mas sobre o qual ainda permanecem algumas divergências e questões por responder. Este não é uma condição de “tudo ou nada”, pelo contrário, é um *continuum* de características que vai do grau leve ao severo. Compreender o termo Autismo requer conhecer um percurso histórico.

Antes do uso deste termo e da identificação formal da síndrome, foram feitas várias descrições de crianças com comportamentos bizarros. Um dos casos mais famosos, é o de Victor, uma criança encontrada na floresta de Aveyron, que foi alvo de estudo e de uma tentativa de educação, durante cinco anos por **Itard**. Victor era uma criança invulgar que apresentava comportamentos de balanceamento. As suas respostas aos estímulos eram imprevisíveis e mostrava-se insensível aos sons de maior intensidade. Utilizava a mão do adulto como “ferramenta” e permanecia em estado de mudez, que contrastava com sons guturais emitidos, muitas vezes, com euforia. Muitos destes comportamentos de Victor apresentavam características de autismo, contudo, ainda hoje, permanece a dúvida se ele seria ou não autista

Posteriormente Leo Kanner descreveu, na publicação de um artigo: *Autistic Disturbances of Afecttiv Contact*, em 1943 crianças com comportamentos que lhe pareceram ser diferentes dos restantes. Pela mesma altura, em 1944 Hans Asperger publica um trabalho sobre *a psicopatologia autista* onde faz descrições detalhadas sobre crianças com comportamentos semelhantes aos de Kanner. A sua descrição era mais completa, uma vez que, contemplava também indivíduos com lesões orgânicas significativas e indivíduos que se aproximavam da normalidade. Os dois concordam que estas crianças têm perturbações no contexto de natureza sócio – afectiva, têm aspectos particulares e dificuldades no desenvolvimento e adaptação social. Era da convicção destes autores quer o isolamento social presente no autismo era inato, estas crianças possuíam um contacto visual muito pobre, estereotípias verbais e comportamentais, assim



como uma vincada resistência à mudança. Buscavam o constante isolamento e mostravam interesses especiais por objectos e ainda alguns comportamentos bizarros aliados a um ar atraente e aparentemente “normal”. Não deixa de ser curioso o facto de Asperger ter desenvolvido toda a sua actividade em Viena, não tendo qualquer conhecimento do trabalho de Kanner, as descrições de ambos serem semelhantes em vários aspectos. A escolha da própria terminologia – Autismo - para designar os pacientes é também uma coincidência, facto que reflecte que a característica mais importante desta perturbação do desenvolvimento é o problema social, isto é a dificuldade destas crianças estabelecerem relações sociais (Marques, 2000).

Conforme relata Marques (2000) há também entre estes autores divergências, em três grandes áreas: no que respeita às capacidades linguísticas, Kanner, após estudos feitos com onze crianças, refere que três delas nunca falaram e que as outras não usavam a linguagem oral para comunicarem. Contrariando esta perspectiva, Asperger defende que cada um dos quatro casos que tinha estudado falava com fluência, reforçando a sua «originalidade» e a sua «liberdade» no uso da linguagem. A seu ver, estas crianças com idades compreendidas entre os seis e os nove anos, “falavam como pequenos adultos”. Salientou, ainda, que duas das crianças faziam com frequência relatos de «histórias fantásticas»; quanto às capacidades motoras e de coordenação, Kanner referia-se a comportamentos desajeitados no que respeitava à motricidade fina e global em apenas um dos casos que observara, no entanto com boas capacidades de coordenação dos músculos finos. Asperger discorda, descrevendo os quatro casos que estudou como pouco aptos não só para actividades motoras (coordenação da motricidade global), mas também nas capacidades motoras finas, como a escrita; por último, em relação à área das capacidades de aprendizagem, Kanner defendia que estas crianças aprendiam melhor através de actividades rotineiras e mecanizadas, enquanto que Asperger acreditava que os seus pacientes aprendiam com mais facilidade espontaneamente e defendia que seriam «pensadores do abstracto».

Desde a década de 40 até aos anos 60, de um modo geral, acreditava-se que um indivíduo autista tinha o desejo consciente de não participar em qualquer interacção social. Actualmente, porém, sabe-se que tal isolamento não resulta de qualquer desejo ou vontade consciente, mas sim da sequência de alterações neurológicas e bioquímicas



que têm lugar no cérebro. Pensou-se que na origem desta desordem, estaria uma falta de ternura e de calor humano, por parte dos progenitores. Sabe-se agora, que tal não é verdade, já que o Autismo não é provocado por factores de ordem psicológica.

A partir da década de 80, dá-se uma verdadeira revolução paradigmática no conceito, sendo o Autismo retirado da categoria de psicose passando a fazer parte dos transtornos globais do desenvolvimento.

Segundo Correia (1997), Autismo é um problema neurológico que afecta a percepção, o pensamento e a atenção, traduzindo-se numa perturbação de comportamento, manifestada a partir dos primeiros anos de vida. Segundo este autor, esta desordem pode, também, estar associada a outras problemáticas como a deficiência visual, a deficiência auditiva e a epilepsia.

À nascença e durante os primeiros meses de vida praticamente não existem sinais evidentes da presença de problemas associados ao *autismo*, demonstrando ser a criança perfeitamente normal. Segundo Nielsen (1999) e fazendo referência ao que a Associação Médica Americana diz a este respeito, só por volta dos trinta meses é que se começam a observar algumas irregularidades no desenvolvimento da criança. Esta começa a regredir na linguagem, deixa de reagir a vários estímulos, mostra-se renitente aos carinhos dos pais e pode até mesmo gritar se alguém pegar nela ao colo.

O Autismo é também definido como uma perturbação que afecta o desenvolvimento de uma criança nos seus vários aspectos, na forma de compreender e de se relacionar com o mundo. As crianças com autismo não têm a necessidade natural de contacto social, a relação e interacção com os que as rodeiam é-lhes indiferente. No fundo, é uma desordem na qual uma criança ou jovem não pode desenvolver relações sociais normais, se comporta de modo compulsivo e ritualista e, geralmente, não desenvolve inteligência normal. (Marques, 2000).

É ainda descrito pelo psiquiatra pediátrico Kanner (1943) citado por Marques (2000) como sendo uma perturbação do desenvolvimento psicológico que afecta directamente a forma como as pessoas percebem emoções, expressões e acções e por Correia (1999) como um “problema neurológico que afecta a percepção, o pensamento



e a atenção traduzido numa desordem desenvolvimental vitalícia que se manifesta nos três primeiros anos de vida”

Segundo Frith (1989), citado em Pereira (1997) autismo é, também, uma deficiência mental específica que afecta de forma significativa as interacções sociais, a comunicação verbal e não verbal, a actividade imaginativa e se expressa através de um repertório restrito de actividades e interesses. No indivíduo com autismo existem disfuncionamentos específicos no que diz respeito aos processos relacionados com a resposta a estímulos externos e internos, ou seja, aos processos atencionais e às respostas imagéticas e verbais.



2- Noção de Espectro do Autismo

O diagnóstico de autismo tem vindo a sofrer inúmeras alterações surgindo, desta forma, a noção de subtipos dentro das perturbações autistas. Reconheceu-se que existe um núcleo central de perturbações e características comuns a um conjunto de patologias com uma intensidade e severidade variável, reforçando a hipótese de que existe um *continuo* de sintomas comuns a este tipo de perturbações.

Wing (1988) citado por Marques (2000) considera que o quadro do autismo pode que propõe a introdução do conceito “Espectro do Autismo”, que engloba uma grande variedade de manifestações do comportamento do mesmo distúrbio. Reconhecendo que existe um núcleo central de perturbações e características que são comuns a um conjunto de patologias com graus diferentes de intensidade e variabilidade, o que reforça a ideia de que existe um *continuo* de sintomas comuns a esta perturbação. A ideia de que existe outras variantes ao “Autismo de Kanner” ou “Autismo Clássico” é cada vez mais evidente.

De acordo com Steffenburg e Gilbert (1986) citados pela mesma autora, o grupo composto pelo distúrbio autista e pelos restantes estados do “tipo autista” passou a ser designado por “Perturbação do Espectro do Autismo” passa a abranger: Autismo Clássico ou Autismo Infantil ou Distúrbio Autista; Síndrome de Asperger que é diagnosticado segundo o DSM-IV e o ICD-10 a partir dos mesmos critérios de diagnóstico do autismo, exceptuando o relacionado com a comunicação; Perturbação Desintegrativa da Infância, a criança teve um desenvolvimento normal no começo da sua vida até cerca dos dois, quatro anos de idade, aparecendo de forma gradual, sintomas autistas graves; outras condições autistas, como por exemplo o Autismo Atípico que compreende certos sintomas autistas, mas não respondem aos critérios necessários para o síndrome Autista ou de Asperger; traços de autismo onde estão incluídos os indivíduos que manifestam pelo menos três sinais, mas que não correspondem aos critérios de Autismo, Síndrome de Asperger, Perturbação Desintegrativa da Infância, ou Autismo Clássico.



3-Classificação

3.1- Diagnóstico das Perturbações do espectro do Autismo

Dado que o autismo é identificado através do comportamento que os indivíduos exibem e não através de análises, exames ou testes, o seu diagnóstico encontra-se de alguma maneira dificultado. O termo autismo é também utilizado por diferentes autores e investigadores com teorias e visões diferenciadas o que leva a que a dificuldade aumente. Para além disso, após a definição que Kanner fez, sucederam-se diversos estudos o que tem levado a redefinições da patologia, embora as características assinaladas por Kanner se tenham mantido.

A visão do autismo segundo Kanner (1943) vem sendo redefinida, embora se mantenham as características por ele assinaladas: incapacidade para o estabelecimento de um relacionamento social; falha no uso comunicativo da linguagem; interesses obsessivos e desejo de se manter isolado; fascínio por objectos; boas potencialidades cognitivas; início antes dos trinta meses. Posteriormente Eisenberg e Kanner (1956) reduziram as principais características do autismo a duas: isolamento social e indiferença aos outros; resistência à mudança e rotinas repetitivas.

De acordo com Gilbert e Coleman (1992) citados por Marques (2000) a classificação de autismo designa, actualmente, uma categoria de diagnóstico mais abrangente. É consensual que o autismo é a expressão sintomática de uma perturbação cerebral provocada por diferentes tipos de lesões, que se manifesta através de diferentes graus e sintomas.

Apesar de algumas divergências e dificuldades, a maioria da comunidade científica actualmente baseia as suas investigações num dos dois sistemas de diagnóstico formalmente aceites: o DSM -IV (APA) e o ICD 10 (OMS).

No DSM -IV, o autismo é considerado como uma das Perturbações Globais do Desenvolvimento. De acordo com este sistema de diagnóstico, as Perturbações Globais do Desenvolvimento englobam não só o autismo clássico (que aqui surge com a



designação de *Perturbação Autística, autismo infantil precoce, autismo infantil ou autismo de Kanner*), mas também outras perturbações que apresentam variações do autismo clássico. Essas perturbações são designadas no DSM -IV como: *Perturbação de Rett, Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância, Perturbação de Asperger e Perturbação Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação (incluindo o Autismo Atípico)* (DSM-IV-TR, 2000).

O DSM-IV (1994) e o ICD-10 são os dois sistemas classificativos do autismo, definem os critérios de diagnóstico aceites actualmente. De acordo com o DSM-IV (1994) o autismo é classificado segundo os seguintes critérios:

1) Alteração qualitativa das interacções sociais (a presença de pelo menos dois)

- Alteração profunda no uso de diversos comportamentos não verbais como, por exemplo, o contacto visual, a expressão facial, a postura corporal e os gestos que regulam a interacção social e o contacto visual.
- Incapacidade de criar relações sociais adequadas ao nível do desenvolvimento.
- Incapacidade de partilha de alegrias, interesses ou aquisições com outras pessoas (não mostrar, trazer ou apontar objectos de interesse).
- Incapacidade para a reciprocidade social e emocional.

2) Alteração qualitativa da comunicação (presença de pelo menos um)

- Atraso ou não aquisição da linguagem falada (não compensada através de outros modos de comunicação, como a mímica e a gestual).
- Em pessoas com linguagem adequada existe uma alteração grave na capacidade de iniciar ou de manter uma conversação.
- Uso repetitivo e estereotipado da linguagem ou de linguagem idiossincrático.
- Imitação, jogo social e “faz de conta” pobres, inadequados ao nível desenvolvimental.

3) Padrões de comportamento, interesses e actividades repetitivas, restritos e estereotipados (presença de pelo menos um)



- Um ou mais padrões de interesse restrito e estereotipado, anormais tanto na intensidade como no objectivo.
- Adesão inflexível a rituais ou a comportamentos não funcionais.
- Maneirismos motores repetitivos e estereotipados (ex. estalar os dedos, movimentos complexos do corpo).
- Preocupação persistente com partes dos objectos.

Exige ainda o atraso ou funcionamento anormal e, pelo menos uma das seguintes áreas, com início anterior ao terceiro ano de vida.

- Interação social.
- Linguagem como forma de comunicação.
- Jogo Imaginativo e simbólico.

(Marques, 2000, p. 39)

O Sistema clínico formal da Organização Mundial de Saúde (OMS) – Classificação Internacional das Doenças (ICD-10 de 1993), aponta os seguintes critérios de diagnóstico:

1. Incapacidade de usar adequadamente o olhar, expressão facial, gestual e os movimentos corporais nas interações sociais;
2. Incapacidade de estabelecer relações com os pares que impliquem uma partilha mutua de interesses, de actividades e emoções;
3. Procura raramente os outros em busca de conforto e afecto em caso de ansiedade, desconforto, ou sofrimento;
4. Inexistência de procura espontânea para partilha de alegrias, alegrias ou de sucesso com os outros;
5. Ausência de reciprocidade social e emocional, que se manifesta por respostas perturbadas ou anormais às emoções dos outros, ou ausência de modelação do comportamento em função do contexto social.

Problemas qualitativos da comunicação, manifestada em pelo menos um dos sintomas seguintes:

1. Atraso ou ausência total do desenvolvimento da linguagem falada, não acompanhada por uma tentativa de compensação por outra forma de comunicação alternativa, como a gestual ou a mímica;



2. Ausência do jogo espontâneo de “faz de conta” ou do jogo social imitativo;
3. Incapacidade de iniciar ou manter uma conversa;
4. Utilização estereotipada e repetitiva da linguagem, utilização idiossincrática das palavras e frases.

Comportamentos, interesses e actividades restritas, repetitivas e estereotipadas, manifestação de pelo menos um dos quatro sintomas seguintes:

1. Ocupação obsessiva por ou vários centros de interesses estereotipados e limitados;
2. Adesão aparentemente compulsiva a hábitos e rituais específicos e não funcionais;
3. Actividades motoras estereotipadas e repetitivas;
4. Preocupação persistente e não funcional com partes dos objectos, elementos ou peças de um jogo.

(Adaptado de Marques, 2000, p. 40)

3.2- Diagnóstico Diferencial

A identidade de todas as perturbações é definida pelo conjunto de características básicas que as diferenciam de outros síndromas ou patologias. De acordo com o diagnóstico diferencial, na presença da suspeita de autismo deve, como refere Marques (2000) com base no DSM-IV, estabelecer-se fundamentalmente com as seguintes Perturbações Pervasivas do Desenvolvimento: Síndrome de Rett (etiologia genética pelo facto de afectar apenas o sexo feminino, com um início normal perdendo posteriormente as capacidades adquiridas); Perturbação Desintegrativa da Infância (desenvolvimento precoce normal acompanhado de uma desintegração não explicada, normalmente durante os primeiros cinco anos de vida); Síndrome de Asperger (diagnóstico mais tardio do que no autismo pelo facto de os atrasos não serem tão marcados); Perturbação Pervasiva do desenvolvimento Não Específica (presença de menos itens e de menor intensidade do que no diagnóstico de autismo); Esquizofrenia (desenvolvimento normal, ou quase normal durante vários anos e presença de alguns sintomas activos como as alucinações); Mutismo Selectivo (as crianças com esta patologia exibem geralmente



competências comunicativas adequadas em determinados contextos, o que não ocorre nas crianças com autismo); Perturbação da Linguagem Expressiva e Perturbação Mista da Expressão e Recepção da Linguagem (há uma incapacidade linguística, mas não está associada à presença de uma incapacidade qualitativa das interações sociais, nem com os padrões de comportamento repetitivos e estereotipados próprios do autismo); Atraso Mental (de acordo com o DSM-IV este diagnóstico aplica-se nas situações em que está presente um défice social qualitativo, um défice nas competências comunicacionais, e características comportamentais específicas do autismo).



4- Prevalência

A prevalência do autismo aparentemente têm vindo a crescer as preocupações expressas, pelos pais e pelos profissionais de saúde, e têm chamado a atenção dos meios de comunicação social. A investigação inicial sugeria que o autismo (estritamente limitado às crianças que preenchiam todos os critérios para perturbação) tinha uma taxa de 4 a 6 sujeito afectado em cada 10 000 (Lotter, 1967) e (Wing e Gould, 1979). Um estudo conduzido a meio da década de 1980 alargou um pouco os critérios de diagnóstico apontando para uma taxa de 10 em cada 10 000 na despistagem da população total de uma região geográfica circunscrita no Canadá (Bryson et al., 1988). A partir da investigação anterior, efectuaram-se novos estudos que se concentraram nas crianças em idade pré-escolar, utilizando para isso, medidas de diagnóstico normalizadas e onde foram empregues técnicas de averiguação activas. A partir destes estudos estimava-se que a prevalência era de 60 a 70 em 10 000, ou aproximadamente 1 em 150 em todo o espectro do autismo e de 1 em 500 para as crianças com a síndrome completa de perturbação autística (Chakrabarti e Fombonne, 2001). A razão óbvia para este crescimento e a de esta investigação ter examinado todo o espectro do autismo.

Nos estudos onde foram discriminadas as taxas segundo os subtipos específicos das perturbações globais do desenvolvimento do DSM-IV-TR, tornou-se evidente que a própria prevalência do autismo clássico está a aumentar. Chakrabarti e Fombonne (2001) referem uma taxa de 16,8 por cada 10 000 para a perturbação autística segundo o DSM-IV. É de 3 a 4 vezes mais elevada do que a referida nas décadas de 60 e 70 e cerca de 1,5 vezes mais elevada do que nas décadas de 80 e 90. Este mesmo estudo refere também um aumento significativo das restantes perturbações globais de desenvolvimento.

Para este aumento têm sido propostas várias explicações com base em artefactos e outras que se baseiam em factores de risco ambientais e biológicos que surgiram recentemente, como o aumento da consciencialização dos clínicos, as práticas de melhor identificação e de referenciação, ferramentas de diagnóstico mais sensíveis e sistemas de classificação mais amplos. Podem também ter emergido nas últimas décadas certos



factores que colocam os bebés e as crianças em maior risco de desenvolver autismo. Actualmente existe muita pressão para se estudarem os factores ambientais que podem contribuir para o aumento do número de casos que se está a observar.

De acordo com Garcia & Rodrigues (1997) estudos realizados apontam o autismo como sendo mais frequente nos rapazes do que nas raparigas, numa proporção de três a quatro para um, referindo ainda que aparece em quatro ou cinco para cada dez mil habitantes. Reuter (1987) citado pelos mesmos autores diz que o autismo está associado, em quase 75% dos casos, à deficiência mental, sendo severa em apenas 50% dos casos. Apenas 1 a 5 % destes casos têm quocientes intelectuais normais, o que é fundamental perceber quando pensamos na intervenção adequada a cada caso.



5- Etiologia

Desde 1943, altura em que a síndrome do Autismo foi identificado, que se tem procurado encontrar as causas que explicam a problemática. Ao longo dos tempos, têm sido propostas várias teorias para explicar as perturbações do espectro do autismo. Surgem teorias comportamentais que tentam explicar os sintomas característicos do Autismo, tendo por base os mecanismos psicológicos e cognitivos subjacentes; de outro lado, as teorias neurológicas e fisiológicas tentam estabelecer uma causa de base neurológica. Estas teorias não devem ser entendidas como conflituosas, mas como complementares, permitindo uma identificação mais clarificada e funcional das causas, facultando assim um melhor acompanhamento e aconselhamento genético, como uma intervenção a nível farmacológico (Marques, 2000).

5.1- Teorias Psicogénicas

Inicialmente Kanner (1943), considerou que o autismo era uma perturbação do desenvolvimento e colocou a hipótese de uma componente genética. Era da opinião que, como as outras crianças nascem com algumas incapacidades físicas e mentais estas crianças nasciam com uma incapacidade inata para reagir correctamente ao contacto afectivo com os outros

Posteriormente, a interpretação feita por Kanner mostrou-se correcta, contrariando as explicações que este viria a defender mais tarde, com base em teorias psicogénicas. Sustentava então que as perturbações poderiam ter origem em características de frieza emocional, perfeccionismo e até mesmo rigidez dos pais. Desta forma, o autismo seria uma perturbação emocional, e os défices cognitivos e linguísticos destas crianças seriam consequência de um isolamento social e não de perturbações biológicas.

A partir dos anos 50 e 60, o distúrbio emocional começou a ser entendido como algo que se encontrava no ambiente próximo da criança, não sendo por isso uma perturbação biológica. Seria uma resposta desadaptada a um ambiente desagradável, e não um défice inato. Desta forma a criança refugiava-se no seu mundo como resposta a um tratamento frio e obsessivo do meio em que se encontrava inserida.



A linha de pensamento que Kanner defendeu, foi defendida, segundo Marques (2000), por vários autores como Eisenberg (1956) que entendia que o autismo era uma reacção à relação parental; para Boatman e Suzek (1960) o autismo era consequência da falta de estimulação, da rejeição parental e da ausência de calor parental. Para Bettelheim (1967) os pais eram os factores inibidores da auto-confiança das crianças com autismo anulando o sentimento de partilha e a satisfação de interacções.

Em meados da década de setenta, surgiram exemplos e estudos que punham em causa os resultados e a credibilidade desta teoria. A abordagem psicogénica do autismo foi fortemente criticada, uma vez que não existiam dados credíveis comprovativos de que o autismo pudesse ser consequência de atitudes parentais.

5.2- Teorias Biológicas

Investigações mais actuais apontam o autismo com uma origem neurológica de base. Torna-se evidente, através dos diferentes estudos realizados uma teoria orgânica e que aponta para a ideia de que o autismo se encontra associado a uma variedade de distúrbios biológicos como a paralisia cerebral, a rubéola, a meningite e a epilepsia. Assim, e de acordo com Marques (2000, p.59) *o autismo resulta de uma perturbação de determinadas áreas do sistema nervoso central, que afectam a linguagem, o desenvolvimento cognitivo e intelectual e a capacidade de estabelecer relações*. É possível, desta forma assegurar que estamos na presença de um carácter multi-causal, de diferentes perturbações biológicas como causadoras do autismo.

5.2.1- Estudos Genéticos: Genes, Cromossomas e Autismo

A genética e o papel dos factores genéticos no desenvolvimento das perturbações do espectro do autismo, são os temas mais estudados nesta área. De acordo com Steffenburg e Gillberg (1989) o autismo pode ter um gene responsável, gene esse que produz incapacidades variáveis, e que pode estar associado a uma variedade de anomalias cromossómicas, como no caso do síndrome de Down e X-frágil.

Marques (2000), por seu lado faz referência a outros autores, como Lotter (1964); Wing e Gould, (1979); Coltemen e Gillberg (1985), que apontam a esclerose tuberosa como a perturbação genética mais provável no autismo.



É, no entanto possível concluir que, apesar das diversas anomalias genéticas encontradas nos portadores deste síndrome, a forma como estas anomalias podem afectar o desenvolvimento cerebral ainda continua desconhecida.

5.2.2- Estudos Neurológicos

Têm surgido estudos mais recentes relacionados com a compreensão da base neurologia do autismo, ou seja, a localização e identificação da área do cérebro afectada, com base nas investigações no campo da neuropatologia. Marques (2000), faz referência a Trevarthen & Aitken (1996) que apontam para um erro genético como factor ou agente específico provocador do autismo. Foi identificado um grande número de perturbações em crianças portadoras de autismo com malformações do neocórtex, gânglios basais e outras estruturas.

Estes estudos sugerem que existe um defeito congénito no sistema nervoso central, defeito este que afecta o comportamento sócio-emocional. É ainda capaz de produzir malformações ao nível do sistema sensorial e motor, dando origem a atrofia resultando daí os defeitos linguísticos que estão associados ao autismo. Desta forma é possível concluir que as características cognitivas e linguísticas desta perturbação são consequência do desenvolvimento perturbado, não sendo por isso, primárias.

Marques (2000, p.65), refere que *não é surpreendente que as áreas que apresentam anomalias a nível cerebral, em pessoas com autismo, sejam aquelas que envolvem o comportamento emocional e a comunicação, assim como o controlo da atenção, orientação perceptual e acção.*

Destes estudos podemos reter que existe uma anormalidade no desenvolvimento cerebral, que é detectada no nascimento e desenvolvida ao longo da infância, ao nível do comportamento e desenvolvimento da linguagem.

5.2.3- Estudos Neuroquímicos

Estes estudos têm-se mostrado inconclusivos, mas a investigação continua com o objectivo de encontrar uma outra explicação para a perturbação do autismo.

Um vasto número de investigações bioquímicas ligadas ao autismo, destacam o papel dos neurotransmissores como mediadores bioquímicos, relacionados com as contracções musculares e a actividade nervosa. O excesso ou défice de neurotransmissores,



e o desequilíbrio entre um par de medidores diferentes, pode estar na origem das alterações no comportamento. Uma das anomalias bioquímicas referida é a serotonina, necessária para o normal funcionamento do cérebro, e a existência de peptídeos que actuam como neurotransmissores. (Marques, 2000)

5.2.4- Estudos Imunológicos

De Long, Beau & Brown (1981) e Gillberg (1989) enfatizaram o papel da infecção viral intrauterina na sintomatologia autista. Por seu lado, a rubéola gravídica (considerada um factor patogénico) e a infecção pós-natal por herpes são quadros típicos de autismo.

Stubbs, Ash & Williams (1984) Gillbert (1989) referidos por Marques (2000) falam ainda numa infecção congénita com citomegalovirus associada ao autismo. Estes estudos sugerem uma depressão na função imunológica na etiologia do autismo, embora não esteja provada nenhuma relação causal directa.

5.2.5- Factores Pré, Peri e Pós Natais no Autismo

Factores ocorridos nos períodos pré, peri, e pós-natal, podem estar associados ao autismo. Hemorragias, após o primeiro trimestre de gravidez, o uso de medicação, alterações que possam surgir no líquido amniótico assim como a gravidez tardia, são alguns dos factores que podem estar relacionados com a perturbação do espectro do autismo.

Em resumo, actualmente é unânime que existem condições médicas variadas que podem predispor o desenvolvimento de uma patologia desta natureza. (Marques, 2000, p.68)

5.3- Teorias Psicológicas

O síndrome do autismo é definido em termos comportamentais, mas actualmente são também aceites estarem associados défices cognitivos de diferentes níveis. Os estudos sobre esta área iniciaram-se na década de 60 sendo, uma das primeiras teorias, desenvolvida por Rimland (1964). Este referia que as crianças com autismo falhavam na associação dos estímulos recebidos em experiências anteriores. Expressão semelhante teve a teoria de De Long's (1992). No entanto foram os trabalhos de Hermelin e O'Connor (1970) que forneceram o impulso definitivo a estas investigações, afirmavam que as crianças autistas armazenavam as informações verbais sem as analisar. (Marques 2000)



Os portadores deste síndrome não reconhecem os dados novos, se estes não forem apresentados como da primeira vez, isto é, não são capazes de possuir uma “representação mental anterior”, apresentam desta forma, dificuldades generalizadas na aprendizagem.

Posteriormente, em meados dos anos 80, surge uma nova teoria psicológica explicativa do autismo, a “Teoria da Mente”, que tem como autores Uta Frith, Alan Leslie e Simon Cohen. Com esta teoria procurou-se identificar os défices sociais no autismo, como a falha no mecanismo mental de “metacognição”, aquele que coordena o “pensar acerca do pensamento”.

Com base nesta teoria, podemos afirmar que os portadores de autismo possuem uma falha ou atraso no desenvolvimento da competência de comungar com o pensamento dos outros indivíduos, ou seja, certas competências sociais comunicativas e imaginativas estão muito limitadas. Encontra-se implicada uma incapacidade na auto-consciência e nas alterações a nível das relações inter-pessoais.

5.4- Teorias Alternativas

Foram realizadas diversas pesquisas que reafirmam a possibilidade de existirem outros factores responsáveis pelos défices, para além daqueles que estão reportados à mentalização. Surgem, desta forma, outras teorias.

5.4.1- O Modelo de Russel

Russel e colaboradores (1991 e 1993) propõem uma teoria psicológica alternativa que se baseia na “incapacidade específica da criança para se desligar dos objectos”, que estão no seu campo perceptivo. (Marques, 2000)

O comportamento da criança com autismo estaria dependente do controlo de um número limitado de estímulos, o que não acontece com sujeitos ditos normais sendo, desta forma, as suas reacções muito selectivas. O facto das diferentes situações de interacção social obedecerem a estímulos complexos, desencadeia uma comunicação inter-relacional sobretudo selectiva, funcionando apenas em função de estímulos controlados.



5.4.2- A Proposta de Bowler

Bowler (1992) comprova, através de um estudo que desenvolveu com 15 autistas, que no caso deste síndrome não é a mentalização em si mesma que impossibilita que estes indivíduos tenham uma vida normal, mas sim um outro mecanismo que “perturba a aplicação do conhecimento existente”.

O sucesso que Bowler ficou a dever-se, não a uma capacidade de mentalização, mas sim ao desenvolvimento de uma estratégia específica que permite às crianças com autismo extraírem soluções de determinados conceitos. Não foi no entanto, possível generalizar estas soluções a factos da vida real.

5.4.3- A Função Executiva

Duncan em 1986 surgiu com uma nova abordagem denominada de função executiva definida como um conjunto de operações cognitivas desenvolvidas no córtex pré-frontal, que contém a planificação, a flexibilidade e a memória activa, quando surge uma resposta.

Perturbações deste nível, no autismo, vão conduzir a que o défice de mentalização do outro como parte de um todo, se traduza numa incapacidade global no processamento de informação. Esta hipótese parte da existência de certas competências de mentalização, assim como “*de uma dificuldade de processamento adequado de um conjunto de estímulos*” (Marques, 2000)

5.4.4- Modelo de Hobson

Com base na ideia de Kanner, que descreve o autismo com base na ausência de contacto afectivo, Hobson reconhece o défice de mentalização, embora diga que existe um outro défice mais abrangente, ao nível de um sistema complexo e mais profundo, que torna impossível à criança estabelecer uma “intersubjectividade” com aqueles que a que lhe são mais próximos.

Segundo este autor, existe um défice inato, responsável pela incapacidade da criança com autismo se relacionar com os outros. Desta forma estas crianças não possuem as experiências sociais fundamentais para o desenvolvimento das estruturas cognitivas inerentes à compreensão social. (Marques, 2000)



5.4.5- Teorias de Coerência Central

Uta Frith (1993), apresenta para défice de mentalização o problema nuclear que reside num défice do mecanismo de “coerência central”. Este défice, segundo ele, levaria os indivíduos com autismo não conseguissem seleccionar e estabelecer relações entre o objecto e o todo, de acordo com um padrão e actuação coerentes.

Há, também investigadores, que às incapacidades típicas do autismo atribuem uma dificuldade em regular a atenção, e sugerem que, os indivíduos portadores deste síndrome são hiperselectivos na leitura que fazem do ambiente, concentrando-se em apenas em detalhes e não no objecto como um todo.

Resumindo, com base nas teorias apresentadas, é pertinente afirmar que não há explicações claras, objectivas e elucidativas que possam explicar os factores etiológicos, responsáveis pelo autismo. É consensual que existe uma grande variedade de condições médicas que podem levar ao desenvolvimento de uma patologia desta natureza. Cohen e Bolton (1994) apresentaram um modelo a que chamaram de *Modelo de Patamar Comum*, como tentativa de explicar melhor este “enigma”. Segundo estes autores existem diferentes causas, algumas delas ainda não identificadas, que são presumivelmente responsáveis pelas áreas do cérebro lesadas. Seriam provavelmente, estas as áreas responsáveis pelo normal desenvolvimento da comunicação, do funcionamento social e do jogo. Pode existir uma associação com o atraso mental, dado que as condições médicas desta patologia, tornam os sistemas cerebrais necessários ao normal desenvolvimento intelectual.

Apresentaremos de seguida o *Modelo de Patamar Comum* (quadro I), para uma melhor compreensão.

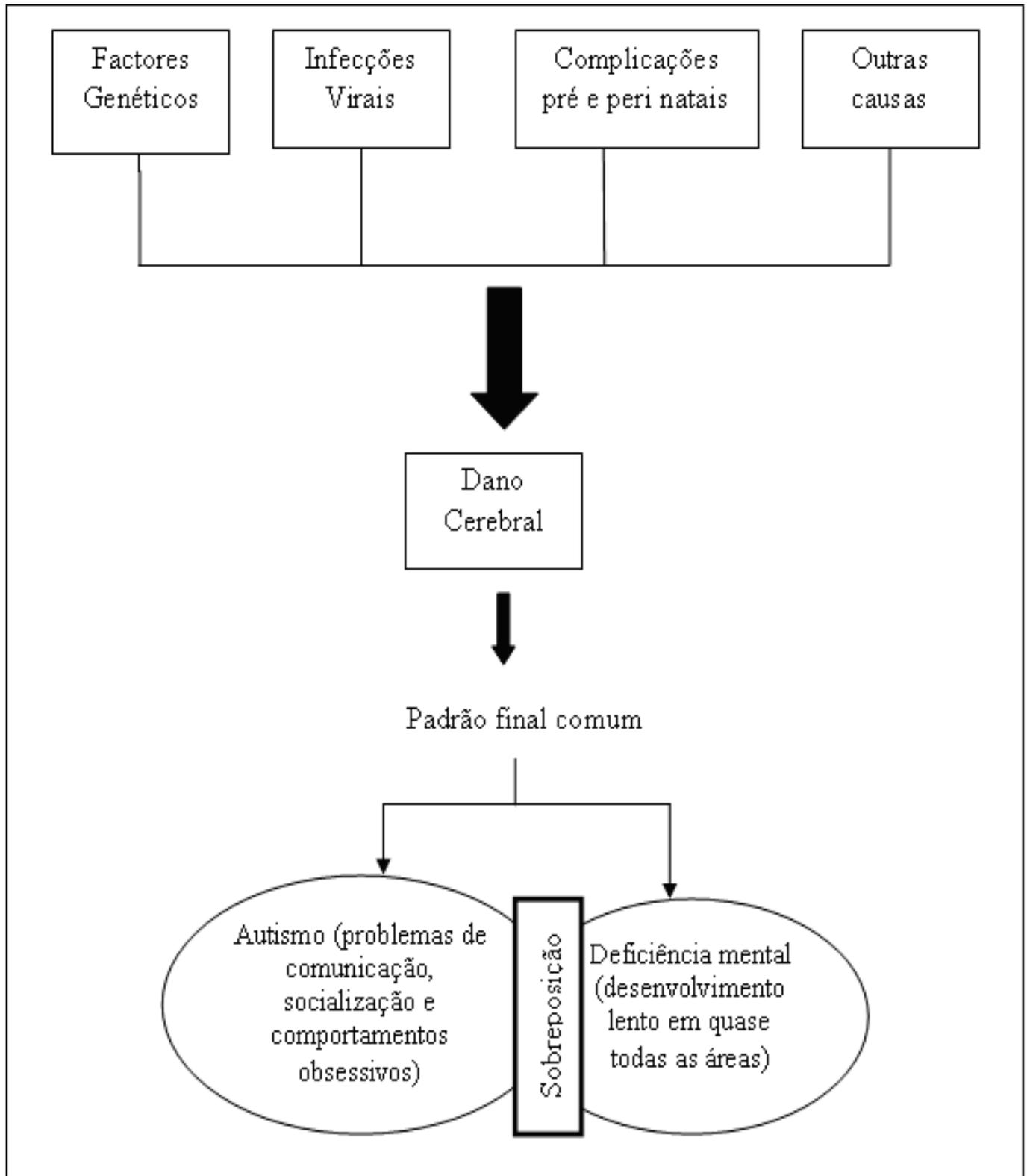


Figura 1 – Representação do —*Modelo do Patamar Comum* Cohen e Bolton (1993) traduzida e adaptada por Marques (2000, p.69)



6- Características do Espectro do Autismo

As características deste síndrome são diferentes variando em função da criança, jovem ou adulto em questão, sendo por vezes complicado dizer que estes possam ter algo em comum. É no período inicial do desenvolvimento que se começa a notar os comportamentos que caracterizam tipicamente o autismo, devendo estar diagnosticado até aos 36 meses, embora perdure por toda a vida.

De acordo com o DSM-IV (1994) as manifestações que caracterizam o autismo variam de forma considerável, dependendo do nível de desenvolvimento e da idade cronológica da criança.

Para Cavaco (2009) as principais características do autismo encontram-se assentes: *em perturbações no desenvolvimento da interacção social recíproca*, existindo nalguns casos indivíduos que se mostram indiferentes socialmente, que são passivos nas interacções sociais, têm apenas um vago interesse pelas pessoas. Outros, pelo contrário são muito activos no estabelecimento destas relações embora de uma forma estranha, sem ter em consideração as reacções dos outros. Em comum têm uma empatia limitada, sendo capazes de demonstrar afeição à sua maneira. Normalmente exibem alguns comportamentos a nível social, como por exemplo: não seguem as pessoas, não contactam de forma espontânea, não procuram conforto para a frustração, não realizam actos empáticos, não estabelecem amizades, nem desenvolvem jogos cooperativos; *em deficiência na comunicação verbal e não verbal*, alguns destes indivíduos não desenvolvem qualquer tipo de linguagem, outros pelo contrário, podem ser *enganadoramente fluentes*, embora todos tenham dificuldades em manter uma conversação. As suas capacidades linguísticas envolvem ecolália, inversão de pronomes e palavras, e as suas reacções às abordagens verbais e não verbais das outras pessoas são desajustadas. Em certos casos o desenvolvimento da linguagem parece ter parado ou regredido, noutros pode estar associado a perturbações do desenvolvimento da linguagem receptiva e expressiva; *em repertório restrito de interesses e comportamentos*, em relação à compreensão das intenções dos outros os indivíduos com autismo têm as suas capacidades limitadas, sendo nalguns casos, a actividade



imaginativa elevada, tornando-se na maioria das vezes ineficaz na sua função adaptativa. Têm também dificuldade em antecipar o futuro e lidar com acontecimentos passados. Possuem padrões de comportamento repetitivos, ritualizados, sendo comuns os movimentos repetitivos e estereotipados, mostrando por vezes, uma ligação a objectos não usuais e bizarros.

Algumas crianças com autismo apresentam inteligência e fala intactas, outras apresentam também atraso mental, mutismo ou importantes atrasos no desenvolvimento da linguagem. Outros parecem fechados e distantes, presos a comportamentos restritos e a rígidos padrões de comportamento.

Uma grande parte destas crianças apresenta deficiência mental associada. Tendem a exibir bastantes sinais comportamentais como a hiperactividade, restrições a nível da capacidade de atenção, impulsividade, agressividade, comportamentos de auto-agressão e birras muito frequentes, principalmente nas crianças. Existe, também na maioria dos casos, uma alteração nas respostas a estímulos sensoriais auditivos, visuais e olfactivos. Podem ocorrer anomalias ao nível alimentar, sendo frequente uma grande instabilidade nos afectos e no humor, assim como uma falta de noção de perigo e de medo face a certas situações. Comportamentos de auto-mutilação podem ocorrer também. (Marques, 2000)

Resumindo, o autismo obedece a certas características como comportamentos anormais no relacionamento com as pessoas; movimentos repetitivos; picos de euforia; resistência à mudança; incapacidade de ter consciência dos outros; incapacidade para comunicar com palavras ou gestos; emissão de sons não relacionados com a fala; repetições de palavras e expressões. Normalmente as crianças com autismo não se misturam com as outras, mostram um apego incondicional a certas categorias de objectos e não mantêm o contacto visual.

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



dificuldades de comunicação e socialização. São estas as principais características que apontam a música como terapia capaz responder de forma eficaz às crianças com esta patologia.



7- A Musicoterapia no Autismo

Com base na definição da Federação Mundial de Musicoterapia (WFMT), a musicoterapia é a utilização da música e dos seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia), por um musicoterapeuta qualificado, com o objectivo de facilitar e promover a comunicação, o relacionamento, a aprendizagem, a mobilização, a expressão e a organização dos processos psíquicos de um ou mais indivíduos para que sejam capazes de desenvolver todo o seu potencial.

Segundo Brécia (2003) as crianças mentalmente deficientes e com autismo reagem, geralmente à música, quando o resto pode falhar. Esta é um veículo expressivo para o alívio da tensão emocional, superando desta forma as dificuldades da fala e da linguagem. Também é usada para ensinar o controlo da respiração e da dicção nos casos em que exista um distúrbio da fala. As actividades de musicalização podem servir de estímulo à realização e ao controlo de movimentos específicos, contribuem para a organização do pensamento, sendo que as actividades em grupo podem favorecer a cooperação e a comunicação. A criança fica envolvida numa actividade que tem como objectivo a própria criança, onde participa como conseguir, onde a sua forma de expressão é respeitada e a sua acção é valorizada, desenvolvendo desta forma a sua auto-estima.

Para as crianças com autismo a música é a primeira técnica de aproximação, já que é o enquadramento não verbal que permite a estas crianças estabelecerem canais de comunicação. Para que o trabalho com estas crianças seja favorável é necessário criar estímulos que produzam anamnese do período em que a criança ainda era um feto.

Segundo Benezon (1981) pode considerar-se que estas são uma espécie de feto que se defende contra os medos de um mundo externo desconhecido e, ao mesmo tempo, contra as sensações das deficiências do seu mundo interior. Portanto, é importante trabalhar em etapas com elementos de regressão, ou seja, musicoterapia passiva ou receptiva (o paciente é submetido ao som sem instruções prévias); comunicação e integração.



Segundo Santos (2009) o recurso a estímulos musicais para motivar as pessoas com autismo, revela-se benéfica, no sentido em que produz respostas afectivas positivas que podem levar à sua participação em actividades de socialização e desenvolvimento da linguagem. A música pode, ainda criar um contexto essencial ao desenvolvimento da curiosidade e do interesse exploratório que, são aspectos fundamentais no processo de reabilitação. O som do instrumento e o seu aspecto visual e táctil, pode levar a criança com autismo a compreender melhor os outros, levando a uma quantidade inumerável de relações que podem ser a chave do êxito da terapia.

O cérebro das crianças com esta patologia é muito parecido com um computador, o cérebro conta com um emaranhado de fios para processar e transmitir as informações. Os cientistas descobriram que, em pessoas com autismo, esses fios estão com defeito, o que causa falha de comunicação entre as células do cérebro. No cérebro, as células nervosas transmitem mensagens importantes que controlam as funções do corpo, desde o comportamento social até os movimentos. Estudos de imagens revelaram que as crianças autistas têm muitas fibras nervosas, mas elas não funcionam de maneira suficiente para facilitar a comunicação entre as várias partes do cérebro. Os cientistas acham que todo esse circuito eléctrico pode afectar o tamanho do cérebro que aliado a uma série de características pode ser responsável pelo comportamento dos portadores de autismo.

Actualmente já existem diversos estudos que demonstram a existência de efeitos positivos e significativos da música e terapia musical no tratamento do autismo. As técnicas de terapia musical podem ajudar estes indivíduos a serem mais espontâneos na comunicação, a romper o padrão de isolamento, a reduzir a ecolália, a socializarem e a compreenderem melhor a linguagem.

Por outro lado, incentiva a verbalização e a estimulação dos processos mentais referentes à conceptualização, simbolização e compreensão. Quando as crianças com autismo começam a demonstrar intenções comunicativas verbais ou não verbais, a música pode ser utilizada para motivar a vocalização. Aprender a tocar um instrumento de sopro pode ser, de alguma forma, equivalente a aprender a vocalizar, auxiliando a utilização dos lábios, da língua, da mandíbula e dos dentes. Também se verifica



benéfico o uso de padrões melódicos e rítmicos fortes durante as instruções verbais, tanto na manutenção da atenção como na compreensão da linguagem verbal.

As técnicas de terapia musical estão direccionadas para a redução de comportamentos patológicos nas áreas motoras e perceptivas. Neste âmbito, as actividades rítmicas e musicais podem reduzir determinadas condutas estereotipadas. Revela-se benéfica a utilização de estímulos musicais na motivação das pessoas autistas, induzindo respostas afectivas positivas que podem fomentar a sua participação em actividades de socialização e desenvolvimento da linguagem. Acresce a isto o facto da música poder criar um contexto essencial ao desenvolvimento da curiosidade e do interesse exploratório, aspectos essenciais do processo de reabilitação.

A música actua e estimula no cérebro exactamente onde portador de autismo tem dificuldades, podendo trabalhar de forma adequada e ampliar seus potenciais. Cada um é único e especial, por isso cabe ao musicoterapeuta perceber, valorizar, respeitar e aprender com ele. Os objectivos variam conforme as necessidades individuais. Para as sessões de musicoterapia são utilizados instrumentos musicais variados, objectos sonoros adaptados, computador e programas de actividades musicais e músicas, dvd's, cd's e tudo que levar a uma melhor interacção e a atingir os objectivos estabelecidos. A musicoterapia não pode curar, mas com certeza pode ajudar muito na melhoria da qualidade de vida e da interacção.

A musicoterapia é particularmente usada e útil em crianças com autismo. As actividades musicais são designadas para complementar os objectivos previstos para uma determinada criança, tendo por indicação algumas considerações feitas pelos pais, professores ou outros técnicos. O musicoterapeuta deve observar as necessidades da criança para tentar levá-la a interagir com os outros. Os jogos musicais que exigem interacção com um par, conduzem a uma socialização imediata com o outro, de uma forma natural, contribuindo para o desenvolvimento afectivo, contacto ocular e consequentemente para a comunicação. Estes jogos poderão passar por tocar nos címbalos, imitar palmas, tocar algum instrumento que esteja mais próximo da cara, e não só. Estes jogos podem considerar-se promotores da cooperação entre pares, visto que, transversalmente na grande maioria dos jogos é necessária a interacção com o outro.



A musicoterapia tem um desenvolvimento efectivo na remediação do discurso, que em crianças com esta síndrome poderá ser inexistente ou impessoal, englobando muitas vezes mutismo, gritos, ecolália, repetições de palavras ou frases sem sentido, um discurso sem função comunicativa. O trabalho do musicoterapeuta com a criança com autismo poderá passar por transformar essas vocalizações juntando-lhes consoantes e vogais, de forma a tornarem-se em palavras e sons com sentido. A partir deste momento, poderão ser feitos jogos com estas palavras, tentando progressivamente, transformá-las em pequenas expressões ou até mesmo frases, trabalhando a expressividade. Tem sido notado ao longo do tempo que estas crianças evidenciam uma excepcional sensibilidade para a música. Algumas apresentam uma competência extraordinária para tocar instrumentos com excelente musicalidade, enquanto outros apresentam sensibilidade somente a alguns sons.

Ao longo tempo têm existido grande descobertas acerca desta temática, por exemplo com alunos que não utilizam fala, mas que cantam. O Musicoterapeuta poderá fazer a exploração do discurso oral, através das actividades musicais. Na sala de aula de música, canções com palavras simples, frases repetitivas e sílabas sem sentido, também repetitivas poderão contribuir para o desenvolvimento da linguagem de crianças com autismo. As frases ou palavras com significado poderão ser suportadas por um estímulo visual ou táctil de forma a dar consistência à palavra e assim facilitar o processo de apreensão da relação significado/significante.

Quando uma actividade musical é realizada em grande grupo, o professor deverá ter o cuidado de apresentar a canção de uma forma pausada, simples e clara e tentar captar a tenção destas crianças. Ouvir uma criança com autismo, sair da sessão calmamente e cantarolar a canção com as palavras e estudo é uma ocorrência agradável e se esta situação ocorrer durante uma conversação significa que conseguimos dar uma especial contribuição para a linguagem da criança.

A Musicoterapia também se adapta perfeitamente nas famílias de crianças com autismo, psicóticas, ou mesmo em qualquer grupo familiar enfermo, quando realizada paralelamente à terapia da criança. O objectivo é evitar a criação de um sistema de comunicação incorrecto: hiperestimulação ou comunicação estereotipada. Visa também fazer com que a família compreenda o tempo do seu filho no que diz respeito à



comunicação, de romper o uso incorrecto da comunicação e de reconstruir a comunicação com a criança.

Nas crianças/jovens com autismo, as actividades musicais podem funcionar como uma forma de aliviar e relaxar, como um auxílio na desinibição e nas noções de respeito e consideração pelo outro, com um contributo para o envolvimento social, como uma abertura de espaço para outras aprendizagens, uma ajuda na espontaneidade e comunicação, rompendo com o seu padrão de isolamento, uma forma de redução da ecolália e uma forma de socialização e melhor compreensão da linguagem (Kern & Aldridge, 2006 citados por Padilha, 2008).

Na Associação AMA - Autismo a musicoterapia é desenvolvida em contexto de grupo e é orientada por um Prof. de Música e por um Terapeuta Ocupacional. Os grupos são organizados de acordo com as características de cada um no que diz respeito ao seu desenvolvimento global e aos seus interesses, de modo a encontrar um perfil homogéneo. Procura, através da música e da exploração de sons, instrumentos e ritmos, desenvolver competências de interacção/imitação, diversificação de interesses, e competências psicomotoras e de processamento sensorial. Com esta exploração é possível apurar o sentido de curiosidade e dirigir a atenção para outros interesses que não apenas os das suas actividades restritas. Estas sessões são desenvolvidas com os pais, sendo que estes desempenham um papel activo no grupo.



CAPITULO IV: ENQUADRAMENTO EMPIRICO



1-Metodologia e Técnicas Utilizadas

Após a fundamentação teórica chegaremos a uma nova fase do trabalho: o processo metodológico, partindo do pressuposto que o sucesso da investigação depende do processo seguido. Esta fase precisa o tipo de estudo e o meio onde se desenvolve, englobando as práticas utilizadas para recolher, processar e analisar os dados.

A metodologia utilizada para a realização deste projecto foi um Estudo Empirico através do Estudo de Caso. Trata-se de uma abordagem metodológica de investigação sobretudo adequada quando temos como objectivo compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, onde estão envolvidos conjuntamente variados factores. Yin (1994) define “estudo de caso” com base nas características do fenómeno em estudo e com base num conjunto de características associadas ao processo de recolha de dados e às estratégias de análise dos mesmos, adaptando-se adequadamente à investigação em educação.

Por seu lado Ponte (2006) considera que estudo de caso:

“É uma investigação que se assume como particularística, isto é, que se debruça deliberadamente sobre uma situação específica que se supõe ser única ou especial, pelo menos em certos aspectos, procurando descobrir a que há nela de mais essencial e característico e, desse modo, contribuir para a compreensão global de um certo fenómeno de interesse.” (Ponte, 2006, p.2)

Este tipo de metodologia vai permitir uma pesquisa com um único objecto de estudo, processado no contexto da criança observada com o objectivo de que focar a sua realidade de uma forma complexa e contextualizada, embora sem esquecer uma configuração aberta e flexível.

Todo o projecto parte da seguinte pergunta de partida: *De que forma é que a musicoterapia pode contribuir para a socialização de crianças com autismo?* Que foi pensada de forma a ser uma pergunta aberta, ou seja, capaz de ser encarada segundo diferentes perspectivas e não com o objectivo de obter apenas uma resposta já pré concebida.



Procedemos, em primeiro lugar, a uma recolha e leitura de diferentes obras relacionadas com a temática, das quais após uma leitura exaustiva fizemos resumos. Como se trata de um problema específico a procura é localizada, direccionada e fundamental, uma vez que a investigação assenta numa problemática que faz parte da educação especial e, que tem sido alvo de uma procura exaustiva de diferentes processos, através dos quais estas crianças possam ser incluídas na sociedade, o melhor possível.

A criança sobre a qual irá incidir este estudo, a que chamarei “G” tem cinco anos de idade, e é portadora da Perturbação do Espectro do Autismo. Neste estudo de caso, para que se consigam recolher informações fidedignas, teremos de recorrer a diferentes técnicas, documentais e não documentais, com o objectivo de recolher informações o mais fiável possível. Em relação às técnicas documentais, iremos utilizar o relatório médico (transcrito do original), o Perfil Psicoeducacional Revisto (PEP-R) e o Projecto Educativo Individual (PEI). No que diz respeito às técnicas não documentais, iremos proceder à observação directa e participada. Assistiremos a sessões de musicoterapia com o objectivo de descobrir de que forma é que esta pode contribuir para a socialização das crianças com autismo em geral, e ao dia-a-dia da criança em estudo no JI. Nestas sessões de observação procederemos ao preenchimento de grelhas, com o objectivo de registar, todo o que observamos o mais fiável possível. Recolheremos ainda, informações informais junto da mãe, da educadora, da psicóloga, da terapeuta ocupacional e se possível do musicoterapeuta com o objectivo de reunir dados das diferentes pessoas que fazem parte das vivências da criança, de modo a perceber como interagem com ela nos diferentes contextos.

O objectivo de estudar esta problemática foi em primeiro lugar conhecer um pouco do autismo em geral, as especificidades de cada criança portadora deste síndrome em particular, assim como perceber de que forma a musicoterapia pode contribuir para a comunicação e socialização (áreas problemáticas) destas crianças. Para o levantamento destas áreas é utilizado o PEP-R (perfil psico-educacional revisto), que é um instrumento de avaliação do desenvolvimento de crianças com autismo ou com outros transtornos da comunicação. Serve de base à elaboração de um plano psicoeducacional de acordo com os pressupostos teóricos do modelo TEACCH. Foi concebido para



identificar padrões de aprendizagem irregulares e idiossincráticos. Destina-se a crianças entre um a doze anos de idade. As áreas avaliadas pelo PEP-R são a coordenação motora ampla, a coordenação motora fina, a coordenação visuo-motora, a percepção, a imitação, o desenvolvimento cognitivo e verbal. Para cada área foi desenvolvida uma escala específica com tarefas a serem realizadas. Este fornece, além do nível de funcionamento em cada área de desenvolvimento, as suas capacidades emergentes (nem sempre evidentes, surgindo apenas se estimuladas) e ainda a existência ou ausência de comportamento patológico. Baseado nesta avaliação e em dados retirados do dia a dia da criança, no contexto escolar e familiar, é depois realizado um Programa Educativo com objectivos estabelecidos para ela e a executar através de uma planificação de intervenções individualizadas.



2- Caracterização da Realidade Pedagógica

Os professores e educadores estão perante um grande desafio se pretenderem responder às necessidades de todos os seus alunos, sendo um dos maiores, segundo (Correia, 2008) a introdução de novos currículos o mais explícito e diferenciado possível. Só desta forma é que os alunos conseguirão atingir os objectivos propostos, devendo por isso compreender-se as diferenças existentes entre os alunos para que adquiram o maior número de competências de acordo com as suas capacidades e necessidades.

Apesar das dificuldades inerentes a uma criança com autismo, esta pode aprender os padrões "normais" de comportamento, adquirir conhecimentos e integrar-se de na sociedade de uma forma bastante razoável. DE acordo com a Declaração de Salamanca (1994):

“ (...) Todos os alunos devem aprender juntos, sempre que possível, independentemente das dificuldades e das diferenças que apresentem. Estas escolas devem reconhecer e satisfazer as necessidades dos seus alunos, adaptando-se aos vários estilos e ritmos de aprendizagem, de modo a garantir um bom nível de educação para todos através de currículos adequados, de uma boa organização escolar, de estratégias pedagógicas, de utilização de recursos e de uma boa cooperação com as respectivas comunidades.”

Declaração de Salamanca (1994)

2.1- Caracterização do Meio

O “G” frequenta o JI de Vila Fria que faz parte do Agrupamento de Escolas Monte da Ola, que reúne estabelecimentos de ensino de quatro freguesias do Concelho de Viana do Castelo: Alvarães, Mazarefes, Vila Fria e Vila Nova de Anha. Possui uma área geográfica de aproximadamente 28,51km² com as freguesias a sul do rio Lima. Estas freguesias possuem paisagens com aspectos geomorfológicos que vão influenciar, de certa forma, as actividades e as ocupações das populações que fazem parte da mesma.

O Jardim de Infância e a Escola do 1º Ciclo do Ensino Básico de Vila Fria fazem parte de uma aldeia que se encontra situada a Sudeste de Viana do Castelo, na margem esquerda do Rio Lima, ficando a cerca de 8 Km da sede do concelho. O seu número de



peçoas a residir é de cerca de 2050 habitantes, sendo cerca de 1800 o número de eleitores recenseados.

Em relação ao desporto, Cultura e Lazer esta freguesia tem de alguns meios, como um Campo de Futebol, onde jogam os vários escalões do “Vila Fria 1980”; O Grupo Folclórico “Serradores do Monte”, que desde a sua fundação tem como importante missão recuperar, preservar e divulgar a tradição etnográfica e ancestral da Região. Relativamente às Festas e Romarias, realizam-se na Freguesia, no lugar de Sabariz, festas em honra de Santo Amaro, de São João e de Santo António. A Festa do Padroeiro, São Martinho, é realizada na Igreja Paroquial.

Para não esquecer a fabrico artesanal permanecem vivas as artes de Tanoaria, através da preparação e fabrico de pipos em madeira de castanho ou de eucalipto e ainda a olaria. (Anexo 1)

2.2- Caracterização da Escola/Instituição

O edifício onde funciona o Jardim-de-infância é uma antiga escola do 1º Ciclo, que foi adaptada. É composto por três salas, uma sala de actividades com 3 grandes janelas; outra sala, pré fabricada, que serve de refeitório, onde as crianças tomam as refeições. Esta sala está apetrechada com fogão, frigorífico, uma banca, mesas e cadeiras. A terceira sala, onde se situam as casas de banho, é envidraçada e é o local onde se faz a recepção, às crianças, onde se desenvolvem actividades de expressões (pintura, barro, psicomotricidade, música, etc.) e onde funciona a Área da Garagem.

Existe ainda um gabinete onde são guardados os meios audiovisuais e onde se realiza a administração escolar. Este gabinete tem um hall para a recepção aos Encarregados de Educação, e outras entidades. (Anexo 2)

2.3- Caracterização do Aluno

De acordo com a ficha de caracterização do aluno (anexo 3), o agregado familiar do “G” é constituído pelo pai, pela mãe e por um irmão mais novo. Os pais são ambos licenciados, a mãe é professora e o pai é engenheiro. Vivem a 15 minutos do jardim de jardim-de-infância que este frequenta. Possuem habitação própria T3, onde o “G” divide o quarto com o irmão porque quer, pois poderia ter um só para si.



O “G” frequentou a creche e o jardim-de-infância desde os três anos. Está a ser seguido no Centro de Desenvolvimento da Criança Luis Borges – Unidade de Desenvolvimento e Autismo, desde os dois anos e dez meses. Segundo esta instituição, este teve um desenvolvimento normal na área motora, mas registou um desenvolvimento abaixo da média, principalmente na área da linguagem onde a sua primeira palavra só foi verbalizada aos três anos. Possui défice cognitivo. Ao nível do comportamento, este também se encontra abaixo da média. Tem sessões de terapia da fala na instituição AMA – Autismo.

Foi uma gravidez planeada e desejada, ao longo da gravidez fez um acompanhamento normal, acompanhado de várias consultas, nas quais não foi diagnosticado qualquer problema. O “G” nasceu no Centro Hospitalar do Alto Minho, Viana do Castelo, com 38 semanas e de parto normal, pesava 3,2 kg.

Toma Risperdal por prescrição do pedopsiquiatra, desde Julho de 2007. A substância activa deste medicamento é a Risperidona e está indicada para tratamento do autismo em crianças e adolescentes. Trata-se de um fármaco utilizado especificamente para controlar perturbações do comportamento, tais como agressividade por palavras ou actos, desconfiança mórbida, impulsividade, auto-flagelação, humor exagerado/expansivo e agitação motora, entre outros. (Folheto revisto pela última vez em Abril de 2005)

Tal como alguns dos seus colegas é uma criança muito irrequieta, activa, com problemas de atenção e concentração tendo dificuldade em reagir às ordens dadas. Em relação à aprendizagem, segundo a educadora e a terapeuta ocupacional, este aprende melhor através das actividades rotineiras e de alguma forma mecanizadas. É preferencialmente feita por modelagem, com recurso a gestos, pistas visuais e a cartões (símbolos). Encontra-se inserido numa turma de Jardim de Infância com apoio da professora de ensino especial, a terapeuta ocupacional, a terapeuta da fala da AMA-Autismo, e uma tarefeira que o ajuda na realização de algumas tarefas. Segundo a educadora do “G”, este tem uma certa dificuldade em compreender e por em prática algumas regras sociais, como controlar a sua impulsividade e irritabilidade, assim como partilhar com os outros as actividades, jogos e brincadeiras, ainda de acordo com a



educadora e a professora de ensino especial este prefere trabalhar e brincar sozinho, ou então, em certas ocasiões, na companhia de um adulto.



V- DETERMINAÇÃO DAS NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS

Segundo o relatório médico (anexo 4) o “G” foi pela primeira vez à consulta ao CHC – Hospital Pediátrico acompanhado pelos pais com suspeita de autismo, onde foi observado e avaliado pela primeira vez, em Julho de 2007, com dois anos e dez meses, onde lhe foi diagnosticado Perturbação do Espectro do Autismo. Os instrumentos de diagnóstico e avaliação utilizados foram, na primeira consulta, o ADI – R (Autism Diagnostic Interview), o CARS (Childhood Autism Rating Scale), DSM-IV (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais). Na segunda consulta foi utilizado o ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule). Na AMA – Autismo, onde realiza sessões de terapia da fala foi utilizado o PEP – R (perfil psicoeducacional revisto) (anexo 4).

De acordo com o PEI – Plano Educativo Individual (anexo 5), referente ao 3º Período do ano lectivo passado, de algumas observações feitas à criança, e com base na escala do PEP-R (anexo 6) elaboramos grelhas de observação – checklists – onde registámos os resultados da observação feita ao “G”, assinalando as competências adquiridas, emergentes, ou não adquiridas. Cada área/subárea observada, é constituída por um determinado número de objectivos e, de acordo com o observado, registaram-se os êxitos e os inêxitos do observando. Quando em cinco das vezes observadas, cada objectivo foi atingido 4 ou 5 vezes, consideramos que está Adquirido (A); quando no mesmo número de observações atingiu pelo menos 3 vezes o objectivo, consideramos Emergente (E); quando atingiu 2, 1 ou 0 vezes o objectivo está Não Adquirido (NA).

De seguida foi calculado o valor da percentagem, de acordo com o número total de objectivos observados em cada área e o número de objectivos atingidos. A partir das percentagens obtidas atribuímos o nível de realização de cada área observada classificando-a em Área Fraca, quando os valores obtidos se situaram entre 0% e 49%; Área Intermédia, quando os valores atingidos se situaram entre 50% e 75% e Área Forte quando os valores ficaram entre os 76% e os 100%.



Posteriormente procederemos ao tratamento dos resultados obtidos em cada grelha e faremos os comentários pertinentes aos desempenhos conseguidos (anexo 7) . O valor da percentagem que aparece em cada gráfico foi calculado de acordo com o número total de itens observados em cada subárea. Utilizamos, para isso, gráficos de barras com a respectiva legenda.

3.1- Avaliação das Áreas Observadas

3.1.1- Área Comunicacional

	A	E	NA
Pede ajuda de um adulto?		X	
Põe a mão no ar para pedir ajuda?			X
Sabe fazer escolhas?	X		
Faz perguntas?			X
Responde a perguntas?		X	
Envolve-se numa conversaço?			X
Comunica as suas necessidades e desejos?	X		
Consegue recordar-se das suas experiências?		X	
É capaz de manifestar a sua frustração			X
É capaz de se acalmar sozinho?		X	
Ouve e orienta-se para o som?	X		
Reage ao som do assobio?	X		
Reage ao som do bатуque?	X		



Repete os sons com os instrumentos?		X	
Canta canções sozinho?			X
Canta canções com os restantes elementos?			X
Reage à imitação dos seus sons?		X	
Preserva as palavras e os sons?		X	
Repete os sons com ritmo?		X	
Reage ao ruído?	X		
Reage à intensidade do som?	X		

Objectivos: 21

A (Adquirido)=25%

E (Emergente)=43%

NA (Não Adquirido)=32%



Observações: no que a esta área respeita o aluno é capaz de pedir a ajuda de um adulto, embora não oralmente, ele pega na mão do adulto e leva-o até aquilo que pretende, o que nem sempre é fácil de entender. Não é capaz de levantar a mão para pedir ajuda, nem esperar pela vez, ele levanta-se ou desloca-se para ir ter com a pessoa que quer que o ajude.



Não faz perguntas, nem escolhas oralmente. Em relação às escolhas se lhe perguntar, mostrando, por exemplo dois jogos, ele aponta aquele que quer fazer. Não é capaz de se envolver numa conversação e comunica as suas necessidades e desejos através de gestos, e recorda-se de algumas experiências. Quando está frustrado imite alguns sons, e mexe nos objectos que encontra com algum descontrolo. Para se acalmar balanceia o corpo, embora nem sempre consiga.

No que diz respeito ao som este ouve e orienta-se para o som, embora se mostre um pouco agitado com o som produzido por alguns objectos, mas reage a estes mesmos sons. Consegue repetir os sons que ouve, embora durante pouco tempo, não mais de duas vezes de cada vez. Não é capaz de cantar canções sozinho, nem com os colegas. Reage, embora com alguma dificuldade, à imitação dos seus sons, preserva algumas palavras e sons, e consegue repetir alguns com ritmo. No que concerne ao ruído este reage ao seu som, e à sua intensidade.

3.1.2- Área Comportamental

	A	E	NA
É capaz de permanecer atento as tarefas?		X	
Sabe preencher o seu tempo livre, de forma independente?		X	
É capaz de permanecer sentado durante longos períodos de tempo?			X
Reage ao barulho na sala de aula?		X	
Reage a mudanças e a novas experiências?		X	
Expressa a sua frustração?	X		
É capaz de se acalmar a si próprio?		X	
É capaz de lidar com as situações e actividades recreativas?		X	



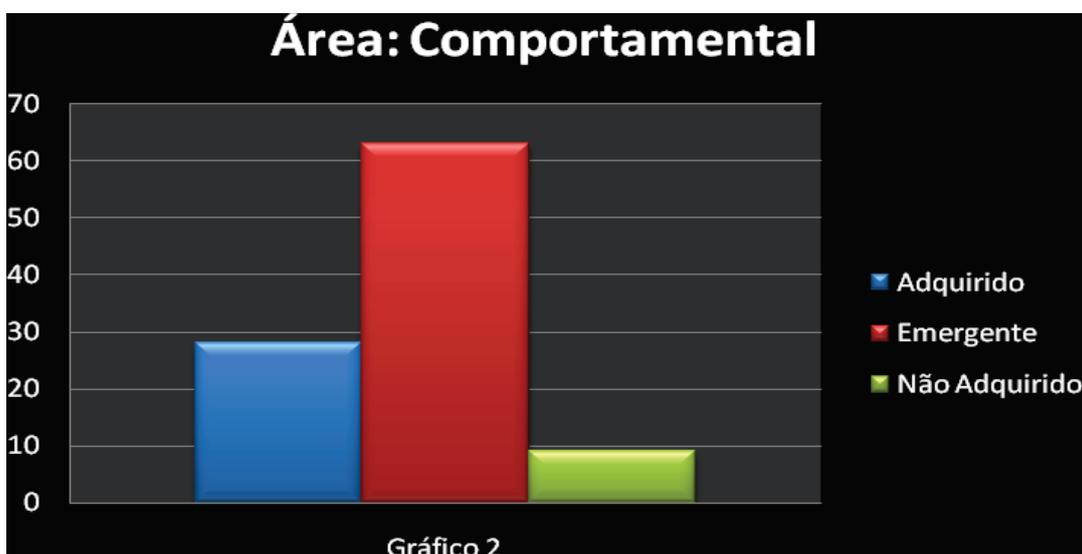
Mostra-se agressivo com as outras crianças ou adultos?	X		
Tem comportamentos que perturbam os outros?	X		
Comporta-se adequadamente nos diferentes locais?		X	

Objectivos:11

A (Adquirido)=28%

E (Emergente)=63%

NA (Não Adquirido)=9%



Observações: Relativamente a esta área o aluno tem alguma dificuldade em permanecer atento durante a realização das tarefas. Gosta de se isolar, mostrando-se independente, mas não durante muito tempo. Não consegue permanecer sentado durante longos períodos de tempo, não mais de cinco, dez minutos.

Em relação ao que se passa na sala, este mostra-se um pouco alheio, é preciso chamar muitas vezes a sua atenção para o que se está a passar, tem também alguma dificuldade em reagir às mudanças e às novas experiências.

Expressa a sua frustração, nem sempre da melhor forma possível, tira os objectos do sítio, mexe muito com as suas mãos, faz balanço com o corpo, e imite alguns sons, nem sempre perceptíveis. Da mesma forma que expressa a sua frustração, é capaz de se acalmar a si próprio, principalmente quando está sozinho, na presença dos



outros é mais difícil. Mostra-se por vezes agressivo, principalmente quando está mais cansado, na presença de alguns adultos e crianças, tendo alguns comportamentos que os perturbam. Tem um comportamento relativamente adequado em certos locais, principalmente naqueles que fazem parte das suas rotinas, e que ele já conhece.



3.1.3- Competências Sociais

	A	E	NA
É capaz de trabalhar em colaboração com outras pessoas?		X	
Partilha com os outros de boa vontade?			X
Estabelece contacto ocular com os adultos e com as outras crianças?	X		
Espera pela sua vez em silêncio?			X
É capaz de iniciar conversações?		X	
Reage de forma apropriada às suas emoções e às dos outros?			X
Tem competências de jogo apropriadas?		X	
Descreve emoções?			X
Associa o estado emocional à situação vivenciada?			X
Participa em jogos com regras?		X	
Realiza interações lúdicas simples?		X	
Pede ajuda quando necessita?			X
Aceita ajuda?	X		
Expressa necessidades e desejos adequadamente?		X	
Reage de forma adequada ao contacto com os outros?	X		
Segue as instruções dos adultos?	X		



Consegue controlar a impulsividade?			X
É capaz de superar as reacções de irritabilidade?		X	

Objectivos: 18

A (Adquirido)=22%

E (Emergente)=39%

NA (Não Adquirido)=39%



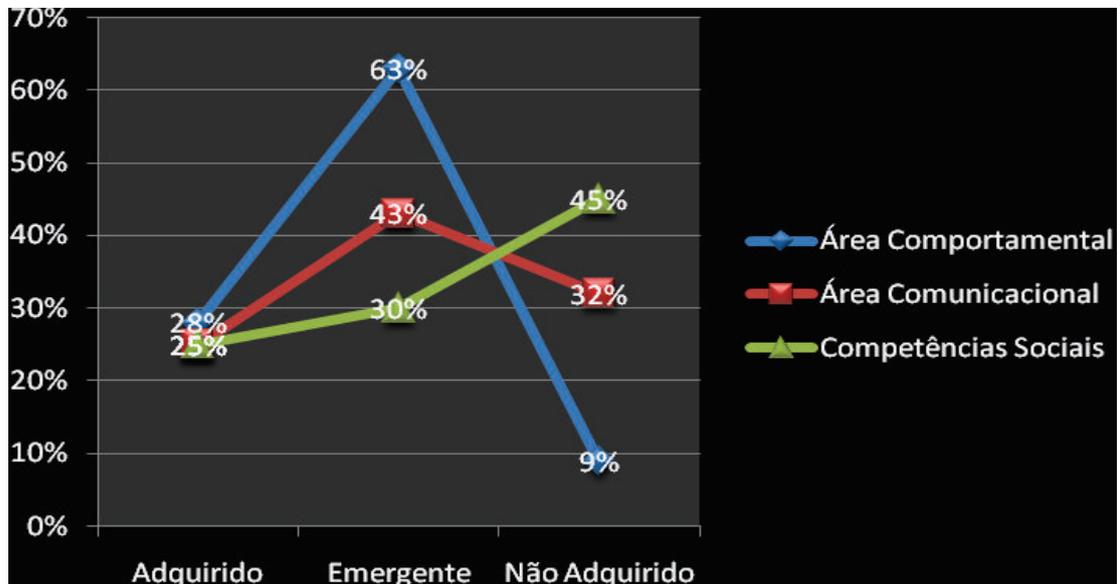
Observações: O “G” demonstra não gostar de trabalhar em colaboração com os outros, mas recebe ajuda e em certos casos coopera. No entanto, não é capaz de partilhar com os outros de boa vontade. Consegue estabelecer em certos casos contacto ocular, principalmente com as outras crianças.

Tem muitas dificuldades em esperar pela sua vez, principalmente em silêncio. É capaz de iniciar algumas conversações mas sempre com comunicação alternativa. Não consegue reagir de forma adequada às suas reacções, nem às dos outros, por exemplo se vê uma pessoa a chorar fica muito aflito e chora também. Não é capaz de descrever emoções, nem de associar o estado emocional às situações que vivencia. Participa em alguns jogos, mas tem alguma dificuldade em cumprir as regras, realiza algumas interacções lúdicas “à maneira dele”, gosta de brincar com o irmão.

Não é capaz de pedir ajuda quando necessita, na realização de tarefas, mas se precisar aceita-a. Expressa necessidades e desejos, embora nem sempre adequadamente, reage quase sempre de forma adequada ao contacto com os outros. Segue as instruções

simples dos adultos, mas não é capaz de controlar a impulsividade. Em relação à irritabilidade, este precisa da ajuda de um adulto para recuperar o autocontrole.

3.3- Perfil intra-individual do aluno



No que diz respeito ao perfil intra-individual do aluno, através das grelhas de observação podemos perceber que as suas principais dificuldades se encontram no desenvolvimento de competências sociais, embora tenha já alguns itens emergentes, que a serem trabalhados de forma adequada podem-se tornar adquiridos.

No global das três áreas observadas podemos constatar que a criança em questão não possui nenhuma área forte, emergente possui a área comportamental, sendo a área comunicacional e social, áreas fracas.

No que diz respeito à área comportamental esta é emergente porque reuniu 63% de itens emergentes, é uma área que já está a ser trabalhada embora precise de continuar. Mas ele já consegue realizar algumas tarefas prestando atenção, embora não durante muito tempo. Tem também, tendência para em certos momentos se isolar do seu grupo, sendo ainda difícil que ele preencha o seu tempo de forma independente, apenas nestes casos em que procura o isolamento. Por vezes mostra-se um pouco alheio ao que se passa na sala, sendo preciso chamar a sua atenção para o que se está a passar, não reagindo sempre da mesma forma ao barulho, por exemplo. Já consegue expressar a sua frustração, levanta-se e puxa pela mão da educadora, imite alguns sons, e se é uma



tarefa que lhe está a causar essa frustração ele procura outra coisa, pega por exemplo, num jogo que já conhece. Não é agressivo nem para os colegas, nem para os adultos, e os seus comportamentos normalmente não perturbam os outros. Em relação aos diferentes locais onde interage, no Jardim, é de salientar que este já consegue estar sentado no refeitório durante quase todo o almoço.

No que concerne à comunicação, é de salientar que a do “G” encontra-se comprometida pelo facto deste não falar quase nada. Está a ser utilizada com ele a linguagem verbal associada à linguagem alternativa, os símbolos do SPC, que funcionam como auxiliares de expressão e comunicação. No caso do “G” este possui uma agenda com estes símbolos, que lhe permite a construção de ambientes de comunicação dinâmicos e interactivos. Através dos gestos e do SPC este já é capaz de pedir ajuda quando necessita, mas não é capaz de esperar pela sua vez. Faz escolhas, mas não faz perguntas, e responde a perguntas apenas em certas ocasiões. Já consegue comunicar as suas necessidades e desejos, já pede para ir fazer xixi, por exemplo. Em certas ocasiões, já se consegue acalmar sozinho. No que diz respeito ao som, o “G” reage ao som de alguns instrumentos, como o bafador e o assobio, já se orienta para o som produzido pelos mesmos, mas ainda demonstra algumas dificuldades em repetir os sons que ouve. Não canta canções sozinho, nem com os restantes colegas, mas acompanha-as correndo os símbolos do SPC (relativos à canção em questão) numa folha com a ajuda da professora de ensino especial. Reage ao ruído e à intensidade do som, mas ainda tem dificuldades em preservar e repetir as palavras e sons.

Em relação às competências sociais, esta é também uma área fraca. Prefere trabalhar sozinho, mas se estiver a trabalhar em grupo é capaz de, em certas ocasiões, cooperar. Não gosta de partilhar, não espera pela sua vez, e não consegue iniciar conversações. Em relação ao jogo, este prefere jogar no computador, e aí tem competências de jogo apropriadas, se forem outro tipo de jogos tem bastantes dificuldades, principalmente no cumprimento das regras. Faz algumas interações lúdicas, gosta de brincar com o irmão que entrou este ano para o JI, principalmente. Não consegue reagir adequadamente às suas emoções, nem às dos outros, se vir alguma pessoa a chorar ou a gritar, fica muito aflito e começa a chorar, não conseguindo demonstrar o que aflige, ou incomoda na maior parte das vezes. Não pede ajuda, mas



aceita-a, em certos casos consegue expressar as suas necessidades e desejos, como por exemplo ir á casa de banho e dizer que tem frio, mas em muito poucas situações. O contacto com os outros não o incomoda, embora algumas vezes parece nem perceber que não está sozinho. Ainda tem muitas dificuldades em controlar a sua impulsividade, mas com a ajuda de um adulto já consegue em certos casos recuperar o autocontrolo.

Tendo por base as áreas fracas do “G”, foi proposta uma intervenção com uma terapia que tem como base a música, considerada uma linguagem universal, sendo possível a todo o ser humano, e através dela, expressar-se e comunicar artisticamente. A musicoterapia é especialmente usada e útil nas crianças com autismo. Estas actividades musicais são apontadas para complementar os objectivos que estão previstos para uma determinada criança, tendo por base a indicação e algumas apreciações feitas pelos pais, pelos professores e por outros técnicos. Através da observação das necessidades da criança, o musicoterapeuta deve preparar as sessões de forma a tentar levá-la a interagir com os outros. São estes jogos musicais que, exigem interacção com um par e conduzem a uma socialização imediata e natural, contribuindo para o desenvolvimento afectivo, para o contacto ocular e previsivelmente para a comunicação.

Pretende-se, com esta intervenção o aluno tenha um enquadramento não só a nível escolar e social, assim como, de forma a colmatar eventuais comportamentos que possam surgir. Esta, é delineada através da determinação das áreas fortes, fracas e emergentes, adequada ao caso em questão, de acordo com os ritmos e estilos de aprendizagem da criança, devendo contribuir para o seu pleno desenvolvimento.



CAPITULO VI: PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO

Para esta intervenção partimos principalmente de uma das orientações da musicoterapia, a orientação comunicacional, que utiliza a música como reforço ou estímulo para incutir ou modificar comportamentos adaptativos e extinguir os “maus comportamentos”, o que pressupõe que a música seja utilizada para modelar o comportamento das pessoas. Neste caso a música é utilizada como terapia, sendo bastante apreciada por crianças com autismo.

As crianças com autismo podem ter alguma dificuldade no contacto com as outras pessoas, incluindo o musicoterapeuta, sendo por isso fundamental perceber que um instrumento musical pode funcionar como um óptimo intermediário entre este e a criança. Esta terapia favorece consideravelmente o reforço, ou mudança do comportamento social da criança. No que diz respeito à comunicação, esta facilita o processo de fala e vocalização, uma vez que estimula o processo mental em relação à conceitualização, simbolismo e compreensão, favorecendo também, a redução de comportamentos estereotipados.

É fundamental referir que a criança com autismo deve ser constantemente estimulada, de forma a reduzir o isolamento e os comportamentos estereotipados. Neste sentido têm papel fundamental a família, os professores e outros intervenientes. É indispensável observar esta problemática no contexto escolar da criança com o objectivo de delinear uma estratégia que recaia sobre o progresso académico e pessoal da criança. É neste contexto que devem ser determinadas as áreas fortes, fracas e emergentes, de forma a dar uma resposta eficaz às principais dificuldades do aluno, impulsionando ao mesmo tempo os seus pontos fortes, aqueles que lhe transmitem alguma segurança.

No sentido de programar intervenções, com o objectivo de melhorar a comunicação e as competências sociais do “G”, foi realizada a avaliação compreensiva do aluno, através do preenchimento das grelhas de observação e determinação das suas áreas fracas, fortes e emergentes. Partindo da determinação destas áreas foi possível traçar o perfil individual da criança. Com base neste perfil serão elaboradas estratégias e actividades assentes nestas áreas, que para serem eficazes devem ser aplicadas, de forma consistente nas sessões de Musicoterapia.



É de salientar que para estas sessões de musicoterapia a sala onde estas são feitas deve possuir certas características, que consideramos fundamentais para que as sessões corram bem. A sala deve possuir os cantos etiquetados com símbolos em cartões, que deve ser amovíveis, criando uma rotina para que as crianças se tornem o mais autónomas possível, criando-lhes confiança. Por exemplo ao entrar as crianças devem descalçar-se e sentar-se, nesse sítio deve ter colados, os símbolos correspondem a essas actividades. Se possível a sala, embora simples, deve ter uma manta com algumas almofadas, um espelho, um banco corrido, assim como todo o mobiliário e objectos que possamos utilizar no decorrer das sessões.



Actividade 1

Objectivos	Competências	Actividades
<ul style="list-style-type: none">- Produzir sons nas diferentes formas;- Utilizar movimentos corporais para se expressar e comunicar;- Explorar e responder aos elementos básicos da música;- Identificar e explorar as qualidades do som;- Organizar sequências e movimentos através da música.	<ul style="list-style-type: none">- Experimenta diferentes sons;- Desenvolve as potencialidades do corpo como instrumento;- Distingue timbres e sons diferentes;- Distingue e identifica diferentes intensidades sonoras;- Cria ritmos autonomamente;- Marca pulsação e ritmo;- Associa movimentos ao ritmo;- Acompanha canções com gestos e movimentos corporais.	<ul style="list-style-type: none">- Música de “boas vindas”;- Audição de uma melodia com o som dos pássaros;- Imitação do som dos pássaros com o assobio;- Marcação da pulsação/ritmo no bатуque;- Salto no trampolim ao som do bатуque;- Relaxamento com a música de despedida.

Para esta proposta de intervenção propusemos que a sessão de musicoterapia se iniciasse com uma música de boas vindas. Antes da música de boas vindas é fundamental que o “G” e o grupo em que está inserido se sentem na manta e nas almofadas, descalços.



Depois de estarem sentados iniciaremos com a música “Se eu fosse um peixinho”, que estará escrita numa folha onde estarão também, colados cartões com símbolos relativos à mesma. É fundamental que ao longo da música as crianças acompanhem a música através da folha e dos seus cartões, fazendo o varrimento com a mão. Esta actividade tem como objectivo que as crianças associem a palavra oral ao símbolo que lhe corresponde, favorecendo a comunicação, assim como que cumpram as ordens que lhe vamos dando através da música: “levantar-se, sentar-se, bater palmas...” Se der tempo, podemos ainda pedir às crianças que coloquem, ordenadamente os símbolos na letra da música, uma vez que eles estão colados com velcro.

A segunda actividade corresponderá à audição de uma melodia com o som dos pássaros, nesta actividade as crianças poderão levantar-se e livremente imitar os pássaros, enquanto ouvem a música. Servirá para que as crianças associem o som ao movimento, e o movimento à imagem de pássaro, e ao movimento produzido pelo mesmo quando voa. A terceira actividade, em continuidade com a segunda corresponderá à imitação do som dos pássaros com os assobios que lhes serão fornecidos.

Posteriormente iremos fazer o toque do batoque, marcando o ritmo. Será mostrado às crianças um número, que corresponderá ao número de vezes que devem tocar no batoque. Poderemos exemplificar uma ou duas vezes para simplificar. De seguida, de frente para o espelho, uma criança vai tocar no batoque, e outra irá saltar tantas vezes como as vezes que ela bater no batoque. Depois de algum tempo trocaremos as crianças de lugar. Se a criança não conseguir saltar poderemos fazer a actividade com a ajuda de um adulto. Estas actividades têm como objectivo que as crianças associem o número ao salto, e ao movimento corporal, favorecendo ainda a socialização, uma vez que será feita em grupo.

Por último será feito o relaxamento, onde as crianças se voltarão sentar na manta e cantaremos a música de despedida acompanhada com gestos, tentando que as crianças acompanhem a música e façam os gestos que lhe correspondem.



Actividade 2

Objectivos	Competências	Actividades
<ul style="list-style-type: none">- Produzir sons nas diferentes formas;- Utilizar movimentos corporais para se expressar e comunicar;- Explorar e responder aos elementos básicos da música;- Identificar e explorar as qualidades do som;- Organizar sequências e movimentos através da música.	<ul style="list-style-type: none">- Experimenta diferentes sons;- Desenvolve as potencialidades do corpo como instrumento;- Distingue timbres e sons diferentes;- Cria ritmos autonomamente;- Marca pulsação e ritmo;- Associa movimentos ao ritmo;- Acompanha canções com gestos e movimentos corporais.	<ul style="list-style-type: none">- Música de “Bom Dia Amigo”;- Composição de uma música com diferentes instrumentos;- Apresentação da música;- Marcação do ritmo no tambor;- Relaxamento com a música “Cinderela”.

Iniciaremos esta actividade com a musica do “Bom dia amigo” ou se já for de tarde substituiremos o “Bom dia” por “Boa tarde”. Esta música servirá para dar as boas vindas ao grupo que depois de se descalçar se sentará na manta em roda. Depois de cantarmos a música a primeira vez, vamos fazer um jogo de substituição de algumas palavras por gestos, incentivando as crianças a associarem a audição das palavras ao gesto que lhe corresponde.

De seguida, para dar asas à imaginação e criatividade das crianças, depois de dispor alguns instrumentos na sala, como batuques, assobios, tambores, ou outros que



tenhamos disponíveis, vamos iniciar a composição de uma música em grupo. Se necessário iremos exemplificar. No final esta actividade irá ser apresentada em forma de “concerto”. Tem como objectivo principal o trabalho em grupo, assim como a responsabilização das crianças sobre uma tarefa que terão que apresentar, e da qual são responsáveis.

Posteriormente, iremos fazer um jogo onde as crianças, livremente em grupo de dois, irão decidir qual a que fica de frente para o espelho e aquela que irá tocar no tambor. Nós iremos indicar o sítio do corpo onde a criança deve tocar com as mãos, e o colega irá assinalar o número de vezes que esta lá deve tocar, batendo no tambor. Esta actividade tem como objectivo que as crianças associem o que ouvem ao número de vezes que devem tocar, e assimilem um pouco do seu esquema corporal, uma vez que de frente para o espelho irão tocar diferentes partes do corpo de acordo com as indicações dadas.

No final da sessão iremos fazer o relaxamento com o refrão da música “cinderela”, fazendo o seu acompanhamento, primeiro com palmas e depois com a marcação do ritmo nos tambores.



CAPITULO VII: CONSIDERAÇÕES FINAIS

A fase final deste projecto deixa-nos ainda, espaço para fazer algumas considerações que consideramos pertinentes. A mais importante, parte do objectivo chave deste projecto, procurar descobrir de que forma a musicoterapia responde eficazmente a uma das principais áreas fracas da criança com autismo, a socialização. Ser uma criança portadora do espectro do autismo, não significa, que essa determinada criança não possa interagir com os seus pares, pelo contrário, continua a ser uma criança que possui características específicas da sua própria individualidade.

É fundamental, termos expectativas em relação aos progressos destas crianças, compreendermos e aceitarmos os seus ritmos de aprendizagem, assim como ter em conta certas situações perturbadoras que, por vezes podem condicionar as suas aprendizagens. É necessário um conhecimento mais alargado das possibilidades das crianças com autismo e das suas características de desenvolvimento, pois só assim podemos utilizar determinados princípios pedagógicos e terapêuticos com maior eficácia. Alguns dos comportamentos manifestados por estas crianças podem ser tão perturbadores que somos levados a pensar que é necessário controlá-los para permitir o ensino e a aprendizagem. No entanto, parece ser um erro pensar-se que se pode lidar com o comportamento, sem se compreenderem as suas causas e sem se ensinarem atitudes alternativas.

É fundamental identificar as crianças com autismo o mais cedo possível (intervenção precoce), de forma a levar ao desenvolvimento total da criança, reduzindo os comportamentos inadequados e reforçando os adequados, levando a que sejam cada vez melhores. Nesta perspectiva surge a música como um instrumento dinâmico, fundamental no tratamento das necessidades sensoriais, e de socialização. Tendo em atenção os ritmos e estilos de aprendizagem de cada criança, a intervenção em musicoterapia tem como objectivo fundamental contribuir para o seu desenvolvimento pleno, quer ao nível escolar, quer ao nível social.

A musicoterapia é a utilização da musica por um musicoterapeuta qualificado, com o objectivo de desenvolver as potencialidades e/ou restaurar as funções da criança



através da sua participação em experiências musicais terapêuticas, através da utilização de métodos e técnicas específicas de trabalho e avaliação. Estas actividades com música, pelo seu carácter lúdico e de expressão livres, são uma forma importante de alívio e relaxamento da criança, ajudando-a a desinibir-se, a envolver-se socialmente, despertando-a para as noções de respeito por si e pelos outros, dando-lhe espaço para novas aprendizagens.

A musicoterapia, como forma de socialização pode, em certos casos, ultrapassar as fronteiras da intervenção clínica situando-se em projectos de promoção e manutenção de bem-estar. Esta pode servir ainda, para abrir canais de comunicação, com o objectivo de empreender através deles o processo de integração e de recuperação da criança com autismo. No caso destas crianças a música atinge em primeiro lugar a emoção para posteriormente atingir as reacções físicas.

Esta terapia também se adapta muito bem, à família da criança com autismo, quando funciona em paralelo com a terapia da criança. Tem como objectivo fazer com que a família compreenda o tempo do seu filho, no que diz respeito à comunicação, rompa com o seu uso incorrecto, ajudando na reconstrução da comunicação com a criança. As sessões de musicoterapia também poderão e deverão, se possível, ser feitas com a participação activa dos pais.



CAPITULO VIII: BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV-TR (2006). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Climepsi Editores, Lisboa
- AZEVEDO, M. (2008) *A Musica Mesmo no Meio da Escola*. Cadernos de Estudo 14: Escola Superior de Educação Paula Frassinetti
- BENENZON, R.O. (1971) *Teoria da Musicoterapia*. Barcelona: Editorial Summers
- BENENZON, R. O.(1983) *Manual de Musicoterapia*. Barcelona: Paidós Educador
- CHAKRABARTI, S. FOMBONNE, E. (2001). *Pervasive Developmental Disorders*, Madrid: Alianza Psicología.
- CAVACO, N. (2009) *O profissional e a Educação Especial: Uma abordagem sobre o autismo*: Editorial Novembro
- CORREIA, L. M. (1999). *Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas Classes Regulares*. Porto: Porto Editora, Lda.
- GAGNARD, M. (1974). *Iniciação Musical dos Jovens* Editorial Estampa. Editorial Estampa.
- JORDAN, R. (2000) *Educação de crianças e jovens com autismo*, Lisboa: Ministério da Educação, Instituto de Inovação Educacional
- MARQUES, C. E. (2000) *Perturbações do Espectro do Autismo*. Coimbra: Quarteto Editora.
- NIELSEN, L. B., (1999) *Necessidades Educativas Especiais na Sala de Aula: Um Guia para Professores*. Porto: Porto Editora, Lda.
- PADILHA, M. (2008) *A Musicoterapia no Tratamento de Crianças com Espectro do Autismo – Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina*: Faculdade de Ciências da Saúde da Beira Interior.



- PEREIRA, E. (1999). *Autismo: O significado como processo central*. Lisboa: Secretariado nacional para a reabilitação e integração das pessoas com deficiência.
- PEREIRA, M. (2005). *Autismo. Uma perturbação pervasiva do desenvolvimento*. V.N. Gaia: Gailivro.
- PONTE, J. (2006) - *Estudos de caso em educação matemática*, Bolema.

Sites retirados da Internet

- www.appda-norte.org.pt (Associação Portuguesa de Perturbações de Desenvolvimento e Autismo), obtido em 5 de Maio de Maio de 2010.
- *Musicoterapia*. (s.d.). Obtido em 5 de Maio de 2010, de Musicoterapia: <http://musicoterapia.com.sapo.pt/>
- *Musicoterapia no Piauí: Autismo e Musicoterapia*. (s.d.). Obtido em 5 de Maio de 2010 <http://musicoterapianopiaui.blogspot.com/2008/02/autismo-e-musicoterapia.html>;
- *Wikipédia, a enciclopédia livre*. (s.d.). Obtido em 5 de Maio de 2010, de <http://pt.wikipedia.org/wiki/Musicoterapia>.

Outros:

Documentos cedidos na plataforma das unidades curriculares da Pós Graduação de Educação Especial.



ANEXOS