



Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE  
JOAQUIM VENÂNCIO

**Matheus Ferreira Trajano**

**AUTISMO E MUSICOTERAPIA**  
**A musicoterapia no tratamento do Transtorno do Espectro do Autismo.**

**Rio de Janeiro**

**2016**

**Matheus Ferreira Trajano**

**AUTISMO E MUSICOTERAPIA**  
**A musicoterapia no tratamento do Transtorno do Espectro do Autismo.**

**Projeto de monografia apresentado à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV-Fiocruz) como requisito parcial para aprovação no Curso Técnico em Gerência em Saúde.**

**Orientador:** Marco Antonio Carvalho Santos

**Rio de Janeiro**

**2016**

*Dedico esse trabalho a minha filha Sophia Trajano,  
a todos os autistas, a todos os que lutam pela musicoterapia, a todos que apreciam a música e a  
memória de meu pai Josenildo Trajano.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus por todas as bênçãos e todas as glórias que ele tem feito em minha vida. Tudo isso é obra dele.

Agradeço a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio por ter me dado a oportunidade de realizar esse trabalho com excelência e por todos os outros ensinamentos passados ao longo desses quatro anos de curso.

Agradeço ao meu orientador Marco Antonio Carvalho Santos por toda a paciência, toda dedicação e todos as lições que me passou. Este trabalho não seria nada sem ele.

Agradeço a todos os meus amigos que me ajudaram nessa jornada, mas principalmente ao grupo de amigos Boleketes por ter tornado a vida na EPSJV bem mais doce e agradável.

Agradeço por fim a toda minha família por todo o apoio de sempre, principalmente o da minha mãe Flavia Ferreira que nunca desistiu de mim e sempre ficou do meu lado e acreditou em minha capacidade, e do meu padrasto Jorge Paschoal que sempre me abraçou como um filho e se manteve firme junto de mim nesta caminhada.

*A música é  
enormemente versátil.  
(Clive Robbins)*

## **RESUMO**

Esta monografia estuda os papéis que a música pode desempenhar na vida de uma pessoa portadora de um dos transtornos mais conhecidos entre os que afetam o desenvolvimento, o Transtorno do Espectro do Autismo (TEA). Para isso foram estudados autores do campo da Musicoterapia visando analisar o papel desta abordagem terapêutica para o tratamento dos portadores do autismo. Também foram estudados autores que abordam o autismo na Psicologia e na Psiquiatria, visando uma compreensão mais clara do referido transtorno. A metodologia empregada no estudo foi a revisão bibliográfica, em especial das publicações em periódicos em língua portuguesa, e análise de outros documentos.

**Palavras-chave:** Musicoterapia; Autismo; Música; Transtorno do Espectro do Autismo.

## **SUMMARY**

This paper studies the role that music can play in the life of a person who carries one of the best known among disorders that affect the development, Autism Spectrum Disorder (ASD). Music therapy for this field of study authors were aimed at analyzing the role of this therapeutic approach for the treatment of people with autism. We were also studied authors that address autism in Psychology and Psychiatry, seeking a clearer understanding of that disorder. The methodology used in the study was a literature review, especially publications in journals in Portuguese, and analysis of other documents.

**Keywords:** Music Therapy ; Autism; Song; Autism Spectrum Disorder.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>07</b>
<b>CAPÍTULO 1 – O AUTISMO.....</b>	<b>09</b>
<b>1.1 – Histórico .....</b>	<b>09</b>
<b>1.2 – Características .....</b>	<b>11</b>
<b>1.3 – Prevalência .....</b>	<b>12</b>
<b>1.4 – Etiologia .....</b>	<b>14</b>
<b>1.5 Tratamentos .....</b>	<b>17</b>
<b>CAPÍTULO 2 - A MÚSICA E A MUSICOTERAPIA.....</b>	<b>20</b>
<b>2.1 – Histórico .....</b>	<b>21</b>
<b>2.2 – Definições de Musicoterapia .....</b>	<b>23</b>
<b>CAPÍTULO 3 - A MUSICOTERAPIA E O AUTISMO.....</b>	<b>27</b>
<b>3.1 – A música como linguagem .....</b>	<b>27</b>
<b>3.2 – Musicoterapia aplicada ao tratamento de autistas .....</b>	<b>29</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>33</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>35</b>

## Introdução

Esta monografia tem como objetos de estudo o autismo e a musicoterapia. Antes de ingressar na Escola de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV – Fiocruz) não me interessava pela área da saúde. Quando criança até sonhava em ser médico, mas nada que fosse além disso. Ao entrar na EPSJV e começar a ter esse contato mais frequente com a área da saúde fui, aos poucos, me interessando e me identificando de uma maneira que eu não esperava. Sobre a questão de escolher a música como objeto de estudo nesse trabalho: Particularmente acho fascinante tudo que engloba a música (os instrumentos, a poesia, etc). Desde que soube que teria de fazer uma monografia como trabalho final de curso eu já sabia que, de alguma maneira, a música estaria envolvida neste projeto. Decidi juntar então meu fascínio pela música com essa área que tem me surpreendido e com a qual me identifico a cada dia mais para realização deste trabalho.

Mas não é só por este motivo que escolhi esse tema para realização de minha monografia. Com os estudos pude perceber o quão é importante a existência de pesquisas de iniciação científica sobre Musicoterapia e sobre o Transtorno Autístico. Autismo e musicoterapia são campos de discussões muito polêmicas e inesgotáveis e apesar do grande corpo de trabalho sobre os temas e de novos trabalhos surgindo atualmente, ainda existe uma carência de projetos que tratem sobre ele, principalmente trabalhos de iniciação científica. Logo se mostra necessário que nós, jovens que estão iniciando sua jornada de pesquisas científicas e se interessam por esse tema, deixemos nossas colaborações.

É importante que fique claro desde o início que o autor desta monografia não possui nenhuma experiência terapêutica e não é nenhum especialista de nenhuma das duas áreas de atuação deste trabalho.

O enfoque desta monografia foi estudar os papéis que a música pode desempenhar na vida de uma pessoa que sofre do Transtorno do Espectro Autista (TEA). Para isso foi preciso caracterizar o TEA, apresentando aspectos da realidade de vida de uma pessoa que sofre com esse transtorno, abordar a musicoterapia como forma de tratamento e a música como experiência de vida e analisar a influência da música como forma de tratamento especificamente para pessoas portadoras autismo. A metodologia empregada nesta monografia foi a revisão da literatura por meio da busca nas bases de dados Scielo e Google acadêmico e revisão bibliográfica tendo como referência os descritores Autismo, Música e Musicoterapia. Foi feito um trabalho inicial com

autores consagrados neste campo, como o Rolando O. Benenzon, para um primeiro contato com o tema. Também foi feito uso da revisão de vídeos postados na internet.

A ideia de realizar observação do trabalho da musicoterapia com crianças autistas no início foi levantada como uma possibilidade, porém, com o decorrer da pesquisa, esta possibilidade foi descartada pela dificuldade em obter autorizações para estar presente em sessões terapêuticas considerando que isso representaria uma interferência no processo. Crianças autistas reagem frequentemente a qualquer mudança no setting terapêutico e a presença de uma nova pessoa é uma mudança muito significativa e, no caso do autor deste trabalho, trata-se de pessoa sem experiência terapêutica. A realização de entrevistas com musicoterapeutas, por outro lado, foi considerada desnecessária na medida em que as experiências e posições teóricas dos mesmos são relatadas e analisadas nos seus textos (livros e artigos).

O Transtorno do Espectro Autístico (TEA) é um dos mais conhecidos entre os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID) - grupo de transtornos que apresentam em comum uma interrupção precoce dos processos de socialização- segundo a classificação da CID-10 de 1992. São classificados por diferentes graus de gravidade e comprometimento, que vão de um grau mais leve (Síndrome de Asperger, em que não temos o comprometimento da fala e da inteligência) até um grau em que o indivíduo não consegue estabelecer nenhum contato interpessoal.

A musicoterapia é uma terapia que utiliza a música e seus elementos (som, ritmo, harmonia e melodia) para facilitar processos de comunicação, relação, aprendizagem, dentre outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas (Federação Mundial de Musicoterapia Inc. – 1996). Podemos então relacionar este transtorno, que ocasiona dificuldade nos processos de socialização, com essa forma de tratamento que faz uso principal da música para facilitar e promover este e outros processos que os autistas sentem dificuldade em sua condição.

Esta monografia está dividida em três capítulos: O primeiro diz respeito ao autismo – histórico, características, causas, incidência, diagnósticos, tratamentos etc. O segundo capítulo aborda a musicoterapia – histórico, definições, objetivos, metodologia etc. E por fim, no terceiro capítulo é estabelecida uma relação entre o autismo e a musicoterapia/música.

## **CAPÍTULO 1 – O autismo**

O autismo não deve ser tratado como uma doença singular, mas sim como um distúrbio de desenvolvimento bastante complexo e com graus de comprometimentos múltiplos. Por esse motivo diversas pesquisas são apresentadas para tentar explicar as causas (etiologia) do autismo e chegar então às suas definições.

Esta condição exige atenção e cuidado para ser abordado. É um transtorno que, apesar de todas as pesquisas que foram feitas a seu respeito, não possui uma definição, e talvez não deva possuir apenas uma definição. O autismo apresenta prejuízos na interação social e por isso as abordagens feitas para tratar o transtorno são diferenciadas e específicas nesse sentido.

Atualmente o autismo é classificado na CID-10 (Classificação Internacional de Doenças e Problemas de Saúde) como

Um transtorno invasivo do desenvolvimento, definido pela presença de desenvolvimento anormal e/ou comprometimento que se manifesta antes da idade de 3 anos e pelo tipo característico de funcionamento anormal em todas as três áreas: de interação social, comunicação e comportamento restrito e repetitivo.

No DSM V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) o Transtorno do Espectro do Autismo agrupa as seguintes condições: autismo, síndrome de Asperger, transtorno infantil desintegrativo e o transtorno invasivo do desenvolvimento não especificado.

Neste capítulo serão abordados os avanços históricos do autismo, suas características, suas classificações, sua prevalência, como é feito seu diagnóstico e quais os tratamentos existentes para suprir as necessidades de uma pessoa autista.

### **1.1 Histórico**

A expressão “autismo” foi utilizada pela primeira vez em 1911, por Paul Eugen Bleuler, um psiquiatra suíço conhecido pelas suas contribuições para o entendimento da esquizofrenia. Ele utilizou a expressão para designar a perda do contato com a realidade (GADIA, 2004).

Léo Kanner, psiquiatra austríaco, foi o primeiro a descrever onze casos que denominou de “distúrbios autísticos do contato afetivo” em 1943 (KLIN, 2006). Nestes onze casos Kanner constatou que seus pacientes apresentavam incapacidade de se relacionar com pessoas desde o

início da vida (de solidão extrema à inabilidade do uso da linguagem para comunicação) e respostas incomuns ao ambiente, apesar de apresentar aspecto físico aparentemente normal. O psiquiatra também notou que a incidência no sexo masculino era maior. O trabalho científico de Kanner foi o primeiro a ser publicado e reconhecido internacionalmente (GOLDBERG, 2004).

Em 1944, sem acesso aos estudos realizados por Kanner, Hans Asperger, psiquiatra e pesquisador austríaco, descreveu quatro crianças que tinham dificuldades de se integrar em grupo. Denominou essa condição como “psicopatia autística”, indicando um transtorno instável de personalidade marcado pelo isolamento social (KLIN, 2006). Este trabalho de Asperger foi originalmente escrito em alemão e só ficou amplamente conhecido no mundo em 1981 quando Lorna Wing, psiquiatra inglesa, publicou sua tradução. A essa altura os estudos sobre o autismo já estavam em um estado mais avançado.

Ao contrário das crianças descritas por Kanner, as descritas por Asperger não eram tão retraídas, desenvolviam uma linguagem altamente correta de um ponto de vista da gramática culta e não poderiam ser diagnosticadas nos primeiros anos de vida. As semelhanças nos trabalhos realizados por estes dois psiquiatras é aparente, porém as diferenças são significativas. No trabalho de Kanner as crianças não conseguem se relacionar com pessoas desde o início de suas vidas e possuem inabilidade do uso da língua para comunicação. Já no trabalho de Asperger as crianças possuíam certa dificuldade de uma integração em grupo, mas ainda assim conseguiam desenvolver a comunicação com outras pessoas. Pode-se dizer então que, a chamada “Síndrome de Asperger” nos dias atuais, é um tipo de autismo que tem um grau de comprometimento mais leve.

Nos anos 50 e 60 a crença mais comum era de que o autismo era causado por pais que não eram “emocionalmente responsivos a seus filhos” (KLIN, 2006). É uma visão que culpa a conduta dos pais, como se essa conduta não permitisse que a criança consiga se relacionar com os demais ou com o ambiente em que está inserida. Bruno Bettelheim, psicólogo nascido em Viena e naturalizado norte-americano, propunha a internação da criança autista na escola para que esta se afastasse dos pais e com isso conseguisse aprender a se relacionar. Esta visão, conhecida como psicodinâmica ou ligadas às teorias psicogenéticas (CRAVEIRO, 2003), já foi abandonada na maior parte do mundo.

Em 1978 temos então um novo marco nos trabalhos relacionados ao autismo. Michael Rutter, psicólogo libanês, propôs uma definição do autismo como uma síndrome baseada em

quatro critérios que englobavam problemas na comunicação, comportamentos incomuns (estereotipados e maneirismos) e início antes dos 30 meses de idade. Esta abordagem influenciou, junto do corpo de trabalhos da época sobre o autismo, a definição desta condição, no DSM-III de 1980, em uma nova classe de transtornos: os transtornos invasivos do desenvolvimento (KLIN, 2006).

Em 1979 a “Nacional Society for Autistic Children” sugere uma definição do autismo que traz novidades com relação às definições anteriores. Segundo a NSAC, o autismo tende a ser incapacitante e aparece tipicamente nos três primeiros anos de vida. É quatro vezes mais comum nos meninos do que nas meninas e é uma enfermidade encontrada em todo o mundo e em famílias de todas as configurações raciais, étnicas e sociais (GOLDBERG, 2012). A partir desta nova visão o autismo foi incluído nos Distúrbios Globais do Desenvolvimento (CID-10 e DSM IV–R). É importante destacar que esse tipo de classificação ajuda a evitar confusões com os termos entre pesquisadores clínicos, e incluem o autismo num leque mais padronizado fazendo com que o diagnóstico seja feito de maneira mais eficiente.

Recentemente há um crescente número de pesquisas que estão investigando as causas (etiologia) do autismo (TUCHMAN, 2009).

## **1.2 Características**

As principais características, aquelas que todos os autistas apresentam segundo a CID-10, são o comprometimento na interação social, na comunicação e nos comportamentos de interesse restritos e repetitivos.

As características do autismo foram sendo conhecidas com os avanços das pesquisas que eram feitas a seu respeito. O mais concreto é que, variando em função de cada autista as características serão diferentes (menos as citadas acima, que são comuns a todos os autistas, mesmo que afetem o sujeito autista em graus diferentes).

De acordo com a CID-10 o início da síndrome é sempre antes dos três anos de idade, o que já fora percebido há algum tempo por alguns pesquisadores como Kanner. “Com a maior conscientização sobre o autismo e seus sinais precoces (e.g., falta de contato visual, de apontar, dar ou demonstrar comportamentos ou alegria social compartilhadas), um número crescente de pais tem se preocupado quando se aproxima o primeiro ano de vida da criança.” (KLIN, 2006). O autismo ficou mais conhecido mundialmente e com isso o olhar dos pais ficou mais atento ao

desenvolvimento da criança, principalmente quando a idade onde a fala se desenvolve rapidamente e a criança começa a se relacionar mais tanto com os pais como com outras pessoas e crianças se aproxima como destaca Klin.

Esse mesmo autor também destaca os prejuízos qualitativos na interação social como as dificuldades na comunicação verbal e não-verbal que podem se manifestar inclusive nas brincadeiras. Klin ainda destaca que de 20 a 30% dos autistas nunca falam.

Frequentemente os sujeitos autistas apresentam dificuldade em tolerar alterações e variações em suas rotinas, e possuem distúrbios alimentares e de sono (PAREDES, 2012).

De acordo com Klin, “60 a 70% autistas possuem retardo mental e cerca de metade deles enquadra-se na faixa de retardo mental leve e os demais na faixa de retardo mental de moderado a profundo” (KLIN, 2006). Também apresentam rígidos padrões de comportamentos como agressividade, impulsividade e birras muito frequentes, principalmente nas crianças e, em alguns casos, os autistas cometem até mesmo autoflagelação (PAREDES, 2012).

Em sua maioria os autistas tem preferência por jogos repetitivos e estereotipados e apresentam tanto a hipossensibilidade (pouca sensibilidade) quanto a hipersensibilidade (muita sensibilidade) aos estímulos sensoriais. Uns demonstram também um comprometimento na habilidade de reconhecer outros seres humanos (PAREDES, 2012).

Porém alguns autistas apresentam características totalmente diferenciadas das que muitos estão habituados a relacioná-los. Com o nome de “Ilhotas de habilidades especiais” são indicadas habilidades preservadas ou altamente desenvolvidas em certas áreas que contrastam com os déficits gerais de funcionamento da criança. Uns mostram uma boa capacidade de memorização das rotinas e até apresentam inteligência e fala intactas (PAREDES, 2012).

### **1.3 Prevalência**

Victor Lotter foi o primeiro a fazer um estudo epidemiológico sobre o autismo em 1966 (KLIN, 2006). O pesquisador relatou um índice de prevalência de 4,5 a cada 10.000 crianças em toda a população de crianças de Middlesex, Londres. A partir de então mais de 20 estudos epidemiológicos foram feitos e relatados, e milhões de crianças em todo o mundo foram sendo pesquisadas.

Em 1980 foi feito um estudo no Canadá, onde foi relatada uma taxa de 10 sujeitos autistas a cada 10.000 sujeitos (PAREDES, 2012). Estudos mais recentes, feitos em todo o mundo,

apresentam prevalência de um indivíduo com autismo a cada 1000 nascimentos, sendo que, no sexo masculino o índice é quatro vezes maior do que no sexo feminino (KLIN, 2006).

Em sua dissertação de mestrado, Paredes indica que a Associação Brasileira de Autismo estimava, no ano 2000, em aproximadamente 600 mil o número de pessoas no Brasil que apresentam a síndrome, sem contar aquelas que não se enquadram na sua forma típica/clássica. Em um país com as dimensões dos EUA, Siegel (*apud* PAREDES, 2012) apresenta, em texto de 2008, uma estimativa segundo a qual existiriam cerca de 450 mil crianças e adultos apresentando as mais diversas formas de perturbações do espectro do autismo. Ambos os números mencionados se referem a estimativas, o que torna difícil uma comparação mais precisa.

Segundo Klin, nos últimos anos o aumento da prevalência se deu possivelmente por um conjunto de razões:

- 1) a adoção de definições mais amplas de autismo (como resultado do reconhecimento do autismo como um espectro de condições);
- 2) maior conscientização entre os clínicos e na comunidade mais ampla sobre as diferentes manifestações de autismo (e.g., graças a cobertura mais frequente da mídia);
- 3) melhor detecção de casos sem retardo mental (e.g., maior conscientização sobre o AAGF e SA);
- 4) o incentivo para que se determine um diagnóstico devido a elegibilidade para os serviços proporcionados por esse diagnóstico (e.g., nos EUA, como resultado das alterações da lei sobre educação especial);
- 5) a compreensão precoce (e a intervenção) maximização um desfecho positivo (estimulando assim o diagnóstico de crianças jovens e encorajando a comunidade a não “perder” uma criança com autismo, que de outra forma não poderia obter os serviços necessários); e
- 6) a investigação com base populacional (que expandiu amostras clínicas referidas por meio do sistemático “pente-fino” na comunidade em geral a procura de crianças com autismo que de outra forma poderiam não ser identificadas). (KLIN, Ami, 2006).

Com isso podemos concluir que o aumento da prevalência do autismo não é necessariamente por termos mais casos relatados com o tempo e sim por conta dos novos entendimentos do que é o indivíduo com autismo.

#### **1.4 Etiologia**

Etiologia, segundo o dicionário de língua portuguesa Soares Amora, é o estudo acerca da origem das coisas. O autismo, por ser uma síndrome complexa, possui etiologias múltiplas, isto é, temos hoje diversas teorias e posicionamentos com relação às causas do autismo, sem que haja ainda um consenso em torno da questão.

Diversas abordagens ao longo do tempo tentaram estabelecer uma causa única ou uma definição única para o autismo, porém atualmente já se tem consciência da complexidade da síndrome e já se entende essa existência de múltiplas etiologias.

Sonia Paredes, na sua dissertação de mestrado<sup>1</sup>, apresenta três grandes grupos de teorias explicativas para o autismo: as teorias psicogenéticas, as teorias biológicas e as teorias cognitivas. A autora entende que, mesmo incidindo em áreas notoriamente diferentes, essas teorias apresentam uma complementariedade entre elas.

As Teorias Psicogenéticas – abordagem seguida por Kanner, Bettelheim, e outros – baseiam-se nas teorias psicanalíticas defendendo que o quadro de autismo é causado por fatores familiares, sendo o autista normal ao nascer (PAREDES, 2012). Essa teoria afirma que o autismo é o resultado de um distúrbio na relação entre a criança autista e os pais.

Kanner foi um dos pioneiros desta vertente. Já em 1943 estabelecia que a conduta admitida pelos pais contribuísse para o desenvolvimento do autismo (PAREDES, 2012).

Em 1967, Bettelheim desenvolveu a teoria das “mães frigorífico”, entendendo que o autismo era uma resposta das crianças a um ambiente assustador e não afável por parte das mães (PAREDES, 2012).

Segundo Klin (2006), a partir dos anos 60, as teorias psicogenéticas começaram a perder espaço para explicações do autismo como um transtorno cerebral, embora continuassem a encontrar defensores em partes da Europa e da América Latina.

---

<sup>1</sup> “O papel da Musicoterapia no desenvolvimento cognitivo nas crianças com perturbação do espectro do autismo” é o título da Dissertação de Mestrado apresentada na Escola Superior de Educação Almeida Garrett, em Lisboa, Portugal.

Em seguida, Paredes disserta sobre as teorias biológicas. Este modelo teórico é defendido por Bosa e Callias (2000), Pereira (1999), Borges (2000), Marques (2002), dentre outros. Esses estudos mostraram uma perspectiva diferente e esses autores apontaram sinais de que o autismo teria uma origem neurológica.

As Teorias Biológicas associam o autismo a outras doenças genéticas/biológicas (paralisia cerebral, encefalopatia, meningite, vários tipos de epilepsia, dentre outras). Segundo Paredes, atualmente atribui-se a causa do autismo a uma perturbação de determinadas áreas do sistema nervoso central, o que prejudica a linguagem, progressos nas áreas cognitivas e intelectuais e também afeta a capacidade de relacionar-se.

Com os avanços nos estudos de base neurobiológica do autismo, as concepções etiológicas foram sendo alteradas e enfatizando aspectos como a genética (família com gêmeos), a neuroquímica (o papel dos neurotransmissores), os peptídeos e complicações pré, peri e pós-natais.

Por fim Paredes se dedica a tratar das Teorias Cognitivas, destacando que “tem-se assistido à primazia das características cognitivas que se sobrepõem aos sintomas afetivos e comportamentais, ainda que o autismo seja definido em termos de conduta” (PAREDES, 2012, p.32).

Tal abordagem é defendida por Hermelin e O’ Coner (1970), Lippi (2005), Frith e Happé (2006), dentre outros. Na visão desses autores os autistas retinham as informações verbais de forma neutra, sem designar significado. Portanto acabam se mostrando inaptos para apreender regras ou organizar experiências tanto no domínio verbal quanto no não verbal, o que justifica dificuldades com a linguagem e com interações sociais (PAREDES, 2012).

Leomara Craveiro, no livro “A teia do tempo e o autista: música e musicoterapia”, apresenta outro conjunto de abordagens teóricas ou modelos: inicialmente, citando Maia da Silva (1997), se refere aos modelos psicodinâmico, genético e orgânico.

Com relação ao modelo psicodinâmico – seguido por Kanner (1944), Bettelheim (1967), Rutter (1971), Tustin (1972) e outros – Craveiro destaca que as características do autismo são causadas pela relação entre os pais e a criança autista. Associando este modelo com as teorias psicogenéticas abordadas por Paredes, nota-se uma equivalência. Tanto o modelo psicodinâmico quanto as teorias psicogenéticas têm a mesma base teórica de que o autismo é causado pela conduta dos pais e pela relação destes com seus filhos.

Para Bettelheim “é a conduta dos pais que não permite ou não induz a criança a sair da casca” (CRAVEIRO, 2003, p.96). Com essa concepção etiológica ele propõe a separação radical entre a criança e os pais, com a internação da criança na escola para realização do tratamento.

O modelo genético – defendido, sobretudo, por Folstein e Rutter (1977) - relaciona o autismo a doenças transmissíveis geneticamente, levando em consideração a incidência do autismo em irmãos (principalmente entre gêmeos) de autistas e no índice elevado da síndrome em meninos (CRAVEIRO, 2003, p.96).

Já o modelo orgânico estuda o autismo associando-o a uma patológica orgânica. Esta abordagem é defendida por Bender (1975), Rimland (1964), Wing (1975), dentre outros. Fazendo uma relação com a abordagem de Paredes percebe-se que as teorias biológicas abrangem as questões genéticas e orgânicas defendidas por Craveiro, que por sua vez separa modelo genético de modelo orgânico.

Segundo Craveiro (2003), também é interessante apresentar a teoria cognitiva, que foi proposta em 1984 a partir das pesquisas realizadas pela psicóloga alemã Uta Frith e por Baron-Cohen (1985). Surge então a chamada “Teoria da Mente”:

Nela, considera-se a falta de uma “teoria da mente” na criança autista: a desordem fundamental estaria centrada na incapacidade de atribuir estados intencionais aos outros, ou seja, compreender estados mentais de outras pessoas e/ou interpretar o comportamento alheio” (CRAVEIRO, 2003, p. 97).

Esta teoria evidencia no autismo o atraso no desenvolvimento de reconhecer os pensamentos das outras pessoas, e a partir disso explica-se então a inabilidade na interação social e na comunicação.

Paralelamente à Teoria da Mente, temos a Teoria Afetiva que tem sua origem nos trabalhos realizados por Kanner em 1944 (CRAVEIRO, 2003). Esta teoria sugere que o autismo se origina numa disfunção primária no sistema afetivo, fazendo com que o autista sofra de uma inabilidade inata básica para interagir emocionalmente com os outros (BOSA, 2000). Essa seria então a explicação para os déficits no reconhecimento da emoção e na habilidade de usar a linguagem de acordo com o contexto, fazendo com que o autista sofra de comportamentos restritos e repetitivos, com a interação social e a comunicação.

Importante ressaltar que atualmente o reconhecimento de múltiplas etiologias já tem sido considerado, tanto para entender melhor a condição autista quanto também para realização de seus respectivos diagnósticos e tratamentos.

## 1.5 Diagnóstico e Tratamento

Ao longo dos anos as discussões sobre como é realizado ou deveria ser realizado o diagnóstico de autismo tem se acirrado cada vez mais. As peculiaridades de cada autista acabam colaborando para a complexidade dessas discussões. As dificuldades para realização do diagnóstico de uma pessoa com o distúrbio são elevadas devido às diversas características e fatores anteriormente expostos. Por esses motivos tem-se cada vez mais pensado em um “diagnóstico pluridimensional” (CRAVEIRO, 2003, p.102).

Com isso considera-se também o indivíduo em sua integração corpo-mente-espírito, e se abrange não somente os aspectos orgânicos, mas também os psicoemocionais, afetivos e ambientais no momento do diagnóstico. Desta forma, as abordagens terapêuticas podem ser mais bem direcionadas podendo levar a um melhor prognóstico.

Atualmente autistas são diagnosticados com essa condição a partir dos critérios descritos no Manual Estatístico e Diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatria (DSM). Com o passar dos anos observa-se uma evolução desses critérios. Até 1980, o autismo era classificado como um quadro dentro da esquizofrenia, o que em 1987 mudou com a classificação da DSM-III-R que estabeleceu dois diagnósticos: autismo e transtorno invasivo do desenvolvimento não-especificado, sendo os dois referidos pelo termo “transtorno invasivo/global do desenvolvimento”. (GADIA, 2004).

A seguir apresenta-se uma tabela com os critérios que devem ser considerados para diagnosticar uma pessoa com autismo segundo a DSM de 1994.

Tabela 1 – Critério diagnóstico para distúrbio autista (DSM-IV, 1994)

---

**A.** Pelo menos seis dos 12 critérios abaixo, sendo dois de (1) e pelo menos um de (2) e (3)

**1)** Déficits qualitativos na interação social, manifestados por:

- a. dificuldades marcadas no uso de comunicação não-verbal
  - b. falhas do desenvolvimento de relações interpessoais apropriadas no nível de desenvolvimento
  - c. falha em procurar, espontaneamente, compartilhar interesses ou atividades prazerosas com outros
  - d. falta de reciprocidade social ou emocional
-

- 
- 2) Déficits qualitativos de comunicação, manifestados por:
- a. falta ou atraso do desenvolvimento da linguagem, não compensada por outros meios (apontar, usar mímica)
  - b. déficit marcado na habilidade de iniciar ou manter conversação em indivíduos com linguagem adequada
  - c. uso estereotipado, repetitivo ou idiossincrático de linguagem
  - d. inabilidade de participar de brincadeiras de faz-de-conta ou imaginativas de forma variada e espontânea para o seu nível de desenvolvimento
- 3) Padrões de comportamento, atividades e interesses restritos e estereotipados:
- a. preocupação excessiva, em termos de intensidade ou de foco, com interesses restritos e estereotipados
  - b. aderência inflexível a rotinas ou rituais
  - c. maneirismos motores repetitivos e estereotipados
  - d. preocupação persistente com partes de objetos
- B.** Atrasos ou função anormal em pelo menos uma das áreas acima presente antes dos 3 anos de idade
- C.** Esse distúrbio não pode ser melhor explicado por um diagnóstico de síndrome de Rett ou transtorno desintegrativo da infância
- 

Com essa tabela tem-se também uma noção de como a pediatria classifica o autismo<sup>2</sup>. O que se percebe é que o diagnóstico feito com base nessa tabela leva mais em consideração as características comportamentais dos autistas.

Comparando com os critérios da CID-10, a tabela de diagnósticos da DSM-IV considera que um autista deve possuir déficits nas mesmas três áreas apontadas na Classificação Internacional de Doenças, sendo elas: interação social, comunicação e padrões de comportamentos, atividades e interesses restritos e estereotipia. Nota-se também uma equivalência com relação à idade com que esses déficits se manifestam (antes dos três anos de idade).

Segundo Klin “o diagnóstico de um transtorno autístico também requer desenvolvimento anormal em pelo menos um dos seguintes aspectos: social, linguagem, comunicação ou brincadeiras simbólicas/imaginativas, nos três primeiros anos de vida”.

---

<sup>2</sup> Tem-se essa noção pois a tabela foi retirada de uma publicação feita no Jornal de Pediatria – Vol. 80, Nº2 de 2004. O Jornal de Pediatria é uma publicação bimensal da Sociedade Brasileira de Pediatria, em circulação desde 1934, que publica artigos originais e de revisão que abrangem as diversas áreas da pediatria.

Como não poderia ser diferente não há uma única forma de tratamento para pessoas que possuem autismo. Uma vez que temos uma condição com múltiplas etiologias também deve-se considerar formas de tratamentos múltiplas, como já afirmava Gilbert em 1992 (CRAVEIRO, 2003).

Tratamentos farmacoterápicos em pessoas autistas não são direcionados para suas causas, mas sim para os sinais e sintomas apresentados pelo paciente com o objetivo de minimizar ou desaparecer com os sintomas, fazendo com que o autista fique preparado para receber estímulos externos, viabilizando sua participação em outras terapias (CRAVEIRO, 2003).

Para Gadia (2004), neurolépticos (medicamentos inibidores das funções psicomotoras), especialmente o haloperidol, têm sido uma das drogas mais usadas para o tratamento de distúrbios comportamentais em sujeitos com autismo. O que tem se demonstrado é que o haloperidol diminui significativamente a agressividade, estereotipias e comportamentos automutilantes em autistas.

A secretina aparece como o medicamento mais promissor já descoberto para o tratamento do autismo, segundo os estudos de Lloyd citados por Craveiro. A secretina é um dos hormônios que controla a digestão e estimula o pâncreas, o estômago e o fígado. Relatos feitos por Lloyd revelam que o seu uso em autistas melhora o contato visual, desenvolve interesse pelo ambiente, diminui acessos de raiva, aprimora o aprendizado de toalete, expande a fala e melhora o sono.

As bases do tratamento terapêutico envolvem técnicas de mudança de comportamento, programas educacionais ou de trabalho e terapias de linguagem e comunicação (GADIA, 2004).

Na concepção da maioria dos profissionais que atua na área do autismo, a programação assistencial deve ser flexível e, ao mesmo tempo, bem estruturada, incluindo atividades variadas: sensório-motoras, psicoemocionais, comportamentais e intelectuais. Eles acreditam que procurar manter o autista em atividade pode minimizar o isolamento e as estereotipias, auxiliando-o em seu desenvolvimento (CRAVEIRO, 2003, p.104).

## CAPÍTULO 2 – A MÚSICA E A MUSICOTERAPIA

A música, na maioria das vezes, é pensada e vivenciada apenas de forma recreativa, ou seja, como simples entretenimento. Há séculos atrás, a música já era presente na nossa humanidade, e não era usada apenas como simples recreação. Muitos utilizavam a música para se comunicar e até mesmo para usos medicinais, como forma de tratamento para doenças.

É claro que hoje a música também é usada para tratar diversos problemas, incluindo a dor (principalmente mental), determinadas doenças e transtornos. Isso se dá principalmente pelo fato da música ser enormemente versátil. Segundo Clive Robbins<sup>3</sup>, ela trabalha através de níveis muito distintos, podendo atuar sobre: o físico, o cognitivo, as emoções; trazer diálogos interativos, nos fazer mover e pensar.

A musicoterapia, que tem a música como seu principal instrumento de trabalho, pode ser definida de diferentes formas. Muitos terapeutas formularam sua própria definição e praticamente todas as associações de musicoterapia criaram ou adotaram uma oficialmente para seu país, refletindo nela os conceitos e as práticas de seus membros (BRUSCIA, 1998, p.7).

A World Federation of Music Therapy (WFMT) definiu, em 1996, musicoterapia como:

A utilização da música e/ou seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) por um musicoterapeuta qualificado, com um cliente ou grupo, num processo para facilitar ou promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas. (Federação Mundial de Musicoterapia Inc. – 1996 - Revista Brasileira de Musicoterapia Ano I – Número 2 – 1996. Pag.4).

Esta é uma das definições mais difundidas na área de musicoterapia e foi feita por uma das Federações mais conceituadas mundialmente.

---

<sup>3</sup> Clive Robbins (1927-2011) era um musicoterapeuta britânico, educador, antropólogo e um dos fundadores da Caridade Nacional de Musicoterapia Nordoff-Robbins.

A União Brasileira das Associações de Musicoterapia<sup>4</sup> (UBAM) publicou em 1996 a definição acima no segundo número da sua revista. Em 2015 o site da UBAM registra uma ampliação da mesma definição:

Musicoterapia é a utilização da música e/ou seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) por um musicoterapeuta qualificado, com um cliente ou grupo, num processo para facilitar, e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas. A Musicoterapia objetiva desenvolver potenciais e/ou restabelecer funções do indivíduo para que ele/ela possa alcançar uma melhor integração intra e/ou interpessoal e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida, pela prevenção, reabilitação ou tratamento (UBAM, <http://www.musicoterapia.mus.br/quemsomos.php>).

Essa expansão da definição adotada pela WFMT confirma a multiplicidade de explicações a respeito da musicoterapia e o quanto as concepções sobre a disciplina mudam ao longo do tempo.

Neste capítulo serão abordados os avanços históricos da musicoterapia (inclusive no Brasil), as definições de música e de musicoterapia por diferentes parâmetros e ainda um breve apanhado de como atua a musicoterapia (seus objetivos, metodologia, etc).

## **2.1 Histórico**

Antes que possa se falar estritamente sobre a história da musicoterapia é preciso compreender como era o uso terapêutico da música antes mesmo da criação da musicoterapia enquanto disciplina independente, uma vez que a música está presente desde os primórdios da humanidade e era utilizada de forma ampla (como por exemplo para comunicação, rituais, cuidar

---

<sup>4</sup> Entidade que tem como objetivo zelar pelos interesses profissionais, bem como dar prioridade ao desenvolvimento científico da musicoterapia.

da saúde, etc). Como relata Benenzon<sup>5</sup> em seu livro *Manual de Musicoterapia* “o uso da música como agente para combater enfermidades é quase tão antigo como a música em si (...)”.

Segundo Puchivailo, a música é, junto com a dança, uma das mais antigas dentre as artes. “O som faz parte da vida, onde há movimento, há som” (PUCHIVAILO, 2014, p. 123). Citando Schneider e Pahlen, Puchivailo afirma que o homem na pré-história utilizava a música para expressar sentimentos de alegria ou de tristeza, sentimentos de espírito guerreiro ou de crença nos poderes de deuses. Além disso, também usava a música para rituais e para se comunicar diariamente.

No Egito, a música era muito presente na vida da população, indo de cânticos religiosos às canções de trabalho. Provavelmente foi no nordeste da África que se encontrou o primeiro documento escrito sobre a influência da música sobre corpo humano (BENZON, 1985). Ainda segundo Benenzon e Puchivailo, xamãs eram responsáveis por rituais de cura onde utilizavam a música para livrar os corpos doentes do que estavam lhe fazendo mal.

Na Idade Média a música foi muito importante para a religião, que concentrou grande poder nesta época. Para a igreja toda música reproduzida de forma diferente do seu padrão era considerada pagã e afastaria os homens de Deus. (ALVIN *apud* PUCHIVAILO, 2014). Segundo Costa (1989), o uso médico da música nesta época desapareceu enquanto seu uso religioso prevaleceu. A musicoterapeuta se refere à Idade Média como a era da medicina religiosa e da caça às bruxas. Porém apesar de todas as proibições e rigorosidades do cristianismo, as festas profanas continuaram a acontecer e nelas as mulheres cantavam e dançavam da maneira como quisessem. Ainda na Idade Média, em fontes medievais, há relatos do quanto os músicos eram requisitados para aliviar as dores de pacientes em hospitais.

O século XVIII é onde temos acontecimentos, como a revolução industrial, que trouxeram mudanças consideráveis nas relações humanas e sociais, mudando completamente também o acesso das pessoas a novos bens antes proibidos, o que mudou hábitos e estilos de vida (COSTA, 1989). No final do século XVIII começam a ser pesquisados os efeitos fisiológicos da música a partir de métodos empíricos, analisando os efeitos dos sons no sistema sensorial humano

---

<sup>5</sup> Rolando O. Benenzon é médico psiquiatra, fundador do curso de Musicoterapia da Facultad de Medicina na Universidad del Salvador de Buenos Aires. Também fundou a Asociación Argentina de Musicoterapia, além de colaborar para criação de outras associações em outros países (o Brasil foi um deles).

(PUCHIVAILO, 2014). O corpo de pesquisas com relação à música como tratamento só aumentou nesta época.

Na busca de terapias que toquem o sensorial, a música ocupa um lugar privilegiado, aparecendo então as primeiras obras inteiramente dedicadas à musicoterapia, a maior parte das quais consagra a música como tratamento específico para doenças do campo psiquiátrico. (COSTA, 1989, p.26)

A musicoterapia surge então como profissão e disciplina em meados do século XX, nos Estados Unidos, sendo a música utilizada cientificamente e com fins terapêuticos na recuperação de militares que lutaram na Segunda Guerra Mundial (PUCHIVAILO, 2014). Em 1950 foi criada a The National Association for Music Therapy (NAMT), em Nova York.

Apoiando-se em Gaston, Puchivailo (2014) indica alguns objetivos comuns da musicoterapia aplicada nos hospitais psiquiátricos na década de 1960. As finalidades se dividiam em: aliviar tensões, estabelecer ou reestabelecer relações interpessoais, melhorar a autoestima e até servia como um recurso comunicativo entre pacientes psicóticos, diante de suas dificuldades com a comunicação verbal.

No Brasil a musicoterapia é carreira de nível superior que surgiu primeiramente como uma especialização em 1970 na Faculdade de Artes do Paraná (BARCELLOS, 2007). O primeiro curso de graduação foi no Rio de Janeiro, em 1972, no Conservatório Brasileiro de Música, e desde então muitos cursos foram sendo desenvolvidos. Atualmente temos curso de musicoterapia na Faculdade Paulista de Artes, na Universidade Federal do Piauí, na Faculdade São Fidélis (Pará), na Faculdade de Ciências Humanas Olinda, na Faculdade EST (Rio Grande do Sul), nas Faculdades Metropolitanas Unidas de São Paulo, na Faculdade Regional de Filosofia Ciências e Letras de Candeias, e as únicas universidades federais que oferecem curso de graduação em musicoterapia, a Universidade Federal de Goiás e a Universidade Federal de Minas Gerais (UBAM, <http://www.musicoterapia.mus.br/ondeestudar.php>).

Barcellos<sup>6</sup>, em 2007, indicava haver em torno de 3000 musicoterapeutas graduados em nosso país e 11 associações brasileiras de musicoterapia congregadas pela UBAM.

---

<sup>6</sup> Lia Rejane Mendes Barcellos é bacharel em Piano e Musicoterapia, especialista em Educação Musical e mestre em Musicologia. Doutora em Música pela UNIRIO-RJ, Presidenta da Associação Brasileira de Musicoterapia por dois mandatos e membro do Conselho Diretor da World Federation of Music Therapy. É um dos principais nomes brasileiros da área de Musicoterapia.

## 2.2 Definições de Musicoterapia

A necessidade de definir o seu campo de atuação é tão importante para a musicoterapia quanto para qualquer outra profissão. Segundo Bruscia<sup>7</sup> (2000), as pessoas sentem curiosidades acerca da musicoterapia não só por ser um campo relativamente novo ou por não pertencer ao conhecimento da maioria de pessoas, mas também por que ela é totalmente instigante, pois a maioria das pessoas gostam de música e, pelo fato de fazer parte do cotidiano, há um desenvolvimento de uma relação muito pessoal com ela. Ela que nos acompanha diariamente (na alegria, na tristeza, estimula e acalma, mexe com nossas emoções), e seria pertinente utiliza-la terapeuticamente.

Definições desempenham funções muito importantes, desde orientar pessoas externas ao campo até ajudar em eventuais pesquisas acerca do que se está definindo. Ao longo dos anos, no Brasil, as definições feitas por associações e musicoterapeutas ajudaram na questão da comunicação entre esses profissionais, contribuindo também para uma identidade profissional.

Como afirmado antes, a musicoterapia pode ser definida de diversas maneiras, pois além de diferentes associações espalhadas pelo mundo terem elaborado uma definição oficial para seu país que refletem suas práticas, também houve (e ainda há) um corpo muito grande de definições feitas pelos próprios terapeutas, que a compreendem de diversas maneiras por várias razões (BRUSCIA, 2000, p.7).

A definição mais utilizada nos Estados Unidos (país onde “surgiu” a musicoterapia) é a exposta há muitos anos atrás pela National Association for Music Therapy<sup>8</sup> (NAMT), que diz: “Musicoterapia é a utilização da música para alcançar objetivos terapêuticos: recuperação, manutenção e melhoria da saúde física e mental” (NAMT *apud* BRUSCIA, 2000, p.7). Vale reforçar que, apesar de ser muito citada, esta definição não é universal devido à multiplicidade das definições acerca da musicoterapia.

Diferentes concepções sobre musicoterapia estão ligadas a diferentes modelos teóricos. Even Ruud, musicoterapeuta norueguês, em seu livro “*Caminhos da Musicoterapia*”, publicado em 1990, aborda quatro grandes teorias acerca da musicoterapia: as teorias do modelo médico, as

---

<sup>7</sup> O doutor Kenneth Bruscia, é musicoterapeuta, com vasta experiência clínica em diversas populações. Graduado em música (piano) e psicologia, com especializações nas áreas de improvisação musical, imagens guiadas e música e canções em psicoterapia, é autor de sete livros e mais de quatorze artigos para revistas da área acerca da teoria, prática e pesquisa em Musicoterapia.

<sup>8</sup> A NAMT está comprometida com o avanço da educação, formação, padrões profissionais, credenciais e investigação de apoio a profissão de Musicoterapia.

teorias psicanalíticas, as teorias behavioristas e a tendência humanista/existencial em psicologia. Apresentaremos a seguir uma síntese da sua exposição.

As teorias do modelo médico entendem doenças mentais ou distúrbios da personalidade como alterações bioquímicas, ocasionadas dentro do organismo. Geralmente o tratamento de tais doenças envolve o uso de medicamentos, eletrochoques, dentre outras maneiras utilizadas nessa área<sup>9</sup>. Com isso pode-se entender as influências da música sobre o ser-humano a partir de sua própria natureza biológica. Um corpo de pesquisa muito grande tentou explicar relações entre música e respiração, influências da música sobre motilidade gástrica e até sobre atividades motoras.

Com relação ao modelo Ruud comenta: “Embora os grandes psicanalistas raramente tenham abordado o campo da música, eles têm criado teorias bem fundamentadas e abrangentes dentro dos mais diversos campos de experiência e interesse humanos” (RUUD, 1990, p.33). O musicoterapeuta analisa alguns aspectos referentes a natureza da música, e os considera úteis ao musicoterapeuta que atua dentro da tradição psicodinâmica. Os psicanalistas consideram que a música facilita a resolução de conflitos internos e fortalece o ego do paciente, proporcionando até um autoconhecimento do indivíduo. Ou seja, as teorias psicanalíticas compreendem que a música facilita, além de tudo, a expressão de conflitos internos (conscientes e pré-conscientes).

As teorias behavioristas defendem a ideia de que o comportamento pode ser mudado (sobre o sentimento não há como saber), apontando para a musicoterapia com base em procedimentos fundamentados em pesquisas empíricas. Compreendem a música como um reforço, capaz de auxiliar em modificações do comportamento, sendo as condutas de uma pessoa resultante de acontecimentos externos.

Por fim, temos a tendência humanista/existencial em psicologia, vertente defendida por Even Ruud, considerada a “terceira força” da psicologia após ganhar importância na psicologia americana. Esta abordagem representa uma espécie de alternativa ao positivismo científico e busca descobrir novos métodos de pesquisar a complexidade humana. Seriam esses métodos, segundo os psicólogos humanistas, mais adequados/adaptáveis ao estudo do ser humano. Musicoterapeutas que se vinculam a esta vertente defendem, por exemplo, práticas musicoterapêuticas que utilizam a improvisação musical e a música tocada ao vivo nas sessões.

---

<sup>9</sup> No Brasil, com a Reforma Psiquiátrica, tais procedimentos sofreram muitas alterações e o tratamento dos chamados doentes mentais foram bastante modificados.

Esses quatro modelos, abordados por Ruud, reforçam a estreita relação da musicoterapia com pensamentos encontrados em diversas áreas teóricas, elaboradas e inseridas em diferentes contextos, com mais de uma visão de como deve ser a prática musicoterapêutica.

Bruscia, em seu livro *Definindo Musicoterapia*<sup>10</sup>, cita uma série de definições de musicoterapia feitas por diferentes associações e autores do campo. Destacam-se, além das definições formuladas pela National Association of Music Therapy e pela World Federation of Music Therapy, citadas anteriormente, as definições de Benenzon e Barcellos:

**Benenzon:** “Do ponto de vista científico, musicoterapia é um ramo da ciência que lida com o estudo e a investigação do complexo som-homem, onde o som pode ser musical ou não, bem como dos métodos terapêuticos e dos elementos diagnósticos que lhe são inerentes. O ponto de vista terapêutico, a musicoterapia é uma disciplina paramédica que utiliza o som, a música e o movimento para produzir efeitos regressivos e para abrir canais de comunicação que nos permitirão iniciar um processo de treinamento e recuperação do paciente para a sociedade” (BENENZON *apud* BRUSCIA, 2000, p.274).

**Barcellos:** “Musicoterapia é a utilização da música e/ou seus elementos integrantes como objeto intermediário de uma relação que permite o desenvolvimento de um processo terapêutico, mobilizando reações biopsicossociais no indivíduo com o propósito de minimizar seus problemas específicos e facilitar sua integração/reintegração no ambiente social normal” (BARCELLOS *apud* BRUSCIA, 2000, p.274).

Essas duas últimas definições, apesar de não coincidirem inteiramente, apresentam pontos em comum com as outras duas antes apresentadas (NAMT E WFMT). Todas se referem à utilização da música como um instrumento capaz de influir na integração, nos sentimentos, problemas, etc. de uma pessoa.

---

<sup>10</sup> O livro foi primeiramente publicado em 1998 e teve sua segunda edição publicada em 2000.

## **CAPÍTULO 3: A MUSICOTERAPIA E O AUTISMO**

Com o passar do tempo a musicoterapia foi ganhando cada vez mais espaço como uma forma de terapia capaz contribuir no tratamento de pessoas com diferentes necessidades. Em tratamentos para autistas a musicoterapia também ganhou espaço, e atualmente tem sido ainda mais recomendada e reconhecida nos processos de cuidado com essas pessoas.

No capítulo anterior foram apresentados aspectos históricos da musicoterapia e como ela é definida. As práticas metodológicas de uma sessão musicoterapêutica não foram abordadas, pois para cada necessidade existem práticas diferentes. Por exemplo, com um portador de Alzheimer, que sofre principalmente com perda de memória, o musicoterapeuta utiliza a música como um meio de resgatar memórias deste indivíduo. Em pacientes com esquizofrenia, por outro lado, a musicoterapia acontece de forma diferenciada, servindo para resgatar relações perdidas por conta desta condição, para então melhorar a qualidade de vidas dessas pessoas. Sendo assim a musicoterapia deve agir conforme a necessidade de cada paciente, considerando seu estado de saúde, os problemas que traz consigo e seu transtorno/doença. Com autistas deve-se trabalhar, principalmente, no sentido de estabelecer canais de comunicação através de práticas sonoro-musicais, com a utilização da voz, de instrumentos e objetos sonoros e da movimentação corporal, o que está de acordo com suas necessidades.

Neste último capítulo será abordada a música como forma de linguagem e como a musicoterapia é aplicada no tratamento de pessoas com TEA. Embora a música se constitua em uma das artes mais valorizadas nas tradições populares brasileiras, no presente trabalho não iremos abordá-la do ponto de vista estético, mas fundamentalmente do seu emprego na Musicoterapia.

### **3.1 A música como linguagem**

Como já dito anteriormente, a música faz parte do cotidiano da humanidade desde a pré-história, para diferentes fins (comunicativo, medicinal, entretenimento, etc). A linguagem, desenvolvida pelo homem, está atrelada à cultura de uma sociedade e expressa pensamentos, ações, vivências, saberes e qualquer outra coisa que se queira expressar/demonstrar. Segundo Schurmann, “a evolução dos processos envolvidos no trabalho humano deve ter sido o principal fator pelo qual o homem tivera que criar a linguagem” (SCHURMANN, 1988, p.14-15).

A discussão da música como uma forma de linguagem é considerada por muitos autores, inclusive por Schurmann, como uma questão polêmica. Por este e outros motivos a linguagem musical tem ocupado um importante espaço na reflexão nas áreas de filosofia da arte, musicologia, educação musical e musicoterapia, o mesmo tendo se dado em campos como a sociologia e a antropologia (BARCELLOS e SANTOS, 1996, p.10).

Esta questão se faz ainda muito importante no âmbito da musicoterapia aplicada ao autismo. Ora, se um autista tem, como já exposto anteriormente, uma dificuldade central na comunicação (o que inclui a linguagem verbal, não verbal, etc), é preciso trabalhar no sentido de promover e desenvolver esta capacidade. Se a música é então considerada uma linguagem, o emprego da musicoterapia no tratamento de autistas é desta forma completamente coerente.

Segundo Costa, em seu livro “O despertar para o outro”,

A música exerce uma função terapêutica por se constituir em uma linguagem, e não pelos efeitos do som sobre o organismo e psiquismos humanos. O “fazer música” constitui-se em um trinômio – ação/relação/comunicação, intrinsecamente interligados (COSTA, 1989, p.58).

Desta forma a função terapêutica da música está ligada a seu caráter linguístico, sendo possível ainda isto virar uma ação do paciente no âmbito terapêutico devido a relação, a comunicação e a ação que ocorrem entre o paciente (ou grupo de pacientes) e o musicoterapeuta, como indica Barcellos e Santos (1996).

Schurmann, em seu livro “A música como linguagem”, apresenta uma espécie de classificação dos tipos de linguagem, onde a linguagem musical aparece, junto da linguagem verbal, no campo das linguagens sonoras. Isto não significa que Schurmann considera toda forma de música como uma linguagem. Ele sugere a inclusão não de toda música, mas de determinadas manifestações musicais como um modo de linguagem, havendo a necessidade de determinações específicas. O autor explica que certos acontecimentos (em seu livro ele cita o nascimento do filho de Richard Wagner) envolvem muito mais do que simples ações. No caso citado pelo autor a música pode descrever sentimentos como amor, gratidão, orgulho paternal e confiança num bom futuro, sentimentos que segundo ele não caberiam todos em uma simples ação como um beijo.

É neste sentido que o autor entende que não se pode considerar toda música como forma de linguagem. Ele ainda considera a falta de uma conceituação teórica que seja adequada a ponto de objetivar os critérios para considerar certas manifestações musicais como linguagem.

Assim como na linguagem verbal a linguagem musical também possui uma estrutura com regras e formas. Sabe-se como escrever música, como ela deve ser tocada, assim como sabe-se escrever um poema e como ele deve ser lido. Essas semelhanças entre a linguagem verbal e a música só reforçam esta como um modo de comunicação.

Em primeiro lugar, o compositor expressa algo. Algo que, embora não comporte uma única atribuição de sentido, não é inteiramente aberto. Preferimos aqui o conceito de sentido em lugar de significado por considera-lo mais amplo e mais adequado à nossa discussão. A obra do compositor se apresenta vinculada ao seu ambiente sociocultural, isto é, representa um conjunto de hábitos, relações e valores que não são apenas pessoais, mas coletivos (BARCELLOS e SANTOS, 1996, p.14).

O que fica bem claro depois deste trecho de Barcellos e Santos e segundo o pensamento de Schurmann, é que estes acreditam que não se pode considerar que a música, esta que transporta valores, hábitos, relações e sentimentos, não se caracteriza de nenhuma forma como uma linguagem/comunicação.

### **3.2 Musicoterapia aplicada no tratamento de autistas**

Antes de qualquer abordagem que se queira fazer é necessário deixar claro que este trabalho tem o objetivo de apresentar uma visão geral das práticas musicoterapêuticas com autistas, o de trazer como tem se dado essas práticas, o que é consenso e o que não o é na área e ainda trazer como alguns autores se posicionam sobre o tema. O autor desta monografia não poderia se posicionar com respeito a essas práticas já que não é um especialista no assunto.

Segundo Brandalise, um autista necessita de cuidados terapêuticos e educacionais para que possa ter uma melhor qualidade de vida. A musicoterapia tem sido muito utilizada como um dos programas terapêuticos para essa população, visando o estímulo e a melhora relativa em variadas áreas do desenvolvimento.

Tem-se utilizado a musicoterapia no tratamento de autistas desde 1960 (BRANDALISE, 2013, p.32). De acordo com Craveiro, é consenso entre os musicoterapeutas que a musicoterapia

no tratamento destes pacientes tem efeitos altamente positivos, principalmente com relação à abertura de canais de comunicação. Estes efeitos positivos também aparecem como um consenso em Brandalise. Citando diversos musicoterapeutas, o autor lista como efeitos positivos: diminuição de crises comportamentais, melhora nos relacionamentos interpessoais, aquisição de liberdade expressiva, melhora na comunicação, dentre outros. É importante notar que a questão da comunicação está sempre presente como um ponto positivo para autistas que utilizam a musicoterapia como tratamento.

Apesar de a comunicação ser um ponto muito importante ao se tratar de autistas, outros aspectos que também podem ser tratados com a musicoterapia não são esquecidos. Em Paredes, a musicoterapia aparece como reguladora dos comportamentos sensitivo e motor, que aparecem frequentemente alterados em autistas. A importância da musicoterapia para mudanças na vida de autistas vai além do âmbito terapêutico, perpassando também o âmbito educacional, social e familiar (CRAVEIRO *apud* PAREDES, 2014, p.53).

Assim como a etiologia do autismo e os métodos musicoterapêuticos, a musicoterapia aplicada a autistas não é feita de uma única forma, mas sim de diferentes maneiras (o que se dá por diversos motivos, dentre eles: a diferença entre indivíduos com autismo e as diversas práticas e correntes musicoterapêuticas). Craveiro, em seu livro *A teia do tempo e o autista: música e musicoterapia*, apresenta três vertentes que ela considera as principais relacionadas à prática musicoterapêutica com autistas: a primeira que se apoia na linha fenomenológico-existencial, a segunda nas teorias psicodinâmicas e a última baseada nas teorias cognitiva e comportamental. Segundo a musicoterapeuta, muitas das vezes elas se interconectam e até se complementam.

São encontradas, devido a toda essa pluralidade entre indivíduos autistas, outras práticas de musicoterapia para o tratamento dessas pessoas. Craveiro cita ainda práticas relacionadas às teorias behavioristas, teorias humanistas, dentre outras.

Como visto em Klin e na CID-10, autistas apresentam um comprometimento na interação social bem significativa, ocasionando muitas vezes uma não consciência do outro, ou seja, um não reconhecimento das pessoas que estão compartilhando o mesmo ambiente que eles. Uma das formas de atendimento a autistas na musicoterapia é o grupo terapêutico, onde eles se relacionam com a música, com outros pacientes e com o musicoterapeuta (PAREDES, 2014). Claro que este trabalho é realizado com muito cuidado e preparo, uma vez que o ambiente onde o autista está inserido interfere diretamente em seu comportamento e no seu bem-estar.

Todas essas formas/vertentes de aplicação da musicoterapia podem gerar discordâncias e discussões com relação às práticas musicoterapêuticas para estes indivíduos. Mas entre os musicoterapeutas é consenso que o uso da música e da musicoterapia no atendimento a autistas é amplamente benéfico, independentemente de como compreendam e definam o autismo e a musicoterapia. Fica evidente a relação positiva entre a musicoterapia e o autismo neste trecho de Craveiro:

A musicoterapia, em nosso meio, é considerada tanto como auxiliar de um diagnóstico quanto como forma de tratamento para o autista. Além de ser vista como uma terapia extremamente eficiente na abertura de canais de comunicação, ela é concebida como possibilitadora de mudanças significativas na vida do autista, tanto nos contextos terapêutico e educacional quanto no ambiente sociofamiliar (CRAVEIRO, 2003, p.111).

Neste trecho também fica evidente o quão é importante o papel da abertura de canais de comunicação que a musicoterapia pode desempenhar com autistas. Esta questão se faz presente também em Costa, Benenson, Barcellos, Santos, dentre outros.

A musicoterapeuta Craveiro de Sá, em seu artigo *Musicoterapia e Autismo: um setting em rizoma*, apresenta quatro pontos que seriam centrais na explicação desta questão:

- 1) O som, sendo vibrações, o autista não tem como impedi-lo; o som o atinge, querendo ou não, através das vias aéreas, tátil e óssea, abrindo canais de comunicação; 2) as diversas possibilidades oferecidas pelo “setting” musicoterápico de propiciar a indução a estados regressivos, tanto sob o ponto de vista ontogenético, quanto filogenético, podendo-se refazer etapas do desenvolvimento; 3) a música e/ou seus elementos aparecem como veiculadores de sentimentos e emoções, importantes instrumentos agenciadores de catarses; 4) a música além de se apresentar como um elemento altamente propiciador do vínculo terapêutico, também favorece a integração e a socialização (CRAVEIRO, 1999, p.74).

Esses pontos revelam e reforçam a enorme versatilidade da música e da musicoterapia, antes já vista em Clive Robbins.

Existem várias técnicas destinadas a favorecer o contato comunicativo entre autistas e musicoterapeutas. Pode-se lembrar que um dos problemas mais comuns a serem enfrentados

nesta direção é o emprego de estereotípias pelo autista como mecanismo de bloqueio do contato com o outro. Muitas técnicas já foram desenvolvidas e são realizadas para quebrar essa barreira produzida pelos pacientes, e muitas outras existem para abrir canais e comunicação e promover, através da música, a socialização, a organização, o aprendizado, o fazer musical etc.

Não iremos aqui desenvolver uma discussão sobre técnicas e abordagens clínicas, mas apenas procuramos estabelecer a relação entre a música, musicoterapia e a população autista e destacar os princípios gerais que norteiam a musicoterapia no tratamento de autistas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetos de estudo desta monografia foram o autismo, a música e a musicoterapia. Relações entre esses objetos foram realizadas, mostrando que a musicoterapia pode ser inserida no tratamento de autistas.

O autismo, condição que vem sendo cada vez mais discutida nas vias públicas e melhor classificada como pudemos ver anteriormente, não pode jamais ser considerada como uma síndrome que possui uma única forma. Com base na bibliografia, pode-se estabelecer que o autismo é uma condição de múltiplas etiologias e que é diferente em cada pessoa. Toda essa diferença entre autistas (incluindo grau de comprometimento da síndrome e diversas características) nos leva a uma dificuldade constante na realização de diagnósticos e também em uma forma de tratamento que represente uma melhora na qualidade de vida dessas pessoas.

Com o tempo podemos perceber o quão foi importante o avanço nas pesquisas e nas classificações do autismo (desde a síndrome de Asperger até o Transtorno do Espectro do Autismo). As classificações que foram sendo elaboradas nos levam atualmente a um diagnóstico mais preciso com relação a esta condição (o que também ajuda na procura dessa população por tratamentos mais “eficazes”).

Antes de fazer uma relação do autismo com a musicoterapia foi preciso compreender o que é a musicoterapia e como essa forma de terapia atua. Pode-se perceber a música sendo utilizada de uma forma diferenciada do usual, não como simples entretenimento. A música em musicoterapia é um instrumento usado para promover a comunicação, o bem-estar, a socialização, dentre outras coisas, por diferentes populações com diferentes necessidades.

Como campo de conhecimento e prática terapêutica, a musicoterapia se divide em diversas correntes teóricas, adota diversos tipos de definições e práticas. Além disso, é preciso considerar no estabelecimento dos procedimentos terapêuticos a singularidade de cada paciente, a singularidade de cada condição apresentada e as diferentes necessidades de cada um. No caso do trabalho com autistas podem ser encontradas diferentes formas de abordar as necessidades desta população.

Apresentamos anteriormente como a música pode agir como uma forma de linguagem. Não qualquer música já que vimos também “critérios” para se considerar a música como uma forma de linguagem. A música como linguagem está ligada a um dos principais problemas dos

autistas, que é a dificuldade na comunicação/linguagem. Ora, se a música pode se estabelecer como uma forma de linguagem diferenciada, podemos considerar coerente o seu uso para esta população.

Entre as diferentes práticas musicoterapêuticas com autistas encontradas na bibliografia podemos destacar a improvisação musical, cantada ou tocada, realizada individualmente ou em grupo, jogos de imitação e a busca de liberdade para o fazer musical do paciente. Todas essas práticas e essas formas diferentes de musicoterapia revelam e reforçam o que Clive Robbins chama de “a enorme versatilidade da música”.

Por fim podemos afirmar, de acordo com as bases teóricas usadas nesta monografia, que a musicoterapia pode ser altamente positiva no tratamento de pessoas com autismo, pois esta abre canais de comunicação, integra o sujeito autista, ajuda no desenvolvimento dessa população, ajuda na quebra de estereotípias e, com isso, a musicoterapia melhora a qualidade de vida de pessoas com transtorno do espectro do autismo.

## REFERÊNCIAS

AMORA, Antônio Soares; *Minidicionário Soares Amora da língua portuguesa*. 19ª edição. São Paulo: Saraiva, 2009.

BARCELLOS, L.R.M. (Org.) *Vozes da Musicoterapia Brasileira*. São Paulo: Apontamentos, 2007. 194 p.

BARCELLOS, Lia Rejane e SANTOS, Marco Antonio Carvalho. A natureza polissêmica da música e a musicoterapia. *Revista Brasileira de Musicoterapia*, ano I nº 1, 1996.

BENENZON, R.O. *O autismo, a família, a instituição e a musicoterapia*. Rio de Janeiro: Enelivros, 1987. 364 p.

\_\_\_\_\_. *Manual de Musicoterapia*. Rio de Janeiro: Enelivros, 1985. 182 p.

BOSA, Cleonice. Autismo: breve revisão de diferentes abordagens. *Psicol. Reflex. Crit.* Vol.13 n.1, 2000.

\_\_\_\_\_. Autismo: intervenções psicoeducacionais. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006; S47-53.

BRANDALISE, Andre. Musicoterapia aplicada à pessoa com transtorno do espectro do autismo (TEA): uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Musicoterapia*, Ano XV nº 15, 2013. p 28 – 42.

BRUSCIA, K.E. *Definindo Musicoterapia* 2º ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000. 332 p.

CID 10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Disponível em: [www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.ht...](http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.ht...) Acesso em: 15/10/15.

COSTA, C.M. *O despertar para o outro: musicoterapia*. São Paulo: Sammus Editorial, 1989. 127 p.

CRAVEIRO, L.S. *A teia do tempo e o autista: música e musicoterapia*. Goiânia: UFG, 2003. 178 p.

\_\_\_\_\_. Musicoterapia e Autismo: um “setting” em rizoma. *Revista Brasileira de Musicoterapia*, ano IV nº5, 1999.

DSM V - Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Disponível em: <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx...> Acesso em: 16/10/15

FONSECA, Karyne Cristine da et al. Credibilidade e efeitos da música como modalidade terapêutica em saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 2009.

GADIA, Carlos A. Autismo e doenças invasivas do desenvolvimento. *Jornal de Pediatria*, 2004.

GOLDBERG, Karla. Autismo: Uma perspectiva histórico-evolutiva. *Revista de Ciências Humanas-Educação*, 2012.

KLIN, Ami. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. *Rev. Bras. Psiquiatr.* vol.28, 2006.

PAREDES, S.S.G. O papel da musicoterapia no desenvolvimento cognitivo nas crianças com perturbação do espectro do autismo. 176 p. *Dissertação de Mestrado – Escola Superior de Educação Almeida Garrett*. Lisboa, 2012.

PUCHIVAILO, Mariana Cardoso. A história da musicoterapia na psiquiatria e na saúde mental: dos usos terapêuticos da música à musicoterapia. *Revista Brasileira de Musicoterapia*, Ano XVI nº 16, 2014. p. 122-142.

ROBBINS, Clive. <https://www.youtube.com/watch?v=67kOIJ1HNVs>

RUUD, E. *Caminhos da Musicoterapia*. São Paulo: Sammus Editorial, 1990. 107 p.

SCHURMANN, E.F. *A música como linguagem: uma abordagem histórica 2ª ed.* São Paulo: Brasiliense, 1990. 186 p.

TUCHMAN, R.F. e RAPIN, I. Onde estamos: visão geral e definições. In: Tuchman R, Rapin I. *Autismo: abordagem neorobiológica*. Porto Alegre: Artmed, 2009. P.17-34.

União Brasileira das Associações de Musicoterapia (UBAM).  
<http://www.musicoterapia.mus.br/quemsomos.php> acesso em 10/11/2015.