

MUSICOTERAPIA NA INTERAÇÃO SOCIAL DE PESSOAS COM TEA: ESTUDO DE REVISÃO

Eliamar Aparecida de Barros Fleury¹

Kelly Dantas dos Santos²

RESUMO: A Classificação Diagnóstica do Transtorno do Espectro Autista (TEA) de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM), em sua quinta edição abrange um conjunto de patologias com características comuns que outrora eram identificadas separadamente. O tratamento do TEA considera fatores como diferenças de idade, grau de comprometimento, comorbidades, situação familiar e social e saúde. As abordagens utilizadas devem contemplar as particularidades de cada caso, portanto, ocorre a inexistência de uma abordagem exclusiva no tratamento. No aspecto social das intervenções, as ações possuem uma perspectiva objetiva pautada no comportamento e outra subjetiva, que considera os processos afetivos e cognitivos subjacentes. A música em musicoterapia rompe barreiras que dificultam a comunicação e expressão de sentimentos do indivíduo com TEA, podendo proporcionar a reintegração dessas pessoas por meio do possível desenvolvimento de habilidades sociais. A partir desse conhecimento clínico e científico, o presente estudo de revisão, tem como objetivo abordar estudos sobre o TEA, interação social e habilidades sociais, associando-as à musicoterapia, como uma forma de tratamento a indivíduos com esse diagnóstico. Este artigo é parte de um projeto de pesquisa cadastrado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (UFG). Assim, espera-se trazer contribuições efetivas, em publicações futuras, sobre o tema abordado.

30

Palavras chave: Autismo; Interação Social; Musicoterapia.

1 Docente do curso de Graduação em Musicoterapia da Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, GO. Doutoranda do Programa Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás. Mestre em Música. Licenciada em Música e Graduada em Piano (UFG). Membro do NEPAM (Núcleo de Estudos Pesquisa e Atendimentos em Musicoterapia). Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5851347384403326>. Contato: elifleuryufg@gmail.com.

2 Discente do curso de Graduação em Musicoterapia da Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, GO. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9097103887220826>. Contato: kellydantasmt@gmail.com.

MUSIC THERAPY IN THE SOCIAL INTERACTION OF PEOPLE WITH ASD: STUDY REVIEW

Eliamar Aparecida de Barros Fleury
Kelly Dantas dos Santos

ABSTRACT: The Diagnostic Classification of Autism Spectrum Disorder (ASD) according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), in its fifth edition, covers a set of pathologies with common characteristics that were once identified separately. The treatment of ASD considers factors such as differences in age, degree of impairment, comorbidities, family and social status and health. The approaches used should take into account the particularities of each case, so there is no exclusive approach to treatment. In the social aspect of the interventions, the actions have an objective perspective based on behavior and a subjective perspective, which considers the affective and cognitive processes underlying. Music in music therapy breaks down barriers that hinder the communication and expression of feelings of the individual with ASD, and can provide the reintegration of these people through the possible development of social skills. Based on this clinical and scientific knowledge, the present review study aims to study studies on ASD, social interaction and social skills, associating them with music therapy as a form of treatment for individuals with this diagnosis. This article is part of a research project registered in the Research Ethics Committee 1 at the institution of origin of the study. Thus, it is hoped to bring effective contributions, in future publications, on the topic addressed.

Keywords: Autism; Social Interaction; Music Therapy.

INTRODUÇÃO

A etimologia da palavra autismo provém do prefixo grego “auto” - de si mesmo, *self*, reforçando a ideia de que o indivíduo autista vive num “mundo particular” ou não acessado, alheio a tentativa de contato com o outro (BRANDALISE, 2013; GATTINO, 2015).

A quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-V) refere que um dos critérios a ser avaliado no indivíduo portador do transtorno do espectro autista (TEA) diz respeito a dificuldades persistentes na comunicação social e na interação social em diversos contextos.

Para Benenzon (2011, p.179) “a musicoterapia é a primeira técnica de aproximação à criança autista, que permite a abertura de canais de comunicação”. No entendimento deste autor, a comunicação acontece para além da linguagem oral e escrita, inclui a música, as artes em geral e todo o comportamento humano (BENENZON, 2011).

Segundo Bruscia (2000) a musicoterapia possibilita a interação entre o(s) cliente(s) e terapeuta devido à sua particularidade essencialmente musical, além da facilidade que essa terapêutica oferece para o contato entre indivíduos.

A Comissão de Prática Clínica da Federação Mundial de Musicoterapia, a define como:

[...] a utilização da música e /ou seus elementos musicais (som, ritmo, melodia e harmonia) por um musicoterapeuta qualificado, com um cliente ou grupo, num processo para facilitar e promover a comunicação, a relação, a aprendizagem, a mobilização, a 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 (REVISTA BRASILEIRA DE MUSICOTERAPIA n. 2, 1996, p. 4).

Tendo em vista esse saber clínico e científico, o presente estudo de revisão, tem como objetivo abordar temáticas relevantes: o TEA, a interação social e habilidades sociais, tendo em vista que são apresentadas no DSM como um dos critérios diagnósticos do transtorno, associando-as à musicoterapia, como uma forma de tratamento a indivíduos com esse diagnóstico.

TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Historicamente, em 1943 o psiquiatra austríaco Leo Kanner fez uso do termo autismo para se referir sobre 11 crianças (8 meninos e 3 meninas) que apresentavam diversas características comuns como: incapacidade para interação social e extrema atração por objetos inanimados, constituindo uma “síndrome” nunca antes mencionada (KANNER, 1943).

Recentemente, a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-V) classifica como Transtorno do Espectro Autista (TEA) indivíduos que anteriormente eram identificados na qualidade de transtorno autista, transtorno de Asperger ou transtorno global do desenvolvimento e que apresentem, sem outra especificação, “déficits persistentes na comunicação social e na interação social” bem como “padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades” (DSM-V, 2014, p.50,51). Portanto, essa atual classificação do TEA abrange um conjunto de patologias com características comuns que outrora eram identificadas separadamente.

A literatura atual menciona que a causa do autismo está relacionada a fatores ambientais (idade parental avançada, baixo peso ao nascer, etc), fatores genéticos e fisiológicos (hereditariedade, poligenia, etc), havendo a possibilidade de sua existência com outras comorbidades, como deficiência intelectual e transtorno estrutural da linguagem. Sintomas psiquiátricos podem ser frequentes em indivíduos com TEA, como transtorno obsessivo compulsivo, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, transtornos de ansiedade e transtornos depressivos (DSM-V, 2014; SÃO PAULO, 2013). A possibilidade chega a 70% dos casos associados a um transtorno mental comórbido e 40% é a estimativa da existência de dois ou mais transtornos (DSM-V, 2014).

Dessa forma, o DSM-V (2014, p.53) aborda como características diagnósticas essenciais do autismo os seguintes aspectos:

[...] prejuízo persistente na comunicação social recíproca e na interação social (Critério A) e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (Critério B). Esses sintomas estão presentes desde o início da infância e limitam ou prejudicam o funcionamento diário (Critérios C e D).

De acordo com Amorim (2014), o DSM-V também sugere o registro de especificadores: “com ou sem deficiência intelectual, com ou sem comprometimento da linguagem concomitante, associado à alguma condição médica ou genética conhecida, ou a fator ambiental, associado a outro transtorno do desenvolvimento, mental ou comportamental, com catatonia”, sendo assim, o autismo é dividido em graus e sua gravidade é baseada conforme as necessidades de apoio requeridas.

O diagnóstico geralmente é feito nos primeiros anos de vida por meio de observação clínica tendo como parâmetros os critérios do DSM V e escalas diagnósticas (AMORIM, 2014; GATTINO, 2015). No entanto, o Departamento de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), apresentou recomendação recente aos médicos pediatras e profissionais de saúde que atuam com crianças durante a primeira infância, no sentido de realizarem triagem precoce para investigar traços do autismo através da escala Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT), que por sua vez, possui fácil acesso virtual e tradução em língua portuguesa (SBP, 2017).

Isso se deu devido a aprovação da Lei Nº 13.438, de 26 de abril de 2017, que obriga, por parte do Sistema Único de Saúde (SUS), a aplicação de procedimentos que objetivem identificar aspectos de risco para o desenvolvimento psíquico da criança a partir dos primeiros dezoito meses de vida, partindo do pressuposto de que quanto mais cedo a criança for estimulada melhores serão os resultados em nível de desenvolvimento cognitivo e sócio-adaptativo (BRASIL, 2017; SBP, 2017).__

Não existe exame específico para o autismo, porém há exames que podem auxiliar na investigação da síndrome e de outras doenças associadas, como pontua Amorim (2014): cariótipo com pesquisa de X frágil, EEG, RNM, erros inatos do metabolismo, teste do pezinho, sorologias para sífilis, rubéola e toxoplasmose, audiometria e testes neuropsicológicos.

TEA: FORMAS DE TRATAMENTO

O tratamento do autismo consiste em considerar vários fatores tais como diferenças de idade, grau de comprometimento, comorbidades, situação familiar e social, nível de recursos e desenvolvimento da comunidade em que está inserido, a oferta de educação (ou falta dela), saúde e assistência social (FUENTES et al., 2014). Segundo o Ministério da Saúde (MS), o tratamento deve proporcionar:

[...] recursos e alternativas para que se ampliem seus laços sociais, suas possibilidades de circulação e seus modos de estar na vida. Deve ampliar suas formas de expressar e se comunicar, favorecendo sua inserção em contextos diversos (BRASIL, 2015, p.75).

Também refere que a escolha das abordagens a serem utilizadas no tratamento de indivíduos com TEA devem contemplar as particularidades de cada caso, portanto, ocorre a inexistência de uma abordagem exclusiva no tratamento de pessoas com TEA (BRASIL, 2015).

As diversas abordagens mencionadas pelo MS e pelo manual Autism Speaks incluem Tratamento Clínico de Base Psicanalista, Análise do Comportamento Aplicada (Applied Behavioral Analysis – ABA), Comunicação Suplementar e Alternativa (CSA), Integração Sensorial, Tratamento e Educação para Crianças com Transtornos do Espectro do Autismo (TEACCH), acompanhamento terapêutico, uso de aparelhos de alta tecnologia, tratamento medicamentoso (BRASIL, 2015); Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Floortime, Fisioterapia, Sistema de Comunicação por Troca de Figuras (Picture Exchange Communication System – PECS), Treinamento de Integração Auditiva, Dieta livre de glúten e de caseína (AUTISM SPEAKS, 2008); e, conforme Bruscia (2000), Barcellos (2004) e Benenson (2011), acrescentamos a Musicoterapia, foco desse estudo.

Apesar de o autismo ser um transtorno do desenvolvimento identificado durante a infância, transformações relevantes referentes aos sintomas autistas ao longo da vida irão resultar em impactos no indivíduo quando adulto. Essas transformações necessitarão de monitoramento contínuo e adaptação individualizada para potencializar programas

de apoio. Ainda assim, será necessário olhar para o autista como um todo, buscando o conhecimento e envolvimento da família, bem como, a participação da comunidade que o cerca (FUENTES et al., 2014).

Ramos, Xavier e Morins (2012) afirmam que os sinais que estabelecem a base do diagnóstico de TEA no adulto apoiam-se numa anamnese criteriosa e no exame do estado mental. De acordo com esses autores, o diagnóstico no autista adulto frequentemente é realizado quando:

[...] o indivíduo tem um filho que recebe o diagnóstico de autismo ou de outra perturbação do espectro e as manifestações clínicas são reconhecidas como semelhantes as que ele próprio apresentou na infância. Alternativamente, adultos com história arrastada de dificuldades sociais e comportamentos “problemáticos” podem vir a receber este diagnóstico após uma avaliação correta. Contudo, o diagnóstico torna-se difícil quando não é possível apurar adequadamente a história pessoal do desenvolvimento e os padrões sintomáticos precoces. A ausência de informação colateral (relato dos pais inacessível ou registros médicos indisponíveis) ou as limitações inerentes a memória são também dificuldades adicionais à realização do diagnóstico de TEA no adulto (RAMOS; XAVIER; MORINS, 2012, p.13).

Como apresentado por Ramos, Xavier e Morins (2012) pais de autistas podem receber diagnóstico do transtorno com base no diagnóstico de seu filho e em uma avaliação clínica criteriosa de suas histórias de vida. No entanto, essa não é uma tarefa simples devido à dificuldade de obtenção dessas informações.

Smith, Greenberg e Mailick (2012) em estudo sobre adultos com autismo, pontuam que o processo de transição do adolescente autista para a fase adulta é particularmente estressante, tanto para o indivíduo quanto para sua família, tendo em vista que é característica do fenótipo comportamental dos portadores desse transtorno, a dificuldade de enfrentamento ante as mudanças. Além disso, há inúmeros desafios a se encarar quanto à assistência educacional, profissional e terapêutica do autista adulto.

O desenvolvimento da idade pode amenizar sintomas como estereotípias e isolamento (MEIRELES, 2005). O DSM-IV, citado por Meireles, aponta que:

[...] apenas uma pequena porcentagem dos indivíduos com transtorno chegam a viver e trabalhar de modo independente, quando adultos. Em cerca de um terço dos casos, algum grau de independência parcial é possível, porém com a persistência de algumas características como os padrões peculiares da fala e comunicação, o isolamento social, interesses e atividades acentuadamente restritos. Raramente chegarão a se casar (DSM-IV, 1994 apud MEIRELES, 2005, p.27)

O DSM-V (2014), ao referir sobre os indivíduos adultos com TEA, sem deficiência intelectual ou atraso na fala, cita que os déficits na reciprocidade socioemocional (que abrange habilidade de se relacionar com o outro, dividir sentimentos e ideias) podem se apresentar com maior frequência em “dificuldades de processamento e resposta a pistas sociais complexas, por exemplo, ‘quando’ e ‘como’ entrar numa conversa” (p. 53).

Além de ansiedade, esses indivíduos podem sofrer com intenso gasto de energia para conjecturar o que é socialmente intuitivo para grande parte das pessoas. Por mais que desenvolvam estratégias favoráveis para os desafios da vida em sociedade, frequentemente terão que lidar com novas situações em seus contextos (DSM-V, 2014).

O DSM-IV (1994) citado por Meireles (2005) aponta que na fase adulta, uma minoria de portadores de TEA consegue viver e trabalhar de forma independente; e o DSM-V relata que, ainda assim, observa-se ingenuidade e vulnerabilidade social, com especial predisposição ao estresse, a ansiedade e depressão (DSM-V, 2014).

Apesar disso, é possível encontrar autistas com capacidades intelectuais superiores e que as desenvolvem profissionalmente. Como é o caso da autista norte-americana Temple Grandin, especialista no ramo pecuário, escritora, professora e PhD em Ciência Animal (REVISTA AUTISMO, 2012).

Em estudo transversal sobre o potencial de empregabilidade de jovens adultos com autismo de alta funcionalidade ou síndrome de Asperger, realizado por Baptista (2015), obteve-se amostra de 360 empresas portuguesas contatadas e 56 respostas válidas. Como critérios de inclusão, as empresas deveriam utilizar tarefas repetitivas e possuir potencial para contratação de pessoas autistas.

Através de questionários respondidos pelos responsáveis do departamento de recursos humanos bem como outros cargos de chefia como gerentes ou diretores identificou-se que 36% dos respondentes afirmaram que possivelmente avaliariam a contratação de pessoas com autismo para desenvolver tarefas repetitivas. Apenas 2% das respostas foram

negativas à contratação de autistas (BAPTISTA, 2015). Segundo o autor, uma das maiores dificuldades encontradas nos resultados desse estudo diz respeito à socialização desses indivíduos com o restante da equipe de trabalho, correspondendo a 51% de concordância dos respondentes.

Contudo, os resultados desse estudo evidenciam a existência de aceitação, por parte das empresas portuguesas investigadas, no recrutamento de jovens adultos com autismo de alta funcionalidade ou síndrome de Asperger (BAPTISTA, 2015), apesar da dificuldade de interação social dos mesmos.

INTERAÇÃO SOCIAL E HABILIDADES SOCIAIS

A atenção demonstrada pela Psicologia referente aos assuntos relacionados à evolução do desempenho interpessoal é relativamente antiga. Grande parte das teorias do desenvolvimento discute sobre a relevância das interações sociais quanto à saúde mental e desenvolvimento humano, abarcando diferentes abordagens teórico-práticas dentro da esfera do conhecimento psicológico (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999, 2010; ARANHA, 1993).

Lev Semyonovitch Vygotsky, advogado, filósofo e psicólogo russo, renomado estudioso do desenvolvimento infantil do século XX, considerou o pressuposto de que “o comportamento humano só pode ser entendido como história do comportamento” (VYGOTSKY, 1998, p.11). Os estudos científicos desse autor fundamentaram a teoria histórico-cultural ou sociocultural, que surge do conceito de que todo organismo é ativo e cria interação ininterrupta entre as condições sociais, que podem se modificar, e a base biológica do comportamento humano (LUCCI, 2006).

Segundo Duran (1993) existem três níveis de se pensar o homem: o social-sociológico, o individual-psicológico e o cultural-antropológico, visto que essas compreensões “sempre se exigem uma à outra pois são insuficientes para apreendê-las na totalidade” (p.3). Esse autor observou que existem processos de mediação na passagem entre esses níveis, onde:

A interação aparece como um momento mediador entre o nível social-sociológico e cultural-antropológico, de um lado, e o nível individual-psicológico de outro. Por via da interação se constituem os níveis mais abrangentes, social e cultural, e nela se viabiliza o nível individual. Sem esse momento da interação não podemos compreender totalmente os níveis mais e menos abrangentes (DURAN, 1993, p. 04).

Essa interação é mencionada como “interação social”, sobre a qual Duran (1993) enfatiza que o “*social* constitui uma referência ao outro humano, ao indivíduo que não sou eu e que, comigo, divide a cena que me permite, a mim e a ele, agir”, (p. 4). Para além de uma caracterização exclusivamente coletiva, o autor compreende que o vínculo com o outro, feito através do contato social, constitui experiência essencial para o próprio desenvolvimento humano.

Nesse sentido, Duran (1993) ressalta que a maioria das vivências essenciais para o desenvolvimento estão conectadas ao outro e necessitam dele. O mundo que cerca o homem contém pessoas, coisas, lugares, atitudes que são definidas através da história e apreendidas devido ao contato social, de onde provém sua própria constituição como indivíduo.

A interação social para Duran (1993) pode ser utilizada observando algumas instâncias, primeiramente no sentido literal, quando as ações de uma pessoa em relação à outra “são reciprocamente orientadas e dependentes” (p.06). Em seguida, no momento em que não acontece tal reciprocidade de orientação e dependência; “ou, por exemplo, o outro se dá conta da ação do primeiro e reage a ela, mas a ação adequada, no caso, é dirigida a um terceiro objeto” (DURAN, 1993, p. 06). Por último, refere-se às relações sociais que se estabelecem através de eventos consecutivos de interação social em que cada evento atinge seu sentido tanto anterior quanto posterior.

As ações compreendidas na interação possuem uma perspectiva objetiva pautada no comportamento e outra subjetiva que considera os processos afetivos e cognitivos subjacentes (DURAN, 1993).

Uma das tendências de investigação científica sobre essa temática vislumbra a interação como um sistema comportamental de ampla importância adaptativa para os seres humanos (SCHAFFER, 1984 apud ARANHA, 1993).

Alguns teóricos compreendem o estudo do comportamento a partir do desenvolvimento infantil. Visto isso, tem-se o movimento denominado Habilidades Sociais (HS) cuja investigação inicial se deu a partir de olhares para o comportamento social de crianças através de trabalhos desenvolvidos por Salter (1949), Wolpe (1959) e Lazarus (1971), (MENDES, 2011).

A expressão Habilidades Sociais refere-se à área teórico-prática do Treinamento de Habilidades Sociais (THS). Foi explorada de maneira abrangente e detalhada por Del Prette e Del Prette (1999; 2001), pesquisadores brasileiros. A definição do termo contempla um aglomerado de performance que o indivíduo apresenta mediante as exigências de situações interpessoais (BOLSONI-SILVA; CARRARA, 2010; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999).

Para Del Prette e Del Prette (1999) o desenvolvimento de habilidades sociais compreende aspectos de herança-ambiente – “o ambiente está em contínua transformação e grande parte desse ambiente é social” (p. 18), além de predisposições genéticas ou inatas - e processos de socialização que ocorrem no decorrer do ciclo vital do indivíduo, realizados por meio da aprendizagem.

O campo teórico-prático do THS traça diferentes modelos para intervenção terapêutica sobre dificuldades interpessoais (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999) a saber:

1. Modelo da Assertividade, proveniente de estudos experimentais, de laboratório, considera o paradigma do condicionamento respondente e operante;
2. Modelo da Percepção Social, favorece “a análise do processamento cognitivo inicial envolvido na habilidade de perceber e decodificar o ambiente social” (p.31);
3. Modelo da Aprendizagem Social que tem em vista a observação do comportamento do outro, indicando comportamentos bem sucedidos dentro do contexto social;
4. Modelo Cognitivo, que compreende o desenvolvimento de habilidades sociocognitivas a partir do contato da criança com seu habitat social;
5. Modelo da Teoria dos Papéis onde “o comportamento social depende, em grande parte, da compreensão do próprio papel e do papel do outro na relação social” (p.34).

Os autores discorrem sobre uma proposta explicativa, apresentando quatro possíveis causas das dificuldades interpessoais, relacionando-as com os modelos apresentados:

- a) o modelo da aprendizagem social e a vertente operante do modelo de assertividade, explicam as dificuldades interpessoais em termos dos déficits de habilidades no repertório do indivíduo;
- b) a vertente do condicionamento respondente propõe a hipótese da inibição pela ansiedade;
- c) o modelo cognitivo supõe mecanismos de inibição cognitivamente mediada;
- d) o modelo da percepção social e da teoria de papéis associa as dificuldades interpessoais a falhas no processamento cognitivo de estímulos sociais do ambiente (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999, p. 34).

As explicações mencionadas acima são hipóteses passíveis de análise das HS observando três dimensões, a *peçoal* (que engloba o repertório comportamental do indivíduo, cognitivo-afetivo, fisiológico e características sociodemográficas), a *situacional* (objetivos, regras e normas sociais, papéis formais e informais, repertório de elementos para alcance dos objetivos, sequências de interação, conceitos e contexto físico da ação) e, por último, a dimensão *cultural* (que se relaciona com a dimensão situacional, considerando as peculiaridades histórico-culturais de determinada etnia) (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999)

Portanto, tendo em vista que Habilidades Sociais é um conjunto de comportamentos manifestos em interação social (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999), ao se tratar sobre autismo, essa perspectiva da Psicologia traz elementos de relevância para a temática.

MUSICOTERAPIA E TEA

A história da aplicação da musicoterapia em autistas possui uma estreita relação com o início da sistematização da musicoterapia como profissão a partir da década de 1940, principalmente nos Estados Unidos (RESCHKE-HERNÁNDEZ, 2011).

Nas décadas seguintes, ocorreram episódios fundamentais que sistematizaram e propagaram a prática clínica da Musicoterapia a pessoas com autismo, tais como: criação da National Association of Music Therapy (NAMT) nos EUA, a Society of Music Therapy and Remedial Musica no Reino Unido, a fundação do Journal of Music Therapy, os trabalhos de Paul Nordoff, Clifford Madsen et al., Juliete Alvin, Rolando Benenson e a criação de modelos de Musicoterapia como Musicoterapia Orff e Musicoterapia Criativa (GATTINO, 2015).

Brandalise (2013) realizou um estudo de revisão sistemática sobre a aplicação da musicoterapia em pacientes com TEA, a partir de estudos da literatura mundial. Os critérios de inclusão foram trabalhos clínicos e pesquisas que apresentassem resultados clínicos. Foram efetuadas buscas em livros e periódicos científicos renomados da área, como o tradicional Journal of Music Therapy, e, em nível nacional, a Revista Brasileira de Musicoterapia.

Segundo este autor, a regularidade dessas publicações começou a avançar somente nos últimos 20 anos. No Brasil, apesar do tamanho investimento na atuação com essa clientela recentemente, as publicações de musicoterapeutas sobre o assunto ainda são poucas (BRANDALISE, 2013).

De acordo com Araújo e Ansay (2015) e Brandalise (2013) a principal técnica musicoterapêutica utilizada nas intervenções com autistas é a improvisação musical. Na improvisação musical o cliente/paciente “faz música tocando ou cantando, criando uma melodia, um ritmo, uma canção ou uma peça musical de improviso” (BRUSCIA, 2000, p.124).

A abordagem Musicoterapia Improvisacional, estruturada por Bruscia (1987) consiste em um conjunto de técnicas que são frequentemente utilizadas pelo musicoterapeuta para “transmitir empatia, fornecer uma estrutura musical para a improvisação do cliente, organizar o processo de improvisação, estimular as improvisações referenciais, explorar emoções e discutir questões terapêuticas” (p.3). Nesse sentido, Freire e Parizzi (2015), em um estudo controlado randomizado, que objetivou investigar o desenvolvimento musical de 25 crianças autistas de idades entre 02 a 06 anos que tiveram tratamento com a Musicoterapia Improvisacional, constataram que essa modalidade da Musicoterapia contribuiu de maneira relevante no desenvolvimento global dessas crianças, nos aspectos comunicação, socialização e comportamentos repetitivos.

Conforme Gattino (2015), em qualquer experiência musical o paciente autista possui três alternativas para envolvimento: estar situado em uma estrutura, ter uma experiência de auto-organização, e ter experiências com relação aos demais. Essa última diz respeito às relações de um indivíduo diante de um grupo de pessoas, ou um grupo diante de outro grupo, em que se constitui uma relação coletiva de vivências musicais.

Segundo esse autor, a música poderá repercutir em diferentes níveis de ação do indivíduo (GATTINO 2015): promovendo um contexto musical que proporcione maneiras de expressão e comportamento socialmente aceitáveis; comportamento auto-orientado que se responsabiliza com o outro para que ambos participem da atividade musical, da interação verbal e não-verbal e o aprendizado de habilidades sociais dentro do ambiente terapêutico e que se amplia para outros contextos do paciente.

Para Craveiro de Sá (2003), os objetivos que se pode alcançar na clínica musicoterapêutica com essa clientela são:

[...] (1) entrar em comunicação com a criança autista, partindo-se do nível em que ela se encontra; (2) **desenvolver** (grifo nosso) e ou ampliar a capacidade de auto expressão do autista; (3) diminuir ou extinguir comportamentos patológicos (indesejáveis), tais como: isolamento, hiperatividade, auto agressividade, estereotípias, tensões emocionais, desorganizações da linguagem, etc; (4) romper barreiras impostas pelos comportamentos obsessivos, ajudando o autista assimilar mudanças e variações; (5) ultrapassar ou remover obstáculos emocionais e ou cognitivos existentes; (6) **desenvolver** (grifo nosso) um fluxo de senso temporal; (7) **desenvolver** (grifo nosso) e ampliar a comunicação com o autista através de uma linguagem não verbal [...]; (8) **desenvolver** (grifo nosso) a comunicação e a interação social (CRAVEIRO DE SÁ, 2003, p. 109-10)

Conforme essa autora, (2003) referidos objetivos podem ser alcançados nas diversas manifestações de comprometimento e dificuldades do autista. Observa-se na citação anterior o destaque ao verbo desenvolver, evidenciando assim, o sentido de crescimento. Enfim, em meio à uma condição patológica do indivíduo, música, cliente e terapeuta, juntos, podem chegar a um *fazer crescer*.

Nessa perspectiva, Fernandes (2016), ao discorrer sobre um dos objetivos essenciais da Musicoterapia com essa clientela, conclui que a música rompe barreiras que dificultam a comunicação e expressão de sentimentos do indivíduo com TEA, ou seja, essa terapêutica atua de maneira “moderadora/inclusiva”, podendo proporcionar a reintegração dessas pessoas nas habilidades da vida diária.

Já a musicoterapia associada à dança pode contribuir com melhorias na capacidade de empatia, autocontrole frente às dificuldades emocionais e autoconhecimento do esquema corporal de jovens adultos com diagnóstico de autismo severo (MATEOS-MORENO; ATENCIA-DONA, 2013).

No contexto educacional a musicoterapia pode ser inserida tanto em instituições de ensino regular quanto de ensino especial. Nesses ambientes, a atuação do musicoterapeuta procura atingir objetivos inerentes ao aprendizado e desenvolvimento de habilidades cognitivas, motoras, sociais e emocionais (CUNHA; VOLPI, 2008).

Na educação especial especificamente, é de suma importância que as intervenções musicoterapêuticas colaborem com o planejamento de estratégias que favoreçam aos indivíduos acrescentarem dignidade e qualidade às suas vidas, tendo em vista os direitos que esses eles têm de ser e existir, conquistados ao longo da história (CUNHA; VOLPI, 2008).

Em estudo de revisão sobre musicoterapia e autismo e posterior intervenção com um menino autista em contexto escolar, Casas (2011), apresenta o resultado de que esta terapêutica, em atendimento multidisciplinar, favorece de maneira relevante o desenvolvimento social e pessoal de crianças autistas. Uma das melhoras relatadas nesse estudo diz respeito à área afetiva, pois a criança passou a usar o sorriso social e a demonstrar gestos afetivos como beijos e abraços em retribuição aos gestos recebidos por seus colegas e educadores.

Guerreiro (2015) afirma que as intervenções musicoterapêuticas com indivíduos com TEA e com os que apresentam deficiências intelectuais, devem ser direcionadas a elementos de socialização, estimulando o contato com os outros e diferentes maneiras de comunicação (verbal e não verbal) favorecendo a integração do indivíduo de forma mais viável possível.

De acordo com essa autora, em estudo de caso realizado sobre a intervenção da musicoterapia em adultos autistas no contexto da educação especial, é fundamental que os benefícios desta terapêutica sejam conhecidos pela população, pelos profissionais e pelas instituições que atuam com variedade de patologias psíquicas e intelectuais. Alerta a autora que,

Era igualmente importante que a população envolvida no sistema educativo geral, e aqueles que trabalham com os indivíduos especiais, principalmente com os portadores de espectro de autismo, tivessem uma ideia clara sobre os benefícios que a música desencadeia e como é que a musicoterapia intervém (GUERREIRO, 2015, p.77).

Observa-se a importância de publicações a respeito dos benefícios da música no tratamento de pessoas com TEA, através da musicoterapia que, a partir dos estudos acima apresentados, pode ser entendida como uma abordagem terapêutica essencial no desenvolvimento e resgate do ser social que existe nesse indivíduo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese, apresentamos estudos relevantes sobre TEA, interação social e habilidades sociais e a Musicoterapia. A integração dessas temáticas, poderá oferecer conhecimentos que incentivem o desenvolvimento de estudos sobre o indivíduo autista na fase adulta.

Ponderamos acerca da necessidade de investigações que contemplem os efeitos da musicoterapia na interação social de indivíduos nessa fase da vida. Este artigo é parte de um projeto de pesquisa cadastrado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás. Assim, espera-se trazer contribuições efetivas, em publicações futuras, sobre o tema abordado.

REFERÊNCIAS

AMORIM, L.C.D. **Associação de Amigos do Autista**. Publicado em 2014. Disponível em: <<http://www.ama.org.br/site/diagnostico.html>>. Acesso em: 23 jul. 2016.

ARANHA, M.S.F. A interação social e o desenvolvimento humano. *Ribeirão Preto*, v. 01, n. 03, dez, 1993. **Temas psicol.** Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X1993000300004>. Acesso em: 26 jun. 2017.

ARAUJO, J.M. G; ANSAY, N.N. Panorama nacional das publicações de musicoterapia do Transtorno do Espectro Autista (TEA) - de 2005 a 2015. **Revista InCantare**, Curitiba, v.06, n.02, p.122-148, 2015.

ASPERGER, H. Os “psicopatas autistas” na idade infantil. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, Clássicos da Psicopatologia, São Paulo, v.18, n. 02-04, p. 314-727, 2015.

AUTISM SPEAKS Inc. 2008 **Um kit de 100 dias**. Disponível em: <http://www.autismspeaks.org/sites/default/files/100_day_kit_brazilian_portuguese.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2017.

BAPTISTA, J.A.A. **O Potencial para a Empregabilidade de Pessoas com Autismo de Alto Funcionamento ou Síndrome de Asperger nas Empresas Portuguesas**. 2015. 55f. Dissertação. (Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde)-ISCTE Business School, Instituto Universitário de Lisboa, 2015. Disponível em: <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/11856/1/Joana%20Baptista_tese.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2017.

BARCELLOS, L.R.M. **Musicoterapia: Alguns escritos**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2004. 142 p.

BENENZON, R.O. **Musicoterapia. De la teoría a la práctica**. Nueva edición ampliada. Madrid: Paidós, 2011.

BOLSONI-SILVA, A.T.; CARRARA, K. Habilidades sociais e análise do comportamento: compatibilidades e dissensões conceitual-metodológicas. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v.16, n.2, p. 330-350, ago. 2010.

BRANDALISE, A. Musicoterapia Aplicada à pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA): uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, v. 15, n. 15, 2013, p. 28-42.

BRASIL. **Decreto nº 13.438, de 26 de abril de 2017**. Planalto. Brasília, DF, 26 abr. 2017. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13438.htm>. Acesso em: 17 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde/Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

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

BRUSCIA, K.E. **Improvisational Models of Music Therapy**. Illinois (USA), 1987.

CASAS, A.G. **Musicoterapia y autismo. Revisión de la literatura al respecto y aplicación en un caso práctico**. Tesina Máster de Musicoterapia. ISCEP, 2011.

CRAVEIRO DE SÁ, L. **A teia do tempo e o autista: música e musicoterapia**. Goiânia: UFG, 2003

CUNHA, R.; VOLPI, S. A prática da Musicoterapia em diferentes áreas de atuação. **Revista Científica/FAP**, Curitiba, v.3, p. 85-97, jan./dez. 2008. Disponível em: <http://www.fap.pr.gov.br/arquivos/File/RevistaCientifica3/11_Rosemyriam_Cunha_Sheila_Volpi.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2017.

DEL PRETTE, Z.A.P; DEL PRETTE, A. Habilidades sociais e análise do comportamento: Proximidade histórica e atualidades. **Revista Perspectivas**, v. 01, n.02, p. 104-115, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-35482010000200004>. Acesso em: 26 jun, 2017.

DEL PRETTE, Z.A.P; DEL PRETTE, A. **Psicologia das habilidades sociais: terapia e educação**. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

DSM-V, American Psychiatric Association. Maria Inês Corrêa Nascimento et al. (trad.). Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <<http://c026204.cdn.sapo.io/1/c026204/cld-file/1426522730/6d77c9965e17b15/b37dfc58aad8cd477904b9bb2ba8a75b/obaudoeducador/2015/DSM%20V.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2016.

DURAN, A.P. Interação social: o social, o cultural e o psicológico. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 01, n. 03, dez, 1993. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X1993000300002>. Acesso em: 26 jun, 2017.

FERNANDES, P.R.S. Musicoterapia e Perturbação do Espectro do Autismo. **Journal of Research in Special Educational Needs**, Braga, v. 16, n. 01, p. 725–730, 2016.

FREIRE, M.H.; PARIZZI, M.B. As relações dos efeitos terapêuticos da Musicoterapia Improvisacional e o desenvolvimento musical de crianças com autismo, **Revista Nupeart**, v. 14, p. 47-55, 2015.

FUENTES, J. et al. **Autism spectrum disorder**. In Rey JM. (ed.) IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2014.

GATTINO, G.S. **Musicoterapia e autismo: teoria e prática**. São Paulo: Memnon, 2015.

GUERREIRO, M.F.C.F. **A intervenção da Musicoterapia em adultos portadores da perturbação do espectro de autismo**. 2015. 100 f. Dissertação (Mestrado em Musicoterapia)-Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Lusíada de Lisboa, 2015. Disponível em: <http://repositorio.ulusiada.pt/bitstream/11067/2157/1/mmt_maria_guerreiro_dissertacao.pdf>. Acesso em: 08 maio 2016.

KANNER, L. **Distúrbios autísticos do contato afetivo**. Profala, [1943]. Disponível em: <<http://www.profala.com/artautismo11.htm>>. Acesso em: 2 abr. 2017.

LUCCI, M.A. A proposta de Vygotsky: a psicologia sócio-histórica. **Revista de currículum y formación del profesorado**, v. 10, n. 02, 2006. Disponível em: <<http://www.ugr.es/~recfpro/rev102COL2port.pdf>>. Acesso em: 26 jun, 2017.

MATEOS-MORENO, D.; ATENCIA-DONA, L. Effect of a combined dance/movement and music therapy on young adults diagnosed with severe autism. **The Arts in Psychotherapy**, Spain, 40, p. 465–472, 2013.

MEIRELES, A.O. **A contribuição da Musicoterapia no diagnóstico precoce do autismo infantil**. Monografia. Universidade Federal de Goiás, Escola de Música e Artes Cênicas. Graduação em Musicoterapia. Goiânia, 2005.

MENDES, A.R.S. **Influência das habilidades sociais no processo de ensino aprendizagem**. Jussara: UEG, 2011. Disponível em: <http://www.cdn.ueg.br/source/jussara/conteudoN/1209/MONOGRAFIA_AUREA.pdf> Acesso em: 01 jul, 2017.

RAMOS, J.; XAVIER, S.; MORINS, M. Perturbações do Espectro do Autismo no adulto e suas comorbidades psiquiátricas. **Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca**, v. 10, n. 2, dez, 2012.

RESCHKE-HERNÁNDEZ, A.E. History of music therapy treatment interventions for children with autism. **Journal of Music Therapy**, n. 48, v. 2, 2011.

REVISTA BRASILEIRA DE MUSICOTERAPIA, n.2. **Definição de musicoterapia**. Rio de Janeiro: UBAM, 1996. Disponível em: <http://www.revistademusicoterapia.mus.br> Acesso em: 30 mar, 2017.

SÃO PAULO (Estado). **Protocolo do Estado de São Paulo de diagnóstico, tratamento e encaminhamento de pacientes com o Transtorno de Espectro Autista (TEA)**. 1 Ed. São Paulo: SEDPcD, 2013. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/homepage/protocolo_tea_sp_2014.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2017.

SMITH, L.E.; GREENBERG, J.S.; MAILICK, M.R. Adults with Autism: Outcomes, Family Effects, and the Multi-Family Group Psychoeducation Model. **Curr Psychiatry Rep**, USA, v. 14, p.732-738, set. 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Triagem precoce para Autismo/Transtorno do Espectro Autista**. Departamento de Pediatria do Desenvolvimento da Sociedade Brasileira de Pediatria. Documento científico, n. 1, 2017.

VYGOTSKY, L.S. **A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores**. COLE, M. et al (Org); tradução José Cipolla Neto, Luís Silveira Menna Barreto, Solange Castro Afeche., 6. ed., São Paulo: Martins Fontes, 1998.

WING, L. Autism spectrum disorders. **BMJ**, v.12, fev., 1996. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2350247/>>. Acesso em: 15 jun. 2017.