

## **Uma viagem pelas sonoridades comunicativas nos Transtornos do Espectro do Autismo na infância**

A musicoterapia como facilitadora da expressão verbal e não-verbal da criança com Transtorno do Espectro do Autismo

*Juliana Simoni Silva*

**Resumo:** O presente artigo tem como objetivo demonstrar a eficácia da musicoterapia na melhora da comunicação verbal e não-verbal da criança com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA). Para isso, propõe-se verificar as propostas já realizadas por musicoterapeutas, através de uma revisão bibliográfica, e por relatos de experiência da autora como estagiária em musicoterapia.

**Palavras-chave:** musicoterapia; autismo; comunicação; expressão.

**Abstract:** This article aims to demonstrate how music therapy may be extremely effective in improving verbal and non-verbal communication on children with Autism Spectrum Disorder (ASD). To this end, it proposes to verify the proposals already made by music therapists, through a literature review and reports on the author's experience as an intern in music therapy.

**Key words:** Music Therapy; autism; communication; expression.

### **Introdução:**

O déficit na comunicação é um dos principais comprometimentos que caracterizam os TEA. Há uma relação direta entre a ocorrência de comportamentos disruptivos e autolesivos devido, principalmente, à dificuldade de comunicar necessidades e desejos. Essa dificuldade, bem como os comportamentos socialmente inapropriados associados à ela, geram sofrimento ao indivíduo e à sua família, pois muitas vezes esses comportamentos são extremamente agressivos, dificultam e muitas vezes impedem a inclusão social do sujeito com TEA. A musicoterapia mostra-se eficiente para fazer o contato com a criança com TEA e abrir canais de comunicação para que ela possa expressar suas necessidades e desejos.

A metodologia utilizada foi o estudo bibliográfico, através de pesquisas e relatos de experiências clínicas de musicoterapeutas que trabalham na área do autismo. Além disso, foi feito um paralelo da pesquisa bibliográfica com as experiências da autora em seu estágio em musicoterapia com crianças com TEA com a musicoterapeuta Priscila Borchardt.

### **O Autismo:**

De acordo com Rosenberg (2011), o autismo foi descrito em 1943 pelo médico Dr. Leo Kanner, em seu artigo publicado na revista “The Nervous Child”. No artigo são descritos 11 casos de crianças caracterizadas por ele por uma síndrome única, a qual denominou como “distúrbios autísticos do contato afetivo”. Em 1949, Kanner passa a denominar esse quadro de “autismo infantil precoce”. Os principais sintomas descritos são: inabilidade de se relacionar com pessoas e situações desde o início de sua vida, uma solidão autista extrema em relação aos estímulos externos, falha em assumir uma postura antecipatória, dificuldade em adquirir uma fala comunicativa e uma excelente memória em “bloco”.

Na época, Kanner explicou o autismo como uma síndrome de causas ambientais; Para ele uma criança biologicamente normal se tornaria autista por causa de cuidados inapropriados de sua mãe, a qual não seria afetuosa. Kanner reconheceu seu equívoco e se retratou em 1946 em seu livro “Em Defesa das Mães”. No entanto, essa hipótese, conhecida como a hipótese da “mão geladeira” prevaleceu por vários anos e apenas na década de 1960, as causas biológicas passaram a ser defendidas por pesquisadores, médicos e terapeutas.

De acordo com Schwartzman (2011), a causa do autismo ainda não foi descoberta, visto que até o momento não foi identificado um único marcador biológico presente em todos os casos de TEA diagnosticados clinicamente. Contudo, a explicação mais aceita é a de fatores genéticos associados a fatores multifatoriais.

O TEA, de acordo com Scharzman (2011), é um conjunto de síndromes, nas quais, existem prejuízos nas interações sociais, déficits na comunicação verbal e não-verbal, limitação das atividades, interesses e padrões de comportamento estereotipados. Segundo o autor: “Muito embora não conste de nenhuma classificação oficial, o termo Transtorno do Espectro do Autismo tem sido amplamente utilizado para se referir a três dessas condições que têm vários aspectos em comum: o Autismo Infantil, a Síndrome de Asperger e o Transtorno Global do

Desenvolvimento Sem Outra Especificação” (2011, p.38). Os TEA são extremamente variados em suas manifestações.

As características do TEA formam uma tríade de prejuízos: na comunicação, na socialização e no uso da imaginação. O prejuízo na comunicação inclui, além da dificuldade na linguagem verbal, a dificuldade na linguagem não-verbal (gestos, expressões corporais e faciais, ritmo e modulação na linguagem verbal e etc), abrangendo tanto a expressão quanto a interpretação. O prejuízo na socialização é a dificuldade de relacionar-se com os outros, dificuldade de compartilhar sentimentos, gostos, emoções e etc. Geralmente, o indivíduo não faz diferenciação entre as pessoas, por esse motivo pode se relacionar com pessoas desconhecidas com abraços, beijos e etc. Nesses comportamentos ocorre um padrão repetitivo que não têm nenhuma intenção de relacionamento social. Outros fatores que dificultam a interação social do autista é a falta ou diminuição da capacidade de imitar e de empatia, de se colocar no lugar do outro, de compreender os fatos através da perspectiva do outro. A dificuldade no uso da imaginação ocorre em várias áreas do pensamento, linguagem e comportamento. Há uma ausência de atividades imaginativas, o autista não brinca de “faz-de-conta”. Ela pode ser percebida por uma forma de brincar desprovida de criatividade e pela exploração peculiar de objetos e brinquedos, com movimentos repetitivos, como por exemplo, brincar de carrinho com o brinquedo de ponta cabeça , girando apenas uma roda com o olhar fixo para essa roda durante horas.

Os TEA estão inseridos em um grupo de uma série de condições, com várias similaridades denominadas Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD). O diagnóstico dos TGD é clínico, e os critérios a serem avaliados foram descritos pela Organização Mundial de Saúde ,no CID-10 (Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a saúde) e pela Associação Americana de Psiquiatria, no DSM.IV.TR (Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais). Os TEA acometem mais meninos, em uma proporção de 3 meninos para cada 4 indivíduos . Os TEA podem vir associados à outras patologias como deficiência mental, Síndrome de Down, Síndrome de Willians, Síndrome de Tourette, hidrocefalia, entre outras.

#### **A comunicação e o autismo:**

A extensão de comprometimentos comunicativos nos TEA é ampla, podendo variar de acordo com o grau de severidade do quadro clínico, assim englobam desde ausência de linguagem verbal até

linguagem verbal preservada. De acordo como Macedo e Orsati (2011), estudos apontam que 20 a 30 % de indivíduos com autismo não desenvolvem linguagem verbal.

A fala dos indivíduos que possuem linguagem verbal é defasada no tempo, com pouca ou nenhuma espontaneidade, com padrões incomuns de entonação e de ritmo, uso de palavras incomuns como de neologismos, de frases-chave, apresentando uma fala aparentemente pedante; Apresentam ecolalias imediatas ou tardias, inversão pronominal e muitas vezes, uma linguagem sem intenção comunicativa. Além das dificuldades na expressão, há uma dificuldade na compreensão e manutenção da conversação, pois apresentam discursos estereotipados e socialmente inapropriados, não compreendem comentários humorísticos ou sarcásticos, expressões como “perder a cabeça”, “show de bola” e etc. Possuem uma extrema dificuldade em compreender a mudança de significado de uma frase pela entonação do interlocutor, pois a capacidade de compreensão da frase é apenas literal.

Encontram-se nos quadros de TEA, déficits na linguagem não-verbal, como falhas na utilização de gestos, de mímica facial e de troca de olhar. Além disso, crianças autistas que não possuem meios verbais e não-verbais de expressão podem apresentar meios não convencionais e pouco adaptativos de se comunicar, como por exemplo, pedir alguma coisa manipulando a mão de uma pessoa sem olhar para ela, utilizando comportamentos agressivos, auto-agressivos e gritos aparentemente imotivados.

Para meio de comparação, segue um quadro relativo ao desenvolvimento da comunicação em crianças normais e autistas (tabela 1), desde o nascimento até os 6 anos, de acordo com Papalia, Olds e Feldman (2010), relativo ao desenvolvimento normal da criança e, de acordo com Saulnier, Quirnbach e Klin (2011) relativo ao desenvolvimento da criança com TEA.

**Tabela 1: Desenvolvimento da comunicação:**

<b>IDADE</b>	<b>CRIANÇA NORMAL</b>	<b>CRIANÇA COM TEA</b>
Recém-nascido: do nascimento a 1 mês	O bebê comunica-se através do choro e reconhece sons que ouviu no útero. Troca olhar com a mãe e aninha-se no seu colo.	O bebê geralmente não fixa o olhar, não se aninha no colo da mãe e não troca olhar com ela.
1 a 6 meses	O bebê emite arrulhos e reconhece palavras familiares. Começa a demonstrar interesse por outros bebês e pessoa através do olhar, de sons de arrulho e de sorriso.	O bebê apresenta contato visual pobre, habilidades limitadas para imitação e apresenta sorriso social restrito.
6 a 12 meses	O bebê reconhece sons na língua nativa. Balbucia e repete sons lingüísticos. Poderá pronunciar suas primeiras palavras.	O bebê geralmente não interage com sorrisos, nem com sons linguísticos.
12 a 18 meses	A criança expande e reduz os significados das palavras. Aparecem referenciais sociais e surge um primeiro estágio de empatia. Já possui atenção compartilhada.	A criança apresenta déficit na postura antecipatória, na intensidade do contato visual, em atividades de atenção compartilhada, em comportamentos afetivos e em respostas a fala.
18 a 30 meses	Emerge a explosão de nomeação, a criança passa a se envolver em conversações e super-regulariza as regras de linguagem. A criança apresenta comportamento pró-social.	Além das dificuldades ditas anteriormente, a criança utiliza de meios não convencionais para se comunicar, apresentando gritos aparentemente imotivados.

<b>IDADE</b>	<b>CRIANÇA NORMAL</b>	<b>CRIANÇA COM TEA</b>
30 a 36 meses	A criança aprende novas palavras quase diariamente, combina 3 ou mais palavras e passa a usar o tempo verbal no passado. Demonstra cada vez mais interesse em outras pessoas, especialmente crianças. Aplica termos descritivos a si própria.	A criança pode ou não apresentar linguagem verbal, quando a possui, ela é restrita e na maioria das vezes sem intenção comunicativa. Não demonstra interesse por outras pessoas.
3 a 4 anos	O vocabulário, a gramática e sintaxe evoluem e tornam-se mais complexos. A criança passa a se interessar mais por outras pessoas, especialmente crianças e ter seu relacionamento social.	A criança com TEA pode ou não ter adquirido linguagem verbal, geralmente apresenta ecolalias. A criança não demonstra interesse por outras crianças.
5 a 6 anos	A fala aproxima-se da fala do adulto, o vocabulário falado é cerca de 2.600 palavras, entende cerca de 20 mil palavras e consegue repetir uma história.	Nas crianças com linguagem verbal, a fala apresenta padrões incomuns de entonação e ritmo, muitas vezes, sem intenção comunicativa.

A atenção compartilhada referida na tabela é um marco importante do desenvolvimento, trata-se da capacidade para coordenar a atenção a um parceiro social, a um objeto ou a um evento de interesse mútuo, como por exemplo o gesto de apontar, alternar o olhar entre um objeto e a face do parceiro, com o objetivo de compartilhar. Esses comportamentos estão significativamente atrasados ou prejudicados nas crianças com TEA. Nos casos que surgem, isso só acontece por volta dos 17 a 30 meses, visto que em crianças normais aparece entre 9 e 14 meses.

**Musicoterapia:**

Segundo a Federação Mundial de Musicoterapia (WFMT, 2011):

Musicoterapia é o uso profissional da música e seus elementos, como uma intervenção em ambientes médicos, educacionais e do cotidiano com indivíduos, grupos, famílias ou comunidades que procuram otimizar a sua qualidade de vida e melhorar suas condições físicas, sociais, comunicativas, emocionais, intelectual, espiritual e de saúde e bem-estar. A investigação, a educação e a prática ao ensino clínico em musicoterapia são baseadas em padrões profissionais de acordo com contextos culturais, sociais e políticos.

A musicoterapia é uma ciência que estuda a relação entre o ser humano e a música. É um processo interpessoal que envolve o paciente e o terapeuta, o qual utiliza a música como som e movimento, com o objetivo de abrir canais de comunicação para que o paciente tenha um melhor relacionamento consigo mesmo e com o seu meio ambiente, desenvolvendo seus aspectos bio-psico-sociais, possibilitando sua (re)integração na sociedade.

Para Craveiro (2003, p. 106),

A musicoterapia traz benefícios tanto para pacientes cujas etiologias possam advir de uma causa orgânica quanto de uma causa psicogênica. Nas causas orgânicas (anormalidades neuroanatômicas, bioquímicas e outras), a indicação da musicoterapia encontraria respaldo nas reações biopsicofisiológicas, que o estímulo musical provoca no indivíduo e nas leis de compensação que regem as funções cerebrais- a neuroplasticidade

A utilização da música na musicoterapia é extremamente ampla. O musicoterapeuta utiliza como ferramenta de trabalho qualquer organização de sons, ausência de sons (silêncio) e movimentos. Além disso, na musicoterapia não há julgamento estético da música, assim tanto a música esteticamente estruturada, quanto o balanceio estereotipado de um indivíduo autista, ou um balbúcio de um bebê, entre outros, possuem a sua importância no processo musicoterapêutico.

### **Musicoterapia, autismo e comunicação:**

Para Benenzon (1985, p. 140),

não cabe a menor dúvida que a Musicoterapia é para a criança autista a primeira técnica de aproximação, pois o enquadre não-verbal é o que permite a estas crianças estabelecer os canais de comunicação.

A música, por ser de natureza não-verbal, é uma meio extremamente eficaz para abrir os canais de comunicação. Além disso, a música provoca e expressa diversos estados de espírito. Essa capacidade comunicativa da música está exemplificada nas trilhas sonoras de filmes, que se utilizam a música para manipular o estado de humor do telespectador, colocando-o no clima do filme.

Para Costa (95, p. 33), a música tem o poder de

Impulsionar e organizar as ações motoras, de possibilitar a comunicação e expressão emocional fora da organização lógica do discurso e de ajudar a memória ou a recuperação de lembranças, a música é da maior importância na (re)educação e desenvolvimento das potencialidades dos deficientes mentais

Segundo a autora, o contato direto com outras pessoas geralmente é extremamente invasivo para a criança com TEA, por esse motivo, a musicoterapia utiliza a técnica de objeto intermediário, ou seja, a música e os instrumentos musicais são utilizados para intermediar a relação entre terapeuta e paciente. Essa técnica foi desenvolvida por Bermudez em 1970, ao perceber em suas sessões de psicodrama com crianças, que era mais fácil obter respostas do paciente quando o terapeuta utilizava marionetes, assim, a criança reagia melhor quando a fonte sonora não era humana. No caso das marionetes, o objeto intermediário tem como emissão sonora a fala do terapeuta, já os instrumentos musicais emitem seu próprio som, os quais são característicos e peculiares, assim o som não é apenas uma forma de comunicação, mas também é, pelo seu timbre, um aspecto de sua identificação. Os instrumentos musicais como objetos



intermediários oferecem uma barreira protetora para a criança, diminuindo seu medo de se aproximar do terapeuta. Desta forma, pouco a pouco, a criança passa a confiar no terapeuta e é a partir dessa relação de confiança que a criança se permite a desenvolver suas capacidades e potencialidades.

Para Padilha (2008), a musicoterapia facilita o processo da fala e vocalização, estimulando o processo mental relativamente a aspectos como conceitualização, simbolismo e compreensão. Além disso, pode reduzir as vocalizações não comunicativas que impedem o progresso durante a aprendizagem da linguagem.

Segundo Perissinoto (2011), os estudos sobre as habilidades comunicativas integram os aspectos de socialização e exploração do ambiente, objetos, sons e pessoas. Para a autora, o desenvolvimento da linguagem está ligado ao desenvolvimento de atividades lúdicas, pois nessas atividades os comportamentos não-verbais como gestos de apontar, mostrar, trocar, olhar, sorrisos e brincadeiras são considerados precursores do desenvolvimento verbal. Desta forma, por ser uma terapia lúdica que se utiliza da música, um elemento de natureza não-verbal, bem como seus elementos e movimento como meio de comunicação, não há dúvidas de que a musicoterapia é essencial para despertar a comunicação da criança com TEA.

#### **Dados da revisão bibliográfica:**

Segundo Craveiro (2003), existem três principais vertentes relacionadas à prática clínica musicoterápica com autistas: uma, que se apóia no pensamento fenomenológico-existencial; outra, baseada nas teorias psicodinâmicas e, a terceira, mais voltada para as teorias cognitiva e comportamental. A vertente baseada no pensamento fenomenológico-existencial defende a existência de um “ser musical”, o centro da terapia é a musicalidade do indivíduo, a música é utilizada para “ênfatar qualidades humanas distintas como escolha, criatividade, valorização e auto-realização” (2003, Ruud apud Craveiros, p.). Na perspectiva psicodinâmica, a estrutura da música é considerada como uma espécie de desejos latentes; essa musicoterapia se baseia na psicanálise, e assim nos conceitos de inconsciente, transferência, contratransferência, relações objetais, regressão, ego, entre outros. Já na abordagem cognitivista, os musicoterapeutas consideram a música uma linguagem não-verbal, ou seja, um meio de comunicação, estabelecendo estreitas relações com a linguagem verbal. Contudo, para Craveiros

(2003), através de uma análise de diversos estudos de caso de musicoterapeutas que atuam na área, é possível perceber que na maioria das vezes tais tendências não aparecem de forma estanque, pois as teorias se interconectam, complementando-se.

A partir de sua experiência clínica, Barcellos (2004) sugere que a primeira forma de abordar crianças com TEA deve ser através da audição de sons, porque na audição não é necessário acercar-se muito da criança e porque dificilmente a criança rejeita o som. A segunda abordagem do processo musicoterapêutico com crianças com TEA deve ser a tentativa de um diálogo sonoro-musical à distância, através do contato visual. Após conseguir o contato visual, iniciaria a terceira etapa da abordagem, a qual consiste em buscar o contato tátil com a criança. Para conseguir o contato tátil, Barcellos sugere que se utilize no início dos instrumentos musicais como objetos intermediários, os quais para exercerem o papel de objeto intermediário, necessitam ser “animados” pelo ser humano. Dessa forma, pouco a pouco, a criança começaria a perceber e aceitar o outro através do som/instrumento musical, o que paulatinamente poderia levar ao estabelecimento da relação interpessoal. A partir do contato através do instrumento pode-se tentar estabelecer o contato tátil propriamente dito. Barcellos (2004) sugere que esse contato seja iniciado pelos pés, pois segundo suas observações clínicas, é nesta parte do corpo que a criança mais aceita o contato.

Para Padilha (2008), é importante que o musicoterapeuta rompa o padrão de isolamento da criança com TEA, introduzindo-a em atividades externas. O som e o aspecto visual dos instrumentos musicais ajudam a criança a compreender o que o terapeuta está criando. Desta forma, a música e as experiências musicais podem ser fonte de muitos tipos de relações interpessoais. Uma vez que a barreira tenha sido ultrapassada, o musicoterapeuta continua com uma série de experiências estruturadas que podem aumentar a atenção destas crianças e libertá-las do seu mundo. Assim que o paciente esteja se envolvendo em atividades externas, o musicoterapeuta deve propor atividades que facilitem a comunicação verbal e não-verbal.

A musicoterapia, de acordo com Padilha (2008), trabalha para facilitar e suportar o desejo ou necessidade de comunicação. Acompanhamentos improvisados durante as expressões habituais do paciente podem demonstrar uma relação de comunicação entre seu comportamento e as notas musicais. Mesmo que estas crianças comecem a demonstrar intenções comunicativas verbais e não-verbais, a música pode ser utilizada para motivar a vocalização. Aprender a tocar um instrumento de

sopro é de alguma forma equivalente a aprender vocalizar, pois também ajuda a utilizar os lábios, a língua, a mandíbula e os dentes. Além disso, o uso de padrões rítmicos e melódicos fortes durante as instruções verbais se demonstrou benéfico ao manter a atenção e melhorar a compreensão da linguagem falada.

Padilha ressalta que por conta das diferenças entre os indivíduos, não existem regras universais de como aplicar a musicoterapia com crianças com TEA, uma mesma técnica pode ter efeitos positivos com algumas crianças e negativos com outras. Além disso, o musicoterapeuta precisa ter muito cuidado com o estímulo musical escolhido, pois certas músicas e frequências podem gerar uma sobrecarga no sistema nervoso de algumas crianças com TEA e aumentar as reações de auto-estimulação.

### **Relatos de casos:**

Na experiência como estagiária em musicoterapia com crianças com TEA, pude perceber como a utilização lúdica de canções, somadas por gestos descritivos podem dar o suporte para essas crianças adquirirem ou ampliarem o seu vocabulário verbal. Um caso que exemplifica bem esta questão é o processo musicoterapêutico de C.

C., do sexo feminino, veio para a musicoterapia aos 4 anos com o diagnóstico de autismo. Seu repertório verbal era extremamente restrito e o usava raramente para se comunicar, muitas vezes se tratava de ecolalias imediatas e tardias. Nas primeiras sessões, expressava suas necessidades e desejos com gestos ou manipulando as mãos das musicoterapeutas, mas esse meio não-verbal de comunicação geralmente não era eficaz, pois muitas vezes era difícil de ser compreendido, apenas com o convívio com C. era possível aprender o seu repertório não-verbal peculiar. As sessões eram baseadas em brincadeiras lúdicas com o uso de canções infantis acompanhadas por gestos descritivos. Nas primeiras sessões, C. não cantava as canções, mas interagiu com o olhar e risadas quando as musicoterapeutas cantavam fazendo os gestos; logo passou a imitar os gestos e pouco a pouco passou a cantar as letras das músicas. Para estimular C. a cantar a letra da música, a musicoterapeuta cantava a música deixando espaços para a paciente cantar; esses espaços algumas vezes eram espaços vazios (pausas) e em outros momentos eram espaços sustentados (tons e acordes sustentados). No começo dava-se apenas o espaço de uma palavra para paciente cantar e aos poucos eram dados mais espaços; desta forma, em algumas músicas mais simples, como a música “5 patinhos” da Xuxa (letra anexa), C. chegou a cantar a música inteira.

Na música “O sítio de seu Lobato” (letra anexa), foram utilizados animais de brinquedo para identificar qual seria o animal cantado na frase. Essa música utiliza sons referentes aos animais, os quais eram acompanhados por movimentos referentes a eles. No início, C. fazia apenas os movimentos, logo começou a fazer o sons dos animais acompanhando os movimentos e, em seguida, além dos movimentos e dos sons, passou a cantar a parte do “ia,ia,ô” e a falar o nome dos animais quando a musicoterapeuta mostrava o animal de brinquedo. Nas primeiras vezes precisava que fosse cantada a primeira sílaba da palavra, mas aos poucos foi falando o nome apenas com a referência do brinquedo. Nas últimas sessões, C. já estava cantando a maior parte das palavras da música.

Outro ponto importante do processo musicoterapêutico de C. referente à comunicação é o seu desenvolvimento de comunicar necessidades e desejos. Como foi dito anteriormente, C. utilizava de gestos muitas vezes não eficazes para expressar suas necessidades e desejos, por exemplo, quando ela queria que as musicoterapeutas cantassem a música da Xuxa “Cabeça, ombro, joelho e pé”(letra anexa), ela pegava as duas mãos da terapeuta e as jogava para cima. Esse movimento faz sentido em relação ao movimento, mas ela o fazia também para outras músicas e quando queria que as musicoterapeutas deitassem no chão e fingissem que estavam dormindo. Com o trabalho lúdico de canções, C. passou a ter um repertório mais eficaz de comunicar necessidades e desejos, por exemplo quando queria que cantasse a música “5 patinhos”, ela pegava uma mão da musicoterapeuta e fazia o movimento da música de mostrar os 5 dedos e falava “cinco”; para a música “Cabeça, ombro, joelho e pé”, ela continuou fazendo o mesmo movimento, mas passou a falar “cabeça”. É importante ressaltar que muitas vezes ela não pronunciava uma sílaba da palavra e sua articulação não era muito clara, contudo, como utilizava o gesto juntamente com a palavra era possível identificar o que ela estava querendo solicitar.

Além de dar suporte para a criança com TEA adquirir ou ampliar seu repertório verbal, a musicoterapia possibilita a abertura dos canais de comunicação, estimulando a comunicação não-verbal da criança. Exemplo disso é o caso de A.

A. , sexo masculino, veio para a musicoterapia aos 4 anos com o diagnóstico de autismo. Não possuía linguagem verbal, emitia com frequência vocalizações estereotipadas sem intenção comunicativa. No início não aceitava o contato com as musicoterapeutas e passava o tempo das primeiras sessões alternando entre correr em círculos pela sala com

movimento de flapping (movimento estereotipado das mãos, característico nos TEA), emitindo vocalizações estereotipadas sem intenção comunicativa e ficar deitado encolhido no chão. Ignorava quando as musicoterapeutas falavam, brincavam ou cantavam para ele e se esquivava quando tentavam o contato tátil.

O único estímulo que parecia despertar o seu interesse era o som do violão. Pouco a pouco A. começou a dedilhar o violão-lo, em seguida passou a sentir a vibração do violão nos pés e na barriga, sentir vibração do violão no corpo parecia acalmá-lo. A. tinha um problema grave de prisão de ventre que lhe causava muito desconforto abdominal, muitas vezes, ao sentir a vibração do violão no ventre A. evacuava, ficando mais tranquilo e participando mais da sessão. A meu ver, esse desconforto fazia com que ficasse alheio às sessões, deixando-o muito quietinho encolhido no seu canto ou apreensivo correndo em círculos pela sala. A. não conseguia expressar esse desconforto e pedir ajuda. Ao longo das sessões, ao perceber que a vibração do violão aliviava o desconforto, passou a procurar o violão nesses momentos. Após aliviar o desconforto, A. mostrava-se mais disposto a participar das sessões e interagir com as musicoterapeutas.

No processo musicoterapêutico de A. os instrumentos musicais serviram como objeto intermediário para que as musicoterapeutas pudessem pouco a pouco se aproximar dele e abrir seus canais de comunicação, visto que, no início, A. rejeitava o contato com as musicoterapeutas e apenas a partir do momento que A. aceitou o violão e depois o teclado, começou a interagir a partir dos instrumentos e pouco a pouco foi aceitando o contato tátil. Assim que passou a fazer contato tátil e visual, começou a solicitar suas necessidades e desejos através de movimentos, por exemplo, no início quando precisava ir ao banheiro, não solicitava, apenas se curvava em um cantinho e fazia força tentando evacuar; ou quando queria sair da sala, apenas chorava manipulando a maçaneta da porta; após essa abertura de canais de comunicação, passou a olhar para as musicoterapeutas e manipular suas mãos até a porta do banheiro ou da saída da sala.

Nesses casos pude comprovar a eficácia dos dados da pesquisa bibliográfica.

### **Considerações Finais:**

A musicoterapia é uma terapia lúdica, não invasiva e que se utiliza da música, um elemento de natureza não-verbal, bem como seus elementos estruturantes e o movimento corporal como facilitadores na comunicação. Desta forma, podemos considerar que a musicoterapia é de grande valia para despertar a comunicação da criança com TEA, possibilitando a abertura de um mundo novo, favorecendo a expressão de suas necessidades, sua relação com familiares, abrindo desta forma a possibilidade de inserção do indivíduo na sociedade de maneira participativa, sem perder de vista sua individualização e possíveis limitações.

É importante ressaltar ainda, a importância no investimento de mais estudos para poder cada vez mais ajudar a despertar a comunicação dos indivíduos com TEA.

### **Referências:**

- BARCELLOS, L. *Musicoterapia: alguns escritos*. Rio de Janeiro: Enelivros, 2004.
- BENZON, R. *Manual de Musicoterapia*. Rio de Janeiro: Enelivros, 1985.
- COSTA, C. *Musicoterapia para deficiências mentais: noções teóricas, prática, exercícios*. Portugal: Editora Clio, 1995.
- CRAVEIRO, L. *A teia do tempo e o autista: música e Musicoterapia*. Goiânia: UFG, 2003.
- MACEDO, E;ORSATIF. Comunicação Alternativa. In: SCHWARTZMAN, J; ARAÚJO, C. *Transtornos do Espectro do Autismo*. São Paulo: Memnon, 2011.
- PADILHA, M. *A Musicoterapia no tratamento de crianças com perturbação do espectro do autismo*. Portugal: Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, 2008.
- PAPALIA, D; OLDS, S; FELDMAN, R. *Desenvolvimento Humano*. 2. ed. Porto Alegre: AMGH, 2010.
- PERISSINOTO, J. Linguagem e comunicação nos transtornos do Espectro do Autismo. In: SCHWARTZMAN, J; ARAÚJO, C. *Transtornos do Espectro do Autismo*. São Paulo: Memnon, 2011.
- PERISSINOTO, J. Condutas Terapêuticas em Linguagem e Comunicação. In: SCHWARTZMAN, J; ARAÚJO, C. *Transtornos do Espectro do Autismo*. São Paulo: Memnon, 2011.

ROSENBERG, R. História do Autismo no Mundo. In: SCHARTZMAN,J; ARAÚJO,C. *Transtornos do Espectro do Autismo*. São Paulo: Memnon, 2011.

SAULNIER, C; QUIRMBACH, L; KLIN, A. Avaliação Clínica de Crianças com Transtornos do Espectro do Autismo. In: SCHARTZMAN,J; ARAÚJO,C. *Transtornos do Espectro do Autismo*. São Paulo: Memnon,2011.

SCHARTZMAN, J. Transtornos do Espectro do Autismo: Conceito e generalidades. In: SCHARTZMAN,J; ARAÚJO,C. *Transtornos do Espectro do Autismo*. São Paulo: Memnon, 2011.

## **Anexo:**

### *Cinco patinhos (Xuxa)*

*Cinco patinhos foram passear  
Além das montanhas  
Para brincar  
A mamãe gritou: Quá, quá, quá, quá  
Mas só quatro patinhos voltaram de lá.  
Quatro patinhos foram passear  
Além das montanhas  
Para brincar  
A mamãe gritou: Quá, quá, quá, quá  
Mas só três patinhos voltaram de lá.  
Três patinhos foram passear  
Além das montanhas  
Para brincar  
A mamãe gritou: Quá, quá, quá, quá  
Mas só dois patinhos voltaram de lá.  
Dois patinhos foram passear  
Além das montanhas  
Para brincar  
A mamãe gritou: Quá, quá, quá, quá  
Mas só um patinho voltou de lá.  
Um patinho foi passear  
Além das montanhas  
Para brincar  
A mamãe gritou: Quá, quá, quá, quá  
Mas nenhum patinho voltou de lá.  
A mamãe patinha foi procurar  
Além das montanhas  
Na beira do mar  
A mamãe gritou: Quá, quá, quá, quá  
E os cinco patinhos voltaram de lá.*



*O sítio do seu Lobato*

*Seu Lobato tinha um sítio ia, ia, ô  
E no seu sítio tinha um (nome do animal escolhido) ia, ia, ô  
Era (som do animal escolhido ex: miau, miau, miau) pra cá  
Era (som do animal escolhido ex: miau, miau, miau) pra lá  
Era (som do animal escolhido) pra todo lado ia, ia, ô*

*Cabeça, Ombro, Joelho e pé (Xuxa)*

*Cabeça, ombro, joelho e pé  
Joelho e pé  
Cabeça, ombro, joelho e pé  
Joelho e pé  
Olhos, ouvidos, boca e nariz  
Cabeça, ombro, joelho e pé  
Joelho e pé*