

Proposta de criação de um código sonoro-musical com expressão corporal de pacientes com TDAH, por meio de associações entre som e movimento no *setting* de Musicoterapia

Marilia Nogueira Vasques de Oliveira¹

Resumo:

O presente artigo propõe um processo musicoterapêutico a ser realizado com pacientes com diagnóstico de TDAH, mais especificamente para aqueles que apresentem o transtorno de modalidade predominantemente desatento. Apresenta-se aqui um breve histórico do transtorno para explicar quais eram suas classificações anteriores até que se chegasse a esta nomenclatura, hipóteses e conclusões sobre suas causas, seguido das relações entre Musicoterapia e TDAH, e, por último, uma proposta de trabalho: a criação de um código sonoro-musical que deve ser elaborado a partir da expressão corpóreo-sonoro-musical do paciente em um setting de Musicoterapia.

Palavras-chave: música; Musicoterapia; Código-sonoro; TDAH.

Abstract: This paper proposes a music therapy process to be conducted with patients diagnosed with ADHD, specifically to those who present disorder predominantly inattentive mode. Here is presented a brief history about the disorder to explain what their previous ratings until it came to this nomenclature, hypothesis and conclusion about its causes, as well the are presented at the beginning, followed by the connections between Music Therapy and ADHD and, at lastly, a proposed work: the creation of a sound code that might be elaborated from the musical-sound-body expression of a patient in a Music Therapy *setting* / intervention / process.

Key Words: Music; Music Therapy; Sound code; ADHD.

¹ Graduada em Letras – Português / Espanhol pela USP, em 2009 e recentemente em Musicoterapia pela FMU, em 2015.

Introdução:

O TDAH é um transtorno do neurodesenvolvimento, que ainda causa controvérsias, pois já se pensou que era uma forma de manipulação para aumentar a venda de certos compostos farmacêuticos que podem controlar o comportamento. Entretanto, as pesquisas mais recentes já apontam para a existência de genes que originariam o transtorno. Como consequência, há uma regulação ineficiente de noradrenalina e dopamina, que são neurotransmissores responsáveis pela sensação de prazer, bem-estar e controle motor. Atualmente, 5% da população são diagnosticadas com TDAH. É possível também encontrar outros transtornos associados a ele como o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), o Transtorno Desafiante-Opositor (TDO), o Transtorno de Conduta (TC) ou ainda o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC). Os principais sintomas do TDAH são impulsividade, agressividade, dificuldade de planejamento, organização e dificuldade do controle motor e de resposta aos estímulos. Este último é uma questão importante, pois uma vez que a criança só adquire controle motor depois dos 5 anos, é normal que seja agitada até esta idade. É melhor diagnosticar depois desta fase. Nesta proposta, baseada nos preceitos da Musicoterapia e da Educação Musical por meio de métodos ativos, direcionada à faixa etária de 7 a 12 anos, o paciente teria a possibilidade de criar sua própria forma de expressão musical por meio da elaboração de seu código sonoro-musical a partir de seus movimentos, posições e desenhos em *setting* musicoterapêutico, o que confere liberdade, estrutura, autopercepção e acolhimento, com o objetivo de exercitar a habilidade de conversação de valores a representações, tão importante nesta fase do desenvolvimento.

Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH):

A história do TDAH começa em meados do século XX. Até chegar a esta nomenclatura, o transtorno (cujos sintomas eram muita agitação, inquietude, dificuldade de manter a atenção) recebeu várias classificações como a deficiência mental leve ou branda, ou encefalite letárgica ou mesmo crianças com defeito de controle moral, até chegar ao que se conhece hoje como TDAH (Caliman, 2010, p. 49-51). Esta multiplicidade de nomenclaturas deve-se ao fato de que os principais sintomas que caracterizam o transtorno também estão presentes em outras patologias (não necessariamente todos). Atualmente, o próprio DSM-V² explica que tanto o TDAH e o Transtorno do Espectro Autista (TEA)

² Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mentais – DSM V

apresentam hiperatividade e desequilíbrio na manutenção da atenção. Além disso, o TDAH pode ter co-morbidades associadas como o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), o Transtorno de Conduta (TC) e Transtorno Desafiante de Oposição (TDO) (Mattos, 2014).

O primeiro registro na literatura sobre TDAH aparece na Inglaterra, no ano de 1902, em um artigo escrito pelo pediatra George Still, do *King's College Hospital*, ao relatar sobre condições psíquicas anormais em crianças. Em seu trabalho, investigava se haveria alguma causa fisiológica no sistema nervoso que fosse responsável por comportamentos anormais em crianças, porque elas teriam dificuldade em controlar seus impulsos ou mesmo manter a atenção durante certo tempo. Posteriormente, nas décadas entre 1950 e 1970, retoma-se o interesse pela patologia devido ao intenso estudo de teorias da linguagem aspecto da hiperatividade.

Entre os anos 1990 e 2000 houve intensa investigação do transtorno, chamado nesta época de DDA (Dificuldade do Déficit de Atenção); desta vez sob vários olhares, com o objetivo de se descobrir a causa, possivelmente devido à difusão do conceito de inter e de transdisciplinaridade. O olhar sobre o transtorno passou a requisitar que todos os fatores que envolvem o indivíduo fossem levados em conta: o neurobiológico, o pedagógico, o genético, o sociodemográfico (e dentro deste a dinâmica da família) e o psicossocial; ou seja, desentendimentos familiares, baixa renda, histórico de problemas psiquiátricos, locais superpovoados poderiam causar o transtorno. Fatores como ter pais desatentos ou dinâmica familiar muito agitada também poderiam levar a criança a desenvolver comportamento agitado e desatento, afetando a memória e a comunicação deste indivíduo com a própria família e com os outros grupos sociais (Rizzutti, 2009, p. 297-312).

Entretanto, Mattos (2014, p. 53) relata que as pesquisas apontam quase de modo unânime para a causa de ordem genética do TDAH, pois: “as crianças com TDAH têm a mesma prevalência do transtorno que seus pais biológicos, mas não que seus pais adotivos. A incidência do TDAH em parentes de crianças com esse diagnóstico é, no mínimo, duas vezes maior que a encontrada no restante da população”. Atualmente, 5% da população mundial apresenta o transtorno. Também descobriu-se que há um conjunto de genes que juntos originariam o transtorno. Como consequência, há uma regulação ineficiente de noradrenalina e dopamina, que são neurotransmissores responsáveis pela sensação de prazer, bem-estar e controle motor.

Segundo Mattos (2014), o TDAH é uma patologia dimensional, ou seja, apresenta alguns sintomas que todas as pessoas podem ter, mas que não caracterizam o transtorno, pois é necessário que apareça em conjunto com um quadro de sintomas. E é na vida escolar (ou acadêmica/profissional, no caso de adultos) que começa a ficar evidente o comportamento diferente, pois as instituições demandam comportamentos como: manter a atenção durante tempo prolongado, ficar sentado no mesmo lugar durante certo tempo, ou seja, novas exigências de comportamento, o que é relativamente difícil para quem tem a patologia.

De acordo com o grupo de estudiosos que formularam o DSM-V, dentre eles Swedo *apud* DSM-V (2013), o TDAH está classificado como transtorno do neurodesenvolvimento. Há um quadro de dezoito sintomas, nove correspondentes ao aspecto da atenção e nove ao aspecto da hiperatividade. O diagnóstico pode ser feito por um médico ou um psicólogo por meio de questionários específicos; não há exames que detectem. Se o indivíduo apresentar seis sintomas presentes em cada categoria, ele pode ter o transtorno. É importante observar que para sua caracterização, devem-se excluir outras patologias, como por exemplo a esquizofrenia, o transtorno de ansiedade, transtorno dissociativo, transtorno de personalidade ou transtorno de intoxicação.

Seguem abaixo os sintomas e as classificações (DSM V, 2013 p. 59-60):

“314.00 (F90.0) Predominantemente desatento: se pelo menos 6 critérios do Módulo A1 se manifestarem, excluindo-se os critérios do Módulo A2 nos últimos 6 meses, apresentando prejuízo em pelo menos 2 contextos (ex: casa e escola)

Módulo A1: Predominantemente desatento

- a) Dificuldade de atentar-se a detalhes e cometer erros por falta de atenção;
- b) Dificuldade em se concentrar em tarefas escolares, jogos e brincadeiras;
- c) Parece não ouvir quando está em conversa com alguém;
- d) Frequentemente tem dificuldade em seguir regras e instruções e tem dificuldade em finalizar tarefas ou deveres no local de trabalho – inicia a atividade, mas rapidamente perde o foco;
- e) Frequentemente apresenta dificuldade em organizar tarefas e atividades, como por exemplo, gerenciar tarefas em sequência,

- dificuldade em materiais em ordem, atividades desorganizadas; má administração do tempo e não consegue cumprir prazos;
- f) Frequentemente evita, demonstra antipatia ou reluta em participar de atividades que requeiram significativo esforço mental, como, por exemplo, trabalhos escolares ou lições de casa; em caso de adolescentes e adultos, escrever relatórios, preencher formulários, revisar textos longos;
 - g) Frequentemente perdem objetos importantes para tarefas e atividades;
 - h) Distraem-se facilmente por estímulos externos (em caso de adolescentes e adultos, isto inclui distratores internos);
 - i) Esquece-se facilmente de coisas que precisa fazer no dia a dia.”

“314.01 (F90.1) Predominantemente hiperativo/impulsivo: se pelo menos 6 critérios do Módulo A2 se manifestarem, excluindo-se os critérios do Módulo A1 nos últimos 6 meses, apresentando prejuízo em pelo menos 2 contextos (ex: casa e escola)

Módulo A2: Predominantemente hiperativo/ impulsivo

- a) Frequentemente mexe as mãos e pés;
- b) Frequentemente se levanta em situações em que se espera que fique sentado;
- c) Frequentemente corre ou escala móveis em momentos inapropriados;
- d) Frequentemente incapaz de brincar ou participar de atividades de lazer de forma calma;
- e) Age como se estivesse sempre a mil por hora, ligado por um motor;
- f) Fala excessivamente;
- g) Dá respostas para as perguntas antes de serem concluídas;
- h) Não aguarda sua vez de falar;
- i) Interrompe outras pessoas durante uma conversa;
- j) Interrompe outras pessoas ou interrompe conversas e jogos de outras pessoas, usa coisas de outras pessoas sem pedir permissão.”

“314.01 (F90.2) Apresentação combinada: Se pelo menos 6 critérios de cada módulo se manifestar por pelo menos 6 meses, causando prejuízos para o indivíduo em pelo menos 2 contextos sociais.

Em relação ao tratamento, a medicação é importante porque prepara o paciente para poder realizar apoios complementares, uma vez que age na regulação dos neurotransmissores. A abordagem psicoterapêutica que se mostrou mais eficaz foi a comportamental, que irá propor ao paciente algumas atividades que simulem seu comportamento para que ele possa tomar consciência de suas atitudes. Essa abordagem propõe técnicas de trabalho que levam o paciente a encontrar alternativas para suas dificuldades como: Técnica de Resolução de Conflitos e Treino em Habilidades Sociais. Além disso, os familiares são orientados a seguir algumas instruções em casa, como:

- Incentivar o indivíduo a falar alto o que está pensando;
- Escrever pequenos resumos logo depois de ler algo;
- Planejar uma rotina que divida o tempo em obrigação e lazer;
- Procurar a melhor posição para estudar (alguns indivíduos estudam melhor de pé);
- Quadro das atividades colorido e de fácil acesso;
- Conversar sobre resolução de problemas do dia a dia, para que a pessoa possa escutar as possibilidades de resolução de problemas de forma organizada e planejada.”

A Musicoterapia e o TDAH:

A Musicoterapia pode ser uma das alternativas de apoio ao indivíduo com TDAH porque pode reabilitá-lo de forma lúdica, ajuda a canalizar energias, estimula a autopercepção ao dar espaço para que o paciente transporte para a música toda sua experiência, bem como tudo aquilo que o rodeia. É uma oportunidade de chamar a atenção para questões de seu cotidiano como os conflitos com colegas, comentários sobre seu comportamento ou as atitudes que têm perante determinadas situações, uma vez que: “Os portadores de TDAH, em geral, tem pouca capacidade de avaliar o próprio comportamento, o que faz que avaliem as consequências de seus atos somente depois que já fizeram tudo” (Mattos, 2014, p. 91).

Segundo Benenzon (1985, p. 11), a Musicoterapia possibilita a abertura de canais de comunicação para que se produzam efeitos terapêuticos, partindo do princípio de que o ser humano tem uma identidade sonora formada desde seu período intrauterino, que se compõe dos sons e vibrações orgânicas a que esteve exposto, como os batimentos cardíacos, a chegada do alimento pelo cordão umbilical, respiração, fluxo sanguíneo ou mesmo os sons externos que chegaram ao feto pelo líquido

amniótico. Portanto, ele pode estar aberto a experiências musicais, o que significa que o musicoterapeuta maneja um patrimônio cultural ao mesmo tempo geral e individual, sem requerer que ele tenha conhecimentos musicais prévios e formalmente estabelecidos, de forma a reabilitá-lo para a sociedade.

O TDAH é um transtorno que se divide em dois módulos: predominantemente desatento ou predominantemente hiperativo/impulsivo. Entretanto, pretende-se trabalhar somente a melhora da atenção, porque segundo Rizzuti (2009, p. 297-312), muitos diagnósticos de desatenção são mascarados, uma vez que é mais fácil identificar um indivíduo hiperativo, cujo comportamento se destaca dentro de uma grande massa, do que identificar alguém com TDAH do tipo predominantemente desatento.

A atenção é uma das funções psíquicas da mente humana. Quanto à sua natureza, pode ser dividida em *atenção voluntária*, que significa que o indivíduo se concentra intencionalmente sobre determinado objeto ou a *atenção espontânea*, suscitada pelo interesse passageiro. Também pode ser classificada quanto à direção, *atenção interna*, quando se volta para os próprios processos mentais, ou seja, mais meditativa e reflexiva e *atenção externa*, quando se projeta para fora do mundo subjetivo do indivíduo. Pode ser *focal*, dirigida a um campo delimitado da consciência ou *dispersa*, que se espalha de modo menos delimitado. A seleção de informações é a qualidade mais importante da atenção, porque as pessoas são inundadas de estímulos o tempo todo e é necessário que se limite a quantidade de informações que chegam ao sistema cerebral. Além disso, o controle de resposta, o planejamento e a tomada de decisões integram as funções executivas do processo atencional. Mas, para integrá-las, dois elementos são fundamentais, a motivação e a vontade, e dependem muito de sistemas do córtex pré-frontal e de circuitos subcorticais (Dalgalarondo, 2008, p. 102-107).

A música ajuda a despertar esses dois elementos, pois “A música e o som, enquanto energia, estimula o movimento interno e externo no homem; impulsionam-no à ação e promovem nele uma multiplicidade de condutas de diferente qualidade e grau” (Gainza, 1988, p. 22-23). A atenção é uma função psíquica que se articula em várias áreas do córtex cerebral e algumas destas áreas, como as estruturas límbicas (exemplo: giro do cíngulo), são responsáveis pelo processamento do interesse afetivo, extremamente importante para que alguém mantenha a atenção por determinado tempo sobre determinado objeto. Ela é variável com o passar do tempo e se manterá em ação quanto mais interesse

houver do indivíduo em relação ao objeto em questão (Dalgalarrrondo, 2008, p. 102-107).

Esta função psíquica tão relevante no cotidiano também é importante para que outras funções sejam realizadas com sucesso como a linguagem. Pessoas com TDAH do tipo predominantemente desatento apresentam dificuldade em participar de atividades lúdicas em grupos porque seu desequilíbrio de atenção torna onerosa a compreensão de regras devido à dificuldade da organização e seleção das informações, ou seja, o indivíduo tem dificuldade em selecionar o estímulo auditivo, não tem foco para compreender a informação recebida, planejamento da ação, seleção e controle da resposta. É por isso que muitas vezes ele é considerado como simplesmente “impulsivo”.

A atenção também é uma função que encontra bases em áreas do córtex relacionadas à seleção sensorial, aspecto constantemente trabalhado em sessões de Musicoterapia, pois as experiências de fazer músicas podem trazer para o indivíduo consciência corporal, percepção do espaço, desenvolvimento de percepção auditiva mais apurada. Por meios dos desafios musicais, o paciente deve expressar-se musicalmente de forma livre ou dirigida, fazendo com que se volte para si mesmo. Consequentemente sua atenção, função psíquica em questão, se apurará ao longo do processo, pois o paciente terá a ele mesmo como foco de sua atenção; terá que comunicar-se consigo mesmo, planejar as respostas para si mesmo e consequentemente agir para si mesmo.

A Musicoterapia pode proporcionar para esse paciente algumas experiências que também atinjam as áreas responsáveis pelo processamento emocional, pela percepção sensorial, pela seleção de informações e de respostas; o processo musicoterapêutico conduzirá o paciente a criar estratégias para aguçar a sua atenção e mantê-la constante por mais tempo. É importante ressaltar que, segundo Bruscia (2000, p. 161-162), a música afeta muitas facetas do ser humano e pode ser aplicada clinicamente de formas diversas, para diferentes aspectos como a cognição e o relacionamento interpessoal, sendo que ao primeiro estão relacionadas às habilidades como: amplitude, profundidade e duração da atenção, retenção de curto e longo prazos, habilidades de aprendizagem, nível de conhecimentos, padrões e processos de pensamento, atitudes, estilo cognitivo de crenças e constructos; e ao segundo a sensibilidade, a intimidade, tolerância com os outros, capacidade de interagir, papéis comportamentais e padrões e estilos de relacionamento.

Quando o paciente vivencia diferentes experiências sonoro-musicais pode dar espaço para que o terapeuta conheça suas principais

questões e o ajude a elaborá-las porque elas podem resultar em “expressões orgânicas e psicológicas que permitem aumentar o conhecimento de seu funcionamento (do ser humano). Muitas vezes, este estímulo pode ser mais poderoso que o estímulo tátil ou visual” (Benenzon, 1985, p. 13).

Ou ainda, como ressalta Bruscia (1999, p. 7) ao tratar da fase desenvolvimento dos 7 a 12 anos:

“Quando os clientes cantam ou tocam músicas já anteriormente compostas, eles devem ser encorajados a trabalhar no desenvolvimento da sua própria interpretação da composição, e então dar uma interpretação ou execução precisa desta interpretação”.

Dentre os quatro principais métodos de atuação da Musicoterapia, o presente trabalho propõe que três deles sejam utilizados predominantemente: a improvisação, a re-criação e a composição. O primeiro para o indivíduo se expressar livremente, o segundo porque permite o estímulo da atenção e da memória, e a troca de papéis específicos em diferentes situações e, o terceiro, porque exigirá planejar, organizar, registrar e comunicar experiências internas (Bruscia, 2000, p. 124-128). Portanto, essas experiências engajam o cliente a participar ativamente e de forma direcionada, o que pode também auxiliá-lo a manter e melhorar a atenção, uma vez que o foco será sobre suas produções.

Uma pesquisa sobre TDAH e Música procurou comparar a questão da percepção do tempo na música entre crianças medicadas, não medicadas e grupo controle, aplicando baterias de testes específicos para compreender:

de que maneira a percepção do tempo musical relaciona-se à modulação do controle executivo e inibitório dos comportamentos impulsivos relacionados ao TDAH, com a hipótese de que crianças com TDAH apresentam desempenho diferenciado quando comparadas às crianças com desenvolvimento típico em tarefas de estimativa, produção, reprodução de durações de tempo, além da sincronização temporal com música (Carrer, 2014, p. 8).

Os resultados demonstraram que, dentro do grupo de participantes com TDAH sem uso de medicação, a maioria dos participantes conseguiram fazer mais batidas no teclado dentro de um

determinado tempo proposto, mas nos outros grupos, ou seja, participantes com TDAH fazendo uso de medicação e grupo controle, houve um equilíbrio – metade de cada grupo conseguiu fazer mais batidas e a outra metade não conseguiu, concluindo que apesar desta diferença, a noção de tempo espontâneo está preservada, apesar da diferença de tempo. O pesquisador ainda explicou que em tarefas de reprodução do ritmo de música são mais complexas para participantes com TDAH porque exige mais capacidade atencional, devido à quantidade de estímulos presentes. Entretanto, eles têm melhor desempenho que devem seguir uma pista como um metrônomo, porque há apenas um estímulo a que se ater.

O código sonoro-musical:

O que é o código sonoro-musical:

Esta proposta de trabalho baseou-se nos atendimentos de estágio realizados na Clínica-escola de Musicoterapia da FMU, com pacientes na faixa etária de 7 a 12 anos. A ideia seria criar uma espécie de partitura em que o código fosse elaborado a partir das associações (relações) entre som e movimento estabelecidas por um paciente. Segundo o Minidicionário Michaelis (2014, p. 12) da língua portuguesa, o termo código significa “Sistema de signos devidamente organizados e convencionados, a fim de permitir a elaboração e transmissão de mensagens”. Neste caso, a convenção se daria junto com o musicoterapeuta para compreender os significados de cada código criado. Sobre a questão da significação, Nattiez (2002, p. 7-39) diz que toda produção humana tem um vestígio material, que constituem formas simbólicas as quais portam significações para quem as produzem e para aqueles que as percebem.

A relação som-movimento:

Este código seria uma espécie de partitura, cujo processo de elaboração está baseado nos métodos ativos de música, mais especificamente nas propostas de Jacques Dalcroze e George Self, visando à estimulação da habilidade de conservar, importante para a faixa etária supracitada, pois por meio de um processo criativo. Conservar, segundo Bruscia (1999, p. 7), é a habilidade mais importante deste período do desenvolvimento; nesta fase, ela está pronta para perceber quais elementos são constantes e quais se modificam sem estar vulnerável a mudanças.

Enquanto Dalcroze pensa a compreensão musical por meio do movimento corporal, Self propõe a criação de novas formas de notação musical para que os alunos de música pudessem acessar as novas produções musicais de vanguarda do século XX (Fonterrada, 2008, p. 131-132). “Não é só música o que se utiliza como parte do processo de aplicação terapêutica, mas também o som em seu aspecto mais amplo de sua concepção e movimento” (Benenzon, 1985, p. 12).

A expressão corporal é parte deste processo porque a paciente se movimentava bastante pelo *setting*, correndo, dançando e pulando. Sua expressividade corporal era maior que sua expressividade verbal. Com relação a isso Benenzon (1985, p. 17) diz que a relação entre som e movimento é realmente muito próxima, pois “o som e o movimento são uma mesma coisa, isto é, um complementa o outro. Todo movimento tem dentro de si um som e todo som gera e é gerado por um movimento”.

Fonterrada (2008, p. 131-132), ao explicar sobre o método de educação musical de Dalcroze, relata um pouco sobre as descobertas da época do músico. Explica que pesquisadores já compreendiam que os movimentos que surgem involuntariamente ao acompanhar um ritmo na verdade seriam a causa dele, e não efeito. A autora também esclarece que para o autor, o movimento é paradoxalmente o elemento que origina a música e é originado por ela.

O próximo passo seria transformar estes movimentos em código impresso. Ou seja, o processo passaria de um plano concreto e tátil para uma representação abstrata. Nesta proposta seriam mobilizadas capacidade de atenção, percepção, memória e associação. Todas as propriedades do som seriam trabalhadas anteriormente, mas a cada momento algumas seriam ressaltadas. As primeiras propriedades do som a serem trabalhadas seriam duração e altura, que podem ser representadas por movimentos longos, curtos, em plano alto, médio e baixo e posteriormente ritmo, timbre e andamento. As posições do paciente seriam fotografadas para haver um registro constante do processo.

Ao explicar as ideias de Dalcroze, Fonterrada (2008, p. 132-133) elucida que os conceitos de liberdade e estrutura são trabalhados simultaneamente em seu método porque ao mesmo tempo estruturas musicais são mostradas durante as atividades, sendo que o indivíduo pode vivenciá-las por meio de movimentos livres. O conceito de estrutura também está presente nas relações do indivíduo consigo mesmo e com o outro, com o espaço e com os sons ao seu redor. Seu método concebe ao mesmo tempo.

É importante destacar o timbre porque a exposição a diferentes sons, de forma lúdica e por livre expressão podem ajudá-la a perceber os diferentes sons da língua e associá-los a seus significantes.

Por último, as etapas anteriores seriam levadas a uma finalização, que seria a produção de uma pequena partitura, utilizando os diferentes sons representados por figuras de seu próprio corpo. As sessões seriam filmadas para verificação da eficácia da proposta, observando os seguintes aspectos: a) se a paciente demonstrou interesse em aderir à proposta, uma vez que atenção está relacionada ao interesse e relevância da atividade; b) se a paciente se manteria, com o passar do processo, mais tempo concentrada na mesma atividade; c) se a paciente memoriza as associações entre som e movimentos corporais e posteriormente entre sons e desenhos corporais; d) se a paciente preserva a intensidade e duração ou se esses elementos são flutuantes.

Considerações finais:

Como esta proposta estaria sujeita às variáveis do processo terapêutico, como a disponibilidade para esta atividade, a adesão a um longo processo que será observado - que deve ser significativo para o paciente - os conteúdos que o paciente possa trazer, que possam ser mais urgentes e necessitem de outros procedimentos por parte do musicoterapeuta não foram limitados neste trabalho quantos códigos o paciente poderia criar, nem a delimitação de qual propriedade musical seria mais importante, visto que, apesar de ser baseado em uma perspectiva educacional, não podemos esquecer do aspecto terapêutico, em que a liberdade do paciente no *setting* e o acolhimentos de seus conteúdos devem estar garantidos, tanto pelo vínculo entre musicoterapeuta - paciente quanto por acordos estabelecidos por contratos e acordos assinados.

Referências:

BENENZON, R. *Manual da Musicoterapia*. Rio de Janeiro, RJ: Enelivros, 1985.

_____. *Teoria da Musicoterapia*. São Paulo, SP: Summus, 1988.

BRUSCIA, K. *Definindo Musicoterapia*. Rio de Janeiro, RJ: Enelivros, 2000.

_____. O desenvolvimento como fundamentação para a terapia. Texto retirado do CD-ROM II - concebido e editado por David Aldridge. Universidade Witten Herdecke, 1999. Publicado primeiramente em *Proceedings of 18 th Annual Conference of the Canadian Association for Music Therapy*, 1991-2-10. Tradução: Lia Rejane Barcellos. Rio de Janeiro, RJ, abril de 1999.

CALIMAN, L. V. Notas sobre a história oficial do TDAH. *Revista Ciência, Psicologia e Profissão*. Universidade Federal do Espírito Santo, p. 46-51, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S141498932010000100005&script=sci_abstract> . Acessado em 19/03/2015

CAPOVILLA F. C.; MONTIEL J. M.; SENNYEY, A. L. *Transtornos de aprendizagem: da avaliação à reabilitação*. São Paulo, SP: Artes Médicas, 2009.

CARRER, L.R.J. Música e Elementos Sonoros no estudo do processamento temporal em crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. UNIFESP, São Paulo, 2014. Disponível em: <http://bibliotecadamusicoterapia.com/biblioteca/arquivos/dissertacao//Musica_TDAH_Roger_Carrer2014.pdf> Acessado em 28/07/ 2015.

DALGALARRONDO, P. A atenção e suas alterações. In: *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre, RS, Artmed, 2008.

DSM V – *Diagnostic and Statistical Manual* – Fifth Edition. American Psychiatric Publishing, Washington, DC. 2013.

FONTEERRADA, M. T. de O. Tramando os fios da educação musical: os métodos ativos. In: *De tramas e fios - um ensaio sobre música e educação*. 3. ed. São Paulo, Editora UNESP; Rio de Janeiro, R.J.: Editora FUNARTE, 2008.

GAINZA, V.H. *Estudos de Psicopedagogia Musical*. São Paulo, SP, Summus, 1988.

MATTOS. P. *No mundo da lua: perguntas e respostas sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em Crianças, Adolescentes e Adultos*. Rio de Janeiro, RJ: Associação Brasileira de Déficit de Atenção, 2014.

NATTIEZ, J.J. O modelo tripartite de semiologia musical: o exemplo de La Cathédrale Engloutie, de Debussy. Revista Debates - Programa de Pós-Graduação em Música, Ed. 6, 2002. Disponível em <<http://seer.unirio.br/index.php/revistadebates/article/download/40409/37010>>Acessado em 13/12/2015.

PAIVA, M. G. V; AZEVEDO, P. G. de. Dificuldade de aprendizagem: enfoque psicológico. In: CAPOVILLA F. C.; MONTIEL J. M. *Atualização dos transtornos de aprendizagem*. São Paulo, SP: Artes Médicas, 2009.

RIZZUTTI, S. Aspectos neurobiológicos do transtorno de hiperatividade e desatenção. In: CAPOVILLA F. C.; MONTIEL J. M. *Atualização dos transtornos de aprendizagem*. São Paulo, SP: Artes Médicas, 2009.